



Convergencia. Revista de Ciencias Sociales

ISSN: 1405-1435

revistaconvergencia@yahoo.com.mx

Universidad Autónoma del Estado de México

México

Enria, Graciela; Staffolani, Claudio

El Desafío de la Educación en Salud como Herramienta de Transformación Social

Convergencia. Revista de Ciencias Sociales, vol. 12, núm. 38, mayo-agosto, 2005, pp. 335-351

Universidad Autónoma del Estado de México

Toluca, México

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=10503813>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal

Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

El Desafío de la Educación en Salud como Herramienta de Transformación Social

Graciela Enria

Claudio Staffolani

Universidad Nacional de Rosario

Resumen: En este trabajo se recorren los conceptos que han dado marco a los procesos de intervención desde el Estado sobre la salud, los individuos y las comunidades, con la pretensión de mejorar la forma de enfermar y morir de las poblaciones, analizando los resultados alcanzados. Esta reflexión permite el desarrollo de una propuesta que involucra a las comunidades y poblaciones en el despliegue de las condiciones de posibilidad, para que pueda resolverse de una mejor manera la tensión entre la salud y la enfermedad, fundada en una nueva concepción de la salud que lleva implícita la idea de educación en salud.

Palabras clave: salud, salud pública, participación social, educación en salud.

Abstract: *This work look for the foundation concepts that allows States interventio on health situation, people and communities, aim to improve health. The refletion allows us develop a propousal that invove population and community to increase condotionto solve in a better way the tension between illness and health founded on a new concept that implies the idea of health education.*

Key words: *health, public health, social participation, health education.*

Introducción

El fundamento de las acciones

Desde que los egipcios enunciaron: “la salud es la ausencia de la enfermedad”, nos ha sido difícil mirar el problema de la salud desde otro lugar que no sea el de la enfermedad y la muerte. Desde esta época ambas se confunden en un mismo espacio conceptual, en el que al hablar de salud se describen las enfermedades que la comprometen, y se la asocia al estadio posterior que acaece una vez que se ha logrado la curación. Esta confusión lleva implícita una serie de consecuencias: entender a las patologías como una particularidad natural de los seres humano, que el cuidado de la salud debe ser una actividad regulada por determinadas profesiones sujetando el saber y las acciones a los parámetros médico científico.

En 1948 desde la OMS se difundió una respuesta con pretensiones de universalidad: *salud es el perfecto equilibrio físico, mental y social y no sólo la ausencia de enfermedad*. El hombre, considerado como individuo, fragmentado en tres dimensiones que hacen a su biología, a su *psyqué* y a su capacidad de relación, interacción y organización, debe mantener un perfecto equilibrio entre ellas para alcanzar su bienestar. Desde esta mirada, el hombre se integra pasivamente a una realidad organizada azarosamente, externa a él, que lo rodea, con la que debe establecer una relación de equilibrio, palabra que en biología equivale a decir muerte. Como contrapartida, bienestar coloca a este individuo en el rol de consumidor de bienes y servicios ofertados desde las economías¹ desarrolladas que imponen un modelo por seguir.

En función de estos conceptos, se ha desarrollado la salud pública como disciplina científica. El *corpus* hipocrático en la Grecia Antigua, a través de la distribución de las enfermedades en términos de espacio y de tiempo,² promovió obras de ingeniería sanitaria como baños públicos, alcantarillado y abastecimiento de agua. En la Roma Imperial se enunciaron normas de convivencia pública y privada con “(...) un claro concepto de administración sanitaria, con leyes que disponían censos periódicos de la población, inspecciones de locales y mercaderías y prohibición de ciertas molestias públicas”.³

En la Edad Media, sobre todo a partir de la caída del “orden” romano y con la institucionalización del feudalismo, Europa fue arrasada por grandes “plagas”. La lepra y la peste sirvieron de excusa para el desarrollo de dos modelos bien diferenciados en el tratamiento de “lo social sanitario”. En adelante, cada uno de ellos quedará identificado con las patologías mencionadas, aunque muchos planificadores desconozcan el origen.⁴ La lepra tuvo el leprosario, fundado sobre la exclusión, la reclusión y la marginación de los grupos sociales, cuyas características indeseables podrían afectar al resto de la comunidad. Este fue únicamente el punto de partida de este modelo que ha sido reproducido en el tratamiento de la locura con el manicomio y, más

¹ Como si fuera una entidad por sí misma.

