

Promoción de la Salud, "empowerment" y educación: una reflexión crítica como contribución a la reforma sanitaria (a)

Promotion of Health, "empowerment" and education: a critical reflection as a contribution to the sanitary reform

Sérgio Resende Carvalho¹

¹Médico, Facultad de Ciencias Médicas de Minas Gerais. Doctor en Salud Colectiva, Universidad de Campinas (UNICAMP). Profesor del Departamento de Medicina Preventiva y Social, Facultad de Ciencias Médicas, UNICAMP, Brasil. 2srcarvalho@gmail.com

RESUMEN Se realiza un estudio exploratorio que analiza y discute la Promoción de la Salud en Canadá buscando detectar su contribución en los procesos de la reforma sanitaria. Se observaron variaciones importantes en el ideario investigado en lo referente al compromiso con el cambio del *status quo*. Esto ocurre de manera marcada entre las vertientes behaviorista y la Nueva Promoción de la Salud. Esta última se caracteriza por la ambigüedad de sus premisas que justifica, en parte, el impacto limitado de sus acciones. A pesar de esto, es posible afirmar que este ideario ha contribuido al fortalecimiento de los sistemas de salud en los países de la periferia capitalista. Se destaca, en este sentido, la utilidad del concepto "empowerment" social para repensar las prácticas de educación para la salud y como contribución a las prácticas de cuidados de salud.

PALABRAS CLAVE Promoción de la Salud; Reforma del Sector Salud; Políticas de Salud; Educación en Salud; Calidad de la Atención de Salud, Acceso y Evaluación.

ABSTRACT An exploratory study, which analyses and discusses the promotion of health in Canada, is carried out to detect its contribution to the sanitary reform processes. Important variations arose in the investigation regarding the commitment to the change of the status quo. This tends to occur mainly between the behaviourists and the supporters of the New Promotion of Health. This last trend is characterized by the ambiguity of its assumptions, which justifies, in part, the limited impact of its actions. In spite of all this, it is possible to state that this conception has contributed to the strengthening of the health system in countries belonging to the capitalist periphery. In this sense, it is important to highlight the usefulness of the concept social "empowerment" to rethink about the practices of health education and the contribution of the practices of health care.

KEY WORDS Health Promotion; Health Sector Reform; Health Policy; Health Education; Health Care Quality, Access, and Evaluation.

INTRODUCCIÓN

El modelo teórico-conceptual de Promoción de la Salud, formulado a partir de los años '70 en países desarrollados como Canadá, Inglaterra, EE.UU., Australia y Nueva Zelanda, viene ejerciendo una creciente influencia sobre las políticas de salud de los países emergentes y subdesarrollados (1).

Brasil constituye un ejemplo de este proceso, dado que la Promoción de la Salud está presente en distintos proyectos al interior del Sistema Público de Salud. Cito, entre otros, el papel estructurante de la Promoción de la Salud en la propuesta de Vigilancia de la Salud (2-5), junto al Proyecto Ciudad Saludable (6-8), en propuestas de Educación para la Salud (9,10) y en innumerables proyectos de reorganización de la red básica, vinculados al Programa Salud de la Familia (11).

En este trabajo, luego de describir brevemente este ideario, tomando como referencia la propuesta canadiense, reflexiono con mayor profundidad sobre el significado del concepto de "empowerment" (12) tomándolo como analizador de la potencia y las limitaciones del modelo teórico de Promoción de la Salud para pensar el cambio y la producción de sujeto. Sugiero, frecuentemente, elementos y cuestionamientos considerados pertinentes para la consolidación de los principios y directrices de los sistemas de salud de carácter universalizante y, en particular, para el perfeccionamiento de las prácticas de educación para la salud.

Este ensayo es el resultado de un proyecto de investigación realizado junto al Departamento de Salud Pública de la Universidad de Toronto (13), para el cual se tomaron como fuentes anotaciones personales de conferencias, seminarios y cursos sobre Promoción de la Salud que frecuenté en la mencionada institución, además de artículos y textos de consagrados investigadores anglosajones publicados en revistas como *Canadian Public Health Journal* e *International Health Promotion* como también, en libros dedicados al tema. Asimismo, algunas publicaciones recientes de estudiosos brasileños sobre la Promoción de la Salud, contribuyeron de igual manera a este trabajo.

ORÍGENES DE LA PROMOCIÓN DE LA SALUD: EL IDEARIO BEHAVIORISTA DE LOS AÑOS '70

En la década del '70, en los países desarrollados surgieron nuevas propuestas sobre el pensar y el hacer salud como reflejo de distintos factores, entre los cuales cabe destacar la constatación de los límites del modelo biomédico hegemónico, las presiones para la realización de recortes en los costos del sistema de atención de la salud y un clima social y político de valorización de temas como la autoayuda y el control individual sobre la salud.

Entre estas propuestas se destaca el proyecto de la moderna Promoción de la Salud, definida, inicialmente, como "el arte y la ciencia de ayudar a las personas a cambiar el hábito de vida apuntando a un estado óptimo de salud". Como sustento de esta formulación, encontramos las siguientes afirmaciones:

- 1) los individuos poseen autonomía para tomar decisiones y tener actitudes que los lleven a practicar hábitos de vida saludables;
- 2) los cambios de actitudes pueden tener un efecto significativo para la salud (14).

Esta perspectiva fue institucionalmente consagrada a través de la divulgación en Canadá, en 1974, del Informe Lalonde. A través de este "discussion paper", el Ministerio de Bienestar y Salud procuró elaborar un fundamento conceptual sobre la salud que fuera intelectualmente aceptable y suficientemente simple para permitir una rápida localización ante cualquier idea, problema o actividad relacionada a la salud. Basándose en el concepto de campo de salud, este informe propone un mapa del territorio de la salud interrelacionando cuatro grupos explicativos del fenómeno salud/enfermedad: ambiente (natural y social), estilo de vida (comportamiento individual que afecta a la salud), biología humana (genética y función humana) y organización de los servicios de salud (15).

