

El concepto de salud y la diferencia entre prevención y promoción

DINA CZERESNIA

Introducción

Desde las dos últimas décadas, el discurso de la salud pública y las perspectivas de redirigir las prácticas de salud se están manifestando en torno a la idea de promoción de la salud. Promoción es un concepto tradicional, definido por Leavell & Clark (1976) como uno de los elementos de nivel primario de atención en medicina preventiva. Este concepto fue retomado y consiguió más énfasis recientemente, en Canadá, EE.UU. y países de Europa occidental. La revalorización de la promoción de la salud recupera, con un nuevo discurso, el pensamiento médico social del siglo XIX, expresado en la obra de autores como Virchow, Villermé, Chadwick y otros, fortaleciendo las relaciones entre salud y condiciones de vida. Una de las motivaciones centrales de esta recuperación fue la necesidad de controlar los costes desmedidamente crecientes de la asistencia médica, que no se corresponden a resultados igualmente significativos. Se convirtió en una propuesta gubernamental, en estos países, ampliar, más allá de un abordaje exclusivamente médico, el reto lanzado hacia los problemas de salud pública, principalmente enfermedades crónicas en poblaciones que tienden a hacerse proporcionalmente cada vez más viejas (Buss, 2000).

La conformación del discurso de la "nueva salud pública" se produjo en un contexto de sociedades capitalistas neoliberales. Uno de los ejes básicos del discurso de la promoción de la salud es fortalecer la idea de autonomía de los sujetos y de los grupos sociales. Una cuestión que se presenta es qué concepción de autonomía es efectivamente propuesta y

- Este texto es una versión revisada y actualizada del artículo "The concept of health and the difference between promotion and prevention", publicado en los *Cuadernos de Salud Pública* (Czeresnia, 1999).

construida. El análisis de algunos autores evidencia cómo la configuración de los conocimientos y de las prácticas, en estas sociedades, estaría provocando la elaboración de representaciones científicas y culturales, conformando a los sujetos para ejercer una autonomía regulada y estimulando la libre elección según una lógica de mercado. La perspectiva conservadora de la promoción de la salud refuerza la tendencia de disminución de las responsabilidades del Estado, delegando, progresivamente, a los individuos, la tarea de tomar cuidado de sí mismos (Lupton, 1995; Petersen, 1997).

Al mismo tiempo, se reafirman perspectivas progresistas que enfatizan otra dimensión del discurso de la promoción de la salud, resaltando la elaboración de políticas públicas intersectoriales, orientadas a la mejora de la calidad de vida de la población. Promover la salud alcanza, de esa manera, un abarcamiento mucho mayor de lo que la circunscribe al campo específico de la salud, incluyendo el ambiente en un sentido amplio, atravesando la perspectiva local y global, además de incorporar elementos físicos, psicológicos y sociales. Independientemente de las diferentes perspectivas filosóficas, teóricas y políticas involucradas, surgen dificultades en la operacionalización de proyectos de promoción de salud. Esas dificultades aparecen como inconsistencias, contradicciones y puntos oscuros y, la mayoría de las veces, no distinguen claramente las estrategias de promoción de las prácticas preventivas tradicionales.

Este texto tiene el objetivo de contribuir con el debate, poniendo en relieve la diferencia entre los conceptos de prevención y promoción; defiende el punto de vista de que las dificultades para distinguir esa diferencia están relacionadas básicamente con el propio surgimiento de la medicina moderna y de la salud pública. El desarrollo de la racionalidad científica, en general, y de la medicina, en particular, ejerció un significativo poder en el sentido de construir representaciones de la realidad, desconsiderando un aspecto fundamental: el límite de los conceptos en la relación con lo real, en particular para la cuestión de la salud, el límite de los conceptos de salud y de enfermedad, referentes a la experiencia concreta de salud y de enfermar.

La construcción del discernimiento de ese límite estaría en la base de alteraciones más radicales en las prácticas de salud. Considerar la salud desde una perspectiva más compleja no se refiere solamente a la superación de obstáculos en el interior de la obtención de conocimientos científicos. No se trata de proponer conceptos y modelos científicos más globales y complejos, sino de construir discursos y prácticas que establezcan una nueva relación con cualquier conocimiento científico.

Salud, Ciencia y Complejidad

A la salud pública/salud colectiva se la define genéricamente como un campo de conocimiento y de prácticas organizadas institucionalmente y orientadas a la promoción de la salud de las comunidades (Sabroza, 1994). El conocimiento y la institucionalización de las prácticas en salud pública se configuran articulados con la medicina. A pesar de que efectivamente superen la mera aplicación de conocimientos científicos, las prácticas en salud se representan como una técnica fundamentalmente científica. Esa representación no puede ser entendida como un simple desliz, sino como un aspecto esencial de la conformación de esas prácticas, que encuentran sus raíces en la efectiva utilización del conocimiento científico. La medicina se estructuró en base a ciencias positivas y consideró científica la aprehensión de su objeto (Mendes Gonçalves, 1994). El discurso científico, la especialidad y la organización institucional de las prácticas de la salud se circunscriben a partir de conceptos objetivos no de salud, sino de enfermedad.

El concepto de enfermedad se constituyó a partir de una reducción del cuerpo humano, ideado a partir de las constantes morfológicas y funcionales, que se definen por mediación de ciencias como la anatomía y la fisiología. La "enfermedad" es concebida como si estuviera dotada de existencia propia, externa y anterior a las alteraciones concretas del cuerpo de los enfermos. El cuerpo es desvinculado, de esta forma, de todo el conjunto de relaciones que constituyen los significados de la vida (Mendes Gonçalves, 1994), no considerándose que en la práctica médica se entra en contacto con personas y no sólo con sus órganos y funciones (Canguilhem, 1978).

