

EDUCACIÓN Y PROMOCIÓN DE LA SALUD: DESAFÍO PARA EL EJERCICIO DE LA AUTONOMÍA EN LA VIDA COTIDIANA

*Education and health promotion:
A challenge to exercise autonomy in daily life*

MARIO IVÁN TARRIDE F.*
JULIA GONZÁLEZ MARTINIC**

Resumen

Se presenta una reflexión acerca de la educación para la salud y su actual relación con el concepto de promoción, transitando desde el terreno de la responsabilidad sectorial de salud y educación, incluidos los medios de comunicación social, hasta su apreciación como un hecho cotidiano. Para ello, se propone que es necesario un esfuerzo de ampliación de la mirada, que supere el tradicional paradigma de la simplificación desplazándose hacia el de la complejidad.

Palabras clave: Educación, promoción, salud, autonomía, complejidad.

Abstract

The paper presents some thoughts about education geared to health and its present relation to the concept of promotion. It ranges from the field of the various sectors' responsibility towards health and education, including the social communication media, to its assessment as a fact of our daily life. The authors propose that for these purposes, an effort to widen our perspective is required, so that we may overcome the traditional paradigm of simplification and move on towards that of complexity.

Key words: Education, promotion, health, autonomy, complexity.

* Ingeniero Civil Industrial. Magíster en Salud Pública, Universidad de Chile. Doctor en Ciencias, FIOCRUZ-ENSP, Río de Janeiro, Brasil. Académico del Departamento de Ingeniería Industrial, Facultad de Ingeniería, Universidad de Santiago de Chile.

** Médico Cirujano, Licenciada en Salud Pública, Magíster en Administración de Salud, Universidad de Chile. Académica de la División de Promoción de la Salud, Escuela de Salud Pública, Facultad de Medicina, Universidad de Chile.

I. Educación y Promoción de la Salud

Definir lo que se entiende por Educación para la Salud (EPS) obliga a analizar el concepto de salud en general. Para la Organización Mundial de la Salud (OMS), la salud es el estado de completo bienestar físico, mental y social de una persona y no sólo la ausencia de enfermedad, que le otorga la capacidad de desarrollar el potencial propio y le permite responder positivamente a los desafíos del ambiente. De acuerdo a esta definición, salud no sólo es sentirse bien en un momento dado, sino también una forma a través de la cual las personas pueden lograr su desarrollo y adaptación al medio ambiente. La salud está considerada como un derecho fundamental de las personas.

Desde hace ya algunos años, la OMS introdujo un factor diferenciador entre lo que se entendía por EPS y lo que se denominó Promoción de la Salud (PS). La primera *“comprende las oportunidades de aprendizaje creadas conscientemente y que suponen una forma de comunicación destinada a mejorar la alfabetización sanitaria, incluida la mejora del conocimiento de la población en relación con la salud y el desarrollo de habilidades personales que conduzcan a la salud individual y de la comunidad”*. Y agrega: *“la educación para la salud aborda no solamente la transmisión de información, sino también el fomento de la motivación, las habilidades personales y la autoestima, necesarias para adoptar medidas destinadas a mejorar la salud. La educación para la salud incluye no sólo la información relativa a las condiciones sociales, económicas y ambientales subyacentes que influyen en la salud, sino también la que se refiere a los factores y comportamientos de riesgo, además del uso del sistema de asistencia sanitaria”*. En tanto la promoción de la salud se concibe como el *“proceso mediante el cual los individuos y las comunidades adquieren un mayor control sobre los determinantes de la salud y, de ese modo, mejoran su estado de salud”* (OPS-OMS, 1996). Aquí no sólo hay preocupación por el antes y el después, sino también por el durante, ya que explícitamente se hace referencia al proceso que permitiría un mayor control sobre los factores condicionantes de la salud, en vista del objetivo final, que es mejorar el estado de salud individual y colectivo de las personas. Tal proceso se manifestaría a través del diseño e implementación de estrategias de alcance político social, orientadas al fortalecimiento y desarrollo de las capacidades y habilidades de las personas, así como también a la modificación de los determinantes sociales y ambientales de su salud, reconociendo que la principal estrategia para el logro de esta tarea es la participación ciudadana.

Debe considerarse que hoy, desde el sector salud, la educación en general es vista como un determinante social estructural de la situación de salud de las personas.

La amplitud de la definición de PS hace aparecer a la EPS como una estrategia concreta para el logro del control y mejoría de la salud. En este contexto la EPS resulta ser un modo de aprendizaje participativo que facilitaría el desarrollo de conductas en

las personas, no sólo de protección ante la enfermedad sino de conservación de la salud, orientado al cambio de estilos de vida individuales y colectivos, de acuerdo a la realidad social, económica y ética en que se encuentren.