Este abordaje ampliado sobre la salud será, paradójicamente, negado al interior del Informe Lalonde dado que al delinear estrategias de acción, el mencionado documento enfatiza la importancia de los elementos vinculados al

grupo "estilo de vida" y, tan solo de un modo secundario, las causas vinculadas a los demás grupos explicativos. Partiendo del supuesto de que las prácticas poco saludables son consideradas "riesgos autoimpuestos" y causas relevantes de no-salud, el informe afirma la necesidad de una nueva agenda de intervención que logre interferir sobre los hábitos de vida, lo que se justificaría por el hecho de que, frente a eventuales deficiencias del sistema de salud, "las personas deben aceptar la responsabilidad individual sobre la salud, de sus hábitos de vida no saludables" (15 p.26).

Así, bajo la coordinación de los Departamentos de Promoción de la Salud, se inician intervenciones sobre los *lifestyles*, enfatizando ciertas áreas-problema como tabaquismo, alcoholismo, drogas y hábitos alimentarios (16). Los programas y actividades de promoción privilegian las prácticas educativas que buscan alterar la exposición a los riesgos causados por el "comportamiento inadecuado" de los individuos. Estas estrategias, centrales a las prácticas de Promoción de la Salud en Canadá (17,18), han tenido efectos positivos referentes a la adopción de estilos de vida más saludables de determinados grupos sociales (19).

Sin embargo, tomadas en su conjunto, han tenido un impacto limitado sobre las condiciones de vida de la población, lo que puede ser explicado por el énfasis unilateral en la temática de los *lifestyles* y por las insuficiencias en su fundamento conceptual. Al inicio de los años '80, autores como Labonte y Penfold (20) alertaron sobre el hecho de que la perspectiva behaviorista, al encubrir las enfermedades y las estructuras sociales causantes de la no-salud, podría servir de resguardo para la implementación de políticas neoliberales socialmente restrictivas culpabilizando en este proceso a las víctimas (*blaming the victims*) por la inequidad del sistema social.

EL IDEARIO SOCIOAMBIENTAL DE LA PROMOCIÓN DE LA SALUD DE LAS DÉCADAS DEL '80 Y '90

A mediados de la década del '80, se hizo necesaria la actualización del movimiento de Promoción de la Salud para que lograra superar los

límites teóricos y prácticos de la corriente behaviorista. En una línea de continuidad con el ideario de Alma Ata (21), se desarrolló el proyecto socioambiental de Promoción de la Salud denominado por algunos "Nueva Promoción de la Salud".

Un documento pionero dentro de este abordaje, fue el "documento de trabajo" de la oficina regional europea de la Organización Mundial de la Salud (OMS), en el que se propone que la Promoción de la Salud debe tener un papel en la transformación de las condiciones de vida de los más desfavorecidos y que debe estimular la participación de los individuos y de los grupos poblacionales en procesos decisivos vinculados a las acciones de salud (22). En el mismo año, se realiza en la ciudad de Toronto, Canadá, la Conferencia Beyond Health Care (23), que lanza las bases del proyecto de Políticas Públicas Saludables (24).

La Carta de Ottawa sintetizó esta producción y representó el consenso alcanzado por los representantes de 35 países presentes en la Primera Conferencia Internacional de Promoción de la Salud, realizada en la capital de Canadá, Ottawa, bajo el patrocinio de la OMS, del gobierno canadiense y de la Asociación Canadiense de Salud Pública. Este documento cumple un papel central en la evolución del movimiento de Promoción de la Salud al proveer los conceptos, principios y un elenco de cinco áreas prioritarias de acción que fueron posteriormente profundizadas en las cuatro Conferencias Internacionales de Promoción de la Salud que se realizaron hasta el año 2000 (25,26).

PREMISAS TEÓRICAS DE LA VERTIENTE SOCIOAMBIENTAL DE PROMOCIÓN DE LA SALUD

A partir de la Carta de Ottawa, la Promoción de la Salud pasa a ser definida como:

...el proceso de capacitación (*enabling*) de los individuos y colectivos (*communities*) para que tengan control sobre los determinantes de la salud con el objetivo de tener una mejor calidad de vida. Esta categoría constituye un concepto que sintetiza dos elementos clave para la promoción de la salud: la necesidad de cambios en el

modo de vida y, también, de las condiciones de vida. Representa, igualmente, una estrategia de mediación entre las personas y el medio ambiente, combinando elecciones personales con responsabilidad social con el objetivo de crear un futuro más saludable. (27)

Para que haya salud, la Nueva Promoción de la Salud sugiere que los individuos y colectivos sean capaces de realizar sus aspiraciones, de satisfacer sus necesidades y de transformar el medio o adaptarse a él (28). Recomienda la superación de la inequidad en salud, proponiendo acciones que tengan como objetivo garantizar

...oportunidades y recursos que posibiliten a las personas alcanzar el máximo de salud. Esto incluye [...] oportunidades para hacer elecciones saludables. Las personas no pueden alcanzar el máximo potencial de salud si no son capaces de controlar los factores que determinan su salud. (28)

Al igual que la Declaración de Alma Ata (29), considera que justicia social, equidad, educación, saneamiento, paz, vivienda, salario digno, estabilidad del ecosistema y sustentabilidad de los recursos naturales son prerequisites esenciales para la salud de la población.

Entre las estrategias priorizadas por la corriente de la Nueva Promoción de la Salud, merecen ser destacadas la constitución de políticas públicas saludables, la creación de ambientes sustentables, la reorientación de los servicios de salud, el desarrollo de la capacidad de los sujetos individuales y el fortalecimiento de acciones comunitarias. Subsidiando estas estrategias, se encuentran principios que afirman la importancia de actuar sobre los determinantes y las causas de la salud, de la participación social y de buscar constituir alternativas a las intervenciones y prácticas educativas centradas en el cambio de los estilos de vida.