² Lapis, A., en Buck, C. (1990: 3).

³ Sonis, A. (1982: 1).

⁴ Foucault, M. (1989: 201-203).

contemporáneamente, las adicciones con los llamados “centros de rehabilitación”.

En cambio, desde la peste se conformó un modelo de control social, de los movimientos, de las prácticas, de la delimitación territorial. El modelo de la peste es el fundamento conceptual de la epidemiología más tradicional, que no sólo se sigue aplicando a las enfermedades contagiosas, sino también al tratamiento poblacional de todas las enfermedades, cualesquiera sean sus características, con los cambios propios de los criterios de acción consagrados a partir de los nuevos desarrollos tecnológicos y de conocimiento.

En esta línea argumental, en momentos de la Revolución Francesa, nace la salud pública como una política de Estado que comienza muy influenciada por el proceso histórico, económico y social, conocido como Revolución Industrial. Salud pública y control social conformaron una asociación que ha perdurado hasta nuestros días, en la que se incorporó la figura del hospital con el nuevo rol: el del lugar donde se concentran todos los saberes sanitarios, de la misma manera que la enciclopedia concentra todo el saber humano.⁵ El compromiso del Iluminismo con el conocimiento y tratamiento de “lo social sanitario” se canaliza a través del hospital, pero ese compromiso sigue un lineamiento político que diferencia claramente a la institución hospital de la comunidad. La vieja crítica a la Ilustración que se expresa con la frase “todo para el pueblo pero sin el pueblo”, puede ser aplicada al fenómeno hospitalario. En el hospital, el hombre, la sociedad, la comunidad y el pueblo solamente toman humanidad y se constituyen en sujeto de derecho cuando han enfermado, cuando se alcanza el estatus que permite la aplicación de esos saberes desarrollados luego de los métodos reconocidos por la medicina científica de la época.

⁵ Esta influencia iluminista que acompaña a la figura del hospital, se expresa también en las características que toma desde las políticas de Estado, sobre todo, en lo que tiene que ver con la participación social en salud.

Los revolucionarios franceses, fundados en las ideas de Peter Frank,⁶ proponen desde el Comité de Auxilio la creación de dos instancias de acción que se yuxtaponen.⁷ La primera implica una vigilancia continua del espacio cuya miseria se pretende suprimir; la segunda, en cambio, indica un aislamiento en espacios discontinuos estructurados según un modelo de saber científico, exclusivamente médico, el hospital, lugar de la verdad, donde se pueden manejar todas las variables a voluntad de la “ciencia”.

Con el correr del siglo XIX, los pobres son transformados en proletarios, formándose también en el objeto último de intervención por la necesidad de mantener su salud para que sigan incorporados al sistema productivo. Concomitantemente se moviliza la participación política de los grupos sociales relacionados con el trabajo. Como respuesta, desde la ciencia médica emergen una serie de propuestas lideradas por Rudolf Virchow y Daniel Guérin, difundidas por el periódico *Medicina Social*, donde ponen como centro de la reflexión sanitaria el fenómeno de la pobreza y la explotación, sosteniendo que “(...) la medicina es política aplicada al campo de la salud individual y la política no es más que la aplicación de la medicina en el ámbito social, curando los males de la sociedad”.⁸

Las propuestas de la Medicina Social, si bien dejaron una impronta teórica retomada poco después de la segunda mitad del siglo XX, fueron rápidamente reemplazadas por los postulados de Movimiento Sanitarista que surge básicamente en EUA e Inglaterra. Este movimiento basó sus fundamentos en los descubrimientos de Edward Jenner, Luis Pasteur, Robert Koch y en el desarrollo de la medicina experimental impulsada por Claude Bernard.⁹ El Movimiento Sanitarista promovió, sobre todo, las actividades preventivas en un momento de la salud pública reconocido como bacteriológico.

⁶ Peter Frank es autor de *Un Sistema Completo de Policía Médica*, en el que se establecen los métodos y principios que deben regir las acciones de los gobiernos para la protección de la salud.

⁷ Estas instancias, que según Michel Foucault remedan dos miradas de la medicina distintas pero complementarias como son el modelo de la peste y el de la lepra, son la ordinaria y la extraordinaria.

⁸ Almeida Filho, N. y J., Silva Paim (1999: 9).

