



Casa abierta al tiempo

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA

**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA
UNIDAD XOCHIMILCO
DOCTORADO EN CIENCIAS SALUD COLECTIVA**

**PROMOCIÓN DE LA SALUD. DE DISCURSO
PREVENTIVISTA A ESTRATEGIA BIOPOLÍTICA DEL
SIGLO XXI.
IMPLICACIONES PARA EL EJERCICIO DEL
DERECHO A LA SALUD.**

**TESIS QUE, PARA OBTENER EL GRADO DE
DOCTOR EN CIENCIAS EN SALUD COLECTIVA**

**P R E S E N T A :
JUAN MANUEL ESTEBAN CASTRO ALBARRÁN**

**DIRECCIÓN DE TESIS
DRA. OLIVA LÓPEZ ARELLANO**

CIUDAD DE MÉXICO, JUNIO 2016



**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA
UNIDAD XOCHIMILCO
DOCTORADO EN CIENCIAS SALUD COLECTIVA**

**PROMOCIÓN DE LA SALUD. DE DISCURSO PREVENTIVISTA A
ESTRATEGIA BIOPOLÍTICA DEL SIGLO XXI.
IMPLICACIONES PARA EL EJERCICIO DEL DERECHO A LA SALUD.**

**TESIS QUE, PARA OBTENER EL GRADO DE
DOCTOR EN CIENCIAS EN SALUD COLECTIVA**

**PRESENTA:
JUAN MANUEL ESTEBAN CASTRO ALBARRÁN**

**DIRECCIÓN DE TESIS
DRA. OLIVA LÓPEZ ARELLANO**

CIUDAD DE MÉXICO, JUNIO 2016

DEDICATORIAS:

A la memoria de mi padre: Marco Tulio Castro Guevara, salubrista y servidor público ejemplar.

A la memoria de mi madre: Evangelina Albarrán Rodríguez, maestra normalista y fuente de inspiración permanente.

A mis amados hijos, Anaclara, Emiliano y Marianela, con gran orgullo y admiración. La estafeta está ahora en sus manos.

AGRADECIMIENTOS:

A mi directora de Tesis, Oliva López Arellano, por su apoyo fraterno e impulso decidido en los momentos de mayor duda.

A Sergio López Moreno, amigo y compañero de diversas aventuras médico sociales, por sus comentarios enriquecedores.

ÍNDICE:

I Introducción	1
II Planteamiento del problema	4
Pregunta de investigación	7
III Aproximación Teórica-Metodológica	8
IV Perspectiva Teórica	11
La cuestión de la Ideología	11
La cuestión del poder	16
Biopoder y biopolítica	21
Otras aproximaciones al poder en la salud pública	36
Notas sobre los términos políticas públicas y políticas públicas saludables	38
V Orígenes y desarrollo de la promoción de la salud	42
VI El concepto de promoción de la salud	54
VII Las Conferencias Internacionales de Promoción de la Salud	59
VIII La promoción de la salud como biopolítica	68
IX Reflexiones finales (a manera de conclusiones)	73
Referencias bibliográficas	79

PROMOCIÓN DE LA SALUD. DE DISCURSO PREVENTIVISTA A ESTRATEGIA BIOPOLÍTICA DEL SIGLO XXI. IMPLICACIONES PARA EL EJERCICIO DEL DERECHO A LA SALUD.

The truth is rarely pure and never simple.
—Oscar Wilde. *The Importance of Being Earnest*, 1895

I. Introducción

Posiblemente uno de los términos más empleados en el discurso de la salud pública en las últimas décadas es el de promoción de la salud. Se le refiere insistentemente en los documentos oficiales, declaraciones, lineamientos y recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud y sus oficinas regionales (la Organización Panamericana de la Salud, por ejemplo, la considera una de las 11 Funciones Esenciales de la Salud Pública –FESP-¹). Los ministerios y secretarías de salud de las naciones incorporan en sus estructuras, oficinas de alto rango que incluyen a la promoción de la salud en su membrete. Es infaltable en los planes y programas de salud de los gobiernos. Se le evoca en legislaciones y normativas, como principio o como eje rector de diversas políticas públicas. La formación de profesionales de la salud incluye contenidos, asignaturas, unidades de enseñanza aprendizaje sobre promoción de la salud, e incluso han surgido programas de licenciatura y posgrado en el campo. Hay revistas científicas especializadas sobre el tema y se han publicado muchos libros al respecto. Considerando los cinco continentes, anualmente se organiza al menos una Conferencia o Congreso sobre promoción de la salud en algún lugar (si se consideran los niveles nacional, regional, continental o global). Las asociaciones nacionales e internacionales del campo de la salud pública han venido agregando el término en sus estatutos y programas de trabajo, o incluso (como el caso de la antigua Unión Internacional de Educación para la Salud, hoy Unión Internacional de Promoción y Educación para la Salud) migraron definitivamente a incluir el nombre en su título. Parece existir un “movimiento global” de promoción de la salud.

La carta de Ottawa² es considerada uno de los documentos estratégicos más importantes para la salud pública en los años recientes. En ella se establece:

“La promoción de la salud consiste en proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma. Para alcanzar un estado adecuado de bienestar físico, mental y social un individuo o grupo debe ser capaz de identificar y realizar sus aspiraciones, de satisfacer sus necesidades y de cambiar o adaptarse al medio ambiente. La salud se percibe pues, no como el objetivo, sino como la fuente de riqueza de la vida cotidiana. Se trata por tanto de un concepto positivo que acentúa los recursos sociales y personales así como las aptitudes físicas. Por consiguiente, dado que el concepto de salud como bienestar trasciende la idea de formas de vida sanas, la promoción de la salud no concierne exclusivamente al sector sanitario.”(…) “Las condiciones y requisitos para la salud son: la paz, la educación, la vivienda, la alimentación, la renta, un ecosistema estable, la justicia social y la equidad. Cualquier mejora de la salud ha de basarse necesariamente en estos prerequisites”. (…) “Una buena salud es el mejor recurso para el progreso personal, económico y social y una dimensión importante de la calidad de la vida. Los factores políticos, económicos, sociales, culturales, de medio ambiente, de conducta y biológicos pueden intervenir bien en favor o en detrimento de la salud. El objetivo de la acción por la salud es hacer que esas condiciones sean favorables para poder promocionar la salud.”(…) “La promoción de la salud se centra en alcanzar la equidad sanitaria. Su acción se dirige a reducir las diferencias en el estado actual de la salud y a asegurar la igualdad de oportunidades y proporcionar los medios que permitan a toda la población desarrollar al máximo su salud potencial. Esto implica una base firme en un medio que la apoye, acceso a la información y poseer las aptitudes y oportunidades que la lleven a hacer sus opciones en términos de salud. Las gentes no podrán alcanzar su plena salud potencial a menos que sean capaces de asumir el control de todo lo que determine su estado de salud. Esto se aplica igualmente a hombres y mujeres.”²

En la primera Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud reunida en

Ottawa, según se explicita en la propia Carta, se pretendió dar “*una respuesta a la creciente demanda de una nueva concepción de la salud pública en el mundo.*”²

Diversos autores consideran que la promoción de la salud es un nuevo paradigma en la salud pública^{3 4 5 6 7 8 9 10}. Lester Breslow¹¹ al referirse a los cambios en los paradigmas y la práctica de la salud pública como revoluciones (en el sentido propuesto por Thomas Kuhn¹²), señala que ha habido hasta ahora tres, la última es la promoción de la salud. Desde su perspectiva, la Carta de Ottawa es clave para entenderlo al definir la salud como recurso indispensable para el desarrollo personal y social del ser humano.

II. Planteamiento del problema

El movimiento de la promoción de la salud se ha mantenido en desarrollo permanente hasta nuestros días, y ha sido adoptado como estrategia de intervención por *el enfoque de determinantes sociales de la salud* de la OMS. Aboga, en la actualidad, porque la salud sea el objetivo de todas las políticas. Sin embargo, el término promoción de la salud, tiene diversos significados, algunos contradictorios, sostenidos por distintas bases filosóficas, por diferentes ideologías.

Considerando el concepto *ideología*, de acuerdo con Althusser¹³, como “sistema de ideas, de representaciones, que domina el espíritu de un hombre o un grupo social”, que “expresa posiciones de clase” (por lo que en una sociedad coexisten y a menudo se enfrentan antagónicamente diferentes ideologías), que “representa la relación imaginaria de los individuos con sus condiciones reales de existencia” y que “tiene una existencia material” (realizada, por ejemplo en los aparatos ideológicos del Estado y sus prácticas); la ideología puede organizarse de tal manera que incida políticamente (en el sentido de ejercer poder) para transformar las ideas y las prácticas de otros seres humanos. Es decir, transformar una representación de la realidad por otra. La promoción de la salud puede entenderse, entonces, como una ideología que pretende conducir la “nueva salud pública”, por lo cual sus conceptos y prácticas constituyen un movimiento para esa transformación: el movimiento “promocionista”. La promoción de la salud es un movimiento ideológico y una práctica política para el desarrollo de la salud. Tal movimiento general, es tan heterogéneo, como heterogéneas son las posiciones de clase y los paradigmas que las fundamentan.

La promoción de la salud se debate en el dilema de seguir sosteniendo, con un discurso aparentemente progresista, las condiciones de reproducción de la sociedad contemporánea que transforma a las personas en consumidores, o contribuir a la transformación social enarbolando el enfoque de derechos y exigiendo oportunidades reales para el desarrollo de la salud colectiva.

En 1975, en su tesis doctoral, Sergio Arouca¹⁴ planteaba que la medicina preventiva era un “movimiento ideológico”, al constituirse como un conjunto de

prácticas que, sustentadas en un sistema de ideas y representaciones enarboladas por un colectivo (en ese caso un grupo de profesionales sanitarios), se enfocan a transformar una visión del mundo (la medicina curativa) en otra visión del mundo (la medicina preventiva). Como movimiento ideológico, la medicina preventiva propone un cambio en la manera de ver del médico (y en general de la sociedad) con respecto al contexto de los enfermos, el desarrollo de su enfermedad y la interrelación con su entorno (familiar y comunitario). La medicina preventiva, afirmaba Arouca, posee:

*“un cuerpo coherente de ideas, articulado hacia dos aspectos. Por un lado, debe realizar la crítica a la ideología que busca sustituir (medicina curativa) demostrando su ineficiencia y, por otro debe afirmar su propia eficacia en la solución de los problemas presentados, mostrando una apertura hacia nuevas perspectivas no alcanzadas por el movimiento anterior”.*¹⁵

Así vista, la medicina preventiva no construye un nuevo conocimiento, sino una “nueva actitud” de la profesión, que pretende reorganizar el saber médico existente hacia un nuevo discurso con repercusiones sobre la práctica. Para ello, el conocimiento médico fue reorganizado bajo la estructura de un almacén o modelo (paradigma): la Historia Natural de la Enfermedad (HNE). El paradigma de la HNE lo que hace es sistematizar los saberes médicos sobre la enfermedad, organizándolos como cursos probables de desenlace espontáneo, para establecer, una vez detallándolos, una secuencia general de intervenciones anticipatorias que logren hacer eficiente y eficaz el trabajo del médico y, simultáneamente hacer partícipe (y aún más, responsable) al enfermo, a su familia y al entorno (los ambientes naturales y sociales biologizados) en el proceso preventivo.

El triunfo, al menos temporal, del movimiento preventivista en la segunda mitad del siglo XX, radicó principalmente en su utilidad práctica para la contención de los costos de la atención dentro del modelo médico hegemónico. Por ello fue fuertemente impulsado por los organismos sanitarios multinacionales, que auspiciaron su incorporación en los programas de formación médica mediante diversos mecanismos de institucionalización (que incluyeron la creación de

departamentos de medicina preventiva en las escuelas y facultades de medicina, formación de profesores, congresos, asociaciones, apoyos financieros, entre otros).

El discurso preventivista fue rápidamente adoptado por la salud pública, en el marco de la planificación sanitaria, mediante la cual se reelaboró la idea de los niveles de prevención en un arreglo organizativo de la provisión de servicios médicos, basados en criterios extraídos de la epidemiología descriptiva y la administración de recursos, para escalar la prestación en *niveles de atención*. Este último concepto, a pesar de los obstáculos que ofrece a la integralidad, continuidad y acceso a los servicios, sigue siendo dominante en los sistemas de atención médico-sanitaria.

El movimiento preventivista ha facilitado el desarrollo y la profundización de la economía política de la medicina (de la cual hablaba Foucault al referirse a la fase expansiva del proceso de medicalización indefinida), particularmente funcional a los intereses del “complejo médico industrial”. Al respecto, el *arqueólogo del saber* exponía en el curso de Medicina Social de 1974, en Río de Janeiro:

“En la actualidad la medicina entronca con la economía por otro conducto. No simplemente porque es capaz de reproducir la fuerza de trabajo sino porque puede producir directamente riqueza en la medida en que la salud constituye un deseo para unos y un lucro para otros. La salud en la medida en que se convirtió en objeto de consumo, en producto que puede ser fabricado por unos laboratorios farmacéuticos, médicos, etc., y consumido por otros -los enfermos posibles y reales- adquirió importancia económica, y se introdujo en el mercado”¹⁶.

En oposición a la vertiente hegemónica, Arouca vislumbraba (y su vida fue un testimonio de consecuencia con ello) la necesidad de desarrollar una práctica política que, basada en la cabal comprensión de la determinación social del proceso salud-enfermedad, condujera a una transformación del quehacer médico, el desarrollo y consolidación de una “conciencia sanitaria” y la construcción de condiciones materiales, ideológicas y políticas para la salud colectiva.

Han pasado ya cuatro décadas desde que Arouca concluyó su tesis, pero sus contribuciones mantienen su vigencia. En ese lapso su trabajo ha sido referente de la investigación en Medicina Social/Salud Colectiva, así como guía de las diversas luchas por el derecho a la salud en la región latinoamericana, incluyendo, por supuesto, la implantación de la reforma sanitaria brasileña de 1988.

A partir de un abordaje crítico de la medicina preventiva, se retoman argumentos y categorías para desarrollar una aproximación también crítica a la promoción de la salud, que desde mi perspectiva, comparte muchas de las características, elementos y procesos que Arouca identificó en el “movimiento preventivista”. Considero que la promoción de la salud, no sólo es, como expresé anteriormente, un nuevo “movimiento ideológico” que busca reemplazar la visión del mundo de la medicina preventiva por otra visión del mundo -multidisciplinaria reorientada al desarrollo de la salud y no únicamente a la prevención de enfermedades- sino que, además, es una estrategia biopolítica^{17 18 19 20} contemporánea fundamental.

En las secciones siguientes, a partir de una amplia revisión documental, análisis de los discursos de la promoción de la salud, y retomando diversos enfoques sobre biopolítica (de Foucault a Esposito) presento un recorrido sobre los orígenes y desarrollo de la promoción de la salud; discuto el concepto de promoción de la salud (que en la actualidad tiene, al menos, tres acepciones que provienen de paradigmas diferentes); describo los aspectos centrales de las ocho Conferencias Internacionales de Promoción de la Salud y fundamento la tesis de que la promoción de la salud es una estrategia biopolítica en el siglo XXI. Finalmente, ofrezco, a manera de conclusiones, algunas reflexiones sobre las implicaciones que tal estrategia tiene para el ejercicio del derecho a la salud.

Pregunta de investigación

¿Cómo fue el surgimiento de la promoción de la salud y cómo transitó del discurso médico preventivista a estrategia biopolítica general?

III. Aproximación teórico-metodológica

Para responder a la interrogante planteada, he recurrido centralmente al empleo de la propuesta metodológica de Sergio Arouca de análisis del discurso, basada en los trabajos de Michel Foucault y de Louis Althusser²¹, que denominó "*historia arqueológica*", un abordaje materialista de la arqueología foucaultiana, cuyas categorías y conceptos centrales son:

- La historia, no como descripción cronológica de acontecimientos, sino como ciencia, como materialismo histórico, que asume que el análisis histórico de una totalidad social (sus prácticas, discursos, saberes e ideologías) "*es el estudio de las sucesiones discontinuas de los diferentes modos de producción*"²², los cuales constituyen la estructura global, dinámica, de una sociedad. Los acontecimientos discursivos, las formaciones discursivas, las epistemes, ocurren al interior de un modo de producción y se articulan con todas sus estructuras regionales, particularmente con la ideológica.
- El intelectual, o más específicamente, el subconjunto de intelectuales que formulan o producen enunciados articulados a un discurso, los autores de discursos.
- La organicidad (en sentido gramsciano²³) del discurso, como actividad de enunciamiento que contribuye a dar coherencia y homogeneidad a los proyectos, análisis y propuestas de un grupo social determinado, dentro de un modo de producción.