La Nueva Promoción de la Salud sugiere que todas las políticas públicas expliciten el compromiso por la salud de la población. Para traducir esa idea se acuñó el término "Políticas Públicas Saludables", estrategia que tiene como objetivo incluir la salud en la agenda de los dirigentes de

todos los sectores, alertándolos sobre sus responsabilidades. Coherentemente con un abordaje socioecológico, la corriente propone la creación de ambientes favorables para la salud que permitan la armonía en las relaciones entre los seres humanos y el ambiente, afirmando la necesidad de estimular el desarrollo sustentable de modo de beneficiar a los agrupamientos humanos sin perjuicio para el ambiente natural.

La Carta de Ottawa sugiere que la reorientación de los servicios de salud debería darse a partir de la ampliación de los enfoques curativo y clínico y del fortalecimiento de acciones volcadas a la promoción que apunten a una práctica integral de salud. Considera de suma importancia que se produzcan cambios de actitud en los profesionales y que estos cambios deban ser alcanzados por medio de procesos educativos, de entrenamientos y de nuevos formatos organizacionales. Los servicios deben estar volcados a la necesidad de los sujetos como un todo, debiendo organizarse respetando las diferencias culturales que puedan existir. Ese reordenamiento debe realizarse a partir de compartir las responsabilidades y de la colaboración entre los usuarios, profesionales, instituciones prestadoras de servicios y la comunidad.

La Carta recomienda la participación comunitaria en los procesos decisorios, en la planificación y en la implementación de las acciones de salud. Destaca la necesidad de que las acciones de salud busquen fortalecer la actuación de los individuos y de los grupos, sugiriendo la implementación de acciones de soporte social a las comunidades que estimulen procesos de autoayuda y acciones de educación para la salud. La Conferencia Internacional de Yakarta busca ampliar esta directiva proponiendo colaboraciones con la sociedad civil y, en particular, con el sector privado (30).

Desarrollar habilidades personales para vivir la vida es un objetivo central y una de las estrategias prioritarias de la Nueva Promoción de la Salud. En varios momentos, los documentos de esta corriente enfatizan la necesidad de crear condiciones favorables para ejercer un mayor control sobre la salud y el medio por parte de los individuos y colectivos (28,30). Se considera deseable el incremento de la participación en las decisiones sobre la salud para que las personas

adquieran la capacidad de realizar elecciones saludables. Se sugiere repensar las prácticas de Educación para la Salud, proponiendo un papel más activo del público al cual se dirige.

Uno de los núcleos filosóficos y una de las estrategias clave de la Nueva Promoción de la Salud es el concepto de "*empowerment*". Este concepto, que aquí traducimos como "empoderamiento", está presente en la definición de lo que es "salud" y "promoción de la salud" y al interior de las estrategias como "participación comunitaria", "educación para la salud" y "políticas públicas saludables". A través del empoderamiento, la Nueva Promoción de la Salud pretende capacitar/posibilitar/hacer viable (*enable*) que los individuos y los colectivos se preparen para vivir todas las etapas de la vida lidiando con las enfermedades (crónicas y lesiones). Este proceso debe encontrar apoyo en ámbitos escolares, domiciliarios, en el trabajo y en la comunidad. Se requieren para esto acciones educativas, profesionales y comerciales, junto a las instituciones y organizaciones voluntarias (28).

Buscando profundizar los principios y directrices mencionados, el gobierno canadiense formuló en 1986, un conjunto de propuestas conocidas como *Epp Report* (31), con las que pretendió responder a los desafíos planteados por la meta de alcanzar la "Salud para todos" en Canadá sugiriendo para eso, acciones en salud dirigidas prioritariamente a los colectivos humanos y, de manera complementaria, a las acciones individuales. Un ejemplo de este enfoque es el estímulo a la interrupción del hábito individual de fumar en consonancia con la elaboración e implementación de políticas y programas de intervención sobre el mercado del cigarrillo y la sustitución de la plantación del tabaco.

REFLEXIONES SOBRE LA PROMOCIÓN DE LA SALUD

La descripción de la evaluación histórica de la Promoción de la Salud en Canadá nos permite constatar la existencia de visiones diferenciadas sobre este ideario, siendo posible observar un primer enfoque que privilegia las

intervenciones sobre el comportamiento individual y un segundo abordaje construido en torno de un modelo explicativo que tiene como centro el empoderamiento y los determinantes socio-ambientales.

La constatación de que la vertiente socioambiental tiene una mayor afinidad con un proyecto comprometido con los derechos, la dignidad y la autonomía de los individuos y colectivos, no nos exime de profundizar acerca de las posibilidades interpretativas de esta formulación, dado que, coincidiendo con Stevenson y Burke, entiendo que este nuevo abordaje, al abarcar temas como:

...prevención de enfermedades, promoción de la salud, iatrogenia, "*empowerment*" individual y colectivo, redes sociales, cuidados domiciliarios y familiares, puede fácilmente convertirse en justificaciones ideológicas para la privatización y la desregulación de los servicios de salud, con todo lo que esto implica para la calidad y la equidad del cuidado, pudiendo, al mismo tiempo, representar un marco teórico que soporte la progresiva transformación y democratización de las políticas sociales. (32 p.54)

Estas múltiples posibilidades pueden ser corroboradas en la lectura del Cuadro 1, en el cual procuro delinear, a partir de Labonte (33) un "mapa de preguntas" en el que sugiero que las estrategias aparentemente consensuadas pueden llevar, muchas veces, a diferentes interpretaciones y consecuencias prácticas.

Este "mapa" señala la necesidad de analizar críticamente propuestas de Promoción de la Salud sobre la base de una valoración ético-política y el conocimiento del contexto histórico en el que se aplican sus estrategias. A continuación busco contribuir a este debate a partir de una reflexión crítica sobre la categoría/estrategia de empoderamiento tomada aquí como un analizador del proyecto de Promoción de la Salud.