Una primera cuestión es la de que la salud pública se defina como responsable de la promoción de la salud, mientras sus prácticas se organizan en torno a conceptos de enfermedad. Otra cuestión es que sus prácticas tienden a no tener en cuenta la diferencia entre el concepto de enfermedad -construcción mental- y el enfermar experiencia de vida-, produciéndose la "sustitución" de uno por otro. El concepto de enfermedad no solamente es empleado, como si se pudiese hablar del enfermar en concreto, sino, principalmente, como realización de prácticas efectivas específicas que se presentan como capaces de responder a su totalidad.

La importancia de adquirir la conciencia de que el concepto no puede ser considerado como competente para sustituir algo que es más complejo es apuntada por Edgar Morin en *El problema Epistemológico de la Complejidad*. En ese texto, el autor relaciona la cuestión de la complejidad con el problema de la "dificultad de pensar, porque el pensamiento es un combate con y contra la lógica, con y contra el concepto",

destacando la "dificultad de la palabra que quiere asir lo inconcebible y el silencio" (Morin, s.d:14). O sea, la palabra, aunque sea una elaborada forma de expresión y comunicación, no es suficiente para comprender la realidad en su totalidad.

El pensamiento humano se desarrolla en dos direcciones: por un lado, la profundidad, la reducción y la constrictión; por otro, la amplitud, el abarcamiento y la apertura de fronteras. El pensamiento científico moderno tendió a la reducción, atribuyéndose el desafío de alcanzar el máximo de precisión y objetividad por medio de la traducción de los acontecimientos en esquemas abstractos, calculables y demostrables. El lenguaje matemático sería capaz de expresar las leyes universales de los fenómenos. Los elementos de los acontecimientos que las palabras -o más precisamente, los conceptos científicos- no conseguían alcanzar, tendieron a ser vistos como error o anomalía. El significado de la palabra objetiva se presentó en sustitución a la propia cosa, cuyo aspecto sensible era considerado como inexistente.

Pero la referencia a la integridad de los acontecimientos que hace evidente el aspecto cercenador del conocimiento- es una cuestión que se expone desde el nacimiento de esa forma de comprender la realidad. Sin duda este problema se hizo más explícito en el mundo contemporáneo como consecuencia de las dificultades generadas por la progresiva parcelación del conocimiento. La necesidad de integrar las partes surgió en el interior de la propia lógica analítica: ¿cómo integrar las informaciones y saberes concebidos en el sentido de una profundidad creciente?

Se manifestó, para el pensamiento científico, el desafío de la búsqueda de amplitud, valorando la percepción de la interacción entre las par- 'tes, en sentido de unidad y de integridad. La cuestión de la complejidad surgió en la discusión científica como posibilidad de explicar la realidad o los seres vivos mediante modelos que buscan no sólo describir los elementos de los objetos, sino, principalmente, las relaciones que se establecen entre ellos. Se evidenciaron diferentes niveles de organización de la realidad y cualidades emergentes propias de cada nivel. No obstante, esta tentativa encuentra su límite en lo "indecible" de lo real, que denota la construcción de cualquier modelo com~ inevitablemente reductora.

La salud y el enfermar son formas a través de las cuales se manifiesta la vida. Corresponden a experiencias singulares y subjetivas, imposibles de ser reconocidas y expresadas íntegramente por la palabra. No obstante, es por medio de la palabra como el enfermo expresa su malestar, de la misma forma que el médico proporciona significación a las quejas de su paciente. Es en la relación entre el acontecimiento del fenómeno concreto de enfermar, la palabra del paciente y la del profesional de la salud,

donde se produce la tensión, en referencia a la cuestión que aquí se destaca. Esta se sitúa entre la subjetividad de la experiencia de la enfermedad y la objetividad de los conceptos que le dan sentido y propone intervenciones para lidiar con semejante experiencia.

Cargada de emoción, la exposición de las quejas y síntomas de los enfermos es traducido a un lenguaje neutro y objetivo. A cambio, las lagunas que el texto médico presenta para dar cuenta de una dimensión más amplia del sufrimiento humano acabaron por aproximar medicina y literatura. Innumerables médicos echaron mano de la literatura como medio para expresar el sufrimiento humano más allá de los límites de la objetividad del discurso científico. Escritores como Thomas Mann y Tolstoi consiguieron expresar, como pocos, la condición del hombre en su relación con la enfermedad y la muerte. Este es el tema que Moacyr Scliar -también médico y escritor- desarrolla en el libro *La Pasión Transformada*, mostrando lo reveladora que es la ficción "porque habla sobre el lado oculto de la medicina y de la enfermedad" (Scliar, 1996: 10).

El discurso médico científico no contempla un significado más amplio de la salud y del enfermar. La salud no es un asunto que se pueda delimitar; no se traduce en un concepto científico, al igual que el sufrimiento que caracteriza el enfermar. El propio Descartes, considerado el primer formulador de la concepción mecanicista del cuerpo, reconoció que hay partes del ser humano que son exclusivamente accesibles a su titular (Caponi, 1997: 288). Ese aspecto fue analizado con profundidad por Canguilhem (1978) en la obra *Lo Normal y lo Patológico*. En un trabajo más reciente, este autor apunta el concepto de salud tanto como noción ordinaria -que se refiere a la vida de cada uno- como cuestión filosófica, diferenciándolo de una percepción de naturaleza científica (Canguilhem, 1990).