*"La organicidad del discurso es su funcionamiento como generador de coherencias para prácticas no discursivas de clases o grupos sociales determinados." (...) "(Es) en la dinámica de las clases sociales con sus intelectuales orgánicos comprometidos con una determinada episteme, donde se realizan las reglas de formación enunciativas"*²⁴

- La ideología como forma de pensar la realidad, como relación imaginaria de los sujetos con la realidad social en que viven, como discurso y sistema de creencias que parece explicar la forma de ser realmente las cosas, y como práctica social, que transforma una representación de la realidad por otra que

aun teniendo elementos de la esencia de lo real, oculta el fondo verdadero de la cosa, en función de los intereses de un grupo social en una sociedad determinada, para dar una explicación de la realidad acorde a tales intereses.

- La ruptura epistemológica que

“en general sólo rige la articulación del discurso científico con la ideología”, (cuando) “el campo de las ciencias (...) es recortado por las contradicciones entre las representaciones de las condiciones reales de existencia y las propias condiciones de existencia, posibilita la construcción de una nueva apariencia de lo real, que es mediada por un campo conceptual constituyéndose en nuevas representaciones”²⁵.

- La episteme, considerada *“como conjunto de las relaciones que pueden unir, en una época determinada, las prácticas discursivas a las ciencias”²⁶.*

- La formación discursiva, el análisis de acontecimientos al interior de un discurso, en donde se puede *“describir, entre un conjunto de enunciados un sistema de dispersión donde –entre los objetos, los tipos de enunciación los conceptos, las elecciones temáticas- existe una regularidad”²⁷.*

- Las reglas de formación o *“condiciones de existencia de los elementos de una formación discursiva”²⁸*, que son a su vez, los objetos y las modalidades discursivas, los conceptos y las estrategias de organización (de conceptos, objetos y modalidades discursivas).

- Las prácticas discursivas, en sentido materialista, en tanto *“proceso de formulación de un determinado discurso en el cual fue utilizada una cierta cantidad de trabajo humano, realizado bajo determinadas relaciones”²⁹.*

- Las relaciones discursivas como *“conjunto de las relaciones establecidas por el sujeto que enuncia, como consecuencia directa de las características de su trabajo en la práctica discursiva”³⁰.*

- Las relaciones entre el discurso y la práctica científicas con la ideología, que de cierta manera determinan las formas de producir conocimiento, la selección de objetos de estudio, los métodos de investigación, la

comunicación científica y la divulgación. La delimitación ideológica al interior del discurso científico contribuye a que las clases dominantes formen los intelectuales que requieren y por tanto produzcan discursos orgánicos. La aparente oposición entre ciencia e ideología está mal planteada, la verdadera oposición se ubica *“entre las condiciones reales de existencia y las representaciones de esas condiciones en tanto alusión-ilusión de la realidad”*³¹

- La práctica política que pretende *“promover una transformación de la apariencia en una nueva representación de la sociedad de clases, apariencia constituida por una mediación conceptual clasista”*³².

Además del marco analítico del discurso propuesto por Arouca, desarrollo una reflexión sobre las categorías poder, biopoder y biopolítica como perspectiva teórica.

Tales conceptos y categorías, han sido retomados en este trabajo, para hacer una “lectura” de los discursos que permite identificar los cambios en el desarrollo de la promoción de la salud. Para reconocer, por ejemplo, su grado de acercamiento o lejanía con respecto al objeto enfermedad o al de salud. Para interpretar en tales lecturas el grado de medicalización del concepto y prácticas de promoción de la salud, la subordinación o autonomía respecto de la medicina preventiva y la salud pública, así como para la identificación del conjunto de conceptos, saberes y prácticas en torno a un modelo o paradigma (médico preventivo, de estilos de vida “consumibles” o de salud colectiva).

El trabajo analítico se sustenta en una amplia revisión bibliográfica, documental, programática, de acuerdos y resultados de las Conferencias Internacionales y la reflexión sobre las propias experiencias prácticas en el campo.

IV. Perspectiva teórica

La cuestión de la ideología.

He propuesto en la introducción que la promoción de la salud es una ideología (un movimiento ideológico, el “movimiento promocionista”, parafraseando a Arouca) y una práctica política, que pretenden conducir a la salud pública para el desarrollo de la salud, en la sociedad contemporánea. Tal afirmación requiere abordar un poco más detenidamente el concepto de ideología.

De acuerdo con el Diccionario de Política de Bobbio³³, no existe en los lenguajes político, filosófico o sociológico, una palabra empleada con mayor frecuencia y con significados tan diversos como el término ideología. El politólogo italiano propuso compilar las distintas acepciones del concepto en dos significados uno “débil” y otro “fuerte”. En el primer caso se refería a la ideología como un conjunto de ideas y valores concernientes al orden público cuya función es orientar los comportamientos políticos colectivos. Esta acepción es la más generalizada en el uso coloquial (muy similar al significado que se consigna en primer término en el Diccionario de la Lengua Española³⁴); es particularmente común también en la sociología norteamericana y Bobbio la considera débil porque parece ser un concepto neutro, aséptico, desprovisto de un interés de clase. El significado “fuerte” de ideología, para el mismo autor, está sustentado en la noción marxista que remite a la falsa conciencia, cuyo papel es encubrir, justificar y preservar las relaciones sociales de desigualdad propiciadas por la clase dominante en una formación social³⁵determinada.ⁱ

ⁱ De aquí en adelante empleo el término formación social o formación económico-social en su acepción materialista histórica, como “totalidad social concreta históricamente determinada”), de acuerdo con la conocida definición de Harnecker (*Los conceptos elementales del materialismo histórico*. Siglo XXI ed. 36ª reimpresión, México. 1976. p. 99-100). Si bien Marx introduce el concepto de formación social, a partir del modo de producción en su *Contribución a la crítica de la economía política* (Editorial Progreso, Moscú, 1989 p. 8.), durante los años 60, 70 e incluso parte de los 80 del siglo XX hubo un intenso debate en torno a diversas interpretaciones, entre los protagonistas destacaron Poulantzas, Sereni, Godelier, Althusser y sus seguidores, para los propósitos de este documento he optado por la noción que, desde mi punto de vista, tiene mayor claridad explicativa. Toda formación social está conformada por una estructura económica compleja (base material), una estructura jurídico política compleja y una estructura ideológica compleja, estas dos últimas conforman la superestructura que, a su vez posee “una autonomía relativa, dentro de los márgenes que les permite la estructura económica, es decir, sus propias leyes de desarrollo. Su desarrollo puede estar adelantado o retrasado con respecto a la estructura económica” (Harnecker, M. op. cit pp. 132,133).

En el *Penguin Dictionary of Sociology*, se plantea que además de las dos nociones antes expuestas, existe un “tercer sentido” que se emplea en referencia a:

“...any set of beliefs, covering everything from scientific knowledge, to religion, to everyday beliefs about proper conduct, irrespective of whether it is true or false”³⁶

Tal conceptualización de la ideología como creencia, postula que toda creencia está socialmente determinada, de una u otra manera, pero deja abierto el debate en torno a su grado de determinación social y, por otra parte, en torno a cuáles grupos sociales (y por qué) generan ideología.

Eagleton³⁷, considera que “*nadie ha sugerido todavía una adecuada definición de ideología*”, pues (y en eso coincide con Bobbio) el término posee un

“amplio abanico de significados útiles y no todos compatibles entre sí. Aunque fuera posible, intentar sintetizar esta riqueza de significados en una sola definición de conjunto sería inútil. La palabra «ideología», se podría decir; es un texto, enteramente tejido con un material de diferentes filamentos conceptuales; está formado por historias totalmente divergentes, y probablemente es más importante valorar lo que hay de valioso o lo que puede descartarse en cada uno de estos linajes que combinarlos a la fuerza en una gran teoría global”³⁸.

El autor británico enlista dieciséis definiciones no coloquiales actualmente en uso del concepto. Destaca de su listado el hecho de que si,

“...ideología significa cualquier conjunto de creencias motivadas por intereses sociales, en ese caso no puede simplemente significar las formas dominantes de pensamiento de una sociedad” (...) “*si ideología es tanto la ilusión como el medio en que los agentes sociales dan sentido a su mundo en ese caso nos dice algo bastante deprimente acerca de nuestros modos rutinarios de dar sentido a la vida”³⁹.*

Observa el carácter peyorativo de algunas de las definiciones circulantes (las que destacan la falsedad legitimadora de las creencias dominantes, o aquella que propone la “*confusión de la realidad fenoménica y lingüística*”⁴⁰), así como el sentido neutral de otras (un conjunto de ideas características de un grupo o clase

social particular). Señala que ciertas formulaciones son epistemológicas y otras prácticamente vacías de contenido específico (*“conjunto de creencias orientadas a la acción”*⁴¹). Considera que el legado marxista sobre ideología se encuentra anclado entre dos tradiciones: una central con una preocupación enfocada en la realidad/irrealidad de las ideas, basada en la interpretación de *“ideología como ilusión, distorsión y mistificación”*⁴²; mientras que la otra tradición se interesa más por la función de las ideas dentro de la vida social que por su falsedad o veracidad.

Los debates contemporáneos en el campo ponen de manifiesto elementos que amplían la noción de ideología. Destacan entre ellos: a) los planteamientos en contra del enfoque reduccionista del determinismo económico, aunados al reconocimiento de que la ideología puede tener relativa independencia de la estructura económica o la clase social; b) el argumento de que ideología no necesariamente sólo es un producto intelectual, a veces ni siquiera son ideas, sino prácticas que involucran la cotidianidad de cualquier persona de manera irreflexiva, o discursos, y c) la importancia de comprender el papel que tiene el sujeto individual en la creación ideológica. A ello han contribuido, entre otros, los aportes de Gramsci⁴³, Adorno⁴⁴, Habermas⁴⁵, Poulantzas⁴⁶, Foucault⁴⁷ y Althusser⁴⁸.

Según Althusser⁴⁹, las descripciones o representaciones del mundo pueden ser verdaderas o falsas; pero los criterios de verdad y falsedad son irrelevantes para la ideología. De acuerdo con el filósofo francés, la ideología representa la realidad en la manera en la que el sujeto vive sus relaciones con el conjunto de la sociedad, lo cual no puede ser un asunto de verdad o falsedad. La ideología es un arreglo específico de prácticas significantes que construye a los seres humanos como sujetos sociales, y que genera las relaciones vividas por las que tales sujetos están conectados a las relaciones de producción dominantes en una sociedad.

“...toda ideología, en su deformación necesariamente imaginaria, no representa las relaciones de producción existentes (y las otras relaciones que de allí derivan) sino ante todo la relación (imaginaria) de los individuos

con las relaciones de producción y las relaciones que de ella resultan. En la ideología no está representado entonces el sistema de relaciones reales que gobiernan la existencia de los individuos, sino la relación imaginaria de esos individuos con las relaciones reales en que viven.”⁵⁰

Como concepto, la ideología abarca todas las diversas modalidades políticas de tales relaciones, desde una identificación con el poder hegemónico hasta una posición opuesta a él. Althusser derriba la idea de que ideología consiste simplemente un conjunto de representaciones deformadas de la realidad y de proposiciones falsas. Por el contrario, para él la ideología alude principalmente a las relaciones afectivas e inconscientes de los humanos con el mundo, a la manera en que los sujetos sociales se ligan inconscientemente en la realidad social. Esa noción de ideología, tiene para Althusser una existencia material que se expresa como práctica social:

“...todo ‘sujeto’ dotado de una ‘conciencia’ y que cree en las ‘ideas’ que su ‘conciencia’ le inspira y acepta libremente, debe ‘actuar según sus ideas’, debe por lo tanto traducir en los actos de su práctica material sus propias ideas de sujeto libre” (...) *“...la existencia de las ideas de su creencia (del sujeto) es material, en tanto esas ideas son actos materiales insertos en prácticas materiales, reguladas por rituales materiales definidos, a su vez, por el aparato ideológico material del que proceden las ideas de ese sujeto.”⁵¹*

Señala, además que “1) *No hay práctica sino por y bajo una ideología*” y “2) *No hay ideología sino por el sujeto y para los sujetos*”. Para Althusser “*las ideologías existentes en una formación social sólo pueden explicarse desde el punto de vista de las clases, es decir, de la lucha de clases*”. Lucha que se expresa en la función que los Aparatos Ideológicos del Estado (AIE)ⁱⁱ tienen en la reproducción de las

ⁱⁱ “Designamos con el nombre de aparatos ideológicos de Estado cierto número de realidades que se presentan al observador inmediato bajo la forma de instituciones distintas y especializadas. Proponemos una lista empírica de ellas, que exigirá naturalmente que sea examinada en detalle, puesta a prueba, rectificadas y reordenadas. Con todas las reservas que implica esta exigencia podemos por el momento considerar como aparatos ideológicos de Estado las instituciones siguientes (el orden en el cual los enumeramos no tiene significación especial): AIE religiosos (el sistema de las distintas Iglesias), AIE escolar (el sistema de las distintas “Escuelas”, públicas y privadas), AIE familiar, AIE jurídico, AIE político (el sistema político del cual forman parte los distintos partidos), AIE sindical, AIE de información (prensa, radio, T.V.,

relaciones de producción. La noción althusseriana de ideología, en síntesis, parece simultáneamente describir situaciones de hecho, expresar la realidad vivida de los seres humanos u orientada a conseguir ciertos efectos. La ideología, sostiene Althusser, “*expresa un deseo, una esperanza o una nostalgia, más que la descripción de la realidad*”⁵², que se codifica a menudo en un discurso que parece explicar la forma de ser realmente las cosas, y que en la práctica social, bajo la lucha de clases, se orienta a transformar una representación de la realidad por otra.

Más recientemente, también en el enfoque marxista (retomando los aportes de Althusser y Lacan) Žižek⁵³, advierte la necesidad de abordar el problema de la ideología de la manera en la que Hegel abordaba el problema de la religión (que para Marx era algo así como la expresión paradigmática de la ideología), como doctrina, como creencia y como ritual⁵⁴. Para ello, propone que las diversas nociones asociadas a la palabra ideología, pudieran ser organizadas alrededor de tales tres ejes y que, a su vez, sigan la lógica de la tríada hegeliana (en sí – para sí – en sí y para sí), es decir: 1) ideología como complejo de ideas (teorías, convicciones, creencias, argumentaciones), doctrina destinada a convencernos de “su verdad”, “ideología en sí”; 2) ideología como materialidad (los Aparatos Ideológicos del Estado –AIE-, descritos por Althusser), como prácticas, rituales e instituciones, “ideología para sí”, y 3) ideología “en sí y para sí”, como experiencia “espontánea” de los sujetos que opera en el centro mismo de la realidad, la cual parece “reflejarse sobre sí misma”⁵⁵. La ideología en tal sentido ya no aparece sólo como un mecanismo garante de la reproducción social y necesario para ella, sino como:

“...the elusive network of implicit, quasi-‘spontaneous’ presuppositions and attitudes that form an irreducible moment of the reproduction of ‘non-ideological’ (economic, legal, political, sexual...) practices. The Marxian notion of ‘commodity fetishism’ is exemplary here: it designates not a (bourgeois) theory of political economy but a series of presuppositions that

etc.), AIE cultural (literatura, artes, deportes, etc.)” (Althusser, L. Ideología y Aparatos Ideológicos del Estado. Op. cit. p 10)

determine the structure of the very 'real' economic practice of market exchange... (...) *"For that reason, a direct reference to extra-ideological coercion (of the market, for example) is an ideological gesture par excellence: the market and (mass) media are dialectically interconnected"*⁵⁶

Un ejemplo de esto último (citado por el propio Žižek⁵⁵) se puede observar en cómo, en la sociedad contemporánea (la "sociedad del espectáculo" según Guy Debordⁱⁱⁱ, o la sociedad de control moderna, como la concibe Lazzarato⁵⁷, cuyas ideas sobre biopolítica retomaré más adelante), los medios masivos de comunicación, en virtud de su estrecha interrelación con el mercado, estructuran la percepción de la realidad de los sujetos, haciendo que la imagen idealizada que transmiten sea confundida con la realidad "real".