Los principales espacios desde donde se ha efectuado la tarea de educar en salud han sido las instituciones educacionales y de salud, tanto en forma grupal como individual, expresada a través de la relación profesor-alumnos y médico-paciente, entre otras.

Para la OMS, la salud debe percibirse no sólo como objetivo, sino también como una fuente cotidiana de felicidad. Esta concepción positiva de la salud acentúa tanto los recursos sociales y personales como las habilidades físicas (OMS, 1986).

De acuerdo con esto, la promoción abandona el ámbito exclusivo del sector salud y se transforma en un desafío transectorial, incluyendo el control de innumerables determinantes de la salud, tanto estructurales como intermedios. En este sentido, la educación para la salud también requiere ser comprendida y abordada de la manera más amplia posible, de modo que los espacios de las instituciones de educación y salud sean desbordados a través de múltiples formas. En particular, los medios de comunicación masiva están ofreciendo nuevos mecanismos para educar en salud.

II. La Educación para la Salud y los Medios de Comunicación Social

En el plano estratégico, la EPS se concentra esencialmente en mediar para convencer a los grupos políticos, administrativos y profesionales que la inversión en materia de salud tiene sentido económico, es un elemento de éxito político que atrae la atención popular y es un imperativo social. Del mismo modo, se preocupa de desarrollar y fortalecer los grupos comunitarios organizados para que se involucren activamente en el mejoramiento de la salud y en informar y atraer la participación de la gente en programas de salud específicos, promoviendo al mismo tiempo una vida sana. Las comunicaciones son un factor esencial para que las acciones anteriores se lleven a cabo, pero también es necesaria la colaboración intersectorial, especialmente si se considera que la comunicación es un componente importante de los programas de salud pero insuficiente sin el apoyo de otros servicios. Ciertamente, las comunicaciones pueden aumentar el conocimiento de las personas sobre temas de salud con sus problemas y soluciones, influir sobre sus actitudes con el objeto de crear apoyo para la acción personal o colectiva, así como ayudar al desarrollo de habilidades e incrementar la demanda por servicios de salud, a través de la reiteración o refuerzo de conocimientos, actitudes o conductas. Pero, en ningún caso pueden compensar la carencia de servicios de atención de salud o producir cambios de conducta sin componentes programáticos que los respalden, ni tampoco ser igualmente efectivos en la resolución de problemas como en la difusión de mensajes (OPS, 1992).

Hoy, se confía en que el cambio social, entendido como la transformación de las organizaciones sociales de las instituciones y de la distribución del poder, puede producirse por medio de las comunicaciones. Este enfoque, basado en la Teoría Cognitiva Social (Bandura, 1987), sostiene que la conducta humana es esencialmente aprendida y no innata, y que gran parte del aprendizaje es asociativo y simbólico. Para este autor, el aprendizaje emergería como resultante de la interacción recíproca de factores personales, del medio ambiente y la conducta. El modelo que surge, denominado ‘comunicación para el cambio social’, se plantea como un proceso de diálogo público y privado a través del cual las personas definen quiénes son, qué quieren y cómo lo pueden obtener. Es éste un cambio positivo en la vida de las personas, que se asume conforme ellas mismas lo han definido. Se trata de mejorar las vidas de las personas marginadas política y económicamente, y se apoya en principios de tolerancia, autodeterminación, equidad, justicia social y participación activa de todos.

Entre las principales características del modelo del cambio social está que las personas sean sus propios agentes de cambio; apoya el diálogo y el debate; es cíclico, dinámico, relacional; acentúa las normas sociales, las políticas, la cultura; favorece las asociaciones y alianzas; le es tan importante el proceso como el resultado; se realiza de muchos a muchos; se apoya en el liderazgo comunitario y permite el empoderamiento de las personas.

Así, la EPS no puede ser vista únicamente como traspaso de información. Tal vez una de sus principales características sea propiciar la autorregulación de las conductas, el autocontrol del comportamiento. En este contexto, se propone el “*modelo de competencia*” (Guilbert *et al.*, 1999) que, basado en una concepción comunitaria de la salud, pretende “*socializar el conocimiento científico y desarrollar habilidades y recursos en los ciudadanos, con el propósito que éstos sean más competentes en la vigilancia y cuidado de su salud y en el comportamiento del desarrollo de sus trabajos y profesiones*”. Para estos autores el autocontrol del comportamiento consiste en “*el manejo que el propio individuo realiza acerca de las circunstancias externas o internas, así como de las consecuencias asociadas a una determinada conducta, las cuales determinan su motivación hacia dicha conducta y la probabilidad de que se realice su ejecución*” (Guilbert *et al.*, 1999. p.181).

