

# *Promoción de la salud. Un instrumento del poder y una alternativa emancipatoria.*

MARÍA DEL CONSUELO CHAPELA MENDOZA<sup>1</sup>

## *Introducción*

El propósito de este texto es ofrecer un panorama crítico de promoción de la salud que sirva para la reflexión de quienes se interesan en este campo.

Inicia con una revisión del origen y desarrollo de la promoción de la salud en la que se pone de manifiesto el carácter disímulo de su concepción y práctica. En esta sección se relevan los componentes de la práctica de promoción de la salud sugeridos en distintos eventos internacionales y se sugiere que, a pesar de ser una práctica organizada oficialmente desde las estructuras del poder hegemónico, por su carácter político tiene gran potencial para la modificación de la salud de la población. Se presenta después una visión de promoción de la salud alternativa a la oficial en la que se proponen conceptos de salud, enfermedad, promoción de la salud y sujeto saludable. Termina este texto con algunos ejemplos de aplicación de las definiciones que aquí se proponen, en la delimitación y entendimiento de los problemas teóricos y prácticos de salud.

## *Origen y desarrollo del discurso y la práctica de la promoción de la salud*

No exenta de las investiduras hegemónicas<sup>2</sup>, la promoción de la salud, práctica ancestral de la humanidad, se presenta actualmente como discurso y práctica de las agencias oficiales desde su institucionalización en 1986 durante la Conferencia de Ottawa en Promoción de la Salud. Con el antecedente directo de la definición oficial de salud en 1946 (OMS) y del reconocimiento de la promoción de la salud como una práctica fundamental de la atención primaria en Alma Alta (1979), esta conferencia reunió a trabajadores y políticos de la salud, entre los que se encontraban profesionales no-médicos, para discutir la necesidad de cambiar el enfoque de las políticas nacionales e internacionales, que hasta entonces estaba puesto en la atención a la salud, a promoción de la salud. La Carta de Ottawa (1986:4) define a la promoción de la salud de la manera siguiente:

*La promoción de la salud consiste en proporcionar<sup>3</sup> a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma. Para alcanzar un estado adecuado de bienestar físico, mental y social un individuo o grupo debe ser capaz de identificar y realizar sus aspiraciones, de satisfacer sus necesidades y de cambiar o adaptarse al medio ambiente. La salud se percibe pues, no como el objetivo, sino como la fuente de riqueza de la vida cotidiana.*

La perspectiva de Ottawa se mantuvo en subsecuentes conferencias internacionales entre las que se encuentran Adelaide 1988, Sundsvall 1991, Jakarta 1997, Puerto Rico 1998, México 2000, París 2001, Melbourne 2004 y Bangkok 2005. Aunque en la propuesta de Ottawa no se puede encontrar propiamente una definición de salud, sí es posible entrever una manera de pensar en ella. En esta proposición no se

---

<sup>1</sup> Egresada de la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de México. Maestra en Medicina Comunitaria por la Universidad de Edimburgo. Doctora en Ciencias Sociales por la Universidad de Londres. Actualmente profesora titular en la Universidad Autónoma Metropolitana, México para alumnos de la Maestría en Población y Salud, Maestría en Medicina Social, Doctorado en Salud Colectiva y coordinadora del Diplomado en Promoción de la Salud. Líneas de investigación e interés: Promoción de la salud e investigación cualitativa.

<sup>2</sup> Antonio Gramsci considera liegeinonía como la dirocchi(')n cultural, ética y política de la so ciedad que confluye en dirección económica (Portelli, 1987).

<sup>3</sup> La redacción original en inglés utiliza la palabra enable que significa permitir, hacer posible algo y, según mi entendimiento, está más referida al poder que la persona puede tener que a las cosas que se les pueda proporcionar.

hacen cambios explícitos a la definición oficial de la Organización Mundial de la Salud (OMS) <sup>4</sup> no obstante se pueden percibir algunos matices diferentes. En la Carta de Ottawa la salud se concibe como un recurso, una capacidad que no aparece en la definición estática de la OMS. Esta capacidad se ve como responsabilidad individual y colectiva de controlar la vida presente en donde la responsabilidad del gobierno y otras instituciones reside en asegurar las condiciones básicas que hacen posible el desarrollo de la capacidad saludable de la población. En la idea de que el control de la vida presente tiene sentido sólo en la perspectiva de futuros que diseñan los individuos y los colectivos, se revela la naturaleza dinámica de la salud que en esta proposición no se ve como una condición o estado sino como una capacidad humana aparte de la enfermedad, transformando entonces a la enfermedad en uno de los múltiples factores que pueden limitar el desarrollo de la capacidad humana saludable. Esta definición está intentando acercarse al fundamental reconocimiento de aspectos objetivos y subjetivos del sujeto y su entorno para entender y actuar a favor de la salud. Los conceptos de salud y promoción de la salud detrás de la Carta de Ottawa han sido objeto de múltiples interpretaciones sustentadas en una variedad de valores, significados y prácticas de salud. Sin embargo en la mayoría de los discursos está presente el reconocimiento de una determinación mutua entre salud y desarrollo (Barreto, 1996).

A la Conferencia de Ottawa siguió el movimiento de Ciudades Saludables. Se propuso que una ciudad saludable estaría equipada con las condiciones básicas para desarrollar la salud (Cerqueira, 1997; Ashton, 1987). En Latinoamérica la idea de ciudades saludables devino inicialmente en "municipios saludables" (Castro, 1998; OPS 1992). La Conferencia de Jakarta (1997) identificó seis prioridades de promoción de la salud: fortalecer la base de evidencia de resultados de promoción de la salud; aumentar la inversión para desarrollarla; incrementar las capacidades colectivas; facilitar el empoderamiento <sup>5</sup> de individuos y comunidades; y asegurar la existencia de la infraestructura material necesaria para la promoción de la salud a partir de reorientar los sistemas y servicios de atención a la salud con criterios de promoción de la salud. Estas prioridades se ratificaron en la V Conferencia Global en Promoción de la Salud en México (2000). Al enfatizar en las determinantes socioeconómicas de la salud, en Jakarta se develó el carácter político de la promoción de la salud y la necesidad de asegurar recursos para actuar en su favor. A partir de esta conferencia se comienzan a desarrollar en la práctica conceptos derivados de la interpretación del término inglés *advocacy* <sup>6</sup> y del término "alianzas" como líneas estratégicas prioritarias y fundamentales para la promoción de la salud.

En Ottawa y en Sundsvall se reconoció que los ambientes saludables eran una condición necesi-

---

<sup>4</sup> Salud es el completo estado de bienestar físico mental y social y no solo la ausencia de enfermedades (OMS 1946)

<sup>5</sup> Aunque el verbo empoderar cayó en desuso en la lengua española hasta la década de 1960, se ha reinstalado en algunos discursos oficiales y no oficiales como traducción de la palabra inglesa *empowerment*. Sin embargo, en el discurso de promoción de la salud que aquí se sostiene se ha preferido utilizar el verbo de la lengua española *apoderar*. Contrario a frecuentes interpretaciones de *a-poderar* en donde el prefijo *a* niega la raíz *poder*, en este trabajo se utiliza *apoderar* de acuerdo con sus acepciones tres y cuatro del Diccionario de la Lengua Española: 3. *pronominal. Hacerse uno dueño de alguna cosa, ocuparla, ponerla bajo su poder // 4. antiguo. Hacerse poderoso o fuerte; prevenirse de poder o de fuerzas*. Se procura destinar el verbo *empoderar* en este texto cuando lo que se quiere significar son las acepciones una y dos del verbo: *Dar poder una persona a otra para que la represente en juicio o fuera de él. // antiguo. Poner en poder de alguno una cosa o darle la posesión de ella*. Desde esta interpretación, *empoderar* se refiere a alguien que por sus propias razones y con sus propios medios y fines, decide dotar a otra persona de algo que quien dota posee y quien es dotado no posee, estableciendo así una relación en donde una parte es activa e independiente y la otra pasiva y dependiente. Esta es frecuentemente la interpretación de *empowerment* que se hace en los discursos oficiales que perpetúan la relación de dominio sobre la población, cosa contraria a la intención de *apoderar* en donde el sujeto se dota y recupera lo que es y era suyo en primera instancia.