La cuestión del poder.

El poder es una forma de relación de los seres humanos que se genera en la práctica social. Los diccionarios de lengua española lo definen como: "Tener expedita la facultad o potencia de hacer algo"⁵⁸, o "Dominio, facultad y jurisdicción que uno tiene para mandar o ejecutar una cosa"⁵⁹. Una definición simple lo concibe como *"...la capacidad para hacer que sucedan cosas que de otro modo no habrían sucedido"*.⁶⁰ De manera coloquial se lo considera como habilidad para

ⁱⁱⁱ Guy Debord fue un cineasta, escritor y filósofo francés, cuya obra más conocida "La sociedad del espectáculo", publicada originalmente en 1967 (Ediciones Naufragio. Santiago de Chile, 1995; descargado en: <http://criticasocial.cl/pdflibro/sociedadespec.pdf>, consultado el 13-02-2014), esbozó el desarrollo de una sociedad moderna en la que "Todo lo que una vez fue vivido directamente se ha convertido en una mera representación". Afirma que la vida social contemporánea puede sintetizarse en "la declinación del ser en tener, y de tener en simplemente parecer". La sustitución de la vida social real por su imagen representada evidencia "el momento histórico en el cual la mercancía completa la colonización de la vida social". "El espectáculo se presenta al mismo tiempo como la sociedad misma, como parte de la sociedad y como instrumento de unificación". El espectáculo es la imagen invertida de la sociedad en la cual las relaciones entre mercancías han suplantado relaciones entre la gente, en quienes la identificación pasiva con el espectáculo suplanta actividad genuina. "El espectáculo no es una colección de imágenes" (...) "en cambio, es una relación social entre la gente que es mediada por imágenes" (...) "Considerado en sus propios términos el espectáculo es la afirmación de la apariencia y la afirmación de toda la vida humana; es decir, la vida social como simple apariencia" (...) "lo que aparece es bueno, lo que es bueno aparece" (...) "Ahí donde el mundo real se transforma en simple imagen, la simple imagen deviene en seres reales, y las motivaciones eficientes en un comportamiento hipnótico". El ensayo ofrece una reinterpretación del "fetichismo de la mercancía" marxista, aplicado al papel de los medios masivos de comunicación y la ampliación del concepto de enajenación. El propio Debord realizó un documental del mismo nombre, basado en su libro, en 1973 (el documental puede verse en: http://www.ubu.com/film/debord_spectacle.html, consultado el 13-02-2014).

influir en el comportamiento de otras personas en forma deliberada y en una dirección determinada. Desde la perspectiva de análisis de la promoción de la salud, como ideología y estrategia biopolíticas, el poder es una categoría analítica central que requiere ser entendida con mayor detalle y profundidad, más allá de tales nociones.

Para Weber, el poder es *“la probabilidad de imponer la propia voluntad, dentro de una relación social, aún contra toda resistencia y cualquiera que sea el fundamento de esa probabilidad.”*⁶¹. El diccionario de política de Bobbio⁶² lo define como *“...la capacidad del hombre para determinar el comportamiento del hombre. Poder del hombre sobre el hombre. El hombre no sólo es el sujeto sino también el objeto del Poder social.”*; por tanto, es

“...una relación entre los hombres, debiendo añadirse que se trata de una relación triádica. Para definir un cierto Poder, no basta con especificar la persona o el grupo que lo mantiene y la persona o grupo que a aquél está sujeto, se requiere determinar también la esfera de actividad a la cual el Poder se refiere o la esfera del Poder.”

Sánchez Vázquez, al analizar la concepción marxista del poder, planteaba:

“El poder no es inmanente. Algo exterior a él lo hace posible, necesario y lo funda. Pero el poder no sólo se halla en relación sino que él mismo es relación. ¿Entre qué y qué?; no entre los hombres y las cosas, aunque el dominio de aquellos sobre éstas, sobre la naturaleza, determina ciertas relaciones de poder entre los hombres. El poder es una peculiar relación entre los hombres (individuos, grupos, clases sociales o naciones) en la que los términos de ella ocupan una posición desigual o asimétrica. Son relaciones en las que unos dominan, subordinan, y otros son dominados, subordinados. En las relaciones de poder, el poder de unos es el no poder de otros. Dominación y sujeción se imbrican necesariamente. En la dominación se impone la voluntad, las creencias o los intereses de unos a otros, y ello independientemente de que la sujeción se acepte o se rechace, de que se obedezca o desobedezca interna o externamente, o de que la desobediencia externa adopte la forma de una lucha o resistencia. La

*aceptación o el rechazo de la dominación, la desobediencia o la resistencia a ella, caracterizan modos de asumir las relaciones de poder, pero ni en un caso ni en otro se escapa a su inserción en ellas, o a sus efectos desiguales y asimétricos.*⁶³

Como el propio Sánchez reconoce, Marx no desarrolló una obra expresa para explicar una teoría del poder equiparable a su teoría sobre el capital y la explotación económica. Pese a ello, a lo largo de su obra, dejó evidencia de diversos conceptos sobre el poder, que son elementos claves para su comprensión y que diversos científicos sociales han contribuido a enriquecer.

La caracterización de la promoción de la salud como biopolítica, particularmente la comprensión de sus potencialidades contra-hegemónicas, no puede realizarse adecuadamente si sólo se entiende el poder como relación entre dominación y sometimiento. Es preciso ampliar el espectro de análisis para incluir otros procesos en los que se manifiesta el poder, como la construcción de la subjetividad, el consenso, la cooperación y, en especial, la resistencia. Por otra parte, requiere acercarse al entendimiento del poder político del Estado moderno y la génesis de la biopolítica. Por ello intentaré abordar el tema del poder desde una perspectiva que tome en cuenta tales aspectos.

Uno de los más amplios análisis contemporáneos sobre la relevancia y la genealogía del poder en la actividad humana se encuentra en gran parte de la obra de Michel Foucault. Él postulaba que, además de que *“el sujeto humano está inmerso en relaciones de producción y de significación, también se encuentra inmerso en relaciones de poder muy complejas”*⁶⁴, las cuales tendrían que ser estudiadas con herramientas distintas a las de la historia, la economía, la semiótica o la lingüística. Para ello se propuso *“analizar las formas de resistencia y los intentos hechos para disociar estas relaciones.”*⁶⁵ Esto es, entender el poder a partir de las luchas que se generan en su contra, que a su vez son técnicas o formas de poder en sí mismas. Planteaba que en toda relación de poder (sea ésta individual o colectiva) siempre hay dos sujetos^{iv}: el que ejerce el poder y el que

^{iv} En *El sujeto y el poder* (op. cit. p.7), Foucault plantea que *“Hay dos significados de la palabra sujeto: sometido a otro a través del control y la dependencia, y sujeto atado a su propia identidad por la conciencia o el conocimiento de sí mismo. Ambos significados sugieren una forma de poder que subyuga y somete.”*

resiste el ejercicio del poder, entre ellos se establece una relación dialéctica. A la rebeldía del sujeto que resiste, quien, en ejercicio de su libertad se niega a que su voluntad sea modelada, a esa respuesta ante el poder, la llamó *resistencia*.^v La resistencia se expresa en forma de lucha; desde tal punto de vista, advertía que

*“hay tres tipos de luchas: las que se oponen a las formas de dominación (étnica, social y religiosa); las que denuncian las formas de explotación que separan a los individuos de lo que producen, y las que combaten todo aquello que ata al individuo a sí mismo y de este modo lo somete a otros (luchas contra la sujeción, contra formas de subjetividad y de sumisión).”*⁶⁶

Por ello señaló que el poder es una especie de acción sobre las acciones de los otros, sean tales acciones pasadas, presentes o futuras. No existe, para ningún sujeto, otra posibilidad que la de vivir en el interior de una sociedad de relaciones de poder. El poder, según Foucault, se encuentra en todos los sitios, porque no proviene de ninguno. El poder no se emplea únicamente para reprimir, además de ello también promueve, impulsa, propicia, facilita, influye, conduce, induce, fascina, seduce, dificulta, bloquea, interfiere, expande, reduce, prohíbe y, en demasiadas ocasiones, corrompe. El poder puede llegar a ser expresado, *in extremis*, de manera violenta, pero entonces deja de ser relación de poder para convertirse simple y llanamente en violencia.

Siguiendo a Foucault, si el poder es acción que genera resistencia, entonces es una relación de fuerzas, las cuales tienen posibilidad de influir y a su vez de ser influidas. En el análisis del “cómo” se desarrolla la acción de afectar las acciones de los otros, Foucault introdujo dos categorías: La disciplina y la gobernabilidad

^v Por supuesto que Foucault no es el primero, ni el único en hablar de la resistencia ante el poder. Althusser, por ejemplo, señalaba a los aparatos ideológicos del Estado (AIE) como “*el lugar de la lucha de clases y, a menudo, de formas encarnizadas de la lucha de clases*”, en el que “*...la resistencia de las clases explotadas puede encontrar allí medios y ocasiones de expresarse, sea utilizando las contradicciones que allí existen, sea conquistando por la lucha posiciones de combate en los AIE.*” (Cfr. Althusser, L. Ideología y aparatos ideológicos del estado. En: La filosofía como arma de la revolución. Cuadernos de pasado y presente 4. Siglo XXI, México, 1983, p. 112). Por su parte, los fundadores de la pedagogía crítica (Michael Apple, Henry Giroux y Paul Willis, entre otros), han tratado de demostrar cómo los mecanismos dominantes de reproducción cultural y social, de los aparatos ideológicos del Estado (particularmente las instituciones educativas) no son completos y se enfrentan siempre a oposición, lucha y resistencia entre los estudiantes. Enfatizan especialmente la importancia de la cultura subalterna “*como expresión de la resistencia activa, colectiva y en desarrollo de los grupos oprimidos*” ante la dominación. (Cfr. de Ibarrola, M. *Las dimensiones sociales de la educación*. Ediciones El Caballito. Biblioteca Pedagógica – SEP. México, 1985)

(“gubernamentalidad”)^{vi}. En las sociedades europeas la disciplina se introdujo, como fórmula general de dominación, durante el siglo XVII y, sobre todo, a lo largo del XVIII. Por supuesto que desde la antigüedad existían diversos procedimientos disciplinarios, pero Foucault insiste en que su uso peculiarmente generalizado, masivo (que paulatinamente fue sustituyendo al espectáculo medieval y absolutista del suplicio), desde el Estado, para ejercer el poder sobre los cuerpos de los sujetos, ocurrió en ese periodo de desarrollo del capitalismo. La disciplina genera una “*anatomía política*”, una “*mecánica del poder*”, que permiten obtener cuerpos sometidos, dóciles.⁶⁷ Por un lado, busca aumentar la fuerza del cuerpo (capacidad para desempeñar trabajo productivo) y, por otro, reducir la capacidad de resistir (produciendo obediencia o sumisión). “*Si la explotación económica separa la fuerza y el producto del trabajo, digamos que la coerción disciplinaria establece en el cuerpo el vínculo de coacción entre una aptitud aumentada y una dominación acrecentada.*”⁶⁸ El proceso llegó a su culminación en el siglo XIX, en el que la disciplina se transformó en la herramienta fundamental de ejercicio de poder, para “*normalizar*” a los sujetos, una “*sanción normalizadora*”, “*... una forma de poder que transforma a los individuos en sujetos.*”⁶⁹

La gobernabilidad es la gestión y conducción de conjuntos de sujetos (poblaciones) en espacios definidos y extensos (territorio). Foucault le da tres connotaciones al término gobernabilidad: en una primera acepción es

“...el conjunto constituido por las instituciones, los procedimientos, análisis y reflexiones, los cálculos y las tácticas, que permiten ejercer esa forma bien específica, aunque muy compleja, de poder, que tiene por blanco principal la población, por forma mayor de saber la economía política y por instrumento técnico esencial los dispositivos de seguridad”⁷⁰.

La segunda noción es:

“...la tendencia, la línea de fuerza que, en todo Occidente, no dejó de conducir, y desde hace mucho, hacia la preeminencia del tipo de poder que

^{vi} En varias obras citadas de Foucault (*El gobierno de sí y de los otros*; *El sujeto y el poder*; *Seguridad, territorio, población*) traducidas al castellano, se ofrece el término “gubernamentalidad” como ejercicio del poder gubernamental en el Estado Moderno, esa palabra en realidad no existe en nuestro idioma, por lo que la traducción más aceptable de *gouvernement* es gobernabilidad que es la que usaré en adelante en esta disertación.

*podemos llamar 'gobierno', sobre todos los demás: soberanía, disciplina, y que indujo, por un lado el desarrollo de toda una serie de aparatos, específicos de gobierno, y por otro, el desarrollo de toda una serie de saberes.*⁶⁹

Finalmente

*"...el resultado del proceso en virtud del cual el Estado de justicia de la Edad Media, convertido en Estado administrativo durante los siglos XV y XVI se 'gubernamentalizó' poco a poco."*⁶⁹

Biopoder y biopolítica

La disciplina y la gobernabilidad del Estado moderno generan el biopoder. Foucault llama biopoder al *"conjunto de mecanismos por medio de los cuales aquello que en la especie humana constituye sus rasgos fundamentales, podrá ser parte de una estrategia política, una estrategia general de poder"*. Estudia su origen y desarrollo, tratando de indagar *"cómo, en el siglo XVIII, la sociedad, las sociedades occidentales modernas tomaron en cuenta el hecho biológico fundamental de que el hombre constituye una especie humana."*⁷¹ Con el estudio de la génesis del biopoder, no pretende desarrollar una teoría general del poder, sino *"saber por dónde pasa la cosa, cómo pasa, entre quiénes, entre qué puntos, de acuerdo con qué procedimientos, y con qué efectos."*⁷² El ejercicio del poder gubernamental es el punto de articulación donde la naturaleza (el medio ambiente, la *physis* de los griegos) interfiere con la naturaleza de la especie humana (la *physiología*). Si se quiere modificar a la especie humana, se debe actuar entonces sobre el medio a través de la seguridad; la seguridad, es entonces, una técnica política que se dirige al medio, la primera expresión del biopoder. El arte de gobierno que regula la población mediante el biopoder (la aplicación e impacto del poder político en todos los aspectos de la vida), es para él la *biopolítica*.

La primera mención explícita que Foucault hizo del concepto de biopolítica fue en 1974, en la segunda de las tres conferencias que impartió en un curso de medicina social en Río de Janeiro, entonces, refiriéndose al nacimiento de la medicina social dijo:

“...el capitalismo, que se desenvuelve a fines del siglo XVIII y comienzos del XIX, socializó un primer objeto, que fue el cuerpo, en función de la fuerza productiva, de la fuerza laboral. El control de la sociedad sobre los individuos no se opera simplemente por la conciencia o por la ideología sino que se ejerce en el cuerpo, con el cuerpo. Para la sociedad capitalista lo importante era lo biológico, lo somático, lo corporal antes que nada. El cuerpo es una realidad biopolítica; la medicina es una estrategia biopolítica.”⁷³

Foucault empleará todo el curso del 77-78⁷⁴ y el del 78-79⁷⁵ en el *Collège de France*, para tratar de esbozar los conceptos de biopoder y biopolítica, cuyo desarrollo dejó, lamentablemente, inconcluso.