Para Weinstein (1982) el autocontrol puede lograrse a través de lo que denominó “*proceso de adopción de precauciones*”, que consiste básicamente en lograr un conocimiento, tanto global como focalizado, del factor de protección y de los beneficios que puede aportar a la persona, para, desde ahí, asumir una decisión consciente de actuar con precaución, como resultante de un análisis costo-beneficio, y elaborar un plan personalizado para su adopción, teniendo en cuenta condiciones favorables y adversas.

Complementariamente, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) ha considerado distintos modelos de comunicación social para efectuar las tareas de promoción de la salud. Entre ellos es posible nombrar el “*modelo de la comercialización social*”, que se basa en prácticas empresariales en que el avisaje publicitario cumpliría un rol clave para el cambio de comportamiento en las personas; se centra en las clásicas “4P” del marketing: precio, producto, plaza (lugar) y promoción. El “*modelo de la comunicación persuasiva*” basado en las etapas por las cuales pasa una persona para ser persuadido: “*exposición al mensaje; atención prestada al mensaje; interés o importancia del mensaje para la persona; comprensión del mensaje; personalización de la conducta respecto de la circunstancia de la persona; aceptación del cambio; rememoración del mensaje y avenencia a éste; capacidad para pensar el mensaje; decisiones basadas sobre la conciencia del mensaje; conducta conforme a las acciones decididas; refuerzo positivo de la conducta, y aceptación de la conducta en la vida diaria*”. El “*modelo de la difusión de innovaciones*” que se basa en el supuesto que la aceptación de un mensaje, y consecuentemente la adopción de una conducta, dependería de que las personas lo “*perciban como beneficioso, lo consideren adecuado a sus necesidades y valores, lo encuentren fácil o difícil de comprender o adoptar, pueda ensayar la conducta y sienta que el resultado de su ensayo o la aceptación de una conducta son vistos positivamente por sus pares*”. El “*modelo de la comunicación horizontal y educación para la liberación*”, que mira a las personas y al grupo, no sólo como receptores de información sino como productores de información a ser compartida y perfeccionada para lograr los cambios sociales; en consecuencia valida la comunicación horizontal en las comunidades desarrollando solidaridad y conciencia social. El “*modelo del proceso de comunicación en salud*” que más bien constituye una recomendación para la puesta en práctica de los programas de educación y promoción en general. Se basa en la comprensión de las necesidades y las percepciones de audiencias seleccionadas y se estructura en las siguientes seis etapas dispuestas en secuencia circular: *planificación y selección de estrategias; selección de canales y materiales; elaboración de materiales y pruebas preliminares; ejecución; evaluación de la efectividad; retroalimentación para refinar el programa*. Por último, se consideran también otros modelos en los cuales se pone especial atención a los “*factores predisponentes*”, tales como: “*conocimientos, actitudes, conductas, creencias y valores, anteriores a la intervención, que afectan la voluntad del cambio*”; a los “*factores habilitantes*”, tales como: “*estructura del ambiente o de la comunidad y la situación personal, en la medida que facilitan u obstaculizan el cambio*”; y “*factores de refuerzo*”, entendidos como los efectos positivos o negativos resultantes de la adopción de una conducta, incluido el respaldo social (OPS, 1992).

Como se aprecia en este amplio contexto, no sólo es posible considerar como factores protectores a los estilos de vida favorables a la salud, tales como dieta y ejercicio,

sino también el empoderamiento de las personas, la participación social, la organización de la población a través de organismos de base y no gubernamentales, gremios, sindicatos, agrupaciones políticas y organizaciones asociativas en general. El fin es lograr impactar en las políticas públicas relativas al control de macrodeterminantes, como la distribución del ingreso, el acceso a oportunidades de desarrollo personal y grupal, la movilidad social, además de las políticas públicas saludables que buscan modificar el acceso y consumo de bienes y servicios relacionados con la salud, como puede ser el control de la propaganda o de los precios del tabaco y el alcohol, entre otros.

La EPS ha sido concebida, principalmente, en términos prescriptivos y puesta en acción a través de medios institucionales y masivos de comunicación social, así como también de manera individual en cada relación profesional de los integrantes del equipo de salud y el paciente. Sin embargo, tales actos no parecen constituirse en hechos cotidianos, en que tanto educador como educando lleguen a verse a sí mismos como actores principales del proceso de transformación. Para esto, parece necesario darse cuenta que todo cuanto hagamos y digamos puede ser visto como un acto educativo.