<sup>6</sup> Hasta el momento la autora no ha encontrado una traducción convincente de este término. Outón (2005) considera que el término *advocacy* puede traducirse como defensoría ya que su raíz es la misma que la de *abogacía* (lat. *advocatus*). Cerda (2005) equipara *advocacy* con la teoría y sus trabajos en exigibilidad y justiciabilidad. Carlisle (2000) elabora una tipología de *advocacy* para poder dar cuenta de sus distintos significados. Rice (1999) sostiene que *advocacy* es un aspecto de la promoción de la salud esencial para desarrollar políticas y programas efectivos para modificar la situación de salud, y Wise (2001) argumenta que las acciones llevadas a cabo como *advocacy* definen las agendas, dan forma al debate y avanzan las políticas pero, como muchos otros autores, no definen el concepto. Aquí se sostiene temporalmente que *advocacy*: significa, además de "defender", hablar a favor de alguien o algo, mantener una causa en contra de intereses ajenos, o defender una idea; llevar a cabo actividades o negociaciones dirigidas a lograr algo a favor de alguien, ejercer el poder de hacer algo a favor de alguien, en donde "alguien" puede ser la persona misma, grupos, comunidades o la sociedad en su conjunto' (Chapela, citado en Wise, 2001). Dada la inexactitud de su definición, se mantiene en este texto la palabra inglesa *advocacy* cuyo significado de acuerdo con el diccionario Heritage es *apoyo activo por una causa* (Heritage Dictionary of the English Language).

ria para que los distintos grupos sociales o los individuos pudieran lograr sus expectativas. En Sundsvall se conceptualizó la idea de "ambientes de apoyo" (*supporting environments*) como los aspectos físicos y sociales de los entornos de la gente. Con el espíritu de Ottawa, en las conferencias de Sundsvall y Jakarta se releva el empoderamiento como elemento clave para promover la salud (Wallernstein y Freudenberg, 1998). El empoderamiento se entiende como la devolución del poder a las personas y a los grupos sociales; como el desarrollo de valores, conocimiento e instrumentos útiles para el logro de sus expectativas; y como desarrollo de sistemas gubernamentales y de políticas incluyentes.

En la conferencia mundial de Bangkok 2005 en Tailandia, se propusieron cuatro compromisos clave para promover la salud: "Que la promoción de la salud esté en el corazón de la agenda para el desarrollo global; que se considere una responsabilidad de todos los gobiernos y de todas las agencias gubernamentales; que se enfoque estratégicamente en las comunidades y la sociedad civil; y que sea un requisito de las buenas prácticas corporativas".

En esta misma conferencia se propone que para lograr esos compromisos las acciones de todos los sectores gubernamentales y de la sociedad civil tendrán que:

*... defender (to advocate) la salud con base en los derechos humanos y la solidaridad social; invertir en políticas, acciones e infraestructura sustentables encaminadas a atender las determinantes de la salud; generar políticas, liderazgo, práctica de promoción de la salud, transferencia de conocimiento, investigación y 'alfabetización' en salud; regular y legislar para asegurar un alto nivel de protección contra el daño y proveer con igualdad de oportunidades para la salud y el bienestar a toda la población; y construir alianzas con organizaciones públicas, privadas, no gubernamentales, internacionales y la sociedad civil para crear las acciones sustentables.*

Como se puede observar, al mismo tiempo que el espíritu de Ottawa prevalece en el discurso oficial, éste se mantiene en el tenor de la declaración y del empoderamiento. Hay que observar sin embargo cómo se han asentado y normalizado en los discursos oficiales un gran número de las palabras que se refieren a la faceta política de la promoción de la salud.

Como se ha visto a lo largo de esta sección, se puede hablar de promoción de la salud como una práctica de los individuos y de los grupos que pueden o no tomar las instituciones como responsabilidad; como una responsabilidad de los gobiernos; como una práctica instrumental y discursiva; como un movimiento que inicia en Ottawa; o como otras cosas. Es entonces necesario identificar aunque sea a grandes rasgos esas diferencias para poder dimensionar las propuestas que se hacen más adelante.

## ***Los conceptos de promoción de la salud***

En tanto nueva disciplina y por el peso potencial que tiene en las relaciones sociales como práctica heterodoxa, la promoción de la salud está inmersa en luchas de poder para definir su carácter, especificidad y discurso. En la bandeja de promoción de la salud oficial encontramos concepciones y discusiones coloreadas por los discursos del mercado (ver por ejemplo World Bank 2001, G8 Genoa Summit 2001) en donde la promoción de la salud se reduce a instrumento técnico dejando de lado las discusiones conceptuales profundas sobre salud y promoción de la salud necesarias para su desarrollo. La mirada profunda a la promoción de la salud descubre que para lograr las condiciones básicas para su acción se requieren cambios en políticas, sistemas y servicios de salud favorables al ejercicio del poder de la población. Desarrollar la promoción de la salud con el espíritu apoderante presente en la Carta de Ottawa amenaza la posición hegemónica de las agencias del poder; es entonces poco probable que en la práctica sean las agencias quienes impulsen este tipo de promoción de la salud.

Dado que la promoción de la salud se lleva a cabo siempre en el gran campo <sup>7</sup> de la cultura, no es

---

<sup>7</sup> El sociólogo Pierre Bourdieu considera que la sociedad es el conjunto de relaciones de intercambio de capital que se lleva a cabo en el conjunto de los campos: En términos analíticos, un campo puede ser definido como una red, una configuración, de relaciones objetivas entre posiciones. Estas posiciones están objetivamente definidas, en su existencia y en las determinaciones que imponen a sus ocupantes, agentes o instituciones, por su situación actual y potencial (situs) en la estructura de la distribución de especies de poder (o capital) cuya posesión obliga al acceso a las ganancias específicas que están a disposición en el campo de acuerdo con su relación objetiva con otras posiciones (dominación, subordinación, homología, etc.,) (Bourdieu y Wacquant, 1992:97). Propone que existen campos de diferentes dimensiones pero todos están en última instancia dentro de dos grandes campos a los que denomina

políticamente neutral. Cardacci (1998) argumenta que la acción de promoción de la salud se hace básicamente en formas paternalista/asistencial y romántica/idealista y nos alerta sobre qué tan desapoderantes pueden ser prácticas llevadas a cabo en nombre del apoderamiento. Sin embargo los planteamientos de promoción de la salud tomados por las agencias del poder pueden representar oportunidades estratégicas para promover la salud. Algunos proyectos nacionales o internacionales incorporan contenidos de educación en salud y de promoción de la salud empoderante que corresponden con las necesidades de la hegemonía<sup>8</sup> y que sin embargo pueden ser usados por las organizaciones o por los sujetos sociales como "sombrilla" bajo la cual se puede desarrollar distintos esfuerzos de promoción de la salud apoderante. Así mismo, al retomar el término "promoción de la salud" en el discurso, las agencias internacionales tienen que hablar y llegar a compromisos con discursos que nombran aspectos del acceso restringido a la riqueza (pobreza), del derecho a la salud y del apoderamiento (ver por ejemplo People's Health Assembly, 2000). La inclusión de estos aspectos no depende en exclusividad de la existencia de la promoción de la salud sin embargo, su presencia en los discursos de las agencias hegemónicas representa una de las múltiples vías de circulación de los contenidos culturales desde la subordinación hacia la hegemonía.