En la actualidad la noción de biopolítica se interpreta básicamente, en una primera acepción, como una articulación entre la política y la vida. Roberto Esposito⁷⁶ señala que el precursor del término, aunque con una connotación diferente a la foucaultiana y a la del propio Esposito, fue el geógrafo y politólogo sueco Rudolf Kjellén (autor también del concepto de geopolítica)^{vii}. Para él, el Estado no es una entidad jurídica nacida del contrato social: es un conjunto de personas que actúan como un organismo único, a la vez espiritual y corpóreo. A partir de ello considera a la biopolítica como la política de la vida biológica y cultural de las sociedades, misma que se materializa en la existencia del Estado

Basándome en la noción propuesta por Foucault, me atrevo a proponer una definición provisional de la biopolítica como: el ejercicio de poder que, empleando inicialmente la disciplina y la gobernabilidad, en la sociedad moderna hace uso de un conjunto articulado de dispositivos tecnológicos y simbólicos de control, se apoyan sobre saberes científicos, transforman las capacidades biológicas de los seres humanos en medios para que el Estado alcance sus fines y la sociedad

^{vii} A Rudolf Kjellén (1864-1922) se le considera el iniciador de una moderna ciencia política, que pretende describir al Estado en su totalidad, tal como expresa sus atributos en la realidad. Al estudiar el poder del Estado y sus características propuso nuevas disciplinas: la geopolítica, que establece la relación entre el Estado y su territorio; La geoeconomía, que establece la relación entre el Estado y la economía; La sociopolítica, que establece la relación entre el Estado y la sociedad; la biopolítica, la política de la vida de la sociedad. Aseveraba que: “Los Estados son seres sensibles y razonables, como los hombres”. (cfr. http://es.wikipedia.org/wiki/Rudolf_Kjellén, consultado el 20-02-2014).

capitalista se reproduzca. Pero esta definición provisional no permite explicar a cabalidad, muchos de los procesos biopolíticos en la sociedad contemporánea, incluyendo a la promoción de la salud. Para ello es necesario aproximarse a otros puntos de vista, más recientes, más acordes con los vertiginosos cambios que han ocurrido en los últimos años transformando las sociedades disciplinarias, en sociedades de control y de consumo.

Continuando con el pensamiento de Foucault, a partir de la consolidación de las formaciones sociales capitalistas, el Estado y su base económica generan mecanismos para potenciar las capacidades físicas e intelectuales que permiten la reproducción del orden social. Es cierto que en todas las sociedades, los grupos hegemónicos han hecho uso, de diversa manera, de las capacidades de los seres humanos para su beneficio^{viii}, pero en realidad antes de las formaciones capitalistas la gestión sobre las poblaciones dependía en mucho de fenómenos azarosos o naturales. En la era industrial, moderna, *la era biopolítica*^{ix}, el Estado gestiona una biología distinta, disciplinada, sometida y preparada para cumplir su papel en la sociedad. Desde el biopoder se impulsa la vida (de acuerdo con Foucault^{73 74}) o se acaba con ella (según Agamben⁷⁷).

Para el primero, los seres humanos son, en el Estado moderno, materia prima de la cual se deben extraer todos los beneficios que resulten posibles, pero para ello hay que vigilar, cuidar, cultivar, separar los elementos nocivos y seleccionar los mejores productos. Desde tal punto de vista, los aparatos ideológicos del Estado, las instituciones de seguridad, protección y de servicio, cumplen dichas funciones esenciales, son formas del ejercicio de la biopolítica. Se pueden ofrecer múltiples

^{viii} Lo cual lleva a Agamben, como expondré más adelante, entre otras cosas, a plantear, a diferencia de Foucault y Espósito, que la biopolítica lejos de ser una creación del Estado moderno, es un atributo de la política occidental desde sus orígenes clásicos, “La tesis foucaultiana debe, pues, ser corregida o, cuando menos, completada, en el sentido de que lo que caracteriza a la política moderna no es la inclusión de la *zôé* en la *polis*, en sí misma antiquísima, ni el simple hecho de que la vida como tal se convierta en el objeto eminente de los cálculos y de las previsiones del poder estatal: lo decisivo es, más bien, el hecho de que en paralelo al proceso en virtud del cual la excepción se convierte en regla, el espacio de la nuda vida que estaba situada originalmente al margen del orden jurídico, va coincidiendo de manera progresiva con el espacio político, de forma que exclusión e inclusión, externo e interno, *bíos* y *zôé*, derecho y hecho entran en una zona de irreductible diferenciación.”. (Agamben, G. *Homo Sacer I. El poder soberano y la nuda vida*. Pre-textos. Valencia, 2010 p. 18-19)

^{ix} El propio Agamben sugiere que en la actualidad “la política ha pasado a ser integralmente biopolítica” (Homo Sacer I, óp. cit. p.152)

ejemplos de ello en la vida cotidiana: desde el uso obligatorio del cinturón de seguridad, las restricciones para fumar en sitios cerrados y públicos, el control de la emisión de contaminantes, la obligatoriedad de la educación básica, la creación de espacios públicos de recreo y diversión, la legislación en materia de derechos humanos, la vacunación universal^x, el combate a las drogas, la “cruzada contra el hambre”, la campaña contra el sobrepeso y la obesidad, etc. Todas ellas son maneras de ejercer el poder sobre la vida, regular y normalizar evitando el azar, la espontaneidad.

Para Agamben⁷⁸ la biopolítica tiene que ver con despojo de derechos de los individuos. Ello se realiza, en extremo, mediante internamiento en campos (de concentración o de exterminio) y a través de la declaración del *estado de excepción*^{xi}. Las diferencias entre él y Foucault, comienzan (tal como lo señalé en una nota previa) desde el momento en que, para Agamben la biopolítica no es una creación de la modernidad, sino que considera que está presente desde la génesis de la sociedad. Otra de sus discrepancias lleva a pensar en la noción de tanatopolítica, que bien pudiera ser una forma especial de la biopolítica, pero no necesariamente todas las formas de la biopolítica. En torno a ello, Agamben plantea que el Estado, con tal de lograr sus objetivos, es capaz de acabar con la vida de una parte de la población que gestiona. La muerte de unos sujetos protege la vida de otros, pues unos son amenaza para la salud y supervivencia del resto.

^x Vale la pena recordar que uno de los primeros ejercicios masivos de biopolítica (“higiene desde arriba”) se realizó en los albores del siglo XIX sobre todos los habitantes de todos los territorios bajo el dominio de la corona española, cuando la expedición de Francisco Xavier de Balmis condujo la vacunación antivariolosa a escala mundial (Cfr. Balaguer, E.; Ballester, R. En el nombre de los Niños. Real Expedición Filantrópica de la Vacuna 1803-1806 Asociación Española de Pediatría. Serie: Monografías de la AEP, Madrid, 2003)

^{xi} “El estado de excepción en que la nuda vida era, a la vez excluida del orden jurídico y apresada en él, constituía en verdad, en su separación misma, el fundamento oculto sobre el que reposaba todo el sistema político. Cuando sus fronteras se desvanecen y se hacen indeterminadas, la nuda vida que allí habitaba queda liberada en la ciudad y pasa a ser a la vez el sujeto y el objeto del ordenamiento político y de sus conflictos, el lugar único tanto de la organización del poder estatal como de la emancipación de él. Todo sucede como si, al mismo tiempo que el proceso disciplinario por medio del cual el poder estatal hace del hombre en cuanto ser vivo el propio objeto específico, se hubiera puesto en marcha otro proceso que coincide *grosso modo* con el nacimiento de la democracia moderna, en el que el hombre en su condición de viviente ya no se presenta como objeto, sino como sujeto del poder político. Estos procesos opuestos en muchos aspectos, y (por lo menos en apariencia) en acervo conflicto entre ellos, convergen, sin embargo, en el hecho de que en los dos está en juego la nuda vida del ciudadano, el nuevo cuerpo biopolítico de la humanidad.” (Agamben, G. *Homo sacer* I. óp. cit. p. 19).

De acuerdo con el filósofo italiano, las experiencias totalitarias del siglo XX serían herederas de un concepto existente en el derecho romano, el de *Homo sacer*, que se encarna en individuos a los que cualquiera puede matar sin delito y, por esa razón, su vida vale tan poco que no puede ser objeto de sacrificio porque los dioses no la aceptarían como ofrenda^{xii}. Agamben sugiere que el *politikón zoôn* aristotélico⁷⁹ (el animal político, el hombre que vive en la polis, pues fuera de ella no es hombre^{xiii}) tiene una connotación de transformación cualitativa: de vivir a vivir bien, por lo que la *nuda vida* (zôé) es lo que siempre debe ser politizado (o excluido). “*La nuda vida tiene, en la política occidental, el singular privilegio de ser aquello sobre cuya exclusión se funda la ciudad de los hombres*”⁸⁰. Por tanto, hay

^{xii} Agamben se refiere al *Homo sacer* (término en latín que significa igualmente hombre sagrado o maldito) como “una oscura figura del derecho romano arcaico”, que hacía mención a una persona proscrita, la cual podía ser muerta por cualquiera impunemente, pero que no podía ser sacrificada en un ritual religioso. Un ser humano cuya vida resultaba separada de la vida del resto de los ciudadanos (equivalente a aquél que vivía fuera de la polis griega). Un *Homo sacer* tiene una vida privada de todo derecho, una vida que puede ser sujeta a experimentos. Un humano que vive con vida desnuda (la *nuda vida*, el zôé), como pura realidad biológica desprovista de toda condición cívica, una vida animal cuya esencia es sólo el mero hecho de vivir. El *Homo sacer* (lo que hoy podemos llamar *excluido*) es aquel que está desnudo, sin protección, desprovisto de cualquier derecho. Por eso puede ser asesinado o eliminado, por ser inútil en este mundo, sin que quienes lo exterminen o experimenten con él estén sujetos a ninguna ley. El *Homo sacer* es el indeseable, el anónimo, el prescindible, el “no ser” humano, pues la humanidad o derecho a tener derechos se adquiere con la ciudadanía, con la pertenencia a una comunidad. (Cfr. Agamben, G. óp. cit.) El significado del término sacer en la antigua Roma, no es completamente congruente con el significado que tomó en la cristiandad, y adoptado como sagrado en nuestro idioma. En la religión romana primitiva sacer significa “apartado”, o “separado”, o “excluido” de la sociedad común, e igualmente puede significar “santificado” o “maldito”. El *Homo sacer* puede ser una persona fuera de la ley o por encima de ella. La idea del estatuto de un proscrito, un criminal declarado como no protegido por la ley y que, por lo tanto, puede ser matado por cualquier persona con impunidad persiste durante toda la Edad Media, el proscrito deshumanizado es tratado como un “lobo” o como “cabeza de lobo” (un precio puesto a su cabeza, en la época en que la caza de lobos tenía recompensa) y se revoca sólo hasta que se instituye el *Habeas Corpus* a finales del siglo XVII el cual decreta que todo criminal debe ser juzgado por un tribunal antes de ser castigado (un análisis interesante sobre ello puede leerse en el texto de Gerstein, M.R. *Warg: the Outlaw as Werewolf in Germanic Myth, Law, and Medicine*. En: Larson, G.J. (ed.), *Myth in Indo-European Antiquity*, Univ of Calif Press, 1974, p. 132)

^{xiii} Aristóteles en su *Política* hace un tratado de la organización de las polis y los asuntos relativos al ciudadano. Diversas traducciones de Aristóteles al castellano (De Azcárate 1873, Zozaya 1885, Ortiz 1939) interpretan *politikón zoon* como “ser naturalmente sociable” o como el “animal más sociable”. Parece más cercano a la connotación aristotélica original el término “animal de polis”, animal urbano, ciudadano. Él creía que la polis era la forma de organización sociopolítica propia del hombre y de ahí que sus tratados sobre ética y ciencia política tengan por objeto al hombre que vive en una ciudad. La versión de Antonio Gómez Robledo (Aristóteles. *Ética Nicomaquea / Política*. Editorial Porrúa. Colección “Sepan cuántos...” núm 70. México, 1967, antes citada.) traduce el párrafo en el que se hace la primera alusión al *zoon politikón* como: “...resulta manifiesto que la ciudad es una de las cosas que existen por naturaleza, y que el hombre es por naturaleza un animal político...” (*ton physei he polis esti, ánthropos physei politikón zoon*). Cfr. Ossandón, JC. *Felicidad y política: El fin último de la polis en la filosofía de Aristóteles*. Cuadernos de Anuario Filosófico. Universidad de Navarra. Pamplona 2001, pp. 57, 72-78.

un espacio común en el que confluyen la vida y la política: la ciudad; lugar de bienes, de conflictos, de soluciones, de intereses, de cultura:

“La política se presenta entonces como la estructura propiamente fundamental de la metafísica occidental, ya que ocupa el umbral en que se cumple la articulación entre el viviente y el logos. La ‘politización’ de la nuda vida es la tarea metafísica por excelencia, en la cual se decide acerca de la humanidad del ser vivo hombre, y, al asumir esta tarea, la modernidad no hace otra cosa que declarar su propia fidelidad a la estructura esencial de la tradición metafísica”. (...) “Hay política porque el hombre es el ser vivo que, en el lenguaje, separa la propia nuda vida y la opone a sí mismo, y, al mismo tiempo, se mantiene en relación con ella en una exclusión inclusiva.”⁸¹

El ejercicio que hoy caracteriza a la política es el control sobre la vida, la biopolítica. No es únicamente la lucha de clases, alterada por la tecnología y los medios de comunicación masiva, sino la vida humana. Los marginados, los desplazados, los refugiados (los casos de los migrantes africanos y los refugiados sirios en Europa son un doloroso ejemplo actual), el medio ambiente, caen en el juego de la exclusión-inclusión-indiferencia, que el poder ejecuta. Son muchos los que quedan suspendidos, sobreviven al límite, son parte de la sociedad, pero, a la vez, son excluidos y se encuentran en un estado de ruptura humana, de *suspensión*. Como he mencionado antes, Agamben emplea el término *estado de excepción*.

“La excepción es una especie de la exclusión. Es un caso individual que es excluido de la norma general. Pero lo que caracteriza propiamente a la excepción es que lo excluido no queda por ello absolutamente privado de conexión con la norma; por el contrario, se mantiene en relación con ella en la forma de la suspensión. La norma se aplica a la excepción desaplicándose, retirándose de ella. El estado de excepción no es, pues, el caos que precede al orden, sino la situación que resulta de la suspensión de éste. En este sentido la excepción es, verdaderamente, según su etimología, sacada fuera (excapere) y no simplemente excluida.”⁸²

Frente a la posición agambiana otros pensadores contemporáneos (entre ellos Antonio Negri⁸³ y Mauricio Lazzarato⁸⁴) siguen considerando que la biopolítica es un producto del capitalismo. Insisten en que el cuerpo humano era una realidad desatendida hasta el final del siglo XVIII y el comienzo del XIX; pero a partir de entonces, el cuerpo humano convertido en fuerza de trabajo no ha dejado de cobrar relevancia, como lo demuestra el surgimiento y desarrollo de las disciplinas y técnicas de gestión de personal para la producción (fayolismo, taylorismo, fordismo, gerencia moderna, gestión de capital humano, etc.). Como lo demuestra también el desarrollo de la “higiene desde arriba”, la preocupación desde el Estado burgués por la salud de los trabajadores, la salud pública como acción estatal, la medicina preventiva o la promoción de la salud. Frente al cuerpo nacido, simplemente con vida, el individuo, desarrollado por la sociedad, es empujado a construir una representación más perfecta de su cuerpo (fundamentalmente a través del consumo de mercancías) y el Estado “busca” modelar un cuerpo que se adapte a los ritmos y conocimientos técnicos que necesita la producción, además de estar preparado para el consumo. Lazzarato⁸⁵ considera que los cursos dictados por Foucault en el *Collège de France* en 77-78 y 78-79, a los que nos hemos referido anteriormente, inauguran una forma *sui generis* de teorizar la relación entre política y economía, escribiendo así una nueva “genealogía del capitalismo” que lo convierte en una especie de teórico moderno de la economía política.

Según Lazzarato⁵⁸, el gran aporte de Foucault a la economía política consiste en haber mostrado que la relación contradictoria entre economía y política se resuelve gracias a una racionalidad “exterior” a la política y la economía; una racionalidad que este autor identifica con lo que llama las “tecnologías de gobierno”. Las “artes de gobernar” (la disciplina, la gobernabilidad y la biopolítica), que caracterizó en esos cursos, consiguieron crear un espacio social de encuentro entre la racionalidad del mercado y la racionalidad de la política, espacio en el que se reproduce, hasta la actualidad, el sistema capitalista. Lazzarato se enfoca sobre las tecnologías de gobierno de las “sociedades de control” y sostiene que existen nuevos dispositivos que consiguen transformar la manera de actuar de las

“artes de gobernar” mencionadas. Particularmente, ello es más evidente en el capitalismo global, donde la biopolítica no sólo se ejerce sobre la vida (sea zôé o bíos) es decir, que la biopolítica global tiene que ver más con la producción (y el consumo) de un estilo de vida, en otras palabras, con una forma de vivir en el mundo.

