

# **Promoción de la salud y autonomía. Propuestas metodológicas para la recuperación del control del cuerpo- territorio.**

*David García Cárdenas*

*Versión para bitácora reflexiva.*

Este ensayo tiene que ver con la autonomía y su relación con la salud y la promoción de la salud. Esta relación no es abordada frecuentemente en este campo y es posible que no resulte evidente para la mayoría de las personas, por lo que he dividido mi documento en tres partes. En la primera de ellas hablaré de la relación entre autonomía y salud, en la segunda parte hablaré de la relación entre la promoción de la salud dominante y la autonomía para finalmente hacer algunas reflexiones encaminadas a delinear una promoción de la salud favorable a la autonomía.

Las reflexiones que aquí presento no pretenden ser una explicación exhaustiva y concluyente en relación a la autonomía y la salud, sino una mera introducción para hacer más comprensible la segunda parte.

## **Primera parte.**

Para comenzar es necesario establecer un punto de partida que permita construir el puente entre la autonomía y las prácticas de promoción de la salud. Este punto de partida es una nueva manera de entender la salud. Las ideas que aquí les comparto forman parte del así llamado [enfoque emancipador](#) de la promoción de la salud.

A diferencia de la tradición de la medicina occidental en la que se considera a la salud como un fenómeno objetivo y verdadero en el campo de la promoción de la salud existe un debate sobre la definición de la salud y

lo saludable. Este debate parte del supuesto de algunos académicos de que la salud no es un hecho objetivo sino un concepto relativo, una cierta manera de entender la realidad que se encuentra influida por un contexto social e histórico. Partir de este supuesto permite comprender que la noción de salud es polisémica y que se encuentra en constante evolución, que esta evolución no sigue un único camino, sino por el contrario crea caminos alternativos que permiten entendimientos y prácticas diferentes. La perspectiva que hoy les presento se deriva de uno de esos caminos alternativos sobre como comprender a la salud.

La noción de salud desde la que parto es una propuesta que Consuelo Chapela hace a partir de una interpretación de la Carta de Ottawa para la promoción de la salud derivada de la conferencia mundial sobre promoción de la salud auspiciada por la Organización Mundial de la Salud, celebrada en esa ciudad canadiense en el año de 1986. La carta de Ottawa, considerada la piedra fundacional de la promoción de la salud moderna, hace un aporte importante en relación a la manera de entender la salud, ya que percibe a esta como un recurso de los seres humanos para lograr sus aspiraciones, más que una meta a la que tengan que llegar.

(si no puedes ver lo que sigue haz click en el siguiente enlace para ver el ensayo completo)

La salud como meta para el ser humano y no como recurso es una idea presente en las prácticas de medicina y salud pública anteriores a Ottawa y que se mantiene vigente en la mayoría de las prácticas actuales de promoción de la salud. Considerar a la salud como meta a lograr prescribe a los humanos un propósito y los condena a vivir para su salud (ver por ejemplo [La salud persecutoria](#)). Concebir a la salud como un recurso para que el ser humano logre sus aspiraciones da la vuelta a este problema y coloca a la persona en primer lugar y a la salud a su servicio. Es la salud para la persona y no la persona para la salud. Regresaré a este punto una vez que haya explicado la relación entre autonomía y salud.

A partir de lo dicho en la carta de Ottawa Chapela (2007) propone entender a la salud como una capacidad que ejerce el ser humano de inventar proyectos y alcanzarlos. Esta nueva definición parte del supuesto de que el ser humano se ejerce como tal y se humaniza en la medida en la que como ser simbólico construye una idea de realidad, a partir de esta imagina y proyecta a futuro escenarios deseables y guiado por esta transforma su entorno para alcanzar sus proyectos. De acuerdo con esto en la medida en la que el ser humano es capaz de formular y lograr las aspiraciones es en la medida en la que será más saludable.

Es a partir de esta noción de salud en donde se establece el puente hacia la autonomía, pero para entender este vínculo antes es necesario explicar qué condiciones se tienen que dar para que una persona se ejerza saludablemente.