Los discursos en promoción de la salud frecuentemente aparecen como si partieran de acuerdos conceptuales. Sin embargo, la práctica que sustentan revela profundas diferencias en concepciones, significados, beneficiarios y fines lo que revela una lucha por ganar capital en el campo de la promoción de la salud. Un ejemplo de esto es el conflicto educación en salud/promoción de la salud que se describe a continuación.

### ***Educación en salud / promoción de la salud***

El saber popular y los expertos a lo largo de la historia han relacionado a la educación con formas de mejorar la vida. Ejemplo de esto es el trabajo de Foster (1839) *Un Ensayo sobre las maldades de la ignorancia popular*, en donde se argumenta que es necesario "dar" educación religiosa al populacho para no terminar (los potentados del momento) siendo atacados de forma salvaje como acostumbra tratarse entre ellos, a sus hijos y a sus animales. Desde la segunda mitad del siglo XIX algunos gobiernos en los emergentes países industriales asumen a la educación en salud como forma de asegurar el éxito industrial (ver por ejemplo Twining, 1882: *La ciencia en la educación popular: como forma de promover la salud, el bienestar y el éxito industrial*). La educación en salud en las escuelas (concebida como educación higiénica) se convierte en moda para algunos países latinoamericanos y para los países con industria. Ejemplo de esto es el Open Air School Movement (Crowley, 1909) que trascendió al ámbito médico-hospitalario y la publicación de Montellano (1919): *Higiene escolar, una nueva forma de enseñar una higiene elemental*. A partir de la década de 1940 y en el contexto de la Segunda Guerra Mundial y la post guerra (Turner, 2001) la educación en salud formó parte de las acciones sanitarias de los gobiernos para informar a la población acerca de aspectos de la nutrición, higiénicos, enfermedades específicas y vacunas con contenidos regulados por expertos médicos, sanitaristas y epidemiólogos (Turner, 2001). Al cambio de los paradigmas en salud, con el aporte de los movimientos populares de la década de 1970 y los trabajos en educación de adultos y educación popular entre los que destaca el de Paulo Freiré (1972), emergió un enfoque de educación para la salud paralelo al tradicional y que trascendió a algunas formas de educación en salud.

Actualmente la educación para la salud se caracteriza por mantener los contenidos de la higiene, y de la prevención, atención "oportuna" y rehabilitación de enfermedades. Algunas instituciones utilizan los cambios en la tecnología educativa para lograr "cambio de hábitos", estilos de vida saludables, vidas más sanas, u otras definiciones que ponen en el centro al cuerpo físico y de éste, a la enfermedad. Lo más frecuente es que las agendas de educación en salud sigan siendo definidas por expertos para alcanzar objetivos institucionales sin considerar efectivamente a la población local. A través de los años la "educación informativa" ha sido vista como panacea cuando no hay compromiso real para atender los problemas profundos de la salud. Las visiones técnicas de educación y las demandas impuestas a los gobiernos por las agencias hegemónicas nacionales e internacionales -presentación de proyectos, metas fijas, eficiencia evaluada cuantitativamente- obstaculizan a los proyectos de educación crítica (Jarillo et al, 1999). La

---

hipercampo de la producción e hipercampo de la cultura. La dominación del campo de la cultura, es decir la acumulación de un gran volumen de capital por parte de unos cuantos de sus ocupantes, ya sean éstos agentes o agencias, (lo que apunta a una concepción de Estado) permite la selección arbitraria de contenidos (valores, significados, conocimientos) para ser inculcados en los distintos sub-campos de la cultura (Ver por ejemplo: Bourdieu, 1998).

<sup>8</sup> Por ejemplo en el discurso del programa Niño a Niño (Pridmore y Stephens, 2000)

promoción de la salud, que incorpora el trabajo y pensamiento de sociólogos, filósofos, antropólogos, educadores, economistas entre otros, pone de manifiesto los problemas tradicionales de la educación en salud e incorpora sus prácticas como una de sus múltiples herramientas. Algunos educadores en salud cambiaron a la aproximación de la promoción de la salud; algunos otros la consideran la modalidad actual de la educación para la salud o la salud pública; otros mantienen los conceptos y prácticas tradicionales. En la disputa entre los seguidores de la educación para la salud y los de la promoción de la salud aparecen diferencias conceptuales y prácticas que dentro de la argumentación que aquí se hace se interpretan como lucha por controlar este campo que hasta ahora había sido territorio médico.

### ***Interpretaciones del concepto de promoción de la salud***

El término *promoción de la salud* ha sido utilizado indistintamente para nombrar distintas prácticas centradas en la enfermedad ya sea con mirada científico médica (por ejemplo: medicina preventiva, educación en salud, sanitarismo, atención primaria y medicina comunitaria); o con miradas alternativas (religioso-esotéricas, naturísticas u otras). La mayoría de esas prácticas incluyen e incluso dependen del uso de objetos que el mercado convierte en mercancía. El mundo académico no está exento de esta diversidad de interpretaciones de promoción de la salud que básicamente derivan de interpretaciones distintas del significado de "salud". Las definiciones y prácticas ecológicas miran a la salud como el balance entre el cuerpo físico individual y el entorno material y el balance del mismo entorno material (ver por ejemplo Rootman y Raeburn, 1994; Audy, 1967).

En la concepción y práctica de la medicina social conservadora dominante en el siglo XX, la concepción de salud está equiparada con no-enfermedad en donde la distribución de la enfermedad es dependiente de las estructuras e infraestructuras del ambiente como el drenaje, ingreso, escolaridad, etc. (por ejemplo McKeown, 1982; Winslow, 1920), pero sólo superficialmente se refieren a la dependencia de la enfermedad de factores como el poder y el acceso. La medicina social alternativa se desarrolló a partir de concepciones marxistas en México, Latinoamérica, Italia y España principalmente y propone que la salud está determinada socialmente.

Una primera propuesta es que no existe tal cosa como la "salud", sino un proceso salud-enfermedad (Laurell, 1981). Así, la promoción de la salud, aun cuando se mira la enfermedad desde la perspectiva de las clases subordinadas y de la lucha de clases, se ve también desde la perspectiva de la enfermedad. Desde esta concepción de salud, la medicina social alternativa también perpetúa el entendimiento de la salud desde su relación con la enfermedad.

Las diferencias en el significado de promoción de la salud son visibles cuando comparamos lo que se dice de ella y cómo eso que se dice se lleva a la práctica.