Nietzsche, que adopta lo vital como punto de vista básico, relaciona medicina y filosofía, mostrando la dimensión de amplitud que evoca el término salud:

Aún estoy a la espera de que un médico filosófico, en el sentido excepcional de la palabra -un médico que tome el problema de la salud general del pueblo, tiempo, raza, humanidad, que cuidar-, que tendrá a su vez el ánimo de conducir mi sospecha al extremo y aventurar la proposición: en toda la filosofía hasta ahora nunca se trató la "verdad", sino algo diferente, por ejemplo salud, futuro, crecimiento, potencia, vida. (Nietzsche 1983: 190)

El concepto de salud y la diferencia entre prevención y promoción

Conforme a lo que resaltó Morin (s.d.), lo que la aproximación entre medicina, literatura y filosofía apunta ¿no será sino evidencia de que la objetividad no podría excluir el espíritu

humano, el sujeto individual, la cultura, la sociedad? La medicina fue también considerada arte; no obstante, en su desarrollo histórico, tendió hegemónicamente a identificarse con la creencia de la omnipotencia de una técnica basada en la ciencia. No existió el debido reconocimiento de la brecha entre la vivencia singular de la salud y de la enfermedad y de las posibilidades de su conocimiento. Esto produjo un problema importante en la forma con la que se configuró históricamente la utilización de los conceptos científicos en la instrumentalización de las prácticas de salud. Se atribuyó predominancia casi exclusiva a la verdad científica en los contenidos construidos sobre la realidad y, principalmente, en las prácticas de salud.

A diferencia de la literatura, el pensamiento científico desconfía de los sentidos. En el proceso de elaboración del concepto científico, el contacto inmediato con lo real, se presenta como dato confuso y provisional que exige esfuerzo racional de discriminación y clasificación (Bachelard, 1983:15). La explicación científica, al dislocarse de los sentidos, erige proposiciones que se orientan por planos de referencia, con delimitaciones que contornan y enfrentan lo indefinido y lo inexplicable (Deleuze & Guattari, 1993). La circunscripción a un plano de referencia es necesidad que se impone en la construcción científica. Es en el interior del límite donde se hace posible la explicación, creándose recursos operantes para lidiar con la realidad. Asumir el dominio limitado del pensamiento científico constituye, por lo tanto, una habilitación de su pertinencia. Aun así, también configura una restricción, pues el límite es ilusorio y cualquier explicación objetiva no podría pretender negar la existencia del misterio, inexplicable o inefable.

La cuestión que se manifiesta es que el discurso de la modernidad no tuvo en cuenta esa restricción. Teniendo en consideración el límite de la construcción científica y su inevitable carácter reductivo, se puede afirmar que ningún concepto -o sistema de conceptos- se podría presentar para dar cuenta de la unidad que caracteriza a la singularidad. El concepto expresa identidades, ya la unidad singular es expresión de diferencia. Por más que el concepto tenga potencial explicativo y pueda ser operante, no es capaz de expresar el fenómeno en su integridad, o sea, no es capaz de "representar" la realidad. Al elaborarse un sistema lógico y coherente de explicación, asumir esa construcción mental como capaz de sustituir la realidad, se recortan las posibilidades de su comprensión sensible, por encerrarse la realidad en una reducción.

No cabría, por tanto, cuestionar el pensamiento científico por ser limitado y reductor, sino criticar el punto de vista que niega el límite de la construcción científica. Esa negación se expresa, por un lado, al considerarse la verdad científica como dogma, volviéndose insensible a lo inexplicable, a lo que no fue conceptualizado; por otro lado, tiene lugar también cuando se exige que la ciencia responda a lo que no le es pertinente. Ninguna ciencia sería capaz de dar cuenta de la singularidad, por más que se construyan nuevos modelos explicativos -complejos- de la realidad. Buscar abarcar la singularidad es establecer nuevas relaciones entre cualquier conocimiento construido por medio de conceptos y modelos y el acontecimiento singular que se pretende explicar. Se enfatiza aquí la necesidad de redimensionar los límites de la ciencia, revalorizando y ampliando la interacción con otras formas legítimas de comprensión de la realidad.

Como decíamos, la filosofía y la literatura, aunque marginalmente, siempre fueron complementarias a la medicina. Al cuestionar hoy la primacía de la objetividad científica, no cabría proponer la implosión de fronteras dirigidas a la construcción de un discurso unificador. Lo que se afirma es la exigencia de revalorizar la aproximación complementaria -en la acción- entre formas de lenguaje esencialmente diferentes entre sí. Se trata de relativizar el valor de verdad de los conceptos científicos; utilizarlos, pero no creer totalmente en ellos, abriendo caminos para desarrollar la interacción de sensibilidad y de pensamiento. Sin dejar de tener conocimiento de causa de los saberes científicos, es preciso reubicar la importancia del papel de la filosofía del arte y de la política. Se trata de un esfuerzo volcado hacia la construcción de una nueva relación con la verdad, que permita "encontrar una sabiduría a través y más allá del conocimiento" (Atlan 1991:18).