⁹ Alvarado, C., *Perfiles doctrinarios y ubicación de la salud pública*, en Sonis, A. (1982: 2).

Podríamos decir con Eduardo Nájera que “(...) desde mediados hasta finales del siglo XIX no se hablaba más que de enfermedades y microorganismos infecciosos”.¹⁰ Las acciones del sanitarismo, con base en este marco teórico, se caracterizaron por la aplicación de la tecnología y la organización racional de las actividades profilácticas, las que se enmarcaron dentro del ámbito del tratamiento de los factores biológicos, tanto desde lo micro como desde lo ambiental, por medio de la inmunización, el control de vectores y el saneamiento territorial.

Dentro de esta perspectiva, el hospital estatal asegura el contrato social que se establece entre la ciencia, los ricos y los pobres. A través del hospital público (también el de beneficencia), los más adinerados financian el desarrollo del saber que les promete un mayor bienestar futuro; los pobres, en cambio, aportan su cuerpo, su sufrimiento, su esperanza. La ciencia, por último, es el seguro que legitima a través del prestigio del que goza en la modernidad las consecuencias del acuerdo tácito.

Otro acontecimiento destacable, en los primeros años del siglo XX, fue la difusión desde los EUA¹¹ de una evaluación sobre las bases científicas de la enseñanza y de la práctica sanitaria en ese país, conocida internacionalmente como *Informe de Simón Flexner*, que produjo su impacto a nivel internacional revolucionando la enseñanza y la forma de hacer medicina al entronizar los modelos pasteuriano y la medicina alopática. Instauró una fuerte separación entre lo individual y lo colectivo, lo privado y lo público, lo biológico y lo social y entre lo curativo y lo preventivo.¹² Puso un claro énfasis en lo individual, lo privado, lo biológico y lo curativo, que determinó con el apoyo de las corporaciones económicas sanitarias el aumento considerable de la especialización y el uso (y abuso) de la tecnología en la práctica médica y la desaparición del arte en el hacer médico.

Los desarrollos tecnológicos, la creciente especialización y el hospital como centro exclusivo de la práctica sanitaria, la verdad científica y el agente causal son los elementos fundamentales que

¹⁰ Nájera, E., en Buck, C. *et al.* (1990: 8).

¹¹ Universidad de John Hopkin, Fundación Rockefeller.

¹² Almeida Filho, N. y J., Silva Paim (1999: 10).

definen a la medicina de la segunda mitad del siglo XX, reconocida como la ciencia que estudia los mecanismos por los que se producen las enfermedades, su diagnóstico y tratamiento, alcanzando altos niveles de sofisticación científico-técnica.

La rapidez de la difusión de los nuevos conocimientos y tecnologías, el reconocimiento de la especialización y subespecialización creciente de los profesionales médicos inundan el saber popular, provocando la demanda de esta forma de atención por parte de la población, que, desde entonces, la considera como la única válida. Esto provoca un incremento progresivo de los costos en los sistemas sanitarios, situación que no se evidencia en el mejoramiento de las maneras de enfermar y morir de las comunidades. Cada nueva tecnología, además de aumentar las inversiones económicas necesarias, abre la puerta al desarrollo de nuevas especialidades para su planificación, ejecución y reconocimiento.

Las poblaciones reclaman más y mejores servicios, asociando este mejoramiento al aumento de la utilización de nuevas tecnología y especialidades médicas, siempre reproduciendo la imagen de la salud como un *logro que se alcanza con el tratamiento de las enfermedades*. De este modo, la salud se transforma en el objetivo por alcanzar luego de dominada la enfermedad.

En tal sentido, A. M. Zurro y J. F. Cano Pérez manifiestan que “existen múltiples evidencias científicas de que el incremento de la complejidad y de los costes de los sistemas sanitarios tradicionales no se ha visto reflejado en el nivel de salud de la población atendida. Asumir la necesidad de proseguir con los avances técnicos en el campo diagnóstico y terapéutico no debe hacernos olvidar que estamos en un momento de inflexión de la curva en que el crecimiento de las inversiones sanitarias según el modelo previo no se acompaña de cambios positivos ostensibles en su impacto sobre la salud de la población!”¹³.