En primer lugar el ser humano necesita de poder de transformación para el logro de sus proyectos, este poder incluye una mezcla de factores que deben estar presentes en diversa medida y que enunciaré solo de manera breve:

- Aquel derivado del potencial que le da su base biológica: un cuerpo que ha evolucionado para el trabajo transformador, un cerebro capaz de crear pensamiento y consciencia de sí y del mundo.
- Aquel derivado del potencial que le dan sus recursos o capitales: capital cultural, social, material y simbólico.

Ambos potenciales interactúan, se complementan y le dan a una persona determinada el poder necesario para la transformación de su entorno y el logro de sus proyectos

Además de lo anterior, también se requiere para que las personas puedan realizar sus aspiraciones que el medio sea favorable y no constituya una barrera opresiva. Cuando esto sucede el ser humano tiene que construir suficiente poder de transformación para cambiar las condiciones opresivas que no le permiten la realización de sus aspiraciones.

Por otro lado es necesario considerar que para ser saludable una persona debe ser capaz de inventar sus propios proyectos. Es aquí en donde aparece la noción de autonomía. Si entendemos a la autonomía como la facultad de autogobernarse, vivir y actuar en función de los propios intereses, las propias decisiones. Al usar su cuerpo y recursos para lograr sus proyectos el ser humano se autogobierna, ejerce su autonomía. Es dueño de su [cuerpo-territorio](#) (Chapela C. y Cerda, A. 2010). En la medida en la que el ser humano usa su cuerpo en función del proyecto de otro disminuye su autonomía y su salud, y se convierte en un cuerpo subordinado a los proyectos de otro. El ejemplo más claro de esto es la esclavitud, sin embargo podemos encontrar otros más cotidianos y comunes como el de un estudiante universitario que está en una carrera que no eligió, y que representa los deseos y aspiraciones de sus padres.

En esta lógica un proyecto impuesto es una condición que disminuye los niveles de salud, al limitar el ejercicio de la autonomía. A pesar de lo anterior, si la persona es consciente de que trabaja para el proyecto de otro y que este le es ajeno se encuentra en condiciones más favorables para el ejercicio de su autonomía, que iniciará con la consciencia de imposición de proyecto y continuará en un proceso que incluya la formulación de un proyecto propio, y la transformación de sus condiciones internas y externas para recuperar el control de su cuerpo y así ponerlo a trabajar en función del propio proyecto. Este proceso probablemente incluirá el liberarse de las condiciones opresivas que le imponen un proyecto. Esto es un aspecto de la emancipación.

La consciencia de la imposición del proyecto es entonces un requisito para la recuperación de la autonomía. Esto es relativamente evidente cuando se impone el proyecto mediante el uso de la fuerza, sin embargo esto se vuelve mucho menos visible en la medida en la que la imposición del proyecto se realiza mediante formas ocultas de dominación. En estos casos la persona no es consciente de la imposición de los proyectos para los cuales trabaja y los asume como propios. Esto sucede cuando su cuerpo es utilizado no solamente para realizar los proyectos de otros sino para formular proyectos de otros. Esta circunstancia crea una ilusión de autonomía en la que la persona percibe que elige su proyecto cuando en el fondo elige lo que ha

sido condicionado a elegir. Explicaré brevemente esto a partir del ejemplo hipotético de un joven que inventa para sí el proyecto de tener un celular de última generación. Nadie lo obliga, desde su perspectiva, a perseguir ese fin; utiliza su cuerpo y recursos para hacerlo realidad y no percibe más motivación que la necesidad en su cuerpo, el deseo de ese determinado objeto, el recuerdo de sus sensaciones corporales placenteras de episodios en los que ha consumado proyectos similares entre otros. Alimentando la necesidad también está el recuerdo de las sensaciones corporales derivadas de situaciones en las que experimentó la insatisfacción de no tener, la necesidad incumplida de tener.