No es el descubrimiento de una novedad, sino una renovación de cuestiones las que la modernidad y el pensamiento iluminista sofocaron. No dejando de emplear los conocimientos científicos y, al mismo tiempo, buscando ampliar las posibilidades de los modelos construidos, no se cierran los caminos que nos hacen sensibles a la realidad. Se trata de renovación de viejas doctrinas que fueron olvidadas y marginadas por la creencia desmedida en la razón y en el poder de control y dominio del hombre. El objetivo no es la verdad, sino la felicidad, la sabiduría, o la virtud (Atlan, 1991). Tal como la propia medicina, la salud trata, como afirma la cita de Nietzsche realizada anteriormente, no de "verdad", sino de "futuro, crecimiento, potencia y vida" (1983:190).

Esa cuestión es intrínseca al establecimiento del campo de la salud pública y está en el origen de lo que se denomina su "crisis". Para comprender lo que diferencia prevención y promoción de la salud, desde el

El concepto de salud y la diferencia entre prevención y promoción

punto de vista de este trabajo, ese aspecto es fundamental, pues sitúa el contexto de las transformaciones contemporáneas del discurso de la salud pública. Las transformaciones discursivas envueltas no son solamente internas a la lógica del discurso científico, sino que reubican, en especial, los límites y los sentidos del conocimiento producido en la

conformación de las prácticas de la salud y, en consecuencia, en la elaboración de los programas de formación profesional. Se trata de la propuesta de una forma innovadora en lo que se refiere a la utilización de la racionalidad científica para explicar lo real y, en particular, para actuar. Ese proceso implica transformaciones más radicales que el cambio en el interior de la ciencia, pues se refiere a la construcción de una concepción de mundo capaz de interferir en el enorme poder de la racionalidad científica de construir representaciones acerca de la realidad.

Salud Pública: diferencia entre prevención y promoción

El término "prevenir tiene significado de "preparar; llegar antes de; disponer de manera que evite (daño, mal), impedir que se realice" (Ferreira, 1986). La prevención en salud "exige una acción anticipada, basada en el conocimiento de la historia natural a fin de hacer improbable la expansión posterior de la enfermedad" (Leavell & Clark, 1976:17). Las acciones preventivas se definen como intervenciones orientadas a evitar la aparición de enfermedades específicas, reduciendo su incidencia y predominando en las poblaciones. La base del discurso preventivo es el conocimiento epidemiológico moderno; su objetivo es el control de la transmisión de enfermedades infecciosas y la reducción del riesgo de enfermedades degenerativas u otros agravios específicos a la salud. Los proyectos de prevención y de educación en salud se estructuran mediante la divulgación de información científica y de recomendaciones normativas de cambio de hábitos.

"Promover" tiene el significado de dar impulso a: fomentar, originar, generar (Ferreira, 1986). Promoción de la salud se define, tradicionalmente, de manera más amplia que prevención, pues se refiere a medidas que "no se dirigen a una determinada enfermedad o desorden, pero sirven para aumentar la salud y el bienestar generales" (Leavell & Clark, 1976:19). Las estrategias de promoción enfatizan la transformación de las condiciones de vida y de trabajo que conforman la estructura subyacente a los problemas de salud, demandando un abordaje intersectorial (Terris, 1990).

La constatación de que los principales determinantes de la salud son externos al sistema de tratamiento no es novedad. Oficialmente, no obstante, es muy reciente la formulación de un discurso sanitario que afirme la salud en su positividad. La Conferencia Internacional sobre Promoción de Salud, realizada en Ottawa (1986), postula la idea de salud como calidad de vida resultante de un complejo proceso condicionado por diversos factores, entre otros: alimentación, justicia social, ecosistema, renta y educación.

En Brasil, la concepción amplia de salud asume relevancia en ese mismo año, habiendo sido incorporada al Informe Final de la VIII Conferencia Nacional de Salud:

Derecho a la salud significa la garantía, por parte del Estado, de condiciones dignas de vida y de acceso universal e igualitario a las acciones y servicios de promoción, protección y recuperación de la salud, en todos sus niveles, a todos los habitantes del territorio nacional, produciendo el desarrollo pleno del ser humano en su individualidad. (Brasil/MS, 1986)

A pesar de constituir un avance incuestionable, tanto en el plano teórico como en el campo de las prácticas, la evaluación positiva de la salud trae consigo un nuevo problema. Al considerarse salud en su significado pleno, se está lidiando con algo tan amplio como la propia noción de vida. Promover la vida en sus múltiples dimensiones abarca, por un lado, acciones en el ámbito global de un Estado y, por otro, la singularidad y autonomía de los sujetos, lo que no puede ser imputado a la responsabilidad de un área de conocimiento y prácticas.

Es una conquista indiscutible el reconocimiento oficial de los límites del modelo sanitario basado en la medicina, estimándose que éste debe estar integrado en las dimensiones ambiental, social, política, económica y de comportamientos, más allá de la biología y medicina (Carvalho, 1996). Las acciones propias de los sistemas de salud requieren estar articuladas, sin duda, con otros sectores disciplinares y de políticas gubernamentales responsables de los espacios físico, social y simbólico. Esa relación entre intersectorialidad y especificidad es, no obstante, un campo problemático y debe ser tratado con cautela, pues sostiene una tensión entre la demarcación de los límites de la competencia específica de las acciones del campo de la salud y la abertura exigida para la integración con otras múltiples extensiones. Si la especificidad no es disciplinaria, ella debe constituirse a partir de la demarcación de problemas, posibilitando la ejecución de prácticas efectivas.