III. Educación para la Salud y Ajuste Paradigmático

La educación, que ha sido vista tradicionalmente como fuente de conocimiento, puede también ser entendida de manera más amplia, como un ‘mecanismo de adaptación de los seres vivos a su ambiente’. Esto es, los seres humanos participan de procesos educativos a lo largo de toda su vida como una forma de viabilizarse, no sólo como personas sino también como seres vivo. Si estas ideas de adaptación y viabilidad son comprendidas en su más amplio sentido, entonces el desarrollo de las personas queda contenido en ellas y correspondería a una forma más de adaptación al medio ambiente.

Estos mecanismos de adaptación, propios de los seres vivos, tienen expresión individual y social. En el primer caso se manifiesta a través de lo que se ha denominado ‘instinto de conservación’ o, de acuerdo con Maturana y Varela (1972, 1986), la ‘autopoiesis’, propuesta por estos autores como la característica principal de un ser vivo; a lo que se debe agregar el principio sistémico de la ‘clausura operacional’, según el cual los organismos vivos se autorregulan y son autónomos. En el espacio social los mecanismos de adaptación dicen relación con el intercambio de experiencias que favorecen la conservación no sólo del individuo sino de la especie en general. En el caso del hombre, las conductas adaptativas han sido aprendidas a través de su historia evolutiva y en cada momento traspasadas a los otros miembros de la comunidad a través de una cadena hereditaria interminable.

Consecuentemente, la educación en tanto hecho social, no sería sino una forma de adaptación para la conservación individual y grupal a través del encuentro entre los

individuos que constituyen una comunidad y en que los actos, que ahí ocurren, tienen como fin el cuidado de la especie y del individuo a través de la comunidad.

Desde esta perspectiva es posible ver la educación como un hecho biosocial articulado desde la dialógica individuo/sociedad.

En este contexto, la educación en general y la EPS en particular, las encontramos en todos y cada uno de nuestros actos desde que abrimos los ojos a la vida: ‘convivir es educar para vivir’; ‘educar es convivir para vivir’ y ‘vivir en convivencia es educar’.

De acuerdo con esto, la EPS puede entenderse como un particular pero potente mecanismo de adaptación. Particular, porque hace referencia al ámbito de la salud humana y potente porque el alcance de lo que denominamos salud llega hasta la desintegración de los seres humanos en tanto seres vivos.

En consecuencia, la EPS es un mecanismo, de rango esencial, que permite alejarnos de la enfermedad y de la muerte, contribuye a recuperar, mantener y desarrollar nuestro bienestar físico, mental y social, permitiéndonos un vínculo más fluido con nuestro entorno natural y social.

Los primeros educadores para la salud fueron aquellos que a través de su propia experiencia mostraron a sus demás congéneres aquello que era ‘bueno’ o ‘perjudicial’ para su salud. En la alimentación, por ejemplo, aprendimos, a través de nuestra historia evolutiva, que ciertos frutos eran dañinos y otros favorables para nuestra salud y sobrevivencia. Hoy sigue ocurriendo, claro que de manera distinta, pues hemos sustituido la experiencia directa por la ciencia y la tecnología. Tal vez los primeros mártires de la educación para la salud y de la educación en general, fueron aquellos que perdieron su vida experimentando y mostrando un camino a sus semejantes, sin siquiera ellos mismos saberlo. Hoy no parece haber cabida para tal heroísmo, o más bien parece haberse reducido a espacios muy restringidos de experimentación altamente normados y controlados.

Pero este punto de vista excesivamente ‘biologicista’ debe ser puesto en relación con otras perspectivas, como la ecológica, psicológica y social, en tanto son dimensiones que permiten al hombre constituirse en ser humano. Es este un ser indisolublemente ligado a su medio ambiente natural, con conciencia, con discernimiento, con voluntad, que le permite discriminar y en consecuencia actuar, de modo que los actos básicos los puede modular, otorgándoles intención y deseo. Asimismo, es un ser social y en tanto cual, requiere de los otros para su existencia. En este contexto, la educación puede ser vista como un hecho eco-bio-psico-social.

Es conveniente también atender al hecho que, individualmente, somos seres vivos en un cierto horizonte temporal, superado el cual desaparecemos como tales. Lo que se

hace para la conservación, se inscribe en ese horizonte, por cierto movable, pero finito. Que esto trascienda y tenga implicancias filogenéticas, puede ser visto como una consecuencia y no necesariamente como una teleología del grupo, a menos que consideremos a la especie como un sistema vivo. Así, la dialógica vida/muerte todo lo impregna, como el día y la noche, como el orden y el desorden, como la salud y la enfermedad.