EL EMPODERAMIENTO Y SUS MÚLTIPLES SENTIDOS

En el origen de la noción de empoderamiento se encuentran las luchas de los nuevos

Cuadro 1. MAPA DE PREGUNTAS PARA LA NUEVA PROMOCIÓN DE LA SALUD

ESTRATEGIA	PREGUNTAS/PROBLEMAS
<p>CONSTITUIR POLÍTICAS PÚBLICAS SALUDABLES</p> <p>Colocar la salud en la agenda de los políticos y de los decisores.</p> <p>Transformar las elecciones saludables en las elecciones más fáciles</p>	<p>¿Cómo las políticas públicas saludables incorporan los temas del conflicto social y de la lucha reivindicatoria de los movimientos sociales?</p> <p>Las políticas públicas saludables, ¿priorizan los estilos de vida saludables o condiciones de vida y de trabajo saludables?</p> <p>¿Cómo evitar una "reingeniería social", o sea, que la elección correcta sea determinada por el pensamiento tecnocrático y por los intereses de grupos en posición de poder en el Estado?</p> <p>¿Quién hace la elección saludable?</p>
<p>DESARROLLAR HABILIDADES PERSONALES</p> <p>Facilitar/apoyar/posibilitar (<i>enable</i>) que las personas aprendan con la vida y prepararlas para enfrentar distintos desafíos y posibilidades.</p> <p>Desarrollar habilidades en las personas, familias, grupos, organizaciones, capacitándolas para el análisis y para la acción.</p>	<p>¿Cuál es el significado de la palabra "enable"? ¿Significa enseñar a hacer o hacer con?</p> <p>¿Cuál es la concepción de la educación para la salud que predomina?</p> <p>¿Cómo se produce el intercambio de saberes entre profesionales y usuarios? ¿A través de una co-gestión de contratos y compromisos o por una relación vertical y autoritaria?</p> <p>¿La relación profesional/usuario es una relación de coproducción de sujetos o una relación paternalista? ¿Los usuarios son voces pasivas o activas?</p>
<p>FORTALECER LA ACCIÓN COMUNITARIA</p>	<p>¿Qué es la comunidad?</p> <p>¿La participación social resulta en control social/control comunitario o en el control de lo social/control de la comunidad?</p>

Fuente: Elaboración propia en base a Labonte (33) y Carvalho (13).

movimientos sociales en el hemisferio norte en la década del '60, los movimientos de autoayuda y de psicología comunitaria de la década del '70 y '80 y las discusiones en torno a la noción de ciudadanía en la sociedad contemporánea en la década del '90 (34). Distintos orígenes y movimientos que a veces se complementan y que, en muchas ocasiones, son antagónicos.

La categoría empoderamiento tiene mucho para ofrecerle a la Promoción de la Salud. No obstante, es necesaria cierta precaución antes de adoptar esta noción de manera entusiasta como objetivo central de las prácticas sanitarias. Distintos referenciales teóricos y modos de operar el concepto responden a intereses y disputas

en el campo de la salud y tienen importantes consecuencias para el hacer/pensar la salud. A partir de la revisión de la producción sobre empoderamiento en salud y educación buscaremos analizar dos posibles visiones sobre empoderamiento: la visión "psicológica" y la visión comunitaria (16,34).

En la diferenciación de estas variantes se encuentran múltiples dimensiones de la categoría "poder" que ponen en evidencia la relación internamente contradictoria de los elementos que la constituyen. Esta categoría es aquí comprendida como una práctica social e histórica y no como una cosa, un objeto natural, que se posee.

Considero de especial interés trabajar con una noción de poder que remite a concepciones desarrolladas por teóricos que, como Michael Foucault (35), cuestionan el carácter totalizante y unitario de la categoría poder afirmando su existencia en formas dispares, heterogéneas y en constante transformación. El poder no se encuentra solo en el Estado y en la clase social, ni existe una esencia económica del poder; es difuso y se concretiza en relaciones funcionales entre fuerzas. Las relaciones de poder ocurren en distintos niveles y planos de la vida social tejiendo una compleja trama de micro y macro poderes que pueden estar o no integrados al Estado.

La dirección de esas relaciones no está dada *a priori*, dado que el ejercicio del poder puede oprimir y, en una aparente paradoja, liberar; puede ser una fuerza de destrucción, pero también, de creación. Las relaciones de poder pueden contribuir a la producción de sujetos reflexivos pero también a la producción de sujetos alienados y prisioneros de una lógica instrumentalizadora y objetivadora de la naturaleza humana. Un entendimiento que encuentra resonancia en Michel Foucault cuando

...opone una concepción negativa, que identifica al poder con el Estado y lo considera esencialmente como aparato represivo [...] a una concepción positiva que pretende disociar los términos dominación y represión... [Lo que] la consideración de los micro-poderes muestran, en todo caso, es que el aspecto negativo del poder –su fuerza destructiva– no es todo y tal vez no sea lo fundamental, o que, al menos es necesario reflexionar sobre su lado positivo, o sea, productivo, transformador [...] el poder posee una eficacia productiva, una riqueza estratégica, una positividad. Y es justamente ese aspecto que explica el hecho de que tiene como objetivo el cuerpo humano, no para torturarlo, mutilarlo, sino para perfeccionarlo, para adiestrarlo. (36 p.XV)

EL EMPODERAMIENTO "PSICOLÓGICO" Y LA PROMOCIÓN DE LA SALUD

Podemos definir el empoderamiento psicológico como "un sentimiento de mayor control

sobre la propia vida que los individuos experimentan a través de su pertenencia a distintos grupos"; un sentimiento que puede ocurrir sin que haya necesidad de que los sujetos participen de acciones políticas colectivas.