En el contexto de la implementación de las prácticas de salud se mantiene la tensión entre dos definiciones de vida: una, la de nuestra

El concepto de salud y la diferencia entre prevención y promoción

experiencia subjetiva; otra, la del objeto de las ciencias de la vida, del estudio de los mecanismos físico-químicos que estructuran el fundamento cognitivo de las intervenciones de la medicina y de la salud pública.

A partir de concepciones y teorías respecto a la especificidad biológica o psíquica, fueron elaboradas intervenciones objetivas y operacionales de asistencia a la salud. Cualquier teoría es reductora e incapaz de contener la totalidad de los fenómenos de salud y del enfermar. Al intentar pensar la unidad del sujeto, lo máximo que se consigue es expresar-la como "integración bio-psicosocial" que no deja de manifestarse de forma fragmentada, mediante conceptos que no se comunican con facilidad entre sí. Si, por un lado, lo vital es más complejo que los conceptos que intentan explicarlo; por otro, es a través de conceptos como son posibilitadas las intervenciones operantes.

No hay como producir formas alternativas de atención a la salud que no busquen hacer operativos conceptos de salud y enfermedad.

Esa demarcación se aplica no solamente al límite de la acción específica de la asistencia a la salud en relación a los condicionantes sociales involucrados en la dimensión de la intersectorialidad, sino también a los límites de los conceptos objetivos que configuran la lógica de las intervenciones en relación con la dimensión de la singularidad y subjetividad de enfermar. En este último aspecto, el postulado de Canguilhem manifiesta con propiedad el reconocimiento de que la necesaria preocupación con el cuerpo subjetivo no debe llevar consigo la necesidad de una liberación de la tutela, considerada como restrictiva, de la medicina:

El reconocimiento de la salud como verdad del cuerpo, en el sentido ontológico, no sólo puede sino que debe admitir la presencia, como margen y como barrera, de la verdad en sentido lógico, o sea, de la ciencia. Ciertamente, el cuerpo no es un objeto, aún así, para el hombre vivir es también conocer (Canguilhem, 1990:36).

Sin duda, es fundamental valorar y crear formas de ampliación de las vías de apertura a los sentidos. El punto de partida y la referencia de la experiencia de la salud y de la enfermedad es la primera intuición del cuerpo. No obstante, la razón -mediada por el conocimiento científico y utilizada sin cosificación- permitiría ampliar la intuición y principalmente servir como "instrumento de diálogo y también como barrera de protección" al proceso de vivencia singular del enfermar (Atlan, 1991:13). El conocimiento científico y la posibilidad operativa de las técnicas en las prácticas de salud deberían ser empleados sin provocar la desconexión de la sensibilidad en relación con nuestros propios cuerpos. El desafío es poder transitar entre la razón y la intuición, sabiendo relativizar, sin desconsiderar la importancia del conocimiento, ampliando la posibilidad de resolver problemas concretos.

Es justamente ahí donde se afirma la radical y, al mismo tiempo, pequeña diferencia entre "prevención" y "promoción" de la salud. Radical porque implica cambios profundos en la forma de articular y utilizar el conocimiento en la formulación y operacionalización de las prácticas de salud, y eso sólo puede ocurrir verdaderamente por medio de la transformación de la concepción del mundo, conforme lo expuesto anteriormente. Pequeña porque las prácticas en promoción, de la misma forma que las de prevención, usan el conocimiento científico. Los proyectos de promoción de la salud se valen igualmente de los conceptos clásicos que orientan la producción de conocimiento específico en salud -enfermedad, transmisión y riesgo- cuya racionalidad es la misma que la del discurso preventivo. Esto puede generar confusión e indistinción entre las prácticas, en especial porque la raíz de la diferencia entre prevención y promoción raramente es declarada y/o ejercida de modo explícito.

La idea de promoción se refiere al fortalecimiento de la capacidad individual y colectiva para lidiar con la multiplicidad de los condicionantes de la salud. Promoción en ese sentido, va más allá de una aplicación técnica y normativa, aceptándose que no basta conocer el funcionamiento de las enfermedades y encontrar mecanismos para su control. Esa concepción se refiere al fortalecimiento de la salud por medio de la construcción de la capacidad de elección, así como a la utilización del conocimiento con el discernimiento de considerar las diferencias y singularidades de los acontecimientos.

En el contexto de las transformaciones en las formas de los abordajes tradicionales de la salud pública, la manifestación de Castellanos (1997) acerca del concepto de situación de salud permite ampliar la concepción de promoción de la salud.

Una situación de salud se define por la consideración de las opciones de los agentes sociales involucrados en el proceso; esta no puede ser comprendida "al margen de la intencionalidad del sujeto que la analiza e interpreta" (Castellanos, 1997: 61). Vinculado al concepto de situación de salud, se establece la diferencia entre necesidad y problema de salud. Las necesidades son elaboradas por medio de análisis y procedimientos objetivos. Los problemas demandan abordajes más complejos, conformándose mediante la elección de prioridades que tienen que ver con la subjetividad individual y colectiva de los agentes en sus ámbitos cotidianos (Castellanos, 1997).

El concepto de salud y la diferencia entre prevención y promoción

El reconocimiento de valores, tales como subjetividad, autonomía y diferencia, se presentó en el contexto de las transformaciones en el discurso científico, que hace cerca de una década se exteriorizó más explícitamente en la salud colectiva. Se buscó reinterpretar el significado de conceptos, como por ejemplo, sujeto y naturaleza, en la percepción de los procesos de salud y enfermedad (Costa & Costa, 1990), cuestionándose abordajes que restringían los procesos a una dimensión biológica, así como también a determinantes genéricos

y estructurales (Fleury, 1992).