Las consideraciones anteriores nos hacen reflexionar sobre la ineficacia y la ineficiencia de un sistema sanitario, dirigido exclusivamente al diagnóstico y tratamiento de las enfermedades. Para

¹³ Zurro, A. y J., Cano Pérez (1999), cap. 1.

mejorar la salud colectiva es necesario modificar el rol de los profesionales de la salud y optimizar el uso de la aparatología. De la misma manera deben ser revisadas las propuestas de prevención y promoción de la salud basadas en el modelo tradicional para cambiar los hábitos de vida que están en la base causal de las enfermedades. Estos cuestionamientos son la parte fundacional de un movimiento crítico que abarcó la salud en general y la salud pública en particular, que tomó mayor fuerza al finalizar la Segunda Guerra Mundial, en el que se retoman los postulados de Virchow y Guérin, los cuales fueron difundidos en documentos y resoluciones de los organismos internacionales.¹⁴ Todo este movimiento de opinión tomó fuerza en la Asamblea de la OMS del año 1977, dando lugar a la ambiciosa meta de “Salud para todos en el año 2000” y, posteriormente, la “Declaración de Alma Ata” del año 1978, en la que los países se comprometen a realizar la estrategia para cumplir con dicha meta.

A partir de Alma Ata, los organismos internacionales de salud no sólo ven la necesidad de transformar con profundidad el sistema sanitario, sino también cambiar el perfil de sus profesionales. La figura del médico de cabecera, tan antigua como la propia medicina, ha de ser potenciada en muchos de sus contenidos y modificada radicalmente en otros para lograr su plena incorporación a las nuevas proposiciones conceptuales, organizativas y funcionales de un moderno sistema sanitario. Se define un nuevo perfil del médico en el que se aúnan características tradicionalmente positivas en los terrenos del conocimiento, potenciando el contacto profundo con los pacientes a *su cargo*, remarcándose la continuidad en la asistencia prestada. Se enuncia la necesidad de mudar el objeto de trabajo, desde la enfermedad individual al de salud colectiva, al trabajo en equipos interdisciplinarios en centros de salud y al desarrollo de actividades de promoción de la salud y prevención de las enfermedades, potenciando decididamente las capacidades docentes y de investigación propias del sistema sanitario. Sostiene que existe “vida inteligente” fuera de los hospitales. Hay que proceder, en suma, a una transformación y potenciación de la figura del médico del primer nivel de atención, aquel que fue enviado a los Centros Atención Primaria, incrementando su

¹⁴ OMS, UNICEF, Asamblea Mundial por los Derechos Humanos, PNUD.

prestigio científico y profesional, y mejorando su imagen social. Con él se propugna la redefinición de la función, hasta este momento cuasi burocrática, de la profesión de enfermería asignándole en el sistema de salud nuevos roles en el desarrollo de todas las facetas de la salud pública, incluyendo las de decisión y planificación de las actividades asistenciales, docentes y de investigación.

En este marco, sería importante agregar al debate sobre el desarrollo de estrategias de promoción de la salud y prevención de las enfermedades, que es indispensable partir de la base de las diferencias poblacionales, reconociendo los saberes propios de las diversas culturas e involucrando otros actores sociales ajenos al campo específico de la medicina.

Salud, salud pública y participación social

Para que el sistema sanitario responda a las demandas y a las necesidades de salud de la población es esencial que todos los integrantes del equipo de salud participen activamente en su planificación, ejecución y evaluación. Pero para que este proceso dé frutos también es imprescindible que se involucre a la comunidad en todos y cada uno de los procesos, participación que es consubstancial al concepto de Atención Primaria de Salud. La representación ciudadana se produce en primer lugar en el ámbito político parlamentario a nivel nacional, provincial y local, también a partir de las ONGs. Hasta aquí lo que podríamos denominar participación desde “fuera” del sistema, o sea, con base en las estructuras de representación política. Pero el salto cualitativo en este terreno ha de producirse con la participación “desde dentro” del propio sistema sanitario, mediante la consideración de los ciudadanos como protagonistas en la toma de decisiones y en el debate de las directrices estratégicas de los programas concretos y de sus resultados.

El sistema de salud, en su perspectiva de organización prestadora de servicios, debe estar orientado en su concepción, organización y actividades de acuerdo con las demandas tácitas y expresadas por la población asistida. Tener esta afirmación siempre presente evita que los profesionales de la salud construyan un sistema hecho a la medida de ellos mismos, pero que no responda a las necesidades reconocidas (o no) demandadas (o no) por la población.