Bajo esta concepción, un individuo con poder es aquel que es:

...prudente, independiente y con confianza en sí mismo, capaz de comportarse de una determinada manera y de influenciar su medio y actuar de acuerdo a principios abstractos de justicia y de equilibrio. (37 p.280)

De esta formulación derivan las estrategias que tienen como objetivo fortalecer la autoestima y la capacidad de adaptación al medio y desarrollar mecanismos de autoayuda y de solidaridad.

Los buenos resultados alcanzados por estas estrategias, en muchas situaciones, no deben encubrir el hecho de que el empoderamiento psicológico no siempre incide sobre la distribución de poder y de recursos en la sociedad, pudiendo constituirse en un mecanismo de regulación social (37). Weissberg, por ejemplo, advierte sobre el peligro de que esta categoría represente una especie de "*Cogito empowerment, ergo sum empowered*" (38) (b), en la que el sentimiento de poder podría crear la ilusión de la existencia efectiva de poder por parte de los individuos. Para Riger:

...la experiencia del individuo con relación al poder, o la falta de éste, puede no tener relación con la capacidad real de influencia, y un aumento del sentido de *empowerment* no siempre refleja un aumento del poder real. [...] Esto no significa que el individuo no pueda tener ninguna influencia o que sus percepciones individuales no sean importantes, sino que reducir el poder a la psicología individual es ignorar el contexto político e histórico en el que actúan las personas. Confundir la habilidad real de alguien de controlar sus recursos con el sentido de *empowerment*, despolitiza a este último. (37 p.292)

De hecho es posible afirmar que, en el orden capitalista actual, el empoderamiento psicológico inspira programas políticos de la "Nueva

Derecha". Aunque expresados en un lenguaje que afirma la autonomía de las personas a través de la disminución de su dependencia a instituciones macro sociales, este concepto ha sido usado, por ejemplo, para justificar la disminución y el retroceso en la prestación de servicios sociales y de salud en tiempos de conservadurismo fiscal.

Es lo que se observa, por ejemplo, en Estados Unidos, donde las políticas conservadoras vienen combinando la noción/estrategia de empoderamiento (psicológico) con la ideología política de la responsabilidad personal con fines de sugerir que las personas, individualmente y a través de estructuras de mediación como las iglesias y las asociaciones voluntarias, deben contar con sí mismos antes de recurrir a servicios prestados por instituciones estatales (24,37).

Podemos constatar, por otro lado, que los programas que recomiendan el empoderamiento de individuos y colectivos lo hacen sin discutir las diferencias de poder existentes en la relación entre "especialistas y no-especialistas, entre poblaciones de países ricos desarrollados y de países pobres, entre hombres y mujeres, y entre heterosexuales y homosexuales" (39). Diferencias estas que están en las raíces de la iniquidad sociosanitaria de muchas naciones del mundo.

EL EMPODERAMIENTO SOCIAL/COMUNITARIO EN LA PROMOCIÓN DE LA SALUD

Basándose en autores como Paulo Freire (educador brasileño) y Saul Alinsky (activista social norteamericano) algunos autores anglosajones vienen proponiendo, en contraposición a la visión psicológica, el uso del concepto de "*empowerment*" comunitario (24,34). A continuación discuto y analizo esta categoría, que denominaré empoderamiento social, dado que en la cultura política latinoamericana la palabra "comunitario" tiene muchas veces una connotación (sentido derivado y figurativo) diferente de aquella que es comúnmente sugerida por el uso en los países anglosajones. Considero que para el concepto en cuestión, la palabra "social" traduce con mayor precisión el significado del término comunitario que es utilizado en los textos investigados.

El empoderamiento social no significa la negación de los elementos que componen el empoderamiento psicológico, sino todo lo contrario, dado que propone que este último alcance un nuevo nivel que posibilite la ampliación de la capacidad reflexiva y la participación de los individuos en procesos decisivos. Demanda, para esto, la convivencia de la noción de determinismo social con la de agenciamiento humano (37,40), al entender que las macroestructuras condicionan el cotidiano de los individuos y éstos, a través de sus acciones influyen y/o resignifican los distintos planos de realidad macrosocial:

Al ilustrar este hecho en la salud es posible constatar que si bien por un lado, muchos estudios epidemiológicos demuestran el papel frecuentemente profundo de la pobreza y de otros factores sociales, económicos y políticos en la determinación del estado de salud del individuo, otros estudios demuestran que los individuos son capaces de reconfigurar el contexto social en el cual viven y que esto tiene consecuencias positivas para la salud. (24 p.297)

El empoderamiento social es considerado, por lo tanto, un proceso de validación de la experiencia de terceros y de legitimación de su voz y, al mismo tiempo, de remoción de las barreras que limitan la vida en sociedad. Indica procesos que buscan promover la participación apuntando al aumento del control sobre la vida por parte de los individuos y las comunidades, la eficacia política, mayor justicia social y la mejora de la calidad de vida. Se espera como resultado, el aumento de la capacidad de los individuos y de los colectivos para definir, analizar y actuar sobre sus propios problemas.

No basta con que los individuos y los colectivos asuman la *responsabilidad* sobre los determinantes de la salud/enfermedad, resulta necesaria además la ampliación de su *habilidad* para *responder* a los desafíos de la vida en sociedad (14), *habilidad* que demanda capacidad, competencias, oportunidades y recursos sociopolíticos y culturales. Al reconocer el carácter relacional del poder y la inequidad en la distribución de los recursos en la sociedad el empoderamiento social contribuye a la repolitización del debate sociosanitario.

La centralidad de la categoría empoderamiento en la definición de la Promoción de la Salud como "un proceso de capacitación de los individuos y colectivos con el objetivo de que estos aumenten el poder sobre las condiciones y determinantes de la salud", plantea a la educación para la salud el desafío de repensar sus procesos pedagógicos. Más que mejorar la información e inducir comportamientos, el proceso de empoderamiento social debe estimular la reflexión crítica y la capacidad de intervención y de co-gestión de los problemas sociales por parte de los individuos y colectivos.