Cuando una persona inventa sus proyectos intervienen de manera significativa sus deseos y miedos, ambos son una expresión corporal resultado, entre otras cosas, de la corporeización de un conjunto de supuestos sobre el mundo. Estos supuestos forman parte de un contexto cultural interiorizado y permanecen ocultos la mayor parte del tiempo a la hora de formular un proyecto. Los supuestos ocultos pueden definir, entre otras cosas, esquemas de valoración que den sentido aparentemente natural a la sensación de desear un celular de última generación. Querer tener ese objeto se considera natural y por lo tanto no es necesario cuestionarse el por qué se quiere y valora ese objeto o qué necesidades, además de las obvias, está cubriendo o bien, cómo es que la persona acabó necesitando esto. Simplemente resulta lógico. Tiene sentido comprarlo. Sin embargo detrás de esta lógica que parece natural se esconden supuestos como el de un objeto será tanto más valioso en tanto sea exclusivo y caro, o el supuesto de que en la medida en la que una persona posea es en la medida en la que tendrá existencia, o bien en la medida en la que posea un objeto de más valor la persona será de más valor y tendrá mayor existencia (será alguien y no un “don nadie”). Estos supuestos también funcionan a la inversa en el sentido de que una persona que posea menos bienes exclusivos terminará valiendo menos y por lo tanto existiendo menos. Supuestos como este influyen en el joven del ejemplo, pero no en la forma de una lógica consciente, sino en la forma de una lógica corporeizada que se expresa en la forma de deseos y miedos. El joven es quién finalmente tiene la decisión de comprar el celular o no, sin embargo decidir lo

contrario sería tanto como ir en contra de sus deseos. Esto puede suceder y sucede con las personas, ya que afortunadamente no somos robots determinados por nuestros supuestos, sin embargo la influencia de estos es poderosa al ser invisible y se deja sentir en gran parte de nuestros actos.

Considerando lo anterior surgen varias interrogantes con respecto al ejemplo del joven y su proyecto de tener un celular. ¿Hasta qué punto su proyecto es propio? ¿Hasta qué punto es consecuencia del ejercicio de su autonomía? ¿Hasta qué punto gobierna su cuerpo en la formulación del proyecto? ¿Hasta qué punto su proyecto es la expresión en su cuerpo de los proyectos de otros, por ejemplo quienes comercializan los celulares? Para responder a esto tendríamos que considerar su nivel de consciencia de los supuestos que hay detrás de los deseos y miedos que motivan su proyecto, así como de la consciencia de que esos supuestos son un producto cultural construido históricamente, no natural ni espontáneo. Aquí nuevamente nos encontramos en el punto de que el nivel de autonomía está relacionada con el nivel de consciencia de imposición del proyecto, pero a diferencia de los primeros ejemplos en los que se trataba de que la persona identificara la imposición del proyecto en las condiciones de opresión externas a su cuerpo en esta ocasión se trata de identificar la imposición del proyecto interiorizada y disimulada. La imposición del proyecto en el propio cuerpo que no permite visualizar la imposición externa.

## **Segunda parte.**

En los párrafos siguientes trataré de explicar el papel que juega la promoción de la salud predominante en la autonomía. Antes de eso es necesario mencionar algunas cosas importantes para aquellos que leen y que no están familiarizados con el campo de la promoción de la salud. La primera de ellas es que el campo mencionado no está unificado sino que coexisten prácticas múltiples que pueden clasificarse en dos grandes grupos o corrientes. La primera de ellas es la llamada corriente dominante o hegemónica de la promoción de la salud, en ella coexisten las prácticas del mercado de la promoción de la salud y la mayoría de las prácticas institucionales. Esta corriente se encuentra presente en la gran mayoría de los espacios en los que

se hace promoción de la salud. La segunda es la llamada corriente alternativa. En ella coexisten prácticas y propuestas múltiples cuyo rasgo unificador es una vocación de ser diferente a la corriente dominante (para una explicación más amplia de este aspecto leer páginas 77-84 de [Introducción a la Promoción de la Salud](#)). En los siguientes párrafos me dedicaré a la corriente dominante o hegemónica de la promoción de la salud.

En las prácticas de la corriente dominante podemos encontrar un conjunto de supuestos implícitos a sus prácticas. Estos supuestos, que se pueden identificar luego de un análisis más o menos detallado y coinciden, de manera explicable con muchos de las características estructurales del llamado Modelo Médico Hegemónico descrito por Menéndez (1984). En los siguientes párrafos haré una reflexión sobre el efecto que tienen las prácticas de promoción de la salud cuando se basan en algunos de los supuestos del llamado Modelo Médico Hegemónico.