Esto es evidente en los proyectos y programas institucionales y también cuando comparamos la promoción de la salud generada por la población a nivel local y la promoción de la salud diseñada por expertos gubernamentales o no gubernamentales. Las diferencias no explicitadas de los conceptos y de las distancias proyecto/práctica algunas veces permiten la aprobación y financiamiento de proyectos que posteriormente serán castigados e incluso perseguidos. Cowley (1986) asegura que cuando un proyecto de promoción de la salud funciona, hay reacciones en su contra desde distintas agencias del poder. Este asunto fue discutido en las conferencias de Puerto Rico (1998) y París (2001) en donde la presentación del caso del hostigamiento gubernamental a los promotores indígenas de salud en el estado de Chiapas desató los testimonios de hostigamiento similar, simbólico o práctico, no solamente en México, sino en otras partes del mundo.

La preponderancia en las definiciones y prácticas de salud de visiones que la relacionan con la enfermedad, consistentes con paradigmas médicos y biológicos hegemónicos en donde el cuerpo humano se ve fragmentado, aparte y diferente de la persona humana, separado de una realidad social relacional; y la esencia de la práctica de promoción de la salud que tiene doble valor para el poder al referirse al cuerpo material y a la subjetividad de los sujetos, apuntan a que la práctica de promoción de la salud es trabajo pedagógico <sup>9</sup> implementado por autoridades pedagógicas que inculcan contenidos de salud arbitrarios para lograr la subordinación de los distintos grupos e individuos en la sociedad. Sin embargo, por sus

---

<sup>9</sup> De acuerdo con las teorías de Pierre Bourdieu el trabajo pedagógico es un trabajo de inculcación de arbitrariedades con duración suficiente como para alcanzar a producir una formación duradera. Para considerar que se ha realizado el trabajo pedagógico, se necesita que los principios de una arbitrariedad sean interiorizados en los agentes de manera tal que puedan perpetuarse una vez terminada la acción pedagógica y, de este modo, lograr que se perpetúen en las prácticas de los agentes los principios de la arbitrariedad interiorizada (Bourdieu y Passeron, 1990).

raíces heterodoxáticas, en esta argumentación se ve en la promoción de la salud un concepto y una herramienta potencial para lograr cambios favorables al ejercicio de la salud para los distintos sujetos en la sociedad como se expone enseguida.

## **Promoción de la salud emancipatoria**

En tanto el cuerpo humano es el vehículo material para producir y circular capital <sup>10</sup> en los campos, tiene valor potencial para la acumulación de capital. El cuerpo humano está investido con relaciones de poder y dominación convirtiéndose en una fuerza útil para la hegemonía en la medida en la que pueda ser productivo y sujetado es decir, subordinado a sus intereses. Para lograr los propósitos de la hegemonía es necesario romper la integridad de las personas para controlar su cuerpo y someter su libertad. La utilización de los cuerpos físicos de las personas con fines hegemónicos no se logra solamente a través de la violencia visible, puede ser calculada, organizada, pensada técnicamente, invisiblemente alcanzada a través del ejercicio de violencia simbólica y de lo que pudiera llamarse tecnología política del cuerpo. Foucault (1997:259) argumenta:

*Desde hace mucho tiempo los historiadores comienzan a escribir la historia del cuerpo. Lo han estudiado en el campo de la demografía histórica o la patología; lo han considerado como asiento de necesidades y apetitos, como el locus de procesos fisiológicos y metabolismos, como blanco del ataque de gérmenes o virus... Pero el cuerpo también está directamente envuelto en el campo político; las relaciones de poder inmediatamente lo capturan; lo caracterizan, lo entrenan, lo torturan. Lo fuerzan a desempeñar tareas, a realizar ceremonias, a emitir signos.*

De esta manera, el cuerpo humano material se convierte en el sitio objetivo del ejercicio del poder hegemónico. En los siguientes párrafos se revisará brevemente algunos de los procesos de la hegemonía en la construcción de la subordinación y su expresión como pobreza y enfermedad.

## ***La geografía del mundo actual en la construcción de pobreza***

Particularmente durante la segunda parte del siglo XX, la visión de salud individualista y relacionada con la enfermedad logró la transformación del conocimiento y práctica de la salud en mercancía para su venta en el mercado en donde los pacientes se volvieron clientes y la enfermedad una oportunidad para transformarla en objetos vendibles (Naidoo y Wills, 2000; Brudon, 1987). Entre otras características del bloque histórico actual <sup>11</sup> están los avances en las tecnologías de guerra y comunicación y la consolidación de un poderoso meta-campo del poder: el mercado. Mediante el uso de estos avances, la acción cultural hegemónica para lograr la subordinación y el control de los cuerpos físicos humanos individuales se logra de un solo golpe mediante trabajo pedagógico simultáneo encaminado a facilitar la coerción y el consenso <sup>12</sup>. Un ejemplo de esto es el trabajo pedagógico que se requiere para lograr el consenso social necesario para mantener la guerra de mediana, baja y alta intensidad que se desarrolla de forma simultánea en lugares estratégicos del planeta y que afecta directamente los cuerpos físicos de millones de personas. Un ejemplo de acción cultural y subordinación es la imposición de los conceptos de "globalización" y "terrorismo" como explicaciones de la realidad social actual. Estos conceptos han sido criticados por distintos autores y grupos en la sociedad argumentando que "terrorismo" no es más que una justificación para hacer la guerra y que "globalización" es una forma velada de capitalismo bárbaro realizado a través de la guerra planetaria, el mercado y la modificación de la geografía del mundo (Freedman *et al*, 2002; Chomsky, 1999). La geografía cambia en el presente bloque histórico como producto de las innovaciones

---

<sup>10</sup> Dentro de las teorías de la práctica y la reproducción de Pierre Bourdieu, capital es el volumen total de productos simbólicos que pueden ser acumulados e intercambiados en el mundo práctico de acuerdo con el valor con el que los agentes los invisten. El capital toma su valor de las apreciaciones subjetivas que hacen los agentes. (Bourdieu, 1998).

<sup>11</sup> Bloque histórico: de acuerdo con Antonio Gramsci, es el conjunto de la organización social y sus relaciones que conforman un momento histórico determinado (Portelli, 1987).

<sup>12</sup> De acuerdo con Gramsci coerción es el ejercicio de la fuerza física por parte de las agencias de la hegemonía para lograr la subordinación de los grupos no hegemónicos. Consenso es un estado de aceptación de la dominación por parte de los grupos subordinados. El consenso se logra mediante acciones en el campo de la cultura.

en comunicación que achican el mundo en tiempo y espacio y crean espacios virtuales en donde los seres humanos pueden relacionarse (Luke, 1999).

La emergencia del mercado crea nuevos caminos para la hegemonía en donde la propiedad y el acceso a bienes están restringidos a grupos sociales específicos. La emergencia del mercado también crea un nuevo sujeto social: el cliente. Lefebvre (1991:341) explica las relaciones mercado/cliente sugiriendo:

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

Estos cambios representan una nueva forma de disparidad social en tanto no todo mundo tiene acceso a las supercarreteras cibernéticas. En la nueva geografía el concepto de territorio se expande al mundo virtual en donde la mercancía de distintos tipos se realiza, creando nuevas necesidades para la hegemonía y el orden social como lo explica Hoogvelt (1997:118)<sup>13</sup>

...los órdenes simbólicos de espacio y tiempo proporcionan un marco para la experiencia a través de la que aprendemos quién y qué somos en la sociedad... la organización del espacio define las relaciones sociales... contiene la llave al poder. Actualmente la libertad para poseer mayor capital para la burguesía internacional es una ventaja decisiva sobre la masa de trabajadores que están restringidos en sus movimientos y migraciones por los pasaportes que portan.