De un modo similar a las consideraciones planteadas con relación a la temática del poder, el proceso de enseñanza/aprendizaje derivado del empoderamiento social debe priorizar un enfoque relacional frente a un abordaje jerárquico. Wallerstein y Bernstein (41) proponen, en este sentido, una metodología pautada por el "*empowerment education*", que supere métodos educativos centrados en el ejercicio del poder sobre el otro (*power-over*) y que valore los espacios en que sea posible el ejercicio del poder en la interacción entre sujetos y colectivos (*power-with*). Esta propuesta pedagógica procura desarrollar estrategias que apunten a cambios colectivos e individuales a través de un proceso dialógico de identificación y análisis crítico de los problemas, buscando elucidar sus raíces culturales, históricas y sociales.

En la concepción de "*empowerment education*", el profesor (o el profesional de salud) no debe ser un simple reproductor de conocimientos y de experiencias, ni el alumno (o el usuario de los servicios de salud) un receptor pasivo de lo que le es transmitido. Es una concepción que demanda una capacidad de escucha del otro pues, como afirma Paulo Freire:

Si... el sueño que nos anima es democrático y solidario, no es hablando a los otros, desde arriba hacia abajo, sobre todo, como si fuéramos los portadores de la verdad a ser transmitida a los demás, que aprendemos a *escuchar*, sino que es escuchando como aprendemos a *hablar con ellos*. Solo quien escucha paciente y críticamente al otro, habla *con él*, aún cuando en ciertas condiciones necesite *hablarle a él*. Lo que nunca hace quien aprende a escuchar para poder

hablar es hablar *impositivamente* [...] El educador que escucha aprende la difícil lección de transformar su discurso al alumno, a veces necesario, en un habla *con él*. [...] Respetar la lectura del mundo es [...] la manera correcta que tiene el educador de, *con el educando* y no *sobre él*, intentar la superación de una manera más ingenua por otra más crítica de interpretar el mundo. (42 p.127,138)

Bajo esta concepción los sujetos relacionados (profesor/alumno; profesional de salud/usuario) deben desarrollar, siempre que sea posible, una relación que posibilite un diálogo que contribuya a la producción de valores de uso que respondan a las necesidades concretas y que aumente, además, el coeficiente de autonomía de los sujetos para vivir la vida de una manera autónoma y socialmente responsable.

En los países de la periferia capitalista, para la consolidación de prácticas sanitarias que procuran concretizar la salud como un derecho y privilegiar la capacidad de los sujetos de vivir la vida con autonomía, la Nueva Promoción de la Salud trae, a través del concepto/estrategia de empoderamiento social, una contribución relevante, y puede contribuir asimismo a superar una de las grandes deficiencias del movimiento de Promoción de la Salud: la fragilidad de sus propuestas para repensar las prácticas asistenciales y clínicas del sector salud.

Ron Labonte afirma, en este sentido, la importancia de los servicios de atención como un espacio de empoderamiento

...dado que las instituciones burocráticas y sus profesionales son pasibles de transformación [...] por lo tanto es necesario argumentar contra las falsas divisiones y polaridades entre los profesionales del cuidado y otros profesionales. (43 p.266)

El empoderamiento social nos instrumentaliza, por ejemplo, para delinear estrategias que apunten a superar la desigualdad de poder que predomina en la relación de los profesionales y el usuario. Los profesionales de salud siempre tienen la posibilidad de ejercer el *poder sobre* los otros, pero también *con* los otros. Se sugiere aquí el ejercicio de una práctica profesional guiada por

el entendimiento del usuario en tanto sujeto/ciudadano portador de derechos que valoricen la colaboración entre profesionales, individuos y comunidades, en sustitución a una práctica jerárquica y alienada en la cual el trabajador es tratado como un proveedor de servicios y el usuario como un cliente/consumidor.

Lo que se necesita es una actitud que redefine la clínica y actualice las prácticas sanitarias. Hills (9) recomienda, en este sentido, que las prácticas de promoción de la salud se focalicen en las personas y sus experiencias en salud y cuidados sugiriendo una combinación del abordaje promocional con el biomédico en el cual el primero contribuya a la calificación del segundo.

Este entendimiento contribuye al fortalecimiento de una perspectiva que afirma la necesidad de que, frente a la fragmentación del tejido social en nuestros países, se valore la red de prestación de servicios, procurando ampliar el sentido de sus acciones, apuntando a consolidarlo como espacio privilegiado de sociabilidad y politización de los usuarios, trabajadores y gestores. Los servicios de salud deben ser, por lo tanto, espacios que produzcan bienes y servicios, generando, en el proceso, sujetos e instituciones más democráticas.

Los servicios de salud que previenen la enfermedad, que curan y que rehabilitan, deben tener como objetivo contribuir al aumento de la capacidad reflexiva y de intervención de los diferentes sujetos sobre lo social. Al contribuir a la constitución de ciudadanos saludables, conscientes de sus derechos y portadores del "derecho a tener derechos", estos servicios aumentan la posibilidad de acciones sociales que incidan positivamente sobre los múltiples determinantes y condicionantes del proceso salud/enfermedad (44).

CONSIDERACIONES FINALES

En términos generales es posible afirmar que la Promoción de la Salud es un ideario que puede contribuir a una ruptura entre las viejas y nuevas prácticas en salud y proveer los elementos para la transformación del *status quo* sanitario y para la producción de sujetos autónomos y socialmente solidarios. En una visión retrospectiva, la

Promoción de la Salud en su vertiente socioambiental parece insertarse en la tradición sanitaria que viene afirmando, desde el siglo XIX, la asociación entre enfermedades, pobreza y condiciones de vida.