El proceso de madurez de los debates en el núcleo del campo sacó a la luz que el hecho de reflexionar de modo complejo sobre la cuestión de salud no se refiere a la incorporación de un nuevo discurso que migra del polo de la objetividad al de la subjetividad, de lo universal a lo singular, de lo cuantitativo hacia lo cualitativo, etc. No se trata simplemente de optar por valores que quedaron subyugados en el transcurso del desarrollo de la racionalidad científica moderna, subyugándose ahora, los que eran anteriormente hegemónicos. No se trata, tampoco, de construir nuevos posicionamientos que conserven la reproducción de las antiguas Oposiciones, sino de saber transitar entre diferentes niveles y formas de entendimiento y de comprensión de la realidad, teniendo como punto de referencia no los sistemas de pensamiento, sino los acontecimientos que nos mueven a elaborar e intervenir.

La comprensión adecuada sobre qué diferencia promoción de prevención es justamente la conciencia de que la incertidumbre del conocimiento científico no es simple limitación técnica pasible de sucesivas superaciones. Buscar la salud es una cuestión no sólo de supervivencia, sino de cualificación de la existencia (Santos, 1987). Es algo que remite a la dimensión social, existencial, y ética, a una trayectoria propia referida a situaciones concretas, al sentimiento de formar parte y compromiso activo de los sujetos, quienes dedican su singularidad a colocar lo conocido al servicio de lo que no es conocido, en la búsqueda de la verdad que emerge en la experiencia vivida (Badiou, 1995). Pensar, consecuentemente, en términos de promoción de salud es saber que las transformaciones de comportamiento se orientan simultáneamente por aquello que se conoce acerca de los determinismos y por la claridad de que no se conoce, ni se llegarán a conocer, todos ellos (Atlan, 1991).

La conciencia práctica del límite del conocimiento acarrea que no se tenga la pretensión de encontrar una nueva teoría científica que pueda formular un discurso unificador de todas las dimensiones que tienen que ver con la salud. Promover la salud incluye elección y eso no pertenece al ámbito del conocimiento verdadero, sino al del valor. Se vincula

a procesos que no se expresan por conceptos precisos y fácilmente cuantificados. Términos como *empowerment* (Eakin & Maclean, 1992) o "vulnerabilidad" (Ayres *et al.*, 1997) vienen siendo desarrollados y utilizados cada vez más en el contexto de las propuestas de promoción de la salud. Esos "cuasi conceptos" no sólo permiten abordajes transdisciplinarios, articulándose con conceptos de otras áreas, sino que también se abren a múltiples significaciones que emergen de la consideración de diferencia, subjetividad y singularidad de los acontecimientos individuales y colectivos de salud.

Esa abertura, no obstante, no deja de tener, como referencia de diálogo, los conceptos que configuran la especificidad del campo de la salud pública. Ese diálogo no se establece sin lagunas y puntos oscuros.

Uno de los ejemplos, en ese sentido, es la señalada vinculación de los proyectos en promoción de salud con el conocimiento elaborado mediante estudios epidemiológicos de riesgo. Ese vínculo se produce de la misma forma en las investigaciones que alcanzan a articular múltiples abordajes, como es el caso de los estudios de vulnerabilidad al SIDA, que integran las extensiones de comportamiento personal, contexto social y de organización de programas institucionales (Mann; Tarantola & Netter, 1993; Ayres *et al.*, 1997). Gran parte de los proyectos definidos como promoción también indican exposiciones ocupacionales y ambientales en el origen de enfermedades, así como proponen el estímulo para cambios de comportamiento, como, por ejemplo, el incentivo a la práctica de ejercicios, al uso de cinturones de seguridad, la reducción del tabaco, alcohol y otras drogas, etc.

Epidemiología y Promoción de Salud

La integración entre epidemiología y promoción de la salud se sitúa en el campo problemático analizado en este texto. Lo que fue debatido acerca de la diferencia (y semejanza) entre prevención y promoción se pronuncia también respecto al uso de los conceptos epidemiológicos, que son la base del discurso sanitario preventivo. No se trata de "incriminar" el aspecto reductor de esos conceptos como límite a la capacidad de percepción de la complejidad de los procesos de salud y enfermedad en poblaciones y a la conformación de las prácticas de salud pública, sino de tener mayor claridad de los límites de esos conceptos, lo que posibilitaría orientar mejor las tentativas de perfeccionar métodos, construir nuevos conceptos y utilizarlos de un modo más integrado y apropiado a los intereses y necesidades de organización de las prácticas de salud.

El concepto de salud y la diferencia entre prevención y promoción

El conocimiento epidemiológico es esencial en la conformación de las prácticas de salud pública. El discurso preventivo tradicional se resintió de la pobreza teórica y de la hegemonía de la lógica mecanicista y lineal en la elaboración conceptual de la epidemiología. Problemas de ese tipo son manifiestos en las críticas ya realizadas al concepto epidemiológico de riesgo (Goldberg, 1990; Almeida Filho, 1992; Castiel, 1994; Ayres, 1997). ¿Qué valores son producidos a través de las representaciones formadas a partir de esos conceptos? ¿Que

significados son generados socialmente al establecerse determinados hábitos y comportamientos como riesgo de perjuicios a la salud?