Como señaláramos anteriormente, en los últimos tres o cuatro siglos la presencia de la ciencia y la tecnología trajo consigo un acelerado proceso de desarrollo en la construcción de explicaciones para múltiples interrogantes que dicen relación con la vida y la muerte de los seres humanos. El cuidado de la salud de las personas parece abandonar el ámbito del conocimiento mítico, religioso y corriente para trasladarse al científico, desencadenando un proceso de alejamiento de la comprensión de lo cotidiano de tal hecho por parte de las personas y ubicándolo en una esfera de acceso restringido. Lo expuesto hace surgir un nuevo modelo educativo que, desde las explicaciones científicas, nos enseña a cómo comportarnos ante aquellos hechos que dicen relación con los proceso de salud-enfermedad y con la vida en general.

La sobreponderación de este modo científico de mirar, exaltó un modo prescriptivo de actuar en que un pequeño grupo le señala a la gran mayoría de la sociedad cómo actuar para la conservación y desarrollo de su salud. De esta manera se ocultó la relación educativa cotidiana y las personas dejaron de ver sus actos habituales como hechos educativos. Más aún, la tradicional institucionalización del fenómeno educativo llevada a la esfera de la salud, significó el desarrollo y puesta en práctica de planes y programas de educación para la salud en distintas instancias institucionales, ocultando más aún lo cotidiano.

En la actualidad, con el amplio desarrollo de los medios de comunicación, asistimos a un verdadero campo de batalla entre información que promueve y atenta contra la salud de las personas. Que esto sea así, reafirma lo señalado anteriormente respecto de la coexistencia de los dialógicos y antagónicos. La cuestión es cómo movernos desde lo prescriptivo hacia lo autónomo, tomando conciencia que los hechos cotidianos del vivir son prácticas educativas para la salud.

Se propone aquí, entonces, promover una EPS basada en paradigmas emergentes alternativos, que faciliten la integración de otras visiones, con el objeto de que puedan llegar a constituirse en un aporte al desarrollo conceptual y práctico de la educación para la salud; beneficiándose de investigaciones y aprendizajes que atiendan a la forma de conocer al contexto y la complejidad, que potencien desarrollos teóricos, que incorporen un amplio abanico de métodos.

Es necesaria una EPS que tenga en cuenta la noción de autonomía de las personas, y que a partir de las ideas de autoproducción y de clausura operacional ayude a la construcción de la misma.

Dada la complejidad del fenómeno de la EPS, se estima altamente deseable que visiones, como la reduccionista, den paso a otras emergentes más abarcativas, incluyentes, superando los problemas que impone la lógica clásica excluyente y desplegando un pensamiento dialógico que una conceptos eventualmente antagónicos en forma de macroconceptos integradores. Como se señalaba anteriormente, no es posible pensar el día sin la noche ni la salud sin la enfermedad; son éstos, estados que reclaman unos de los otros para su propia existencia; no es posible pensar uno sin pensar el otro, de modo que necesariamente debemos tratar con ellos simultáneamente, conjuntivamente, ya no más de manera disyuntiva, dicotómica. Las implicancias de este pensamiento basado en el paradigma de la complejidad (Morin, 1983, 1986, 1988, 1992) nos permiten aceptar con naturalidad hechos antagónicos, pero también nos hace ser más exigentes que nunca en cuanto a su comprensión y en la búsqueda de explicación para ellos.

Este escrito, precisamente, intenta contribuir a la expansión del emergente paradigma de la complejidad, buscando su incorporación por parte de investigadores y gestores, al ámbito de la EPS.

En este contexto, es de interés señalar al menos un par de cuestiones que parece ser clave tener en cuenta. Primero, que la EPS sea vista como una construcción efectuada por el hombre y para el hombre; con esto se quiere señalar que la EPS es una creación, un invento del hombre y en consecuencia no puede exigir más estatuto de validez que aquel que nosotros mismos somos capaces de darle desde nuestro espacio social. Segundo, que la EPS sea vista como una complejidad y, en tanto cual, tratada como una totalidad irreductible, sólo posible de hacer inteligible a nosotros a través de procesos de modelación desde el paradigma de la complejidad ‘moriniano’.

IV. Educación para la Salud y Aprendizaje

Poner atención a la manera cómo conocemos, constituye un aporte al desarrollo conceptual de la EPS. El cómo conocemos y el cómo nos expresamos verbalmente, modela nuestra forma de actuar en general y, consecuentemente, nuestras maniobras educativas individuales y colectivas.