Los grupos subordinados permanecen marginales en esta nueva geografía resintiendo sus luchas y explotación. Al final del siglo XX y principios del XXI la hegemonía ya cambió los significados y los espacios controlando la riqueza mundial con la mediación de los gobiernos, encabezando las empresas privadas y las agencias internacionales como nueva sociedad política (Chomsky y Dieterich, 1995). Esa mediación ha hecho posible la regulación de prioridades, agendas y decisiones nacionales e internacionales. Ejemplos de esas agencias son el Banco Mundial, el Fondo Monetario Internacional, la Organización de las Naciones Unidas con sus distintas agencias y los organismos nacionales rectores de la distribución de recursos como el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología en el caso de México. Las agendas controladas por el mercado abren o restringen diferencialmente a los distintos grupos de población el acceso a la riqueza material y simbólica<sup>14</sup>, asegurando los linderos entre distintos campos con la consecuente generación de pobreza y un contexto biológico deteriorado. Así, *la pobreza puede ser vista como una condición de acceso restringido a la riqueza* (ver también Boltvinik, 2000, 1996; Giovanella y Fleur, 1995). Los efectos de las políticas orientadas por el mercado sobre la construcción de la pobreza han sido reconocidas en el último lustro por agencias hegemónicas internacionales como un factor que limita la expansión del mercado (ver por ejemplo World Bank, 2001; G8 Genoa Summit, 2001). Las diferencias en el acceso a la riqueza se expresan en diferentes grupos de la sociedad en formas distintas de sufrimiento, de enfermar, de buscar curación y entendimiento, y de morir reflejando los valores, conocimientos y significados que están en juego en los campos subordinados. En los noventa Evans (1996) demostró la existencia de diferencias en los patrones de enfermedad en una población con acceso a todos los servicios (drenaje, comida, servicios médicos, escuela, etc.) pero ocupando diferentes sitios en la jerarquía social y por lo tanto con acceso diferencial a otros recursos como voz y toma de decisiones. Así, las diferencias de acceso se escriben en el cuerpo de los individuos a lo largo de su vida dejando constancia en él de las relaciones hegemonía/subordinación expresadas, entre otros, en patrones de enfermedad específicos.

## ***Cuerpo-territorio***

Las consideraciones de la geografía moderna en donde el espacio se entiende no sólo como constituido por elementos físicos sino por las relaciones de tiempo, significado y las extensiones tangibles y

---

<sup>13</sup> Ver también Harvey, 1996 y Dear y Flusty, 1999.

<sup>14</sup> Riqueza: como comida, trabajo, empleo, salario, .servicios, infraestructura material: valores y conocimiento; historia, voz, derechos y poder; infraestructura social, pertenencia, identidad, cuidado; entre otros.

no tangibles logradas por las distintas expresiones del *techne*<sup>15</sup> humano conducen a pensar al cuerpo como la unidad territorial básica, única y última. El cuerpo, visto como territorio, puede o no ser soberano y se encuentra continuamente en la mira de la codicia hegemónica. Siguiendo estas reflexiones se puede considerar, como se planteó en el párrafo anterior, que la pobreza y la marginalidad son una condición de acceso restringido a la riqueza material y simbólica que resulta de los procesos de conquista de los cuerpos-territorio con fines de la hegemonía de mercado; y que la enfermedad más frecuente es pobreza escrita en los cuerpos-territorio individuales y colectivos. Desde esta concepción de pobreza y enfermedad aparece relevante identificar las características de la participación de las agencias que ejercen hegemonía en el campo de la salud.

Una agencia protagonista para la acción cultural hegemónica es la institución médica que domina el campo de la salud. Este dominio es posible ya que las prácticas médicas envuelven de forma directa al cuerpo físico y a la subjetividad de personas que exponen su cuerpo-territorio a la acción médica. Cuando la práctica médica está dominada desde el discurso hegemónico, el cuerpo territorio es fácilmente invadido. El discurso médico hegemónico se construye por concepciones, representaciones, significados y valores propios del doxa<sup>16</sup> médico en donde la salud es concebida y practicada siempre vinculada a la enfermedad en sus tres dimensiones: prevención, curación o rehabilitación. El doxa médico hegemónico incluye una apabullante representación de salud con origen en paradigmas biologicistas en donde problemas y soluciones son vistos como individuales, objetivos, racionales, prácticos y exclusivos de la institución médica. Esa concepción de salud organiza los contenidos arbitrarios, favorables a los intereses hegemónicos y a la construcción de subordinación desde antes de que suceda el contacto directo médico/paciente. El doxa inculcado desplaza otros conocimientos, significados, valores y prácticas que la población tiene con respecto de sí misma, de lo otro y de los otros. Este doxa incluye la ilusión de que la institución médica (y el médico) está investida con conocimientos inaccesibles al público y que posee control sobre la tecnología e instrumentos curadores universales de enfermedad, sufrimiento, dolor y muerte. La persona entonces expone su cuerpo-territorio con la ilusión de obedecer a su propia voluntad y está dispuesta en mayor o menor medida a obedecer el mandato médico. Por su parte los agentes de la hegemonía (por ejemplo el personal de salud) que logran la consolidación de los contenidos hegemónicos en salud también están expuestos, con mayor o menor grado de conciencia, a ser ocupados por la hegemonía.

Otra agencia de la acción cultural hegemónica son las instituciones y organizaciones financiadoras. Por las condiciones en que se ha desarrollado, la evaluación e investigación en salud encuentra sus límites en las necesidades de esas agencias (Catford, 1993) cuyo carácter es prescriptivo y basado en lo que el mercado define y autoriza y admite como evidencia y en donde no se consideran mayormente los problemas epistemológicos y metodológicos de la salud ni de su promoción. Sin embargo las posibilidades de pensar la salud y su promoción se pueden abrir al margen de la acción de esas agencias. Lo que a continuación se presenta es una propuesta conceptual de promoción de la salud que no corresponde con las prescripciones de las agencias, que busca asiento en una interpretación apoderante de la Carta de Ottawa y que se empeña en buscar la apertura de líneas de pensamiento para avanzar en los conceptos y prácticas de esta disciplina.

### ***Una definición de salud para una promoción de salud emancipatoria***

Un aporte importante de la definición de Ottawa para avanzar en el entendimiento de la promoción de la salud, es el reconocimiento del poder de los individuos expresado en su capacidad para identificar y lograr sus aspiraciones individuales y colectivas, lo que da pie a una serie de reflexiones que finalmente conducen a considerar la salud como "la capacidad humana corporeizada de diseñar, decidir y lograr futuros viables"<sup>17</sup> como se explica a continuación.

---

<sup>15</sup> Como leyes, aparatos, mecanismos, etc.,

<sup>16</sup> Doxa: "Todo orden establecido tiende a producir... la naturalización de su propia arbitrariedad. De todos los mecanismos destinados a producir este efecto, el más importante y el mejor escondido es sin duda la dialéctica de las oportunidades objetivas y las aspiraciones de los agentes, de la que surge el sentido de los límites, comúnmente llamado sentido de realidad... Los sistemas de clasificación que reproducen... las clases objetivas, i.e. las divisiones por sexo género, o posición en las relaciones de producción, hacen su contribución específica a la reproducción de las relaciones de poder de las que son producto, a través de asegurar la no identificación, y por tanto el reconocimiento, de la arbitrariedad en la que se sustentan... [en donde la correspondencia] entre los mundos natural y social aparece como evidente. A esta experiencia la llamaremos doxa..." (Bourdieu, 1977:164).