La biopolítica en la globalización es una gestión ontológica de las poblaciones; ya no sólo tiene que ver con el poder sobre el cuerpo individual ni sobre el cuerpo social, sino que se ejerce sobre la subjetividad entera, pues implica el gobierno sobre la vida afectiva, emocional e intelectual. La promoción de la salud, como gran estrategia de desarrollo de estilos de vida saludables que son formas sofisticadas de control sobre el cuerpo a través del consumo, es, a mi entender, un ejemplo claro de ello.

La biopolítica en las actuales sociedades de control, no opera sólo gestionando las condiciones generales para la reproducción de la vida biológica de las poblaciones, como ocurría en las sociedades disciplinarias y fordistas que estudió Foucault (en especial el *welfare state* de la posguerra), sino que afecta las capacidades cognitivas y lingüísticas de los seres humanos. Pero, según Lazzarato,⁵⁸ en las actuales sociedades de control se ha instalado un modelo posfordista de producción, lo que significa que ya no es necesario reprimir o normalizar las subjetividades (como ocurría en el fordismo), sino producirlas como “*subjetividades nómadas*”, la gestión biopolítica no se hace sobre la población sino sobre “*el público*”⁸⁶ (por ello, adquieren día a día mayor relevancia en la gestión biopolítica los medios masivos de comunicación y, sobre todo las tecnologías de la información y comunicación –TIC–, en cuyo vértice se encuentran las redes sociales).

“El concepto de ‘público’ (más aún que el de ‘población’) pone en crisis la regulación de la multiplicidad mediante tecnologías sociales centradas en el espacio”(…)“El ‘público’ no es un hecho social estático reducible a organismo, sino una variación, una tendencia, un devenir. No podrá ser adiestrado en un espacio cerrado como sucede con una multiplicidad poco numerosa (obreros, enfermos, prisioneros). La multiplicidad, en el ‘público’,

tiende a volverse simultáneamente molecular e inmediatamente colectiva y a asumir la forma del flujo, de la variación, de la velocidad. Si los lugares de reclusión eran los reguladores para controlar la velocidad de lo que escapaba a la máquina de captura capitalista, ante el 'público' el movimiento se ha vuelto de tal manera molecular y colectivo que esta reducción ya no es posible. El 'público' podrá ser regulado y controlado solamente en un espacio abierto; hay que controlar los flujos, en cuanto tales, mediante los elementos que lo constituyen: el tiempo, la velocidad, la 'acción a distancia'."⁸⁷

Según Lazzarato⁵⁸, el sistema no se desestabilizará mediante la transgresión de normas, debido a que el capitalismo global es permanentemente innovador (en esencia transgresor) y su maquinaria requiere de la desterritorialización para funcionar. El capitalismo mismo se convierte en "cuerpo sin órganos", un flujo permanente en el sentido propuesto por Zygmunt Bauman, en su libro sobre la modernidad líquida⁸⁸. El propio Foucault (en sus dos últimos cursos en el *Collège de France*) vislumbró este cambio de funcionamiento de la biopolítica en las sociedades de control. En la clase del 15 de marzo de 1978 esbozó (aunque desafortunadamente no desarrolló) el funcionamiento de las sociedades de control mediante el concepto de "control de la opinión pública"⁸⁹, al plantear que la "modificación de la opinión", es decir, la gestión de la comunicación, es una forma de producción de subjetividad completamente diferente a la generada por la disciplina y la biopolítica^{xiv}.

Basándose en las afirmaciones de Foucault y en las evidencias de la realidad contemporánea, Lazzarato⁵⁸ plantea que en la actualidad hay un cuarto dispositivo de poder. Ya no se trata de gobernar al individuo o a la población, sino al "público", mediante una serie de dispositivos (como el cine, la radio, la televisión, la

^{xiv} "...el problema del público, el hecho de que la razón de Estado deba intervenir sobre la conciencia de la gente, no simplemente para imponerle una serie de creencias verdaderas o falsas, como ocurre por ejemplo cuando los soberanos quieren que se dé por cierta su legitimidad o la ilegitimidad de sus rivales, sino a fin de modificar su opinión y con ella su manera de hacer, su manera de actuar, su comportamiento como sujetos económicos, su comportamiento como sujetos políticos. Todo ese trabajo de la opinión del público va a ser uno de los aspectos de la política de la verdad en la razón de Estado" (cfr. Foucault, M. Seguridad, Territorio, Población. Op. cit. p. 323).

publicidad, el marketing, los videojuegos, el Internet, las redes sociales, la “nube”, los sistemas de apuestas electrónicos, etc.) orientados al control de la memoria. Estas ideas amplían los análisis sobre el “trabajo inmaterial” realizados por Lazzarato en escritos anteriores⁹⁰. A diferencia de lo ocurrido en el fordismo, la producción posfordista no es estandarizada, es flexible y cambia de acuerdo a las tendencias del mercado; es decir, se orienta a satisfacer las cambiantes necesidades del consumidor. Pero tales necesidades son producidas, no anteceden a la producción de sus satisfactores, el modelo de producción posfordista, las crea y recrea incesantemente, en vertiginosa carrera. Lo que caracteriza entonces el “control de la opinión pública” es la producción de necesidades a través de mecanismos de control sobre la memoria (repetición y diferencia). Antes de producir bienes, el capitalismo posfordista produce la necesidad de esos bienes a través de la publicidad, de la televisión, del mercadeo, es decir, mediante una política de la imagen. De tal manera, y para plantearlo en los términos que desarrolla Zygmunt Bauman⁹¹, ya no es la producción de los productores (como ocurría en las sociedades disciplinarias / fordistas) sino la producción de los consumidores (en las actuales sociedades de control / posfordistas) el elemento fundamental en la organización del capitalismo global. La producción de subjetividades orientadas al consumo es, entonces, el campo en el que operan los dispositivos de control sobre la opinión pública^{xv}.

^{xv} Bauman plantea que “la sociedad de nuestros antecesores, (...) en la etapa industrial era una ‘sociedad de producción’. Esa forma más antigua de sociedad moderna utilizaba a sus miembros principalmente como productores y soldados; la formación que les daba, la ‘norma’ que les mostraba y les instaba a seguir, obedecían al deber de cumplir esas dos funciones. Cada uno debía ser capaz de cumplirlas, y hacerlo de buen grado. Pero en su actual etapa moderna tardía (Giddens), moderna segunda (Beck), sobremoderna (Balandier) o posmoderna, ya no necesita ejércitos industriales y militares de masas; en cambio, debe comprometer a sus miembros como consumidores. La formación que brinda la sociedad contemporánea a sus miembros está dictada, ante todo, por el deber de cumplir la función de consumidor. La norma que les presenta es la de ser capaces de cumplirla y hacerlo de buen grado.” (...) “Esas distinciones son tan profundas y multifformes que justifican la referencia a una sociedad distinta y particular: una sociedad de consumo. En ésta, el consumidor difiere radicalmente del de todas las sociedades existentes hasta hoy. Si los filósofos, poetas y predicadores de la moral entre nuestros antepasados se preguntaban si uno trabaja para vivir o vive para trabajar, el interrogante sobre el cual se medita en la actualidad es si uno debe consumir para vivir o vive para consumir. Es decir, si somos capaces y sentimos la necesidad de separar los actos de vivir y consumir.” (...) “...para consumir se necesita tiempo (...) la satisfacción del consumidor debe ser instantánea, dicho en un doble sentido. Es evidente que el bien consumido debe causar una satisfacción inmediata, sin requerir la adquisición previa de destrezas ni un trabajo preparatorio prolongado; pero la satisfacción debe

No puedo concluir esta breve disertación sobre la biopolítica sin referirme a la obra de Roberto Esposito⁹² y los conceptos de comunidad e inmunidad. En primer término hay que señalar que Esposito (contrario a lo expresado por Agamben), comparte con Foucault la tesis de que la biopolítica es un fenómeno moderno, que sirve propiamente de criterio de lo moderno. Considera, sin embargo, que Foucault hace una insuficiente identificación del criterio de lo moderno y de su especificidad respecto del mundo antiguo. Tal deficiencia se manifiesta como ausencia de una articulación entre los dos modelos del poder: el jurídico-institucional y represor de la soberanía, por un lado, y el normativo y gubernamental de la biopolítica, por otro. Esposito⁹¹ sostiene que sólo el paradigma de la *inmunización* posibilita una articulación satisfactoria, sólo la idea de inmunidad permite vincular la vida con el derecho. La categoría de inmunidad le sirve para identificar la singularidad de lo moderno. Con ella explica el dispositivo que permite el apresamiento de la vida, por parte de la política.

Esposito comienza su disertación sobre el paradigma de la inmunidad con una referencia etimológica:

“...si la communitas es aquello que liga a sus miembros en una voluntad de donación hacia el otro, la immunitas es, por el contrario, aquello que exonera de tal obligación o alivia de semejante carga. Así como la communitas remite a algo general y abierto, la immunitas reconduce a la particularidad de una situación definida precisamente como algo que se sustrae a la condición común. Esto se pone de manifiesto en la definición jurídica de acuerdo con la cual está dotado de inmunidad aquel que no se encuentra sujeto a una jurisdicción que afecta a cualquier otro ciudadano común. Pero también se reconoce en la acepción médica y biológica del término –donde la inmunización, natural o inducida, implica la capacidad del organismo de resistir, mediante sus propios anticuerpos, a la infección que porta un virus procedente del exterior. Superponiendo ambos sentidos –el jurídico y el médico–, se puede concluir que, si la communitas determina la

terminar "en seguida", es decir, apenas pasa el tiempo necesario para el consumo, y ese tiempo se debe reducir al mínimo indispensable.” (Bauman, Z. La Globalización. Op. cit. pp. 106-108)

*ruptura de las barreras protectoras de la identidad individual, la immunitas es el intento de reconstruirla en una forma defensiva y ofensiva contra todo elemento externo que venga a amenazarla. De ahí tanto la necesidad como el riesgo implícitos en las dinámicas de inmunización, cada vez más extendidas en todos los ámbitos de la vida contemporánea. Cuando la inmunidad, aunque sea necesaria para nuestra vida, es llevada más allá de un cierto umbral, acaba por negarla, encerrándola en una suerte de jaula en la que no sólo se pierde nuestra libertad, sino también el sentido mismo de nuestra existencia individual y colectiva”.*⁹³

Afirma que en todo lo que está sucediendo hoy en el mundo, desde el cuerpo individual al cuerpo social o desde el cuerpo tecnológico al cuerpo político, la cuestión de la inmunidad está en la encrucijada de todos los caminos. La radicalización de la protección inmunitaria constituiría la clave interpretativa más potente para comprender la singularidad de nuestra época. A su juicio, la inmunidad, si bien es la negatividad necesaria para proteger la vida, cuando se lleva más allá de cierto umbral (que él no concreta), acaba negando dicha vida, de ahí que profetice que la lógica inmunitaria destruirá el mundo a menos que seamos capaces “*de reconstruir la relación con la communitas y con el munus que ésta porta dentro de sí como su dimensión originaria*”⁹⁴.

“...aquello que salvaguarda el cuerpo –individual, social, político– es también aquello que impide su desarrollo. Y aquello que también, sobrepasado cierto punto, amenaza con destruirlo. Por otra parte, semejante contradicción –esta conexión entre protección y negación de la vida– está implícita en el mismo procedimiento médico de inmunización. Como se sabe, para vacunar a un paciente se le enfrenta con una enfermedad, se inserta en su organismo una porción controlada y sostenible; lo cual significa que, en este caso, la medicina está hecha del mismo veneno del cual debe proteger –como si para conservar la vida de alguien fuera necesario hacerle de alguna manera ensayar la muerte, inyectarle el mismo mal del cual se le quiere poner a salvo. Usando el

lenguaje de Benjamin^{xvi}, se podría decir que la inmunización a altas dosis es el sacrificio del viviente –esto es, de toda forma de vida cualificada– a la simple supervivencia. La reducción de la vida a su desnuda base biológica.”⁹⁵

Esposito sostiene que, para comprender la historia política moderna de Occidente, son insuficientes los paradigmas del totalitarismo y de la biopolítica tomados unilateralmente. Mientras que el primero es radicalmente negativo y se vuelve mera filosofía de la historia, el paradigma de la biopolítica, a pesar de que no parte de presupuestos filosóficos sino de hechos, no logra explicar por qué la política y el derecho, que toman hoy como objeto la vida, se han convertido en acción de muerte⁹⁶. Tampoco es posible (en contra de lo propuesto por Agamben) unificar ambos paradigmas en un único marco, ya que son lógicamente divergentes⁹⁷. Según Esposito, la solución pasa por la introducción de la categoría de inmunización como un mediador que completa el sentido de ambos paradigmas y permite su articulación. La tesis de Foucault sobre la biopolítica le sirve para exponer su argumentación. Afirma que, al abordar la genealogía de la biopolítica, Foucault osciló entre dos posiciones incompatibles: considerarla una política de la vida y contra la vida misma. Ante la paradoja expuesta por Foucault acerca de la implantación del Plan Beveridge^{xvii} en plena Segunda Guerra Mundial^{xviii}, Espósito

^{xvi} Esposito se refiere aquí a Walter Benjamin, quien en su obra *Para una crítica de la violencia* planteaba: “...con la vida desnuda cesa el dominio del derecho sobre el viviente. La violencia mítica es la violencia sangrienta sobre la desnuda vida en nombre de la violencia; la pura violencia divina es violencia sobre toda la vida en nombre del viviente. La primera exige sacrificios, la segunda los acepta.” (consultado en internet en: <http://www.philosophia.cl/biblioteca/Benjamin/violencia.pdf> p. 16, consultado el 20-02-14)

^{xvii} Al inicio de la Segunda Guerra Mundial, en plena “Batalla de Inglaterra” (los combates aéreos y bombardeos que, con la intención de anular el poderío militar de Gran Bretaña, para preparar la invasión a las Islas Británicas llevó a cabo la *Luttwaffe* alemana) el gobierno conservador inglés (encabezado por Churchill) solicita en 1941 a William Beveridge, economista liberal, de filiación laborista, que elabore un informe que sirva para proponer un modelo de reconstrucción económica y social para el periodo de posguerra. El informe, titulado *Report to the Parliament on Social Insurance and Allied Services*, se hizo público en noviembre de 1942 y es conocido como *Plan Beveridge* (cfr. Centro Interamericano de Estudios en Seguridad Social (CIESS) Plan Beveridge. Edición facsimilar, CIESS, México 2009). Propone establecer una serie de prestaciones en caso de enfermedad, desempleo, jubilación y otras, para todo súbdito británico en edad laboral. Se plantea que el sistema permitirá asegurar un nivel de vida mínimo por debajo del cual nadie deberá caer. Para convencer a los conservadores, Beveridge asegura que la asunción por parte del Estado de los gastos de enfermedad y de las pensiones de jubilación permitirá a la industria nacional beneficiarse de aumento de la productividad, y como consecuencia, de la competitividad. En 1944, Beveridge publicó un “segundo informe Beveridge” (*Full Employment in a Free Society*) en el que propone que la puesta en marcha

se pregunta: “¿Por qué un poder que funciona asegurando la vida, protegiéndola, incrementándola, manifiesta tan grande potencial de muerte?”⁹⁸ Reflexionando sobre la idea racionalmente inviable de “...una muerte necesaria para conservar la vida, de una vida que se nutre de la muerte ajena y, por último, como en el caso del nazismo, también de la propia”⁹⁹, vuelve a interrogarse “¿Por qué la biopolítica amenaza continuamente con volverse tanatopolítica?”¹⁰⁰ Esposito sostiene que el paradigma de la inmunización resuelve esa oscilación de la biopolítica foucaultiana y ayuda a responder a ambas preguntas. La *immunitas* no sólo explica el vínculo negativo entre la vida y el poder, sino que lo articula con la dimensión positiva de la acción del poder sobre la vida. De este modo, el modelo jurídico-represor de la soberanía no se opone al normativo-potenciador de la biopolítica, sino que más bien la soberanía constituye la primera y más influyente figura inmunitaria que adopta el régimen biopolítico. El modo de hacerlo es inducir una individualización artificial en orden a inmunizar respecto del ser en común, esto es, de la *communitas*¹⁰¹.