Para que esto tome un cariz de posibilidad es necesario mutar aquellos conceptos que se han entronizado en el saber médico y en la población. Ideas y valores que hacen al reconocimiento de la salud-enfermedad, a la calidad de la atención, a la salud pública como una forma de control del Estado, fundados en elementos tan caros a lo humano como es la enfermedad. Todo esto perpetuado por fines políticos y económicos basados exclusivamente en el tratamiento de las distintas patologías a lo largo de la historia y en la organización de sistemas que reproducen los modelos de la lepra y la peste; los que mantienen, como si fuera natural, una organización vertical de control que remeda a la militar.

Otra figura que merece ser examinada es la homologación de la atención sanitaria prestada por el Estado con la pobreza, de la cual se deriva su función casi natural restringida a la atención de la demanda de los indigentes enfermos. La salud, entendida como un estado posterior a la curación de la enfermedad que se deriva a partir de ese proceso especular, se presenta como un gran obstáculo para poder pensar la salud pública y la meta de Salud Para Todos, en tanto que las acciones planificadas desde el Estado y lo que la comunidad espera de éste, se conjugan en una imagen casi milagrosa, desplegada en el uso excesivo de la tecnología y la especialización de la medicina.

Para lograr esta transformación, los organismos internacionales ponen gran énfasis en la Participación Social en Salud (PSS), destinando páginas a la importancia de las decisiones que toman las mismas comunidades. Es sustancial indagar sobre las condiciones de posibilidad para que esto ocurra en la Argentina actual, donde sólo son reconocidos aquellos grupos legalmente certificados.¹⁵

La PSS como concepto permite innumerables interpretaciones, sobre todo en el contexto de los países subdesarrollados, siendo tratada tradicionalmente en forma ambigua y oscura tanto por quienes la promueven desde un punto de vista utilitarista buscando una mayor

¹⁵ ONG, fundaciones que deben contar con una comisión directiva, estatutos, fondos, balances, etc., todo bajo el control del Estado.

posibilidad de adaptación a los cambios¹⁶, como por quienes la interpretan solamente como forma alternativa a las propuestas oficiales.¹⁷

Desde el punto de vista liberal, se puede hablar de la participación como un derecho universal que, pensado como una interpretación puramente abstracta, se refiere genéricamente a los individuos y no a los grupos, sociedades, comunidades o clases. La participación desde esta visión es la condición de posibilidad para el reconocimiento social. Así entendida, la PSS se transforma en un colaboracionismo de la sociedad, en los espacios y circunstancias que el mercado o alguna representación del Estado les permitan. Si la colaboración es la adecuada, entonces el premio es el “ascenso social” o el “bienestar social”, y si no lo es, las consecuencias será el descrédito y la marginación.

En la discusión sobre las ideas que subyacen a lo que podamos entender por PSS, no es la inclusión de la comunidad en las estrategias de salud, porque de hecho de cualquier manera lo está. Tampoco es si la población se empodera, si hace suya, si toma responsabilidades sobre las estrategias o las acciones que se ejercen desde el sistema de salud, ya que en el mismo acto de ir o no a una consulta médica hay un ejercicio de empoderamiento. La discusión fundamental sobre la PSS es quién decide sobre la forma de entender la salud y los obstáculos que impiden alcanzarla, quién toma las decisiones, o planifica las estrategias sobre las cuales la población debe participar. En definitiva, la discusión es, si participar es tomar decisiones, planificar estrategias de acción sobre esas decisiones, ejecutarlas y evaluar los resultados de esas acciones, o acatar de modo “paciente” las decisiones, las acciones y las evaluaciones de otros.

La misma Declaración de Alma Ata plantea que “la atención primaria de la salud: (...) 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 la salud, sacando el mayor partido posible de los recursos locales y nacionales y de otros recursos

¹⁶ Souza Bravo, M. *et al.* (1991: 14).

¹⁷ Jamamoto, M. y J., Netto, J. (1989) mimeo.

disponibles, y con tal fin desarrolla mediante la educación apropiada la capacidad de las comunidades para participar;(...)"¹⁸. Sin embargo, el concepto de participación tiene una ambigüedad que ni siquiera puede ser precisado mediante la educación apropiada, puesto que esta actividad también se encuentra influenciada transversalmente por el modelo ideológico vigente que, "casi en forma natural", tiende a reproducirse.