<sup>17</sup> Como antecedente de estas reflexiones ver: Promoción de la salud, siete tesis del debate. (Chapela y Jarillo, 2001)



El cuerpo físico individual puede ser considerado como la expresión material de la subjetividad de los individuos y como el vehículo de la percepción que es a su vez el asiento de la subjetividad por lo que es a través del cuerpo que el individuo y los grupos sociales pueden interactuar con el ambiente para lograr sus futuros diseñados. De esta manera el cuerpo físico se puede mirar como el límite entre "lo externo" y "lo interno", lo público y lo privado (ver por ejemplo Foucault, 1997; Kristeva, 1995). La concepción de cuerpo es un tema preferentemente de la sociología, la psicología y la filosofía (ver por ejemplo Merleau-Pont, 2000; Foucault, 2002; Lacan, 1971; Husserl, 1999 a). La ausencia paradójica del cuerpo humano en las discusiones y discursos médicos es otra de las expresiones de su enfoque biologicista-curativo-técnico. El olvido del cuerpo/significado en los discursos sobre la salud se ve aquí como una forma de iatrocenismo que hace difícil encontrar en el mundo actual un espacio en donde la arbitrariedad médica -preferentemente presente como doxa- esté ausente: la sexualidad, la reproducción, la unión de parejas, el trabajo, el significado de crecer, comer, recrearse, la escuela, la familia, la auto y hetero-definición de sanidad mental, lo bueno y lo malo, lo que está y lo que viene. La omnipresencia y el efecto del discurso médico sobre los cuerpos y su desconocimiento del cuerpo revelan la importancia de considerar al cuerpo/significado para definir la salud.

La consideración de salud como "la capacidad humana corporeizada de diseñar, decidir y lograr futuros viables" puede ayudar a identificar vínculos entre la materialidad y la subjetividad inherentes al cuerpo individual y colectivo; a identificar los mecanismos de las agencias hegemónicas para subordinar la salud; a entender mejor sus procesos de invasión del cuerpo-territorio; a identificar y entender la realidad, el deseo y la posibilidad; a buscar formas para devolver y desarrollar las capacidades humanas saludables; a abrir acceso a los recursos y a cambiar las inscripciones del poder en los cuerpos individuales y colectivos.

En esta definición hay una dimensión histórica ya que para anticipar el futuro es necesario entender el presente individual y colectivo a la luz del pasado histórico. Una dimensión social ya que todo entendimiento y acción relativos a la realidad humana pasada y presente se lleva a cabo en la red de relaciones sociales en donde el cuerpo es la presencia del sujeto en el mundo práctico y sitio de ejercicio del poder. Una dimensión filosófica al considerar a la salud como esencia humana y a la integridad humana como ser capaz de conciencia, responsabilidad, dignidad, libertad y por tanto de eticidad. Percibe a los seres humanos como extensión de la naturaleza y toda acción humana como acción de la naturaleza. Esta definición considera que cada ser humano es constructor de su futuro, reconstructor del pasado y organizador del presente, por lo que incorpora valores éticos y estéticos como la belleza, el valor, la pasión y la felicidad. Una dimensión psico-biológica al considerar al cuerpo como la posibilidad de expresión del sujeto para la satisfacción del deseo, para comunicarse y para actuar en el mundo práctico requiriendo de creatividad, racionalidad, emociones y habilidades. Una dimensión política en tanto que para la construcción de alternativas, individuales y colectivas, para elegir y actuar, los individuos y los grupos necesitan construir alternativas y tomar decisiones en entornos en donde sus decisiones afectan otras decisiones propias y ajenas. Una dimensión económica y administrativa en tanto cualquier acción posible implica la utilización de recursos finitos y la organización de acciones. Finalmente esta definición comprende una dimensión técnico-práctica puesto que considera que es en la práctica donde el ser humano se reconoce.

Esta definición de salud no se refiere únicamente a la integridad del cuerpo físico humano (vis a vis enfermedad) sino a la capacidad integral de los sujetos para "decidir y realizar sus aspiraciones" como lo propone la Carta de Ottawa. El concepto de integridad puede variar de acuerdo con el proyecto y la realidad de sujetos específicos de tal manera que la falla del cuerpo físico puede o no re presentar un obstáculo para el ejercicio, y por lo tanto desarrollo, de su salud dependiendo del contexto del que y en el que el individuo ha tomado sus conocimientos, valores, significados y representaciones. El desconocimiento médico hegemónico del cuerpo y del sujeto conduce frecuentemente al uso indiscriminado de productos tecnológicos ignorando la relación intrínseca sujeto/cuerpo. Por otro lado, la falta de acceso a los productos tecnológicos o la negación de sus bondades pueden estar desconsiderando las necesidades del cuerpo biológico. Los problemas de salud, desde esta definición, son complejos y requieren de nuevas preguntas y formas de ser investigados y de formas distintas de organizar y utilizar el conocimiento. Los problemas de salud y de promoción de la salud se relacionan con factores biológicos, sociales, éticos, culturales, psicológicos, políticos, económicos, históricos, estéticos, afectivos constituyéndose en sitios de cruce de distintas disciplinas y ciencias en donde el entendimiento individual o colectivo de la enfermedad como expresión de la experiencia de los sujetos puede ser uno entre otros muchos puntos de partida para la acción en promoción de la salud. Esta manera de mirar la salud corresponde con la definición de promoción de la salud emancipatoria que se presenta a continuación.

## ***Promoción de la salud emancipatoria***

La definición de salud presentada en párrafos anteriores se refiere a sujetos íntegros en sus dos dimensiones: el cuerpo y su entorno material; y la subjetividad propia y su contexto subjetivo resultado de los intercambios de capital en los campos, por lo tanto, soberano. Considerando que las personas que están sometidas por la hegemonía de mercado y a los efectos de la nueva geografía como "clientes", sujetos desarticulados en sus dimensiones material y subjetiva a través de la enajenación de su salud, y que esto se muestra en sus cuerpos-territorio invadidos, el objetivo de la promoción de la salud pudiera ser la reintegración de los sujetos a través de prácticas emancipatorias. Se define entonces promoción de la salud como las prácticas conducentes al logro de la integridad de los sujetos.

La promoción de la salud emancipatoria difiere de la promoción de la salud empoderante a la que se hace referencia al inicio de este texto, en tanto que la primera considera como condición primaria para la salud a la emancipación de los sujetos y que el alivio de la pobreza y la enfermedad son un resultado de la emancipación mientras que la promoción de la salud empoderante considera prioritario el alivio de la enfermedad en donde el empoderamiento es utilizado como instrumento práctico para prevenir la enfermedad. Una segunda diferencia es el objetivo de estas dos formas de entender la promoción de la salud. La promoción de la salud empoderante define e inculca una forma de ética "mediante la provisión de medios para que los sujetos valoren sus propios deseos, actitudes y conductas en relación con los que les ofrecen los expertos en promoción de la salud" (Coveney, 1998:461). La promoción de la salud emancipatoria considera a los seres humanos como sujetos éticos capaces de construir conocimiento independientemente de los expertos o de las instituciones y, con base en ese conocimiento, dar significado, valor y sentido a su mundo y práctica (ver cuadro 1).