Paradójicamente el estudio demuestra que la Promoción de la Salud, asimismo puede justificar políticas socialmente conservadoras, lo que se explica en parte por la amplitud de su discurso que justifica estrategias muchas veces antagónicas. En otras palabras, los fundamentos básicos del ideario de Promoción de la Salud pueden estar en total acuerdo con el carácter progresista, democrático y humanitario de los nuevos movimientos sociales y, al mismo tiempo, con los valores de la democracia liberal de las sociedades en las cuales muchos de estos movimientos surgieron.

Las categorías como autoayuda, equidad, empoderamiento, participación, control comunitario, calidad de vida, ambiente sustentable y Políticas Públicas Saludables suenan progresistas y políticamente correctas. La investigación constata, sin embargo, la necesidad de precisar conceptualmente las nociones mencionadas, dado que esta aparente unanimidad puede significar todo para todos y, precisamente por esto, puede ser insuficiente para proveer los medios para una estrategia clara de resurgimiento de la Salud Pública (45).

Reservas aparte, es posible afirmar que el ideario de la Promoción de la Salud es una expresión importante de los proyectos igualitarios y democratizantes en salud en Canadá y en otros lugares. Esta formulación puede contribuir además al avance de políticas públicas que busquen fortalecer los derechos de la ciudadanía. Para esto es necesario tomar como parámetro valorativo, el posicionamiento de las distintas versiones de la Nueva Promoción de la Salud con relación al compromiso por la defensa de la vida que impacte de manera positiva la producción de sujetos reflexivos, autónomos y socialmente solidarios; sujetos que sean potencialmente capaces de contribuir a un nuevo escenario de relaciones sociales que apunte a una sociedad más justa, fraterna y menos desigual.

Esta aseveración es especialmente verdadera para los países emergentes o subdesarrollados, que a diferencia de Canadá, siguen en

general presentando un cuadro social donde la concentración de renta convive con sociedades autoritarias y con carencias sociales acumuladas a lo largo de la historia. En nuestros países, el mayor o menor éxito de los movimientos de reforma sanitaria que buscan construir sistemas de salud universales y de calidad está determinado, entre otros, por la capacidad de los referidos movimientos de vincularse orgánicamente a las luchas sociales que buscan conquistar, crear y garantizar los derechos de la ciudadanía.

Este movimiento pasa por la democratización del poder político y por el acceso a los bienes y servicios. Esto exige la redefinición de las estrategias que viabilicen la participación de sujetos en la definición de su modo de andar la vida, valorizando, en el cotidiano de la salud, el

encuentro entre profesionales y usuarios, las luchas por los derechos sociales e incluso la posibilidad de definición de qué es "salud" y qué es "vida saludable".

Concluyo este trabajo afirmando la pertinencia de la utilización de la categoría-estrategia de empoderamiento social, presente en el ideario de Promoción de la Salud, para la implementación de una política pública en salud que se comprometa con la emancipación social, el desarrollo del pensamiento crítico y con la superación de las estructuras institucionales e ideológicas de opresión. Destaco, en particular, la contribución del empoderamiento social para repensar las estrategias de educación para la salud y para repensar las prácticas clínicas en lo referente a la relación entre profesionales y usuarios.

NOTAS FINALES

a. Este trabajo es el resultado del proyecto de investigación de doctorado financiado por la *Fundação do Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo* (FAPESP).

b. Una frase que podríamos traducir como "Pienso el empoderamiento, luego estoy empoderado". Weissberg nos advierte acerca de las

limitaciones del abordaje psicologizante behaviorista, sobre las relaciones de poder que expresa tal idea. Una visión reduccionista que no alcanza a entender las múltiples dimensiones de las relaciones de poder que se refieren a las luchas contra las formas de dominación (étnica, social y religiosa); contra las formas de explotación que separan a los individuos de lo que producen y contra los modos de subjetivación y de sumisión dominantes.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Pan American Health Organization. Health Promotion: An Anthology. Washington: PAHO; 1996. (Publicación Científica 557).
2. Mendes EV, organizador. Distrito Sanitário: o processo social da mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. San Pablo: Hucitec; 1993.
3. Carvalho AI. Da Saúde Pública às Políticas Saudáveis: saúde e cidadania na pós-modernidade. *Ciência & Saúde coletiva*. 1996;1(1):104-121.
4. Freitas CM. A Vigilância da Saúde para a Promoção da Saúde. En: Czeresnia D, Freitas CM, organizadores. *Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Río de Janeiro: Fiocruz; 2003. p. 141-161.

5. Paim JS. Vigilância da Saúde: tendências de reorientação de modelos assistenciais para a promoção da Saúde. En: Czeresnia D, Freitas CM, organizadores. *Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Río de Janeiro: Fiocruz; 2003. p. 161-174.
6. Minayo MCS, Hartz ZMA, Buss PM. Qualidade de vida e Saúde: um debate necessário. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2000;5(1):7-18.
7. Westfall MF. O Movimento Cidades/Municípios Saudáveis: um compromisso com a qualidade de vida. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2000;5(1):39-52.
8. Westfall M, Mendes R, Comaru FA. A promoção da saúde e as cidades. En: Castro A, Malo M. *SUS: resignificando a promoção da saúde*. San Pablo: Hucitec, OPS; 2006. p.133-151.