Esposito acentúa el poder negativo de las instituciones modernas, su nihilismo y tendencia autodisolutiva para con la vida que supuestamente protege, concluyendo que el mundo se encamina a su disolución. Según su razonamiento, la inmunidad implica absolutizar la supervivencia individual, siendo por ello simétricamente opuesta a la experiencia comunitaria. La consecuencia es que todos los sistemas políticos modernos, son a su juicio nihilistas y merecedores de condena¹⁰². Y si la moderna biopolítica inmunizadora, sustentada en la metafísica del individuo, constituye el más radical ataque a la *communitas* humana, es lógico que lo liberador esté del lado de lo anti individual, de lo colectivo¹⁰³. La noción de persona implica distinguir entre el mero humano y su cualificación:

de un eficaz sistema de protección social exige una situación de pleno empleo. Sus ideas progresistas convergieron con las de otro economista británico, John Maynard Keynes. Ambos informes, junto con las ideas de Keynes, fueron parte esencial de la plataforma político social del Partido Laborista que, contrario a lo esperado por el Churchill, héroe de la guerra, gana las elecciones. Clement Atlee, nuevo primer ministro, anuncia entonces la puesta en marcha del “Estado del Bienestar”.

^{xviii} “vayan y déjense masacrar, por nuestra parte les prometemos una vida larga y confortable” (Foucault, citado por Esposito en *Bíos. Biopolítica y filosofía*. Op. cit. p. 64).

“...sea por decreto divino o por vía natural, en todo caso, devenir persona es el umbral, el paso crucial a través del cual una materia biológica carente de significado deviene algo de carácter intangible. Lo que, de este modo, queda presupuesto, antes aun de otros criterios o principios normativos, es la absoluta primacía ontológica –el valor añadido inconmensurable– de aquello que es personal respecto a lo que no lo es: sólo puede ser sagrada o apreciable desde un punto de vista cualitativo la vida que ha traspasado ese umbral simbólico, que es capaz de acreditarse como persona.”¹⁰⁴

En esta apreciación Esposito parece cercano a las tesis de Agamben. Sin embargo, el excesivo valor que se le confiere a la persona en la actualidad es, de acuerdo con Esposito, culpable del fracaso de los derechos humanos.

“El problema con el que nos enfrentamos –la absoluta impracticabilidad de unos derechos del hombre en cuanto tal– no nace, en suma, del hecho de que no hayamos ingresado del todo en el régimen de la persona, sino de que todavía no hemos salido de él.”¹⁰⁵ Por ello Esposito reivindica el paradigma de lo impersonal como aquello que puede devolver a la humanidad al *munus* comunitario, sustentando tal afirmación en argumentos legales^{xix}, literarios^{xx}, políticos^{xxi} y filosóficos^{xxii}.

^{xix} (El derecho) “... entendido como prerrogativa de determinados individuos, excluye a todos aquellos que no pertenezcan a la misma categoría. Es por ello por lo que el derecho subjetivo –o, más aún, personal– siempre ha tenido que ver, por una parte, con el intercambio económico entre bienes mensurables y, por otra, con la fuerza. Sólo ésta es capaz de imponer el respeto a un derecho asimétrico a aquellos que no lo comparten.”... “Si el derecho pertenece a la persona, la justicia está situada en el orden de lo impersonal. Es aquello que da la vuelta a lo propio haciéndolo impropio, a lo inmune haciéndolo común. Sólo desmontando el dispositivo de la persona, el ser humano será finalmente pensado en cuanto tal –por aquello que tiene, a la vez, de absolutamente singular y de absolutamente general” *Ibíd.* p 145

^{xx} “escribir equivale a pasar de la primera a la tercera persona” Maurice Blanchot, citado por Esposito, *Ibíd.* p 147.

^{xxi} “...la impersonalidad y, por tanto, la exclusión del nombre propio constituyen no sólo la forma, sino el contenido mismo del acto político, su dimensión no personal, en el sentido de ser colectiva y común.” Esposito hace referencia a los movimientos de masas, las organizaciones colectivistas, los discursos y prácticas políticas socialistas, etc. *Ibíd.* p 147.

^{xxii} “La vida, antes de cualquier subjetivación jurídica, constituye el punto indivisible en el que el ser del hombre coincide perfectamente con su modo, en el que la forma –la forma de vida– es la forma de su contenido mismo.” (...) “la vida, al asumirse en su potencia impersonal, es aquello que contradice de raíz la separación jerárquica del género humano, y del hombre mismo, en dos sustancias superpuestas o sometidas, una de carácter racional y otra de carácter animal.” (...) “El ‘devenir animal’ del hombre y en el hombre significa –y exige– la disolución del nudo metafísico presente en la idea y en la práctica de la persona, a favor

Desde mi perspectiva, aunque Foucault (como ya he mencionado), no logra desarrollar a plenitud la categoría biopolítica, tampoco oscila contradictoriamente entre la biopolítica como política de la vida y contra la vida. Más bien identifica la dialéctica de la biopolítica. La biopolítica para él, no sólo es “hacer vivir”, sino también “dejar morir”. Considerar, como Foucault, que la producción de vida no es incompatible con producir muerte o viceversa, permite identificar que el ejercicio del poder del Estado no siempre tiene consecuencias negativas para las mayorías, sino que existe la posibilidad de impulsar la protección y producción de la vida. Esta perspectiva exige no reducir la inmunidad a la negación de la vida, sino considerar la posibilidad de alternativas a la biopolítica en las que se descubra, que incluso la inmunidad puede poseer una dimensión positiva, siempre y cuando se impulsen desde “abajo”, colectivamente, comunitariamente, exigiendo al Estado cumpla su responsabilidad para con toda la población. De cualquier manera creo que las tesis de Esposito sobre inmunidad y comunidad son pistas importantes para reflexionar sobre el dilema de la promoción de la salud.

Otras aproximaciones al poder en la salud pública

Mario Testa¹⁰⁶ ha propuesto al poder como el núcleo en torno al cual se desarrollan las interpretaciones que permiten entender la práctica de los individuos y grupos sobre los problemas de salud. Al referirse al “sector salud”^{xxiii}, considera que el poder (las decisiones que se toman en torno a la salud individual o colectiva), tiene tres grandes propósitos: crecimiento (o reproducción), cambio y legitimación. A su vez, cada propósito se desarrolla en un ámbito específico de las decisiones, cuando es crecimiento, corresponde al ámbito administrativo; cuando se trata de cambio (o transformación) al estratégico y, el propósito de legitimación

de un modo de ser hombre, ya no en camino hacia la cosa, sino finalmente coincidente sólo consigo mismo.”
Ibíd. p 148.

^{xxiii} Testa conceptualiza al *sector salud* no como un conjunto de instituciones, sino como “un espacio social donde transcurren los procesos –discusiones, conflictos, decisiones, acciones- de salud. Al ser un espacio social se redefine permanentemente, tanto en términos coyunturales como históricos o, dicho en la dimensión de poder, como espacio donde se disputa el poder cotidiano y como espacio donde se disputa el poder societal. Considerado el sector de esta manera, su estructura de poder se genera en la articulación con el Estado.” (cfr. Testa, M. *Pensamiento estratégico y lógica de programación. (El caso de salud)*. Lugar Editorial. Buenos Aires, 2007, p. 67)

al ideológico. Sugiere que tales propósitos y ámbitos poseen complejidad progresiva: es más fácil tomar decisiones administrativas que estratégicas y más complicado identificar los componentes ideológicos en ellas. Plantea además que hay una correspondencia entre los ámbitos de decisión y los niveles de la realidad. Así, lo administrativo tendría que ver, para él, con el llamado sector salud, lo estratégico con las fuerzas sociales en pugna en el sector (les llama “los actores del drama estratégico”) y lo ideológico con las fuerzas sociales en relación con la totalidad social (la formación social)¹⁰⁷. Por último, caracteriza tres tipos de poder en el sector.

*“Poder técnico es la capacidad de generar, acceder, manejar información de distintas características. Poder administrativo es la capacidad de apropiarse y asignar recursos. Poder político es la capacidad de movilizar grupos sociales en demanda o reclamo de sus necesidades o intereses.”*¹⁰⁸

Para el citado autor, la idea de poder político en el capitalismo está perennemente atada al Estado. Aludiendo (sin citar) a Weber^{xxiv}, afirma que el poder del Estado es una categoría que contiene una acción (el ejercicio de la violencia), el uso de un recurso (la fuerza física representada en las policías y el ejército), la razón que legitima la acción (su legitimidad), el procedimiento normativo que debe seguirse para ejercerla (la legalidad), el propósito al que se dedica tal acción (el mantenimiento del orden social) y la determinación de “orden superior” que justifica tal propósito (el espacio social –la formación social históricamente determinada-)¹⁰⁹. Al hacer una exposición sobre las teorías que explican el papel político del Estado, señala que para la interpretación liberal (y la ideología neoliberal) el Estado moderno surge como consecuencia de la complejidad de la sociedad, para regular los conflictos, respetando los derechos individuales, la propiedad, la opinión, la libertad. El Estado es garante de la igualdad en una sociedad de iguales; los individuos son iguales para el Estado, tanto en la política

^{xxiv} “El Estado moderno es una asociación de dominación con carácter institucional que ha tratado, con éxito, de monopolizar dentro de un territorio la violencia física legítima como medio de dominación y que, para lograr esta finalidad, ha reunido todos los medios materiales en manos de su dirigente y ha expropiado a todos los funcionarios que antes disponían de ellos por derecho propio, sustituyéndolos con sus propias jerarquías supremas.” (Cfr. Weber, M. La política como vocación. En: *El político y el científico*. Alianza editorial, Madrid, 1979, p. 92)

como en el mercado. Por el contrario, para la interpretación marxista, el Estado se constituye para mantener la desigualdad entre las clases sociales. Desde tal punto de vista el discurso liberal es “una pantalla de legitimación”¹¹⁰ de los mecanismos de dominación. Testa plantea que la interpretación marxista del Estado permite entender los efectos de la lucha entre los movimientos contra-hegemónicos y el poder hegemónico; cómo se lleva a cabo la incorporación de ciertas demandas de tales movimientos (que surgen en la esfera de lo privado, lo individual) en el ámbito institucional, pero también, cómo se producen movimientos inversos que privatizan lo público y por otra parte determinan “una manera de inmiscuirse del Estado en la intimidad de los comportamientos personales”¹¹¹. Esta intromisión es particularmente clara en relación con la cultura y la salud. Finalmente, señala que el poder impacta sobre la conciencia individual y colectiva mediante la ideologización, la transmisión de ideología. En el caso de la salud, tal ideologización conforma una manera de entenderla como un bien que puede ser consumido, como una mercancía que puede ser adquirida, se genera a través de ella una cultura del consumo de la salud¹¹². Este planteamiento, desde mi punto de vista, es muy cercano (aunque Testa no lo reconozca) a las tesis de Foucault con relación al proceso de medicalización indefinida y a algunas interpretaciones del concepto de biopolítica, como se ha visto anteriormente, creo que deben tomarse en cuenta como elementos adicionales de reflexión sobre el dilema de la promoción de la salud, particularmente hacia el desarrollo de un movimiento para la construcción de una cultura de la salud, la vida digna y la exigibilidad del derecho a la salud.

Notas sobre los términos políticas públicas y políticas públicas saludables

Para finalizar esta sección, no quiero pasar por alto una breve caracterización de los términos “políticas públicas” y “políticas públicas saludables”, empleados insistentemente en los diferentes discursos de la promoción de la salud. Empezaré señalando que hace unos 40 años Thomas Dye¹¹³ propuso una definición aparentemente simplificada de política pública, que prácticamente ha pasado a ser del dominio común: “*Public policy is whatever governments choose to do or not to*

do.”^{xxv} El concepto de *public policy* había emergido en la segunda mitad del siglo XX en los Estados Unidos, durante la posguerra y la consolidación del Estado de Bienestar, a partir de la diferenciación semántica en el idioma inglés entre *policy* (con una connotación relativa a programa gubernamental o directriz, plural *policies*) y *politics* (la política). Fue propuesto por Harold Lasswell en 1951¹¹⁴ como parte del objeto de las *Policy Sciences* (con un enfoque muy distinto al de la Ciencia Política) en un intento, según refiere Aguilar, de “*articular sistemáticamente ciencia (interdisciplinaria) y decisión (democrática) de gobierno*”¹¹⁵. Dicho de otro modo, el estudio de la racionalidad del proceso decisorio (la toma de decisiones, *policy decision making*) dentro del gobierno. El propio Aguilar afirma que la propuesta de Lasswell, surgida en el contexto del macartismo, apoyada en el positivismo lógico y el pragmatismo, considera que el método científico cuantitativo, tiene la potencialidad de “*modelar numéricamente el comportamiento del mundo social*”¹¹⁶, por lo que se debe “*aceptar el método como algo dado y poner el énfasis en la elección de problemas significativos a los que el método pueda aplicarse y en los que pueda desarrollarse*”¹¹⁷.

Desde tal punto de vista las *Policy Sciences* son, en realidad, un campo para el conocimiento de los procesos técnicos y las herramientas técnicas que apoyan el ejercicio del gobierno; esto es, el estudio del proceso de análisis, formulación, decisión, ejecución y evaluación de las políticas. Pero, de acuerdo a Lasswell las *Policy Sciences* no toman como objeto cualquier política, sino aquellas que tienen que ver con el “*compromiso humanista*” y el “*ideal libertario de la democracia*”, políticas que tienen que ver con los grandes problemas de “*la realización colectiva de la libertad y la dignidad de la persona humana*”¹¹⁸. Esto es, políticas que sólo pueden ser concebidas como públicas, o concernientes a lo público. Lasswell fue un poco más allá en su planteamiento de *Policy Sciences*, proponiendo una división de enfoques complementarios (interdependientes y para él inseparables

^{xxv} Dye explica un poco más adelante el significado de ese “no hacer” gubernamental: “*Note that we are focusing not only on government action but also on government inaction, that is, what government chooses not to do. We contend that government inaction can have just as great an impact on society as government action.*” Dye, T. *Understanding Public Policy*. Op. cit. p 4

en la práctica): el conocimiento del proceso de las políticas (*knowledge of*^{xxvi}), y el conocimiento en el proceso de las políticas (*knowledge in*^{xxvii}). Ello dio origen a dos diferentes “escuelas” entre sus seguidores: la de los investigadores del conocimiento de las políticas (*policy studies*), y la de los diseñadores de políticas públicas (*policy analysis for policy making*). No pretendo detallar las peculiaridades de ambas corrientes, pues ello está fuera de los objetivos de mi trabajo, sólo señalaré que tal división ha generado diferentes definiciones y enfoques del término políticas públicas. Es por ello que existen interpretaciones que sólo consideran política pública a la explicitación (y ejecución) de decisiones sobre hechos específicos que afectan a la población, así como otras que consideran que una política pública no es solamente una acción concreta, puede ser también una acción simbólica o un no-programa (como el caso que propone la citada definición de Dye). Otro aspecto clave destacado por los seguidores de la corriente de *policy studies*, en las definiciones sobre políticas públicas tiene que ver con que las decisiones implicadas tengan como objeto la distribución de determinados bienes o recursos. Enfatizan que una política pública no es una acción aislada de un contexto de intereses de grupos, por lo que en su proceso de diseño-ejecución se ponen en juego bienes o recursos que pueden afectar o privilegiar a determinados individuos y grupos.