Diez años después de Alma Ata, la OPS¹⁹ define la PSS como una actividad "permanente y no circunstancial, activa y no pasiva, es decir, asumiendo un rol de sujeto-agente transformador de su propia realidad; crítica, significando con ello la no aceptación de un escenario preformado, descrito o definido por elementos externos, sino asumiendo directamente y a todos los niveles, en el sentido que la participación social no debe ceñirse solo a la fase de ejecución de los programas de salud, sino también en lo que respecta a la planificación, evaluación y control de los mismos". A este punto de vista, donde la comunidad debe asumir un rol transformador de la realidad, deberíamos agregarle la mudanza del marco conceptual desde el que se piensa cambiar la realidad, ya que si no se promueve el giro de los axiomas políticos desde los cuales se piensa la salud, estaríamos condenados a la reproducción permanente de la realidad de la cual se parte y a la que se pretende arribar.

El desafío hoy es cómo estimular y promover la PSS, y qué características deben tener los actores sociales que la lleven adelante.

La formación de recursos humanos como actores sociales. El desafío de la educación en salud

A partir de la década de los sesenta, desde el modelo desarrollista que se desplegó fuertemente en toda América Latina, impulsado por la Organización Panamericana de la Salud (OPS), se creó el concepto de *educación para la salud* como parte de un proceso que abarcó todos los ámbitos del pensamiento de la época. El principio del que se parte es que existe un saber "verdadero", producido y custodiado por la

¹⁸ De Alma Ata al año 2000 (1992: 11).

¹⁹ *Estrategias de participación sociales en los sistemas locales de salud. Programa de desarrollo de servicios de salud* (1988: 35).

comunidad científica que debe ser “inculcado” a la comunidad ignorante. Este modelo tiene implícito dentro de su visión las asimetrías entre unos y otros, así como la utopía de la posibilidad de las poblaciones de evolucionar linealmente desde el subdesarrollo hacia el desarrollo. La concepción desarrollista de la educación para el progreso, de los individuos y las poblaciones hacia el reconocimiento social como *homo consumens* es trasladada al concepto de saber sobre la salud. De esta manera se imponen conceptos como el de bienestar, calidad de vida, progreso, atención médica, etc., propio de otras sociedades y esquemas económicos.

Del mismo modo que en la pedagogía tradicional,²⁰ en la educación para la salud se fomenta una fuerte separación entre el educador y el educando, dando al primero un rol activo y transformador; en cuanto al segundo, se le considera como un receptor pasivo del saber. Esta ecuación se reproduce en el concepto de educación para la salud en las figuras del médico y el paciente. Paciente que además de ignorar, suma a su mal-estar la “culpa” de la responsabilidad de su estado.

Estas ideas que se replicaron desde los organismos internacionales y locales en todos y cada uno de los programas específicos sobre enfermedades han tenido la misma suerte para la salud que los programas económicos; lejos de disminuir las brechas existentes y la inequidad entre ricos y pobres, las profundizó. De la misma manera, la educación para la salud considerada como la transmisión de un saber verdadero empuñado por un agente “activo” del sistema hacia las poblaciones pobres y desconocedoras del qué hacer para prevenirse de las enfermedades, lejos de reducir sus padecimientos, las ha aumentado. El impacto esperado por el despliegue de las estrategias²¹ de educación para la salud no ha sido el planificado y no fue por la ignorancia de la población sino por un error formal en la consideración de los grupos humanos como agentes pasivos, donde no es valorada su experiencia como actor social. En este marco, las estrategias de educación para la salud reprodujeron la estructura hospitalaria marcada por la descontextualización entre el saber requerido y la

²⁰ Entendiendo el modelo derivado del pensamiento positivo.

²¹ Programas de Formador de formadores, ejemplo: enfermedades de transmisión sexual, VIH-sida, adicciones, etcétera.

información transmitida, en el que se trasladó el rol de educador del médico a la enfermera.

Desde la década de los ochenta, fruto de las críticas y las evaluaciones del fracaso de estos enunciados, nace desde la pedagogía crítica el reconocimiento de las diferencias culturales y las propuestas de encuentro de saberes como una superación de los modelos anteriores donde unos tienen todo por enseñar y otros todo por aprender. Esta propuesta de encuentro no sólo hace al reconocimiento del otro sino a la construcción de problemáticas diferentes que muestran las prácticas y representaciones de cada grupo social. Esto es lo que se ha dado en llamar *educación en salud*.