En primer lugar enunciaré algunos de los rasgos de la promoción de la salud dominante, que he agrupado en tres temas: salud y lo saludable, el otro y la promoción de la salud

La promoción de la salud dominante parte de una noción de salud como ausencia de enfermedad, como funcionamiento óptimo del cuerpo y un adecuado equilibrio de sus funciones. Derivado de esto los problemas de salud son equivalentes a las enfermedades, o cualquier desviación en las funciones óptimas del cuerpo. Tanto en la noción de salud como en la explicación que hacen de este fenómeno se parte del supuesto de definir lo saludable y la vida desde parámetros predominantemente biológicos (lo cual se conoce como biologicismo). Los problemas de salud se explican y abordan sin considerar el contexto y los determinantes sociales e históricos (rasgos denominados asocialidad y ahistoricidad), la percepción de la salud como un hecho objetivo y medible, la salud como una meta a la que se debe perseguir, la salud como una obligación que se debe aceptar como tal y ser consecuente para que esta se considere como un derecho. Es decir, la salud solo será un derecho para aquellos que se comporten “saludablemente”.

Con respecto al otro, la promoción de la salud dominante parte de que la población a la que se dirige es ignorante o poseedora de saberes equivocados, que no tiene consciencia de la importancia de sus propios problemas de salud, que es culpable de los mismos y que tiene conductas poco saludables derivadas de sus elecciones. Estas elecciones están influidas por su ignorancia. Las personas se enferman por sus estilos de vida y hábitos de autocuidado y no por sus condiciones materiales de existencia; las personas son responsables de su enfermedad, no la sociedad con sus desigualdades de clase, raza género, posición económica etc. Así mismo se supone que el estilo de vida es una opción y todas las personas pueden elegir, en esta promoción de la salud no se toma en cuenta que en la medida en la que las personas tienen menos recursos se limitan de manera muy importante las opciones que pueden tomar.

Con respecto a la práctica de la promoción de la salud se entiende a esta fundamentalmente como informar a la población por medios de distinta naturaleza sobre la manera correcta de vivir para ser saludable, así como las consecuencias negativas de no hacerlo. La comunicación que se establece es unidireccional, y en concordancia con los supuestos sobre el otro, existe poco espacio para que la población emita sus puntos de vista y estos sean considerados. La relación entre la parte promotora de la salud y la población a la que se dirigen sus acciones es asimétrica, en la que la primera posee mayor poder y ejerce la autoridad para prescribir a la población conductas consideradas como saludables. La definición de los problemas de salud, así como sus soluciones se realizan desde la parte promotora de la salud sin la participación de la población. A esta se le otorga un rol subordinado en el que asimila y acepta las prescripciones de problemas y soluciones que realiza la parte promotora de la salud, incluyendo su supuesta responsabilidad exclusiva en sus problemas y su deber de acatar las conductas que le indica la autoridad. La información proporcionada sobre los problemas de salud es muy limitada, ya que no está encaminada a que las personas ejerzan un control más efectivo de los problemas de salud, sino más bien a que acepten la visión que se les pretende comunicar. Así mismo, la información proporcionada está descontextualizada y se asume válida para todos los contextos socioeconómicos y culturales. Es muy frecuente que la información



proporcionada se limite a un conjunto de advertencias sobre las consecuencias negativas de las conductas clasificadas como no saludables seguida por un conjunto de instrucciones sobre cómo vivir para evitar estos problemas. Este esquema se basa en el mecanismo de asustar a la población como una estrategia que prepara el terreno para la sumisión, seguida de prescripciones para evitar el peligro. Las acciones de promoción de la salud están encaminadas a la modificación de las conductas de la población sin modificar el contexto social, económico y político en el que se generan los problemas de salud.