^{xxvi} “la tarea de conocer el proceso de decisión de la política así como de hecho sucede.”... “busca producir descripciones, definiciones, clasificaciones, explicaciones del proceso por medio del cual un sistema político dado —y en especial, el gobierno— elabora y desarrolla las decisiones relativas a asuntos públicos, las políticas públicas.”(...) “busca saber cómo y por qué determinados problemas son calificados de públicos y a otros se les niega tal calidad, cómo y por qué el gobierno incluye ciertos problemas en su agenda y excluye otros; cómo y por qué los percibe y define de una cierta manera y deja de lado otras definiciones plausibles, tal vez más relevantes; cómo y por qué los gobiernos tienden a elegir ciertos cursos de acción, a privilegiar ciertos instrumentos, a acentuar ciertos aspectos de la acción pública, y descartan otros cursos, instrumentos, operadores, aspectos; cómo y por qué se eligen ciertos patrones de implementación y se prefieren ciertos criterios valorativos en la elección y evaluación de las políticas; cómo y por qué se decide continuar con las viejas políticas, tal vez corrigiéndolas, o se decide cancelarlas y darlas por terminado.” (cfr. Aguilar, óp. cit. p. 52)

^{xxvii} “...busca ofrecer, con base en los resultados de las ciencias sociales, de las ciencias naturales (cuando importan) y de las ciencias de decisión y gestión, métodos analíticos, información pertinente y conocimiento, con el propósito de incrementar la racionalidad de la construcción, examen, selección y desarrollo de las opciones de política.”(...) “indica cuáles son los cursos de acción idóneos, eficaces y eficientes para poder realizar los fines preferidos en contextos dados y restrictivos.”(...) tiene un “carácter tecnológico... pretende definir los mejores instrumentos y procedimientos de la acción pública...” (cfr. Aguilar, óp. cit. p. 53)

Mény y Thoenig, en una obra considerada referente en el campo, señalaron a las políticas públicas como *“un programa de acción gubernamental en un sector de la sociedad o en un espacio geográfico”*¹¹⁹ Años más tarde el propio Thoenig precisó que una política pública es *“el trabajo de las autoridades investidas de legitimidad pública gubernamental”* y que su objeto *“abarca múltiples aspectos, que van desde la definición y selección de prioridades de intervención hasta la toma de decisiones, su administración y evaluación.”*¹²⁰ Por su parte para Larrue¹²¹ política pública es: *“Una concatenación de actividades, decisiones o de medidas coherentes por lo menos en su intención, y tomadas principalmente por los actores del sistema político-administrativo de un país con la finalidad de resolver un problema colectivo. Estas decisiones dan lugar a actos formalizados, de naturaleza más o menos coercitiva, con el objetivo de modificar el comportamiento de ‘grupos que conforman blancos’, los cuales se encuentran supuestamente en el origen del problema por resolver”*. En un artículo reciente, Velázquez hace un amplio y exhaustivo análisis de las diversas definiciones sobre políticas públicas, y propone:

“Política pública es un proceso integrador de decisiones, acciones, inacciones, acuerdos e instrumentos, adelantado por autoridades públicas con la participación eventual de los particulares, y encaminado a solucionar o prevenir una situación definida como problemática. La política pública hace parte de un ambiente determinado del cual se nutre y al cual pretende modificar o mantener”.¹²²

V. Orígenes y desarrollo de la promoción de la salud.

Para responder las interrogantes sobre ¿Cómo fue el surgimiento de la promoción de la salud, y cómo transitó del estatus de elemento del discurso médico preventivista a constituirse por sí misma en una estrategia biopolítica general? habría que comenzar señalando que el término es un producto de la modernidad reciente. Aparece oficialmente en el discurso médico sólo hasta el final de la primera mitad del siglo XX^{xxviii}, a propuesta de Henry Sigerist¹²³; es evocado durante los debates alrededor de la creación de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud en 1946¹²⁴ y adquiere el estatuto de primer nivel de prevención en 1953, en la primera edición del *Textbook of Preventive Medicine*¹²⁵ de Leavell y Clark^{xxix}, significado con el cual se mantuvo prácticamente sin cambios hasta el momento en que se discutió e hizo pública la carta de Ottawa¹²⁶ sobre promoción de la salud (1986). A lo largo de cuarenta años no parecía existir interpretación distinta: alrededor del objeto enfermedad, interviniendo

^{xxviii} Paulo Buss, (véase Buss, P. Una introducción al concepto de promoción de la salud. En: Czeresnia, D. & Machado, C. Promoción de la salud, conceptos, reflexiones, tendencias. Lugar Editorial. Buenos Aires, 2008. p. 21 y 22) refiere equivocadamente una definición de promoción de la salud propuesta por Winslow (Winslow, C.-E. A. The untilled fields of Public Health. Science 1920; 51 (1306): p. 30). De hecho transcribe dos traducciones diferentes del mismo párrafo que alude. En realidad lo que el entonces vicepresidente de la American Association for the Advancement of Science pretendía, después de una detallada exposición, era visualizar el **futuro de la salud pública** (de ahí el título de su famoso artículo: "Los campos no cultivados..."). Textualmente se expresó así: "*If we are looking to the future we must conceive our subject in terms no smaller than those of the following definition: Public Health is the science and art of preventing disease, prolonging life, promoting physical health and efficiency, through organized community efforts for the sanitation of the environment, the control of community infections, the education of the individual in principles of personal hygiene, the organization of medical and nursing service for the early diagnosis and preventive treatment of disease, and the development of the social machinery which will ensure to every individual in the community a standard of living adequate for the maintenance of health. Public Health conceived in these terms will be something vastly different from the exercise of pure police power which has been its principal manifestation in the past.*" Como puede verse Winslow empleaba "promoting physical health" como una acción de la salud pública, pero nunca estableció una definición de ello, y menos aún se refirió a "health promotion" en parte alguna de su artículo.

^{xxix} Clark y Leavell (op. cit. p. 11) establecen: "...there are at least five levels at which preventive practices may be applied: a) health promotion; b) specific protection; c) early recognition and prompt treatment; d) disability limitation; e) rehabilitation." Más adelante, al referirse a Health Promotion escriben: "The procedures employed in promoting health are not directed at any particular disease or disorder, but serve to further general health and well-being. Health education and motivation are vitally important in this connection." Y finalmente concluyen: "...every illness that brings the patient to the physician offers an opportunity for advice not only concerning treatment of that illness and prevention of further disability from it, but also as to how the remaining health potential of that person may be maintained."

tempranamente sobre su proceso de “evolución natural”, la promoción de la salud representaba el nivel preventivo más general e inespecífico de la práctica médica. En Ottawa, como consecuencia de diversos procesos que tuvieron lugar durante los años setenta en Canadá y otros países altamente industrializados, así como del contexto internacional que enmarcó los debates entre desarrollo y pobreza, se reformula el concepto, intentándose sacarlo de la órbita exclusivamente médica y hacerlo más acorde con el espíritu de Alma-Ata¹²⁷. Se observa entonces una convergencia del concepto de promoción de la salud, con los enfoques contemporáneos de desarrollo humano, capacidades, libertades y recursos^{128 129}.^{130 xxx} A partir de entonces se diversifican sus acepciones, incluso llegando a ser contradictorias, lo cual ha llevado a diversas implicaciones prácticas importantes.

^{xxxxxx} En otro trabajo publicado expuse la estrecha relación entre los conceptos de desarrollo humano (particularmente bajo el enfoque elaborado por Amartya Sen) y de promoción de la salud (en el sentido más amplio cobijado por la Carta de Ottawa). Ambos son contemporáneos y tienen raíces en preocupaciones comunes sobre la calidad de vida y la dignidad humanas. Sintéticamente, señalaré que el desarrollo humano asume, en principio, un proceso de ampliación de las opciones y capacidades de las personas, que se concreta en una mejora de la esperanza de vida, la salud, la educación y el acceso a los recursos necesarios para un nivel de vida digno. La promoción de la salud, por su parte, tiene que ver con la construcción social de oportunidades para que todas las personas puedan ejercer control sobre su proceso vital humano, desarrollando capacidades y competencias para tomar decisiones saludables que les permitan vivir con dignidad, el mayor tiempo posible, y disfrutando de la mayor calidad de vida.

El desarrollo humano es un enfoque pluridimensional que tiene como finalidad el aumento de las libertades del ser humano, establece una aproximación distinta de construcción de un modelo de desarrollo y propone una explicación alternativa de cómo se logra el desarrollo a partir de la acción concreta y cotidiana de los seres humanos. El paradigma de desarrollo humano es la expansión de las libertades reales de que disfruta una persona para hacer o ser en la vida. Implica la disminución o eliminación de aquellas privaciones que impiden que las personas tengan las libertades necesarias para elegir y mejorar su calidad de vida. Esas privaciones pueden ser la pobreza, el desempleo, la falta de educación, de salud, de nutrición, el hambre, la falta de libertad para expresarse, la falta de un Estado de derecho, de acceso a la información y al conocimiento, de participación, y de autoestima. Por tanto, la libertad se convierte en un valor constitutivo e instrumental del desarrollo. Amartya Sen establece dos variables que definen el concepto de desarrollo humano: capacidades y funciones. Para Sen la expansión de las capacidades es el punto de partida del desarrollo humano, mientras que las funciones es lo que las personas valoran hacer o ser.

Sen considera que las funciones, implican tanto lo estrictamente biológico, como situaciones sociales más complejas (como la participación o la autoestima). Las capacidades representan el conjunto de condiciones y posibilidades (tener conocimientos, habilidades, salud, ingresos y disponer de medios) que permiten llegar a logros reales, a realizar funciones deseadas. Es decir, las capacidades representan la libertad para lograr distintas combinaciones de funciones entre las que se puede elegir. La falta de libertades fundamentales está relacionada directamente con la pobreza. El desarrollo humano hace necesario que los gobiernos implementen políticas retributivas e inclusivas dirigidas a ampliar las potencialidades y opciones de sus ciudadanos. Bajo el paradigma del desarrollo humano, la amplia inversión en salud, educación y nutrición es indispensable para la viabilidad de una sociedad. El paradigma del desarrollo humano es núcleo esencial del derecho a la salud. (Cfr. Castro-Albarrán, JM. “Desarrollo humano, salud y calidad de vida”. En: González-

En la descripción de antecedentes de la promoción de la salud que se presentan a continuación, me circunscribo a los marcos de referencia de las formaciones sociales que dieron origen, desarrollaron, impusieron (o a su vez les fue impuesta) y recrean lo que llamaré “cultura occidental hegemónica”. Históricamente, cada formación social ha conferido valores y significados específicos a la salud y a la enfermedad, construyendo discursos, saberes y prácticas en torno a ellas. Tales elementos, son determinados por la manera concreta en la que cada sociedad organiza las relaciones de producción entre sus integrantes, el grado de desarrollo de la tecnología y de la capacidad para producir satisfactores de necesidades, así como por la superestructura de la propia formación social. El proceso se complejiza en la medida en que las formaciones sociales se vuelven, a su vez, más complejas e interactúan con otras en el contexto global. No omito reconocer que existen otros significados y conceptos de salud construidos en el seno de otras sociedades y culturas, que (sobre todo en el mundo globalizado actual) interactúan permanentemente con la cultura occidental hegemónica. Muchos de tales saberes, han sido abstraídos y reciclados por el modelo dominante, otros han sido eliminados o proscritos, y muchos más prosiguen su desarrollo subalterno, recogiendo y a su vez reciclando los conceptos dominantes.

Estos procesos de interacción de significados y conceptos a lo largo de la historia son, en realidad, disputas entre los distintos saberes y discursos, en otras palabras, enfrentamientos de poder. Cuando estas disputas se instituyen en circunstancias desiguales se generan luchas asimétricas entre un discurso dominante y otros conocimientos que resultan sometidos al poder hegemónico. Foucault en diversos momentos^{131 132 133} propuso una noción de poder que se fundamenta en una relación de fuerzas contrapuestas que siempre interactúan con otras. Consideraba al poder como un ejercicio fáctico que obliga al cambio en las acciones de los sujetos y sus modos de vida; tiene la facultad de modificar las prácticas sociales, las conductas y los hábitos. Desde su perspectiva, cuando un grupo determinado detenta el poder e instituye como verdad un discurso

Guzmán, R.; Castro-Albarrán, JM; Moreno-Altamirano, L. *Promoción de la salud en el ciclo de vida*. McGraw-Hill. México 2011)

dominante y logra imponer sus intereses en las clases subalternas, de manera que sean reconocidos como propios, se evidencia un proceso de dominación cultural^{xxx}. Eso es lo que ha ocurrido con las nociones de salud y enfermedad dominantes en las formaciones sociales contemporáneas.

Aun cuando no es posible conocer la manera en la que se estructuraba el pensamiento del hombre primitivo, la evidencia material disponible apunta a la convicción de que sus conceptos acerca de la salud y la enfermedad eran *mágicos*; es decir, que fuerzas externas a la persona, intencionalmente le podrían causar daño o protegerle, por semejanza (magia homeopática) o por contacto (magia contaminante o contagiosa)^{xxxii}. Esas fuerzas externas podrían ser otras personas, animales, objetos o fenómenos de la naturaleza. Las creencias mágicas dentro de las comunidades, hicieron que se establecieran ciertas normas, reglas y “tabúes” que había que respetar para proteger al individuo y al grupo. Además fueron apareciendo especialistas en magia y hechicería capaces de “proteger-curar” o “castigar-echar daño”. Siguiendo a Canguilhem¹³⁴, la concepción mágica es ontológica, es decir es “algo que le sobreviene al hombre” (...) “la enfermedad entra y sale del hombre como a través de una puerta”¹³⁵, expeler al mal, a ese ente extraño, lleva a recuperar la salud.

Conforme se fueron complejizando la base material y las estructuras jurídico-políticas e ideológicas de las diversas formaciones sociales, la visión mágica de la enfermedad fue cambiando, sin desaparecer del todo, pero dando paso a una conceptualización religiosa (la enfermedad como efecto de voluntad divina) igualmente ontológica. Se asignó a los dioses un poder para causar enfermedades o curarlas. Por ello, en distintas sociedades de la antigüedad, la concepción sobre la salud y la enfermedad empezó a tener como consecuencia práctica, la búsqueda de rituales propiciatorios para obtener el favor de los dioses y mantener la salud, o para solicitar la contención de su ira de modo que la enfermedad abandonara el cuerpo. Los rituales se transformaron en preceptos jurídico-

^{xxx} En principio, en ese sentido es que empleo el concepto de “cultura occidental hegemónica”.

^{xxxii} Recupero aquí la clasificación de James G Frazer sobre la magia propuesta en: Frazer, JG *La rama dorada*. Fondo de Cultura Económica, México. 1965.

religiosos, que se mantuvieron en diferentes civilizaciones antiguas, ayudando a mantener la cohesión social¹³⁶.

Simultáneamente a estos procesos, se fue acumulando y sistematizando el conocimiento del poder curativo de ciertas plantas y sustancias, la importancia de la dieta y a actividad física, así como la influencia de los cambios ambientales sobre la salud. Tales saberes, desarrollados y ejercidos por la clase dominante de las formaciones sociales esclavistas, posibilitaron una concepción diferente y más estructurada con respecto a la salud, y consecuentemente nuevas prácticas. Así ocurrió en la Grecia clásica, lo cual tuvo gran influencia universal ulterior. Se trató de una concepción dinámica: “La naturaleza (physis), tanto en el hombre como fuera de él, es armonía y equilibrio, La enfermedad es la perturbación de ese equilibrio, de esa armonía”¹³⁷. Al respecto, Tountas (refiriéndose a los orígenes históricos de los conceptos básicos de la promoción de la salud), ha escrito que particularmente entre los siglos sexto y cuarto A.C.:

*“...the ancient Greeks were the first to break with the metaphysical/ supernatural conceptions of health and disease that had so far dominated human societies (...) developed the physiocratic school of thought, realizing that maintaining good health and fighting illness depend on natural causes and that health and disease cannot be dissociated from particular physical and social environments nor from human behavior.”*¹³⁸

Ello puede observarse claramente en la relación que hacían los miembros de la escuela pitagórica¹³⁹ entre los *cuatro humores* corporales (sangre, flema, bilis amarilla y bilis negra) con los *cuatro elementos naturales* (fuego, tierra, agua y aire) y sus respectivas *cuatro cualidades* (calor, sequedad, humedad y frío). Los pitagóricos establecieron un modo de vivir ascético, basado en la moderación, auto-control y templanza, con alimentación dietética (no consumían carne, ni habas), práctica de gimnasia y empleo de la música para restaurar la salud alterada.

Para los fisiocráticos de Crotona y Cos, la enfermedad era una condición de desequilibrio entre los cuatro humores y entre ellos, la naturaleza y sus

cualidades. Al respecto y sólo como ejemplo se pueden mencionar las ideas de Alcmeón de Crotona, quien según cita Bueno¹⁴⁰ definía la salud "...como una distribución equitativa, diríamos democrática -a juzgar por el término que utiliza: ἰσονομία (isonomía)- de las fuerzas, de lo frío y lo caliente, de lo húmedo y lo seco... El dominio de uno sólo, genera la enfermedad: «la monarquía es lo peor», dice Alcmeón". Por su parte, Laín Entralgo¹⁴¹ describe como la medicina con los griegos se constituyó como un saber técnico (en griego: *tékhne iatrikē*, en latín: *ars medica*) fundado sobre la noción de la *physiología* (como tratado de la naturaleza), resaltando la *isonomía tōn dynámeōn* (equilibrio de las potencias) de Alcmeón de Crotona, un concepto tomado de la política, precursor del pensamiento hipocrático.