Esta nueva concepción no es únicamente un cambio en la preposición, sino que da significado a las características y tradiciones de los grupos sociales involucrados. De esta manera cobran sentido el reconocimiento de los problemas, sus determinantes, las representaciones y prácticas involucradas, y así se hace posible la transformación mediante la construcción colectiva de estrategias, acciones, imponiendo una direccionalidad y permitiendo una evaluación colectiva.

Aquí, la salud pasa a ser considerada como un “(...) concepto complejo, socialmente construido, que toma en cuenta la perpetua tensión entre la adaptación a la vida y al ambiente, la búsqueda de felicidad y la superación de la enfermedad”.²² Podríamos decir, entonces, que construcción y tensión definen el concepto de salud, y que son los procesos de esa construcción y las características de la tensión que las comunidades perciben las que determinan la aparición de los procesos morbosos. Ya que el mejoramiento del perfil patológico de una población, su forma de enfermar y morir, está acompañado de una transformación de la incidencia y prevalencia de los diferentes tipos de enfermedad y de las causas de mortalidad, no de la eliminación de las enfermedades. Por lo tanto, a la definición de Contandriopoulos podríamos agregar que salud es: la construcción que una comunidad realiza, tomando en cuenta la perpetua tensión entre la adaptación a la vida y al ambiente, la búsqueda de felicidad y una

²² Contandriopoulos, A. (2000: 23).

morbimortalidad que permita el logro de los ideales comunes de una comunidad y sus proyectos personales.

La salud, o lo que se entienda por ella, de este modo no queda definida a través de una abstracción, tampoco por un continuo que asocia necesariamente los estadios más altos de la vida con la enfermedad. Salud es el resultado de una serie de decisiones que la comunidad debe tomar sobre su realidad biológica y social, con o sin el asesoramiento profesional.

Desde este lugar, la educación en salud más que transmitir información debe ser la herramienta de creación de las condiciones de posibilidad para que se pueda dar un encuentro entre los saberes en juego, a partir de los cuales sea posible intervenir sobre los problemas concretos que conspiran con la salud, es decir, con la adaptación a la vida y al ambiente, la búsqueda de felicidad y una morbimortalidad, que posibilite la consecución de los ideales comunes de una comunidad y sus proyectos singulares.

Para poder cumplir con este rol, los futuros educadores en salud deben hacer carne estas nuevas perspectivas teóricas, pero también convertirlas en habilidades que tienen que ver con romper con la dicotomía asimétrica entre docente y alumno,²³ lo cual conlleva un proceso pedagógico participativo, de reconocimiento del saber del otro para poder operar con esa tensión de la que se hablaba anteriormente, accionando en la construcción colectiva de la necesidad y las estrategias para apropiarse de los satisfactores.

Educación en salud reclama un reconocimiento conceptual que implica la incorporación de nuevos valores de intervención social, relacionados con la promoción de la salud, que en todas las propuestas, desde Hipócrates hasta nuestros días, la sitúan en el antes que los procesos patológicos se disparen. La horizontalidad entre los diferentes actores involucrados, el reconocimiento de las diferencias culturales, la diversidad de saberes y la posibilidad de elaborar los problemas desde diferentes miradas que llevan aparejada diversas estrategias debe marcar el sentido de las acciones. Por lo tanto, cuando hablamos de educación en salud hacemos referencia a un proceso de

²³ Alumno: a-lumno, sin luz.

construcción pedagógico continuo y extendido en el tiempo, que hagan a la adopción de comportamientos y hábitos saludables y no a la actuación sobre la inmediatez de los procesos patológicos.

Desde esta perspectiva, la institución educación toma una dimensión que traspasa los intramuros,²⁴ poniendo en juego la idea de comunidad educativa para abarcar a la comunidad en general. Pero para acceder a la comunidad también es necesario un conocimiento del territorio, de ese espacio que a lo largo de la historia se ha ido conformando, con sus movimientos y con sus marcas, sus claros y sus oscuros.

El territorio en el que la comunidad despliega su vida cotidiana va tomando las características de la interacción social, donde cobran importancia la historia, las representaciones sociales, los valores, las estratificaciones. Elementos sobre los cuales posteriormente, en un proceso de integración de saberes, se deben ir creando las estrategias de educación en salud.