Hacer promoción de la salud con estas características puede conducir a un conjunto de efectos que impactan negativamente en la autonomía de las personas. Este tipo de prácticas conducen entre otras cosas a:

- La legitimación de la parte promotora de la salud como la autoridad de la cual la población dependerá
- una creciente subordinación de la población a la parte promotora de la salud,
- la exclusión de las personas de un saber que puede ser relevante a sus problemas,
- Asumir la responsabilidad individual sobre problemas determinados por el contexto social, político económico y la evolución histórica de estos
- Evadir la responsabilidad del estado y las estructuras sociales en los problemas de salud y de enfermedad
- Disminución de la capacidad de transformación que tienen las personas
- Imposición del proyecto de ser saludable en la que no hay más elección válida que la de asimilar una única cultura de la salud
- Eliminación de la persona como sujeto y desvalorización de su palabra
- Las instituciones controlan el cuerpo de las personas, sus aspiraciones y sus acciones en detrimento de su propia autonomía.

**Tercera parte.**

Para finalizar haré unas reflexiones frente al panorama de la promoción de la salud que he planteado y sus efectos en la autonomía. La primera de ellas es que es necesario crear más allá de las propuestas teóricas, una promoción de la salud que genere las condiciones para que las personas recuperen su autonomía, el control de su cuerpo y sus decisiones con respecto a sus aspiraciones. Una promoción de la salud que genere las condiciones para que las personas incrementen su capacidad de transformar y controlar su medio para que el ejercicio de su autonomía, en se refleje en el logro de sus aspiraciones.

Para lograr esto es necesario identificar todos los supuestos que hay detrás de las prácticas de la promoción de la salud dominante y buscar otros alternativos. Supuestos como la del reconocimiento del otro como sujeto creador de su propia realidad con la capacidad de tomar sus propias decisiones y de apoderarse. Trabajar desde una perspectiva que busque el fortalecimiento del otro y a favor de su independencia de los promotores de salud. Renunciar a imponer una cultura de la salud y abrir la posibilidad de otras posturas y visiones. Hacer una promoción de la salud que le apueste a la libertad, más que a la prescripción. Promover el desarrollo de la capacidad reflexiva de las personas que les permita identificar los supuestos detrás de su visión, de sus deseos y miedos, de sus valoraciones y sus decisiones para que les permita cuestionarlos y decidir sobre su validez. Tomar consciencia del origen de estos supuestos y contrastarlos con supuestos alternativos. Todo esto para generar condiciones para que las personas puedan recuperar y ganar control sobre su cuerpo y su medio.

### **Referencias:**

**Castiel, D.; Alvarez-Dardet, C. (2007) *La salud persecutoria*, en Revista e Saúde Pública consultada el 9 de abril de 2013 en <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102006005000029>**

Chapela, MC y Cerda A. (2010) *Promoción de la Salud y Poder. Reformulaciones desde el cuerpo-territorio y la exigibilidad de derechos*. UAM X.

Chapela, MC (2007) Promoción de la salud. Un instrumento del poder y una alternativa emancipatoria. En Jarillo EC y Guinsberg E (editores) *Temas y desafíos en salud colectiva*. Argentina: Lugar Editorial. Capítulo 14:347-373

Chapela, MC (2007) Una definición de salud para promover la salud. En Martínez-Salgado C (Editora) *Seis miradas a la salud*. México: UAM. Capítulo 1

García D, (2012) Introducción al enfoque emancipador de la promoción de la salud. Consultado el 9 de abril de 2013 en <http://www.manantialdenubes.org/wp-content/uploads/2012/02/introducci%C3%B3n-al-enfoque-emancipador-de-la-promoci%C3%B3n-de-la-salud.pdf>

Guzmán, L.; Angulo, A.; García, D.; Gómez, M. (2011) Introducción a la Promoción de la Salud. UACM. Consultado el 9 de abril de 2013 en <https://docs.google.com/viewer?a=v&pid=sites&srcid=ZGVmYXVsdGRvbWFpbntYXRlcmlhbGVzZWRIY2F0aXZvc3VhY2I8Z3g6NTJhOGE3YWVmYTgzNTNmZQ>

Menéndez, E. (1984). El modelo médico hegemónico. Estructura función y crisis. *Cuadernos políticos*, 19, 75-82.

---



Promoción de la salud y autonomía. Propuestas metodológicas para la recuperación del control del cuerpo-territorio by [David García Cárdenas](#) is licensed under a [Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-SinObraDerivada 3.0 Unported License](#). Permissions beyond the scope of this license may be available at <http://www.manantialdenubes.org/members-2/david-garcia/>.