9. Hills M. Workshop for teachers of Health Promotion. En: Anais do VI Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva. Salvador: ABRASCO, ENSP, CPHA; 2000.
10. Pedrosa JI. Promoção da Saúde e Educação em Saúde. En: Castro A, Malo M. SUS: resignificando a promoção da saúde. San Pablo: Hucitec, OPS; 2006. p. 77-95.
11. Teixeira CF. Promoção da saúde e SUS: Um diálogo pertinente. En: Castro A, Malo M. SUS: resignificando a promoção da saúde. San Pablo: Hucitec, OPS; 2006. p. 41-62.
12. Carvalho SR. Os múltiplos sentidos da categoria "empowerment" no projeto de Promoção à Saúde. Cadernos de Saúde Pública. 2004;4(20):1088-1095.
13. Carvalho SR. Saúde Coletiva e Promoção à Saúde: uma reflexão sobre os temas do sujeito e da mudança. San Pablo: Hucitec; 2005.
14. Minkler M. Health education, health promotion and the open society: an historical perspective. Health Education Quarterly. 1989;16(1):17-30.
15. Lalonde M. A new perspective on the Health of Canadians: a working document. Ottawa: Health and Welfare Canada; 1974.
16. Raerburn J, Rootman I. People-Centred Health Promotion. Toronto: John Wiley & Sons; 1998.
17. Pinder L. From "A new perspective" to the "Framework": a case study on the development of Health Promotion policy in Canada. Health Promotion. 1988;3(2):205-212.
18. Rootman I. Health Promotion: past, present and future. Toronto: ParticipACTION/Centre for Health Promotion; 1992.
19. Hyndman B. The evolution of Health Promotion. Health Promotion in action: a review of the effectiveness of Health Promotion strategies. Toronto: Centre for Health Promotion/ ParticipACTION; 1998. (HP 10-0408).
20. Labonte R, Penfold S. Canadian perspectives in health promotion: a critique. Health Education. 1981;19(3/4):4-9.
21. Baum F, Sanders D. Can Health Promotion and Primary Health Care achieve health for all without a return to their more radical agenda?. Health Promotion International. 1995;10(2):149-160.
22. World Health Organization. Health Promotion: a discussion document on the concept and principles. Copenhagen: WHO, Regional Office for Europe; 1984.
23. Hancock T. Beyond Health Care: from Public Health policy to Healthy Public policy. Canadian Journal of Public Health. 1985;76(Suppl1):S9-S11.
24. Robertson A, Minkler M. New Health Promotion movement: a critical examination. Health Education Quarterly. 1994;21(3):295-312.
25. Buss PM. Promoção da Saúde e qualidade de vida. Ciência & Saúde Coletiva. 2000;5(1):163-178.
26. Buss PM. Uma introdução ao conceito de Promoção à Saúde. En: Czeresnia D, Freitas CM, organizadores. Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003. p.15-38.
27. World Health Organization. Glossary of Health Promotion terms. Ginebra: WHO; 1998. (WHO/HPR/HEP/98.1).
28. World Health Organization. 1986. Ottawa Charter for Health Promotion. [En línea] First International Conference on Health Promotion, Ottawa, Canadá, 21 de Noviembre de 1986 [fecha de acceso 1 de diciembre de 2007]. URL disponible en: http://www.who.int/hpr/NPH/docs/ottawa_charter_hp.pdf
29. World Health Organization. Declaration of Alma-Ata. [En línea] International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, URSS, 6-12 Septiembre de 1978 [fecha de acceso 1 de diciembre de 2007]. URL disponible en: http://www.who.int/hpr/NPH/docs/declaration_almaata.pdf
30. World Health Organization. The Jakarta Declaration on Leading Health Promotion into the 21st Century. [En línea] Fourth International Conference on Health Promotion, Yakarta, Indonesia, 21 al 25 de Julio de 1997 [fecha de acceso 1 de diciembre de 2007]. URL disponible en: http://www.who.int/hpr/NPH/docs/jakarta_declaration_en.pdf
31. Epp J. Achieving Health for all: A framework for health promotion. En: Health Promotion: an anthology. Washington: PAHO; 1996. p.23-33.
32. Stevensohn HM, Burke M. Bureaucratic logic in new social movement clothing: the limits of Health promotion research. Canadian Journal of Public Health. 1993;83 (Suppl1):S47-S53.

33. Labonte R. Health Promotion and empowerment: practice frameworks. Toronto: Centre for Health Promotion; 1993.
34. Rissel C. Empowerment: The Holy Grail of Health Promotion? Health Promotion International. 1994;9(1):39-47.
35. Foucault M. O Sujeito e o Poder. En: Dreyfus HL, Rabinow P. Michel Foucault: Uma trajetória filosófica. Para além do estruturalismo e da hermenêutica. Rio de Janeiro: Forense Universitária; 1995. p. 231-249.
36. Machado R. Introdução: Por uma genealogia do poder. En: Microfísica do poder. Rio de Janeiro; Edições Graal; 1979.
37. Riger S. What's wrong with empowerment. American Journal of Community Psychology. 1993;21(3):279-292.
38. Weissberg R. The politics of empowerment. Westport: Praeger Publishers; 1999.
39. Petersen A, Lupton D. The new Public Health. Health and self in the age of risk. Londres: SAGE Publications Ltd.; 1996.
40. Labonte R. Community empowerment: the need for political analysis. Canadian Journal of Public Health. 1989;80(2):87-88.
41. Wallerstein N, Bernstein E. Empowerment education: Freire's ideas adapted to Health education. Health Education Quarterly. 1988;15(4):379-394.
42. Freire P. Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa. San Pablo: Paz e Terra; 1997.
43. Labonte R. Death of a program, birth of a metaphor: the development of Health promotion in Canada. En: Pederson A, O'Neill M, Rootman I, editores. Health Promotion in Canada. Toronto: W.B. Saunders; 1994.
44. Carvalho SR, Gastaldo S. Promoção à Saúde e empoderamento: uma reflexão a partir das perspectivas crítico-social e pós-estruturalista. [En línea] Ciência & Saúde Coletiva. 2007 [fecha de acceso 30 de junio de 2008]. URL disponible en: http://www.abrasco.org.br/cienciaesaudecoletiva/artigos/artigo_int.php?id_artigo=1098&var=1
45. Caplan R. The importance of social theory for Health promotion: from description to reflexivity. Health Promotion International. 1993;8(2):147-157.

FORMA DE CITAR

Carvalho SR. Promoción de la Salud, "empowerment" y educación: una reflexión crítica como contribución a la reforma sanitaria. Salud Colectiva. 2008;4(3):335-347.

Recibido el 31 de enero de 2008

Versión final presentada el 4 de julio de 2008

Aprobado el 31 de julio de 2008