Un tema importante por considerar en las propuestas de educación en salud es el tiempo, que habitualmente en todo proyecto es medido a priori.²⁵ Los tiempos de construcción y apropiación de las nuevas representaciones para verlas expresadas en prácticas requieren tiempos vivenciales, que en cada grupo humano tendrán dimensiones diferentes. Este tiempo humano²⁶ es el de la comunidad, el cual necesita ser reconocido también por las instituciones que intentan llevar adelante la educación en salud para abordar las problemáticas que ellas presentan.

Aún tomando en cuenta todo lo desarrollado hace falta dar un paso más, y es considerar en cada uno de los acontecimientos la multidimensión y complejidad que implica a toda problemática social. Realidad que supera ampliamente el ámbito local y reclama un posicionamiento que considere el contexto más global; ya que perder de vista las realidades que delimitan nuestro presente llevaría nuevamente a repetir las limitaciones anteriores, ya no por el

²⁴ Escuelas, centros de salud, obras sociales, etcétera.

²⁵ Requisito imprescindible de los entes de financiación: BIR, BIF, Banco Mundial, OMS, PNUD, etcétera.

²⁶ Ricoeur, P. (1995: 75).

desconocimiento de lo particular sino por la negación de la trascendencia de los determinantes más universales.

El desafío de la educación en salud, aún con escaso desarrollo, reclama dos actividades complementarias: una, la de deponer las modalidades a que han llevado los conceptos arcaicos a través de una nueva mirada de la salud, la salud pública, la participación social en salud, el desarrollo y la educación para la salud. La otra, es crear las condiciones de posibilidad, donde los nuevos conceptos encuentren un terreno fértil para la transformación social, considerando la tensión existente entre la adaptación a la vida y al ambiente, la búsqueda de felicidad y una morbimortalidad que permita el logro de los ideales comunes de una comunidad y sus proyectos personales.

enria@ciudad.com.ar

Graciela Enria. Médica pediatra y magíster en salud pública. Profesora asociada a cargo de la cátedra Medicina y Sociedad de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Rosario; investigadora de Consejo de Investigaciones de la UNR.

cstafol@hotmail.com

Claudio Staffolani. Licenciado y profesor de Filosofía, especialista en participación comunitaria y promoción del desarrollo; docente e investigador de la cátedra Medicina y Sociedad de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Rosario; docente de la Universidad Autónoma de Entre Ríos.

Recepción: 12 de mayo de 2005

Aprobación: 23 de mayo de 2005

Bibliografía

- Almeida Filho, N. y J., Silva Paim (1999), "La crisis de la salud pública y el movimiento de la salud colectiva en Latinoamérica", en *Cuadernos Médicos Sociales*, mayo, núm. 75, pp. 5-30.
- Buck, C. *et al.* (1990), *El desafío de la Epidemiología*, Washington: OPS,
- Contandriopoulos, A-P. (2000), "La salud entre las ciencias de la vida y las ciencias sociales", en *Cuadernos Médico Sociales*, abril, núm. 77, pp. 19-33.
- _____. (1992), *De Alma Ata al año 2000*, Ginebra: OMS.

- _____ (1988), *Estrategias de participación sociales en los sistemas locales de salud. Programa de desarrollo de servicios de salud*, núm. 64, Washington: OPS.
- Foucault, M. (1989), *Vigilar y castigar*, Buenos Aires: Siglo XXI.
- Freire, P. (1986), *La educación como práctica de la libertad*, Buenos Aires: Siglo XXI.
- Jamamoto, M. y J., Netto (1989), *Servicio social alternativa, elementos para su problematización*, Río de Janeiro: UFRJ (mimeo maestría en Servicio Social).
- Ricoeur, P. (1995), *Tiempo y narración. Configuración del tiempo en el relato histórico*, México: Siglo XXI.
- Sonis, A. (1982), *Medicina Sanitaria*, Barcelona: Ateneo.
- Souza Bravo, M. et al. (1991), "Participación popular en salud", en *Salud comunitaria y Promoción del desarrollo*, tomo III, Perú: CELATS.
- Zurro, A. y J., Cano Pérez, *Atención primaria de la Salud*, Madrid: Harcourt-Brace.