Cuadro 1: Promoción de la salud empoderante y emancipatoria

	Empoderante	Emancipatoria
La enfermedad	Es el enfoque.	Es uno de tantos resultados.
Prioridad	La enfermedad.	La integridad de los sujetos.
Meta	Que la gente entienda y reflexione sobre conocimientos contruidos y seleccionados por expertos.	Autonomía del sujeto cognoscente para construir conocimiento.
Medios	Reflexión sobre problemas propuestos, conformados o dirigidos desde el conocimiento experto que tienen que ver con la realidad vivida por el sujeto.  Provisión de conocimiento seleccionado acerca de esos problemas.	Reflexión sobre problemas de la realidad de los sujetos, identificados por ellos mismos.  Acceso libre a todo tipo de conocimiento necesario para estudiar y resolver esos problemas.  Acceso a los instrumentos para construir autónomamente conocimientos y habilidades nuevas.

Las acciones de promoción de la salud propuestas en la Carta de Ottawa y las que se agregan después [advocacy y establecimiento de alianzas] pueden ser interpretadas desde una perspectiva emancipatoria como dirigidas al desarrollo de las capacidades saludables para construir futuros y alcanzarlos, en la medida en la que se dirijan a abrir el cuestionamiento del doxa -presupuestos acerca del mundo no

cuestionados, no hablados-, y el desarrollo de campos de opinión <sup>18</sup> entre los grupos sociales. Las acciones de promoción de la salud emancipatoria requieren del desarrollo de valores, conocimiento y habilidades individuales y colectivas para lograr comunicación efectiva, apoderamiento y capacidad de gestión para acceder al campo político. Requieren también de habilidades y conocimiento para buscar información y desarrollar entendimiento sobre problemas individuales y colectivos para tomar decisiones viables en sus propios campos, y hacer intervenciones efectivas guiadas por la perspectiva de objetivos posibles dentro de los distintos campos subordinados al poder hegemónico. Para desarrollar con eficiencia el conocimiento y habilidades individuales y colectivas es necesario: que los servicios de salud miren multifocalmente al enfrentar problemas de salud nuevos y cada vez más complejos; lograr cambios estructurales -desde las prácticas individuales de los trabajadores de salud hasta los servicios de salud mismos- para satisfacer nuevas necesidades; desarrollar las políticas que permitan que las acciones de promoción de la salud sean posibles, organizadas, legales y respetadas; y cambiar la lógica de la distribución de recursos.

El sujeto que busca la promoción de la salud emancipatoria, es un sujeto íntegro al que se denomina aquí "sujeto saludable". En el siguiente apartado se explica este concepto.

### ***Una idea de "sujeto saludable"***

La idea de sujeto saludable que aquí se expone es un modelo teórico que deriva de los conceptos particulares de salud y promoción de la salud expuestos en los párrafos anteriores por lo que deberá interpretarse como un punto de referencia que se ofrece para pensar, investigar y actuar en promoción de la salud. Por otro lado, dado el sinnúmero de factores de los que depende la posibilidad de un sujeto saludable, especialmente en este momento histórico caracterizado por la hegemonía de mercado y otros factores ya revisados en este texto, y de acuerdo con la experiencia en promoción de la salud, un promotor de la salud (agente o agencia) que quiera probar este modelo de sujeto saludable tendrá que contentarse con enfocar su trabajo en la modificación de uno de sus componentes a la vez. El modelo empieza considerando que un sujeto saludable es un sujeto auto-sujetado, íntegro en sus dimensiones subjetiva y material capaz de plasmar su salud en su cuerpo-territorio y en su entorno material, simbólico y social. Esta concepción de sujeto saludable reúne consideraciones ontológicas, epistemológicas, pedagógicas y biológicas respecto de sujetos capaces de desarrollar significados, conocimientos, valores y prácticas saludables como se explica a continuación.

La idea de sujeto ha sido discutida por distintos autores especialmente durante el siglo XX (ver por ejemplo: Foucault, 1997; Lacan, 1971). Para los fines de esta argumentación se considera al sujeto como el ser constructor de conocimiento, significado, representaciones e identidad cuando en relación con objetos de la realidad. Los sujetos pueden relacionarse con los objetos con la mediación de valores y significados impuestos a través de violencia material o simbólica, de tal manera que confrontan su realidad desde fuera de ellos mismos. En estas circunstancias los sujetos están "sujetados desde fuera". Pero cuando los sujetos se relacionan con los objetos de la realidad a través del ejercicio de sus capacidades humanas reflexivas producto de su interés emancipatorio en el conocimiento <sup>19</sup> pueden ser vistos como sujetos auto-sujetados. En vueltos en él, los sujetos toman sus representaciones y significados de las imposiciones del mercado de la salud cuando devienen en "clientes" (pacientes, casos, consulta, etc.) perdiendo su auto-sujeción. Un cliente es un sujeto sujetado desde fuera de él mismo, pasivo y con influencia limitada sobre los mundos práctico y simbólico y por tanto con limitaciones importantes para confrontar las imposiciones de la hegemonía de mercado que al lograr la construcción de clientes asegura la producción y venta de su mercancía. Los clientes tomarán la mayor parte de su conocimiento de la oferta de conoci-

---

<sup>18</sup> Campos de opinión: "La verdad del doxa se revela por completo cuando se constituye negativamente en el momento de construir campos de opinión, el locus de confrontación de discursos encontrados -cuya verdad política puede ser declarada abiertamente o permanecer escondida bajo el disfraz de tratarse de oposiciones religiosas o filosóficas aun a los ojos de quienes se encuentran enganchados en esas confrontaciones. Es por referencia al universo de la opinión que se define la clase complementaria, la clase que se da por hecho, el doxa la suma de tesis tácitamente presentes en el lado no visible de cualquier averiguación que aparecen como tales solo retrospectivamente, cuando son eliminadas de la práctica" (Bourdieu 1977:168).

<sup>19</sup> Habermas (1987) sostiene que el conocimiento es resultado de intereses técnicos, prácticos y emancipatorios por conocer: "...entendiendo a los seres humanos como animales hacedores de herramientas y utilizadores del lenguaje: deben de producir lo que necesitan para su existencia material a partir de lo que existe en la naturaleza [interés técnico]... interés en la creación de conocimiento que les permita controlar procesos objetivados y mantener la comunicación [interés práctico] ... un tercer interés: en la apropiación reflexiva de la vida humana [interés emancipatorio]..." (Held, 1997:255).

miento que hace el mercado en donde los intercambios de su conocimiento -como sentido común, como saber popular y como su propio saber experto- estarán subordinados a los objetivos, reglas y valores del mercado. En el cliente dominan los intereses técnico y práctico por conocer por encima del emancipatorio lo que lo conduce a construir su conocimiento más en forma *noemática* que en forma *noética* <sup>20</sup>. La promoción de la salud emancipatoria busca la devolución y fortalecimiento de la auto-sujeción a los clientes del mercado del que forma parte el mercado médico.

En contraparte del cliente, un sujeto saludable es un sujeto auto-sujetado que crea activamente los mundos práctico y simbólico, con posibilidades de construir heterodoxa y campos de opinión. A diferencia de los clientes, los sujetos saludables están inmersos en un mundo práctico regulado por el mercado sin embargo, son capaces de construir su propio mundo simbólico individual y colectivo con potencial para ejercer influencia y forzar cambios en la hegemonía de mercado. Para los sujetos saludables los mundos práctico y simbólico no están separados, sino integrados en una sola realidad en donde el mundo práctico es la expresión e insumo del mundo simbólico. Los sujetos saludables entienden la realidad en procesos individuales y colectivos continuos en donde comparan y contrastan los conocimientos, significados, valores y prácticas a su disposición en la vida cotidiana y desde allí reconstruyen y construyen conocimiento válido y valioso acerca de sus mundos simbólico y práctico. Al hacer esto, los sujetos saludables están deconstruyendo, reconstruyendo y construyendo conocimiento a partir del saber popular y experto utilizando su sentido común.