El objetivo formal del estudio de riesgo es inferir la causalidad, evaluando la probabilidad de ocurrencia de eventos de enfermedad en individuos y/o colectivos expuestos a determinados factores. Aun así, a pesar de proponerse mensurar riesgos individuales y/o colectivos, lo que el método matemático utilizado estima es el "efecto causal medio": una reducción tanto desde el punto de vista individual como del colectivo. Las reducciones -camino lógicos e inevitables a la viabilización del método- construyen representaciones que no corresponden a la complejidad de los procesos. El problema es que las informaciones producidas por medio de los estudios de riesgo tienden a ser empleadas sin tener en cuenta los caminos de nivel lógico que realizan. No se consideran debidamente los límites estrictos de aplicación de las evaluaciones de riesgo, "ocultándose" así aspectos importantes de los fenómenos (Czeresnia & Albuquerque, 1995).

Esa "ocultación" no está privada de valor; por el contrario, es a través de ella que proliferan los significados culturales. Las opciones involucradas en el proceso en el que, por una parte, alguna cosa se revela y, por otra, algo se oculta, corresponden a intereses, valores y necesidades. El concepto de riesgo y su enorme importancia en la constitución de la cultura moderna tardía (Guiddens, Beck & Lasch, 2000), también es debido a la exacerbación de la pertinencia del concepto en su utilización social. El concepto de riesgo contribuyó a la elaboración de determinadas racionalidades, estrategias y subjetividades, siendo básico en la regulación y control de individuos, grupos sociales e instituciones (Lupton, 1999).

El desarrollo de los estudios de riesgo estuvo vinculado a un proceso cultural constructor de un hombre individualista, que se enfrentó a la necesidad de lidiar con las fuerzas fragmentadoras de la naturaleza y de la sociedad por medio de la lógica del orden y de la protección, al paso que contribuyó poco en la madurez de las relaciones con lo ajeno mediante el fortalecimiento de su vitalidad y autonomía (Czeresnia, 1997). Considerando que uno de los aspectos fundamentales de la idea de promoción de salud es el estímulo a la autonomía, se retoma la pregunta:

¿con qué concepción de autonomía los proyectos en promoción de salud trabajan efectivamente? Pensar en la posibilidad de estimular una autonomía que potencie la vitalidad (salud) de los sujetos originaría transformaciones profundas en las formas sociales de lidiar con representaciones científicas y culturales como el riesgo. No hay como proporcionar "recomendaciones objetivas y de rápida ejecución" que capaciten una apropiación de informaciones sin el "riesgo" de la incorporación acrítica de valores.

La claridad, respecto a los valores contenidos en los diferentes proyectos en promoción, es uno de los dos principales puntos problemáticos de la propuesta. Cualquier práctica en promoción de salud presenta puntos de vista acerca de qué es "buena salud". La idea genérica de promover la salud esconde profundas tensiones teóricas y filosóficas (Seedhouse, 1997). Promoción de la salud contempla un amplio espectro de estrategias técnicas y políticas que incluyen tanto posturas conservadoras como extremadamente radicales (Lupton, 1995).

Es con ese cuidado con el que se deben evaluar, por ejemplo, propuestas como la de medicina basada en evidencias, que utiliza fundamentalmente criterios y métodos epidemiológicos para sistematizar resultados de investigaciones aplicadas, experiencias clínicas y de salud pública (Jenicek, 1997). ¿Cómo articular un hallazgo de *best evidence*, formulado por medio del conocimiento clínico epidemiológico, con una experiencia clínica y de salud pública? ¿Cuáles son las mediaciones entre criterios operacionales y decisiones prácticas? ¿Cómo traducir "buenas recomendaciones" técnicas en acción (Jenicek, 1997)? No será un protocolo técnico el que va a resolver la implementación de una "buena práctica", lo que no descalifica -por el contrario- la procedencia de la construcción de protocolos que optimicen la información acerca de los procedimientos.

No podemos trabajar debidamente y de modo práctico la construcción de la idea de promoción de la salud sin enfrentar dos cuestiones fundamentales y entrelazadas: la necesidad de reflexión filosófica y la consiguiente reconfiguración de la educación (comunicación) en las prácticas de salud.

A la cuestión filosófica se la considera vulgarmente "aficionada", elevada por encima de la vida y el mundo real. Pero, sin ella, no podemos lidiar los puntos oscuros que se presentan cuando se procura dialogar Y discurrir entre las diferentes dimensiones que caracterizan la complejidad de la salud. Sin la reflexión, no se puede realizar con éxito el desafío que existe de traducir informaciones generadas por medio de la elaboración de conocimiento científico en acciones que puedan efectivamente promover transformaciones sociales, ambientales y de conductas "no saludables" de los sujetos. Los desafíos que se presentan, en ese sentido, no se resuelven "sólo" con la aplicación de nuevos modelos, de la misma manera que la cuestión de la educación no se resuelve "sólo" con información y capacitación técnica.

El concepto de salud y la diferencia entre prevención y promoción

Referencias Bibliográficas

ALMEIDA FILMO, N. *A Clínica e a Epidemiologia*. Salvador/Río de Janeiro: APCE/Abrasco, 1992.