Frecuentemente la atención del observador se concentra en los resultados perseguidos y obtenidos, olvidándose de los procesos que permiten lograrlos. Los procesos pueden ser entendidos como conjuntos de transformaciones a causa de algún factor que los provoca. Hay en todo proceso un origen y un destino; un punto de partida y otro de llegada. Los procesos en tanto dan cuenta de los cambios en los sistemas, siempre ofrecen algo a quienes los observan. Preocuparse por los procesos, además de los resultados, permite comprender porqué ocurre lo que ocurre, porqué los niveles de eficiencia observados, porqué la efectividad alcanzada y, más aún, permite efectuar un cuestionamiento

ético al cómo se logran los resultados. El reduccionismo de la observación exclusiva de resultados no permite el aprendizaje que otorga la preocupación por los procesos.

Si la EPS es vista como un proceso de aprendizaje para la autorregulación, entonces la atención debe estar especialmente en ello, en observar y aprender cómo se logran o no los resultados perseguidos.

Íntimamente ligado a los procesos se encuentra el tema del control, que cibernéticamente se asocia con el cumplimiento de objetivos. Así, el control en el proceso de educar en salud tiene que ver con el logro de aspiraciones y necesidades individuales de acuerdo con la definición de salud de la OMS; lo saludable se logrará cuando el sistema de aspiraciones y necesidades esté bajo control. Y si el control se traslada a las diferentes etapas de las innumerables transformaciones que pueden verificarse para alcanzar esas aspiraciones y necesidades, entonces se estaría prestando atención al proceso con la consecuencia ya señalada del aprendizaje. Será entonces objetivo de la EPS atender al cumplimiento de las aspiraciones y necesidades de las personas, poniendo atención a la forma en que esas aspiraciones y necesidades pueden alcanzarse. No se quiere decir con esto que el cumplimiento de un objetivo no sea importante o no tenga valor, muy por el contrario; sólo se desea hacer hincapié en el valor del aprendizaje que se obtiene al poner atención a la forma como se logra un determinado objetivo y que permite repetirlo y transmitirlo a otros, tantas veces como sea necesario. La EPS en tanto sea concebida como un proceso que permite a las personas un mayor control sobre su salud, está precisamente poniendo énfasis en la forma de lograr esa mejor salud y en consecuencia debe ser entendida como una real forma de aprendizaje. La EPS debe buscar el aprender a aprender; debe ser invitante y no prescriptiva.

Por otra parte, si consideramos a la EPS como un complejo de acciones encaminadas a acrecentar el bienestar de la población, entonces podemos pensar que dicho complejo constituye un sistema al reconocer sus partes componentes, identificar las relaciones entre esas componentes, determinar sus objetivos y ponerle borde a tal sistema al identificar el medio-ambiente en que se encuentra inmerso.

Algunas de las acciones, que es posible reconocer como componentes del sistema EPS, tienen que ver con prevenir, fomentar, respaldar, capacitar, informar, entre otras. Las relaciones entre estas acciones/componentes pueden reconocerse fácilmente a través de los flujos de información y de recursos que es necesario mover entre cada una de ellas para alcanzar el objetivo global de acrecentar el bienestar humano. A este sistema es posible ponerle borde dejando afuera todas aquellas acciones contrarias al bienestar de las personas. A manera de ejemplo, se pueden señalar, entre otras, las acciones bélicas, criminales; la discriminación racial, étnica, económica, religiosa, sexual, etc.; el daño al medioambiente y por exclusión todas aquellas acciones, contrarias o neutras al incremento del bienestar de las personas y que no están definidas como acciones del sistema.

Esta forma de ver la EPS, modelándola de manera lingüística, como sistema de acciones, aporta al entendimiento del quehacer de la misma pero no nos permite acceder al soporte estructural que ejecuta dichas acciones. Entonces, es necesario referirse a aquello que finalmente hace posible que dichas acciones se realicen. Luego, la interrogante es: ¿qué, quién o quienes llevan a cabo las acciones propias de la educación para la salud? Surgen, como respuesta a esta pregunta, a lo menos cuatro niveles de materialización estructural: personas agrupadas en organizaciones formales que se encargan de efectuar tales acciones directa o indirectamente; personas agrupadas en organizaciones informales, muchas veces no reconocidas por las estructuras hegemónicas; personas agrupadas en familias, y, por último, individuos, que en la vida cotidiana realizan acciones de EPS.