Los sujetos saludables pueden entender y construir mejor sus mundos materiales, subjetivos y su práctica de forma tal que se les facilita la toma de decisiones a través de la construcción de significado y conocimiento. Combinan los intereses técnico, práctico y emancipatorio descritos por Habermas para construir su conocimiento como *noema* y *noesis*. Las percepciones, pensamientos y prácticas de emancipación de los sujetos saludables pueden conducir a cambios en el valor del capital que poseen para intercambiar en sus campos; en las características de las formas en las que se identifican; en la construcción de nuevo capital; y en las formas en las que juegan su capital en los campos. Tales sujetos estarán entonces en la posición de seleccionar y construir redes de intercambio de capital en donde ellos puedan definir los valores, las reglas, los objetivos y los rasgos de identidad. También podrán jugar su capital más eficientemente en campos que no pueden controlar. Con este equipo, los sujetos saludables podrán enfrentar la realidad incierta y proyectar y llevar a cabo los cambios necesarios de acuerdo con las decisiones que tomen. Como resultado se puede esperar que el cuerpo-territorio de un sujeto saludable determinado muestre inscripciones que cuenten una historia de prácticas emancipatorias y la manera en la que perciben y tienen acceso a la riqueza. En el cuadro dos se presenta una comparación entre clientes y sujetos saludables.

**Cuadro 2: Clientes y sujetos saludables**

	Clientes	Sujetos saludables
Ontología	Materialista, temporal.	Subjetivista, trascendente.
Epistemología	<p>Los intereses técnico y práctico por conocer dominan sobre el emancipatorio.</p> <p>El conocimiento se presenta más como <i>noema</i> que como <i>noesis</i>.</p> <p>El conocimiento que domina es el que toma de lo que el mercado</p>	<p>Combina los intereses técnico y práctico y emancipatorio para la construcción de <i>noema</i> y <i>noesis</i>. El conocimiento que domina el sentido común y los saberes popular y experto.</p>

<sup>20</sup> Husserl (1962) propone que existen diferencias preceptuales y representacionales entre las formas de conocimiento "noema" (o noemática) y "noesis" (o noética). Por noesis entiende al conocimiento que es elaborado y construido por el sujeto cognoscente como representaciones y por noema al conocimiento que es perceptual. Noema se refiere más (aunque no es lo mismo) a información. Noesis se refiere a conocimiento profundo construido a través del entendimiento particular del sujeto cognoscente desarrollado por la vinculación de objetos específicos de la realidad con conocimientos y representaciones previas. Noesis implica la presencia activa del sujeto en la elaboración de lo percibido y en la construcción de significado, se refiere más a las construcciones conceptuales del sujeto que a los objetos, se entiende más cercana a "sabiduría" que noema.

	pone a su disposición.	
Usos del cuerpo-territorio	Invasión para satisfacer las necesidades del mercado.	Integrado y satisfaciendo las necesidades generadas como resultado de sus procesos de auto-sujeción.
Inscripciones en el cuerpo	De prácticas de subordinación.	De prácticas emancipatorias.

Tanto los sujetos saludables como los clientes tienen la capacidad potencia para de-construir, construir y reconstruir conocimiento, por lo que la promoción de la salud emancipatoria busca trabajar con todo tipo de sujetos interpretando de manera particular las acciones de promoción de la salud propuesta desde la conferencia de Ottawa.

### ***Rutas de estudio en promoción de la salud***

Wise (2001), Ziglio (1991) y otros autores consideran necesario sostener negociaciones políticas a favor de la promoción de la salud con evidencia convincente recogida mediante trabajo creativo y sistemático. La evidencia de la efectividad de la promoción de la salud en el mejor de los casos puede obligar a los gobiernos y otras agencias a repensar sus prioridades de financiamiento, a prestar atención a aspectos específicos de la problemática de salud, a comprometerse con cambios legales, etc. Aunque esta situación no se considera aquí del todo posible, dado que estos cambios implican modificaciones en el poder hegemónico además de la dificultad de aceptación que tienen los problemas y metodologías alternativas a la hegemónica (Chapela y Jarillo, 2003), se puede considerar que hay mucho trabajo, mucho estudio, muchas preguntas por hacer para atender los vacíos que aparecen inmensos para el entendimiento de los procesos saludables. La propuesta de salud que se ha hecho en este texto descubre algunas aristas de los procesos saludables que invitan a su estudio. Ejemplos de algunas de ellas son los que se presentan en el cuadro 3.

Para finalizar este texto, se sostiene que la promoción de la salud emancipatoria, en su concepción, estudio y práctica, es trabajo que cualquier sujeto cognoscente, no sin cierta dificultad, puede llevar a cabo y que de hecho son muchos los que la hacen y la han hecho a lo largo de la historia como parte de su condición vital humana. Sin embargo, aquí y hoy se está pensando especialmente en agentes en las redes sociales que pretenden estar especialmente comprometidos con este trabajo, que se han "formado" para hacerlo, y otros a los que se podría convencer de pensarse trabajando en promoción de la salud: los académicos, los filósofos, los científicos y los artistas quienes de seguro encontrarán en la promoción de la salud emancipatoria una veta para satisfacer sus intereses humanos por conocer <sup>21</sup>.

**Cuadro 3:** Ejemplos de aspectos por estudiar a partir de esta definición de salud y promoción de la salud

Concepto	Ejemplos de aspectos a estudiar
Corporeización	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Vínculos entre los mundos material y simbólico.</li> <li>- Formas de inscripción de los procesos saludables y no saludables en el cuerpo-territorio.</li> <li>- Los aprendizajes y necesidades del cuerpo en las distintas circunstancias y momentos del desarrollo del sujeto.</li> <li>- Las inscripciones de la acción del cuerpo en el mundo material y en el mundo social.</li> </ul>

<sup>21</sup> Agradezco a Manuel Outón quien primero me mostró las sombras en la caverna y los reflejos fuera de ella y después me hizo disfrutar del entendimiento de que vivo en ella.

<p>Capacidad humana</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Los procesos de subordinación que obstaculizan la salud.</li> <li>- Las características del conocimiento y de las apreciaciones que sustentan al sujeto o al cliente.</li> <li>- Los procesos de actuación y toma de posición en los campos del sujeto o del cliente.</li> <li>- Los procesos de construcción y elicitación del doxa.</li> </ul>
<p>Diseñar y decidir futuros posibles</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Procesos que los clientes y sujetos saludables llevan a cabo para la evaluación de su realidad de salud y su necesidad.</li> <li>- Procesos de construcción de proyectos de los sujetos y de los campos.</li> <li>- Procesos políticos, de administración y de gestión en las acciones y los recursos de clientes y sujetos saludables.</li> </ul>
<p>Diseñar y alcanzar futuros viables</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Alternativas para lograr la reapropiación y desarrollo de la salud.</li> <li>- Modificación de las condiciones de acceso a la riqueza y las inscripciones en el cuerpo como producto de las acciones de promoción de la salud.</li> </ul>