- ATLAN, H. *Tudo, Nao, Talvez: educa cao e verdade*. Lisboa: Instituto Piaget, 1991. AYRES, J. R. M. C. *Sobre o Risco: para compreender a epidemiologia*. San Pablo: Hucitec/Abrasco, 1997.
- AYRES, J. R. et al. Aids, vulnerabilidade e preven~ao. En: Seminario saúde reprodutiva em tempos de AIDS, II, 1997, Rio de Janeiro. *Anais...* Rio de Janeiro: Abia, 1997.
- BACHELARD, G. *Epistemologia*. Rio de Janeiro: Zahar, 1983.
- BADIOU, A. *Ética: um ensaio sobre a consciência do mal*. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1995.
- BRASIL/MS. En: VIII Conferencia Nacional de saúde, 1986, Brasilia. *Anais...* Brasilia: MS, 1986.
- BUSS, P. Promo~ao da saude e qualidade de vida. *Ciência & Saúde Coletiva*, 5(1): 163-177, 2000.
- CANGUILHEM, G. *O Normal e o Patológico*. Rio de Janeiro: Forense-Universitária, 1978.
- CANGUILHEM, G. *La Santé: coizept vulgaire e question philosophique*. Paris: Sables, 1990.
- CAPONI, S. Georges Canguilhem y el estatuto epistemológico del concepto de salud. *História, Ciências e Saúde: Manguinhos*, 4(2): 287-307, jul.-oct., 1997.
- CARVALMO, A. 1. Da saúde pública às políticas saudáveis: saúde e cidadania na pós-modernidade. *Ciência & Saúde Coletiva*, 1(1): 104-121, 1996.
- CASTELLANOS, P. L. Epidemiologia, saúde pública, situa~ão de saúde e condi~ões de v.-dç: co')-idera~ões concei>uais. En: BARATA, R. B (Org.) *Saúde e Movilnei?to: condioes dc "ida e estrido de saúde*. Rio de Janeiro: Abrasco, 1997.
- CASTIEL, L. D. *O buraco e o av&-~rLiz: la singitiridade do adoecer humano*. Campinas: Papirus, 1994.
- COSTA, D.C. & COSTA, N. R. Teoria do conhecimento e epidemiologia: um convite á leitura de John Snow. En: COSTA, D.C. (Org.) *Epidemiologia, Teoria e Objeto*. San Pablo: Hucitec/Abrasco, 1990.
- CZERESNIA, D. *Do Contágio a Transmissao: ciência e cultura jza gé-iese do coiz/zecimento epidemiológico*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1997.
- CZERESNIA, D. The concept of health and the diferece between promotion and prevention. *Cuaderizos de Salud Pz<bhca*, 15(4): 701-710, 1999.
- CZERFSNIA, D. ALBUQUERQUE, M. E M. Modelos de inferência causal: aná'ise criti~o ~ utiliza~ão da estatística na epidemiologia. *Revista de Saúde Pública*, 29(5) .15- 423, 1995.
- FLEUZE, G. & CUATTARI, E. *O que é a Pilosofia?* Rio de Janeiro: Ed. 34,1993. F (IN, J. & MACLEAN, H. A critical perspective on research and knowledge development in health promotion. *Canadian Journal of Public Health*, 83: 72-76, mar./apr., 1992.
- FERREIRA, A. B. H. *Novo Dicionário da Língua Portuguesa*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1986.
- FLEURY, S. (Org.) *Saúde: coletiva? Cuestionando a onnipotência do social*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1992.
- GIDDENS, A.; BECK, U. B. & LASH, S. *Modernizacao Reflexiva*. San Pablo: Unesp, 1997.
- GOLDBERG, M. Este obscuro objeto da epidemiologia. En: COSTA, D.C. (Org.) *Epidemiologia: teoria e objeto*. San Pablo: Hucitec/Abrasco, 1990.
- JENICEK, M. Epidemiology, evidenced-based medicine, and evidenced-based public health. *Jotirnal offEpidemiology*, 7(4): 187-197, dec., 1997.
- LEAVELL, S. & CLARK, E. G. *Medicina Preventiva*. San Pablo: McGraw-Hill, 1976. LUPTON, D. *Tize Imperative ofHealth: public health and tíze regulated body*. Londres: Sage, 1995.
- LUPTON, D. *Risk: key ideas*. Londres: Routledge, 1999.
- MANN, J.; TARANTOLA, D. J. M. & NETTER, T. W (Orgs.) *AAids no Mundo*. Rio de Janeiro: Abia/IMS/Uerj/Relume-Dumará, 1993.
- MENDES GONCALVES, R. B. *Tecizologia e Organizac& Social das Práticas de Sai'<de: características tecnológicas do processo de trabalho na rede estadual de centros de saúde de São Paulo*. San Pablo: Hucitec/Abrasco, 1994.
- MORIN, E. *O Problema Epistemológico da Complexidade*. Portugal: Publicaciones Europa-América, s.d.
- NIETZSCHE, E *Obras Incompletas. Gaia ciéiicia*. San Pablo: Abril Cultural, 1983. PETERSEN, A. Risk, governance and the new public heaíth. En: PETERSEN, A. & BUNTON, R. (Eds.) *Foucaíilt, Healtíz and Medicine*. Londres/Nueva York: Routledge, 1997.
- SABROZA, P. C. *Sai'ide Pi'iblica: procurando os límites da crise*. Rio de Janeiro: Ensp/Fiocruz, 1994 (Mimeo).
- SANTOS, B. S. *Um Discurso sobre as Ciências*. Porto Alegre: Mrontamento, 1987. SCLIAR, M. A *PaL~o Tiatisformada: história da medicina na literatura*. San Pablo, Companhia das Letras, 1996.
- SEEDHOUSE, D. *Healtíi Promotion: pllilosoplzy, prejudice atid practice*. Inglaterra:Wiley, 1997.
- TERRIS, M. Public health policy for the 1990s. *Ana. Review of Pitblic Healtíz*, 11:39-51,1990.