En el primer caso es posible señalar las instituciones del sector salud, así como las instituciones educacionales, laborales, religiosas, deportivas, entre otras. En el segundo, es la población como totalidad o a través de grupos informales que buscan satisfacer sus aspiraciones y deseos a través, por ejemplo, de acciones económicas, políticas, religiosas, artísticas. En el tercer caso encontramos a la familia actuando como educadora en salud. Y, en el último, son las propias personas quienes actúan como educadoras de la salud, en virtud del conocimiento de que disponen para hacer esta tarea.

En este punto surgen interrogantes tales como: ¿qué se debe enseñar? y ¿quién dice lo que se debe enseñar? Hasta ahora y desde un cierto punto de vista, se ha dividido a las personas en dos grandes grupos; uno, la población en general, que hace o debe hacer aquello que el otro grupo, integrado por los políticos-científicos-técnicos, les dicen que deben hacer. En esta forma de operar, la inteligencia radica únicamente en este segundo grupo, desconociéndose cualquier otra alternativa, desencadenando una verdadera dictadura político-tecnocientífica.

Si se revisan algunas clave paradigmáticas que han posibilitado este cuadro dicotómico de definidores y acatadores, surge el gran valor de verdad que se ha adjudicado a la ciencia como un factor principal. En este esquema, se ha olvidado la gran cantidad de fracasos que la ciencia puede exhibir, ponderando de sobremanera sus éxitos. Se ha olvidado señalar con suficiente claridad que una de las características principales de la ciencia es su falibilidad y se le ha hecho creer a la población que sólo lo científico es correcto.

Lo señalado plantea la fragilidad del conocimiento, que aun cuando en ciertos casos sea duradero, siempre es temporal en virtud de su falibilidad. La velocidad con que hoy se produce el cambio en el conocimiento, hace que se deba poner tanta atención a esa transitoriedad como al conocimiento mismo. Así, la acción que se desarrolla a partir de un determinado conocimiento resulta de importancia fundamental a la hora de evaluar si lo que se está haciendo va en el sentido correcto o no.

En particular, se ha adoptado un modelo de funcionamiento paternalista, sobre-protector, en que algunos les dicen a los otros lo que deben hacer porque ellos tienen la información correcta. Se ha destruido la autonomía de los sujetos al decidir por ellos, al no permitirles pensar por ellos mismos, al no educarlos para asumir sus responsabilidades, al pensar a las personas como desprovistas de inteligencia.

La EPS debe ser capaz de reconstruir los espacios que permitan la expresión de todos y cada uno de los individuos; la EPS debería ser vista como la posibilidad real de construcción de un espacio democrático; en el ámbito de la EPS no se puede pensar que la inteligencia se concentra sólo en unas pocas personas e instituciones que saben cómo es el mundo; la EPS debe ser capaz de concebir su inteligencia de manera distribuida en todas las personas y en toda organización. Así, las organizaciones de carácter nacional a cargo de la operacionalización de las tareas de educar en salud, estarán en condiciones de cerrar los diversos ciclos de realimentación que le permitan conocer y atender las reales necesidades y deseos de la población y dinamizar su acción vía ajustes sucesivos a su desempeño.

La EPS puede ser vista, entonces, como un proceso permanente, que reconoce la transitoriedad del valor de verdad de las cosas, que se concentra en los procesos de aprendizaje y en la construcción de lo social como resultante de los modos cotidianos de vida individuales y colectivos.

V. Comentarios Finales

La EPS, en tanto proceso integral de aprendizaje con implicancias en las más variadas esferas de la vida ciudadana, parece tener que cuidarse de sí misma ante la necesidad de definir aquello que sería saludable. Se señala este cuidado respecto de dos elementos que regularmente no se hacen explícitos en la literatura respectiva: uno, dice relación con la validez temporal del conocimiento y el grado de certidumbre que se tiene del mismo cuando se informa a la población; el otro, se refiere a la posibilidad de transformar el buen deseo de cuidado de nosotros mismos, en un totalitarismo autoritario impuesto por una clase político-científica-técnica que le dice al resto lo que debe o no debe hacer.

El primer cuidado nos plantea interrogantes de orden epistemológico, en que si bien es cierto hemos probado los beneficios del avance científico y tecnológico, también hemos sufrido, y lo seguimos haciendo, los perjuicios que ha traído consigo. En este aspecto es necesario precisar que el llamado de atención se hace considerando que tanto la ciencia como la tecnología no son objetivas, ni a-sépticas, ni a-valóricas, ni a-éticas, ni nada que se le parezca. Se sostiene como premisa que estas son actividades humanas y, en consecuencia, no pueden estar desprovistas de la subjetividad con que el ser humano las desarrolla en cualquier ámbito, así como tampoco pueden estar desprovistas

de la preocupación ética en cuanto al impacto sacionatural de sus procedimientos y resultados.

El segundo cuidado tiene que ver con el poder; el ejercicio de éste, a través de la historia, por medio de las estructuras jerárquicas sociales, es un hecho innegable. Las sociedades horizontales no se conocen y, si alguna vez existieron, desaparecieron. Hoy, las estructuras de poder se manifiestan de las más diversas formas y en algunos casos ni siquiera son explícitas. Una vez que los educadores de la salud alcancen un grado de poder suficiente en la sociedad ¿resistirán el deseo de detentarlo y, como consecuencia, transformar propuestas de políticas y estilos de vida saludables en dictados a cumplir por la sociedad? Este cuidado a que se hace referencia, dice relación con los modos de vida de los individuos y la sociedad, con sus valores, su ética, en definitiva con su libertad; libertad de elegir, de decidir, sin que otros lo hagan por ellos. Libertad para decidir dónde recibir atención médica, dónde educarse, a quién darle el voto, qué productos comprar, qué comer, qué vestir, qué creencias profesar, en qué trabajar, por quién o qué vivir, por quién o qué morir. Este clamor por el ejercicio de la libertad individual, parece tener, como único borde, la libertad de los demás y la necesidad de estar en sociedad. Una sociedad no puede ser saludable si en su fundamento constitutivo se encuentra entronizado el paternalismo sobreprotector, posible de ser confundido con autoritarismo y dictadura.

Esto que aquí se señala no debe ser tomado como un designio irrevocable, sino más bien como un llamado de atención para la construcción de una EPS saludable. Para contribuir a lograrla parece necesario tener en cuenta al menos dos elementos: uno, que la población debe tener acceso pleno a la información disponible y dispuesta de la mejor forma posible. Dos, que la información que se pone a disposición de la comunidad, es para que todos y cada uno de los individuos que la integran tomen sus propias decisiones.

En consecuencia, la información que se provea no debe tener como objetivo reducir el fenómeno a unas cuantas indicaciones acerca de qué hacer en qué caso, sino, por el contrario, que cada individuo llegue a comprender que es un ser humano responsable por sus actos. Que el mañana es, en gran parte, consecuencia de sus actos de hoy. Que el mundo que vive es el mundo que a cada instante, con sus actos, construye con los demás.

La EPS debe ser una educación para la libertad decisional de los individuos en el marco que impone la convivencia social. De lo contrario, el individuo estaría sufriendo la conculcación de su libertad, de su autonomía.

Esta manera de entender la EPS sobrepasa los límites tradicionales del eje salud/enfermedad. Se ubica ahora en un espacio de tal abarcamiento, que parece no quedar nada fuera de su alcance y en tanto veamos a la educación como una

forma de viabilizarnos como seres vivos humanos, su expresión no puede ser sino de cotidianidad en el vivir.

Bibliografía

- Bandura, Albert** (1987). *Pensamiento y Acción. Fundamentos Sociales*. Biblioteca de Psicología, Psiquiatría y Salud. Ediciones Martínez Roca, Barcelona.
- Guilbert Reyes, Wilfredo; Grau Ábalo, Jorge; Prendes Labrada, Marianela de la C.** (1999). “¿Como Hacer más Efectiva la Educación en Salud en Atención Primaria?” *Rev. Cubana Med. Gen. Integr.* 15 (2): 176-183.
- Maturana, Humberto y Francisco Varela** (1972). *De Máquinas y Seres Vivos*. Santiago de Chile. Editorial Universitaria.
- Maturana, Humberto y Francisco Varela** (1986). *El Árbol del Conocimiento*. Santiago de Chile. Editorial Universitaria.
- Morin, Edgar** (1983). *El Método I: La Naturaleza de la Naturaleza*. Ediciones Cátedra, Madrid.
- Morin, Edgar** (1986). *El Método II: La Vida de la Vida*. Ediciones Cátedra, Madrid.
- Morin, Edgar** (1988). *El Método III: El Conocimiento del Conocimiento*. Ediciones Cátedra, Madrid.
- Morin, Edgar** (1992). *El Método IV: Las Ideas*. Ediciones Cátedra S.A., Madrid.
- OPS-OMS** (1996). “Promoción de la Salud: una Antología”. *Publicación Científica*, N° 557, Washington.
- OPS** (1992). “Manual de Comunicación Social para Programas de Salud”. Programa de Promoción de la Salud (HPA), Washington.
- OMS** (1986). Carta de Ottawa, Conferencia Internacional sobre la Promoción de Salud.
- Weinstein, N. D.** (1982). “The precaution adoption process”. *Health Psychol.* 2 (4): 355-386.