"La enfermedad no es ahora mancha ni castigo, sino alteración del buen orden de la Naturaleza, ruptura de su equilibrio. Y en el conocimiento racional de su realidad -en la nosología, puesto que de ella formalmente se trata- son claramente distinguidas la causa externa, la causa próxima y la localización del daño. Por vez primera, la del médico, además de ser destreza práctica, es a la vez observación metódica de la realidad, fisiología aplicada y sistema conceptual."¹⁴²

La escuela socrática (particularmente Platón), por su parte, postulaba que para producir y conservar la salud habría que desarrollar prácticas virtuosas que permitieran vivir en equilibrio del cuerpo y en completa armonía con la naturaleza^{xxxiii}. Por supuesto las condiciones para realizar las prácticas virtuosas señaladas, estaban directamente relacionadas con la abstención de las actividades ligadas a la mera subsistencia. Es decir, la posibilidad de construir el equilibrio y la armonía con la *physis* era un privilegio reservado a la fracción de los hombres libres, que poseía esclavos y riquezas, lo que les permitía disfrutar del

^{xxxiii} "el producir salud es disponer los elementos que hay en el cuerpo de modo que dominen o sean dominados entre sí conforme a naturaleza; y el producir enfermedad es hacer que se manden u obedezcan unos a otros contra la naturaleza" (...) "la virtud será una cierta salud, belleza y bienestar del alma; y el vicio, enfermedad, fealdad y flaqueza de la misma" (...) "las buenas prácticas llevan a la consecución de la virtud" Platón. La República. UNAM. Nuestros clásicos. México, 1978. 152-153.

ocio (*skholé*^{xxxiv}), dedicándose a la contemplación, a la meditación, a las artes, a las ciencias y a la reflexión filosófica.

Basados en tales principios, los griegos de la clase dominante desarrollaron diversas ideas alrededor de la preservación de la salud, que podrían interpretarse como discursos precursores de la promoción de la salud contemporánea^{xxxv}. Entre ellas destacan los conceptos de autosuficiencia (no dependencia hacia los otros), autonomía (poder para valerse por sí mismo), el papel de la educación para conservar la salud (la higiene como parte de la formación integral de la persona), el considerar el ambiente físico y social (v.gr. la obra hipocrática “De aires aguas y lugares”), y el establecimiento de ciertas políticas públicas (como por ejemplo, la institución del médico público, pagado por las *polis*, para atender a la población pobre).

La palabra higiene, más allá de sus orígenes mitológicos^{xxxvi}, describía entre los griegos una condición de integridad y satisfacción. La higiene es armonía entre un cuerpo y mente balanceados con el orden universal. Como discurso, la higiene alcanza un punto culminante a partir del siglo II de nuestra era, en los escritos de Galeno, en los que puede identificarse cierto significado de *promoción de la salud*, con una orientación “*abiertamente aristocrática*”¹⁴³ y un enfoque *clasista*:

“Tal como ha sido mostrado que hay gran diversidad de cuerpos, así también hay numerosas formas de vivir. En consecuencia, no es posible administrar cuidados corporales perfectos para todas las formas de vida” (...) “*La vida de muchos hombres es afectada por las particularidades de su ocupación, e inevitablemente serán dañados por lo que hacen, y esto es*

^{xxxiv} el significado original de la palabra escuela (*skholé*) en griego era tranquilidad, tiempo libre. Se fue deslizando hacia aquello que se hace durante el tiempo libre, particularmente a aquello que vale la pena hacer. De ahí llegó a significar “estudio” entre los socráticos (por oposición al ocio destinado a los juegos). En el periodo helenístico (de Alejandro Magno hasta la derrota de Cleopatra y Marco Antonio) pasó a designar a las escuelas filosóficas, y en adelante, por extensión, tomó el actual sentido de “centro de estudios”

^{xxxv} Por promoción de la salud contemporánea me refiero al movimiento general que se ha desarrollado posterior a la Carta de Ottawa, con sus diversos (incluso conflictivos y contradictorios) discursos y prácticas.

^{xxxvi} Asclepio y dos de sus hijas Hygeia (patrona de la salud a través de la práctica de la limpieza, la sanidad y el equilibrio con la naturaleza, llamada por los romanos Salus) y Panacea (la que todo lo cura, particularmente con el uso de las plantas) pertenecieron al panteón greco-romano y fueron divinidades tutelares de la medicina y la salud (véase por ejemplo: Bergua, J. Mitología Universal. Tomo I. Ediciones Ibéricas. Madrid, 1960. pp. 228-232).

imposible de cambiar. Algunos viven así a causa de la pobreza, otros de la esclavitud, o por descender de sus padres, o por haber sido apresados y raptados” (...) “De modo que para éstos es imposible prescribir un cuidado absolutamente perfecto del cuerpo. Pero para quienquiera que sea completamente libre, por azar o por elección, es posible sugerirle cómo puede gozar la mejor salud, padecer un mínimo de enfermedades, y llegar a viejo más saludablemente.”¹⁴⁴

Analizándolo en retrospectiva, el pensamiento de Galeno es una de las primeras evidencias escritas acerca de la relación entre “estilos de vida” y salud. Su práctica al servicio de la clase dominante en la Roma imperial y de los emperadores Marco Aurelio y Cómodo, le hacía percibir la determinación social de la salud como un “fenómeno natural”¹⁴⁵.

La higiene de Galeno, junto al el resto de sus obras, fue sostenida como dogma para la enseñanza de la medicina hasta la caída del Imperio romano de occidente y durante la Edad Media, deslizándose así a lo largo de la historia de la cultura occidental, como forma individual de moderar los excesos, como medio para alcanzar la armonía entre el cuerpo y el alma, como salvación ante las impurezas y el pecado, como conjuro de la peste, como expresión sofisticada de la perfección humana en la lucha por la prolongación de la vida¹⁴⁶. No obstante, para la mayoría de la población occidental, sometida durante el feudalismo a la servidumbre, y dominada por la religión cristiana, la única posibilidad de preservar la salud era a través de la fe. La iglesia cristiana destacó la misión sanadora de Cristo. La enfermedad como castigo por pecar, sólo podía ser curada por la gracia de Dios y en su apoyo, aquellos que proporcionaban los cuidados eran su instrumento y a su vez alcanzaban ellos mismos la salvación. Por ello las instituciones religiosas, quedaron a cargo del cuidado de los enfermos, para aligerar el sufrimiento, cuidar en lo posible el cuerpo como continente del alma y ayudar a bien morir (esto es, morir en la fe cristiana). Se abandonaron así las ideas preventivas e higiénicas grecorromanas, dando lugar a prácticas mucho más orientadas a la curación, las concepciones sobre la enfermedad fueron nuevamente ontológicas.

Como menciona Sigerist, para el cristianismo "...lo que cuenta es el alma. Cualquier persona está enferma sin Cristo. No son necesarias dietas ni ejercicios, a excepción del agua bendita del bautismo"¹⁴⁷ Sin embargo, como el cuerpo es el recipiente creado por Dios para albergar el alma, es pecado atentar en contra suya, por lo que "se cae en pecado si a sabiendas se ingiere algo o se hace alguna cosa que puedan provocar enfermedad o la ruina física..."¹⁴⁸. Esta particular consideración, le dio cierto margen de existencia a una serie de preceptos para la práctica de la higiene: compilados en el *Regimen Sanitatis Salernitanum* (Régimen o Regla Sanitaria de Salerno^{xxxvii}), los cuales se hicieron muy populares a partir del siglo XII. Escritos de manera anónima, en forma de versos didácticos (en la versión original eran 350) y, por tanto, de fácil memorización. También conocido como *Lilium medicinae* (El lirio de la medicina) o *Flos medicinae Salerni* (La flor de la medicina de Salerno), el texto se ofrecía como la quintaesencia de las tradiciones griega, árabe y latina sobre el cuidado de la salud mediante la higiene. Los versos ayudaban a cualquier persona a encontrar el equilibrio entre las "seis cosas no naturales" que regulan la salud e impiden que se pierda: ambiente, ejercicio, alimentos, sueño, evacuaciones y emociones^{xxxviii}. El Régimen, que no tuvo pretensiones de texto científico, ni de teoría explicativa de la salud, sino más bien buscaba la vulgarización de una higiene empírica y de sentido común, se publicó en todas las lenguas europeas y, a partir de la invención de la imprenta, se reeditó (añadiéndosele nuevos versos^{xxxix}, preceptos y comentarios) durante los siguientes siglos, convirtiéndose en uno de los libros más exitosos de la historia, hasta su última edición en el año 1880¹⁴⁹.

^{xxxvii} Salerno fue la escuela de medicina más antigua y prestigiada de la Edad Media, fundada en el siglo IX, su esplendor declinó en el siglo XIV, al ser opacada por Rávena y Padua. El Régimen, quizás no fue un producto institucional de Salerno, pero se valió de la fama de la escuela para obtener reconocimiento y credibilidad.

^{xxxviii} Como ejemplo, los dos primeros versos: "Si tibi deficiant medici, medici tibi fiant haec tria, mens laeta, requies, moderata diaeta." / "Lumina mane facies et manus surgens gelida lavet aqua. Hac illac modicum pergat, modicum sua membra extendat, crines pectat, dentes fricat: ista confortant cerebrum, confortant caetera membra. Lote cale sta pranse vel frigesce minute." ("Si te fallan los médicos, en estos tres médicos te debes confiar: Mente feliz, descanso y dieta moderada." / "Al amanecer lava con agua fría tu cara y manos. Estira suavemente los miembros todos, peina tu cabello, frota tus dientes: esto fortalece el cerebro, fortalece los otros miembros. De baño caliente no te enfries, después de comer levántate.")

^{xxxix} Según Sigerist, la edición final tenía más de 3500 versos y más de 600 páginas de comentarios y notas.

De la Escuela de Salerno, al Renacimiento, al Siglo de las Luces, al Siglo XIX, la higiene popular fue practicándose como forma individual de autocuidado “desde abajo” contrastada con la higiene “desde arriba” que empezaría a desarrollarse desde el absolutismo y se iría conformando e imponiendo como biopolítica a partir del siglo XVIII^{xi}.

A partir del proceso de acumulación originaria¹⁵⁰ y la revolución industrial, origen y desarrollo del capitalismo^{xii}, los cambios en las formaciones sociales se sucedieron vertiginosa y profundamente. Las relaciones sociales de producción se transformaron radicalmente dando lugar a la explotación capitalista de la fuerza de trabajo. El veloz desarrollo de la ciencia y la tecnología corrió paralelo al incremento en el despojo, la inequidad y la desigualdad social. La religión dejó de tener el papel determinante en el gobierno de las sociedades. Surgió el Estado moderno y con él una transformación profunda en el “arte de gobernar”. La salud pública emergió entonces como doctrina, campo de conocimiento, política y práctica social sistematizada¹⁵¹. Rosen¹⁵², historiador médico y salubrista destacado, señala que el periodo de 100 años transcurrido entre 1750 y 1850, constituye una etapa crucial en el desarrollo de la moderna salud pública. En pleno auge industrial, las ciudades europeas se transformaron en enormes asentamientos contaminados, con habitantes hacinados, en condiciones de vida y trabajo inhumanas, presa fácil de enfermedades y muerte prematura. Los precursores del pensamiento sanitarista al identificar a la pobreza como

^{xi} Empleo “higiene desde abajo” e “higiene desde arriba” en el sentido propuesto por Sigerist y citado por Arouca en el capítulo III de su tesis (op. cit.). Sin embargo, difiero con el último en relación a que la educación para la salud del Estado moderno que “pretende enseñar al pueblo las medidas higiénicas” sea “desde abajo”, en realidad esa es otra forma de “higiene desde arriba”, una imposición que busca delegar la responsabilidad a la población. En cambio el Régimen era un manual popular, un equivalente a un “best seller” del tipo “hágalo usted mismo”, como bien lo explicaba Sigerist, no representaba necesariamente la posición estatal. Sigerist sugiere que su éxito en parte se debió a que fue una hábil manera de evadir el oficial oscurantismo religioso medieval, sin caer en la herejía, para que los legos usaran parte del saber acumulado.

^{xii} Cfr. Marx, C. op. cit. p. 608: “el proceso que engendra el capitalismo sólo puede ser uno: el proceso de disociación entre el obrero y la propiedad sobre las condiciones de su trabajo, proceso que de una parte convierte en capital los medios sociales de vida y de producción, mientras de otra parte convierte a los productores directos en obreros asalariados. La llamada acumulación originaria no es, pues, más que el proceso histórico de disociación entre el productor y los medios de producción. Se la llama “originaria” porque forma la prehistoria del capital y del régimen capitalista de producción.

“generadora de enfermedades”¹⁵³, establecieron las bases de una política pública “desde arriba” y por ende una forma de práctica social biopolítica.

La epidemiología, a partir de los trabajos de John Snow sobre el cólera en Londres en 1850,¹⁵⁴ le aportó a la salud pública un sustento empírico y una metodología para estudiar los problemas de salud poblacionales. Como señala Arouca: *“la higiene (salud pública) se caracteriza, en el siglo XIX, por el vínculo con las ideologías liberales que reivindicaban las responsabilidades individuales frente a la salud, y como concepto político en los movimientos socialistas de la época”*^{xlii}. Hay una doble utilización política, simultánea, del discurso salubrista, por clases sociales y grupos de intereses opuestos, nuevamente la lucha entre la “higiene desde arriba” versus la “higiene desde abajo”^{xliii}. Finalmente, como movimiento social (no como concepto y práctica popular), la “higiene desde abajo” es derrotada. El triunfo del liberalismo burgués sobre la monarquía aristocrática y sobre el incipiente socialismo (revoluciones de 1830, 1848 y Comuna de París en 1871) ayudó a consolidar la higiene (salud pública) desde el Estado.

Sin embargo, cuando esa salud pública estaba en plena fase de desarrollo, con relativa independencia de la medicina, se produjo una revolución en el pensamiento sobre la enfermedad. Los descubrimientos de Pasteur sobre la fermentación, las plagas del gusano de seda, el cólera aviar, el carbunco y el ántrax, llevaron a la conclusión de que los microbios eran los agentes productores de la enfermedad. La teoría microbiana se convirtió en uno de los fundamentos más sólidos de la etiología en la medicina. En adelante, los médicos dedicaron sus esfuerzos a “cazar microbios”: identificar el agente causal de la enfermedad y encontrar la “bala mágica” para eliminarlo¹⁵⁵. Con optimismo prematuro, se creyó haber encontrado la forma de derrotar definitivamente a la enfermedad. Aunado a ello, los descubrimientos en el campo de la fisiología, la teoría celular, el medio interno y la homeostasis llevaron a la consolidación del paradigma biologicista de la medicina, nuevamente ontológico. La conceptualización triunfante en el campo

^{xlii} El texto entre paréntesis dentro de la cita de Arouca es mío, el autor brasileño empleaba higiene como sinónimo de salud pública.

^{xliii} La dicotomía “higiene desde arriba” / “higiene desde abajo” empleada por Sigerist y retomada en el análisis de la medicina preventiva por Arouca es sólo una figura que ilustra los posicionamientos encontrados; sin embargo, en la realidad no se encuentra nunca en forma pura.

de la medicina subordinó a la salud pública. La salud fue confirmada como lo opuesto a la enfermedad, el estado de equilibrio, la homeostasis; lo *normal*, el polo positivo de la dualidad, etc. El ser humano es *normalmente* sano y los microbios u otros agentes unicastales desajustan su equilibrio biológico y provocan enfermedad. La salud pública, fue sujeta al pensamiento hegemónico reconsiderándola como “rama de la medicina”¹⁵⁶. La medicalización indefinida^{xliv} la “fagocitó”, aprovechándose de ello el Estado liberal en el ejercicio biopolítico.

A pesar de los éxitos iniciales, el paradigma biologicista microbiano pronto resultó insuficiente para explicar muchos otros fenómenos relacionados con la salud humana. En el amanecer del siglo XX, aquella teoría comenzó a entrar en crisis en los esfuerzos por explicar diversas anomalías del paradigma, como por ejemplo, la génesis de las enfermedades “degenerativas” y la de los trastornos mentales. Quizá uno de los primeros ejemplos de dicha crisis se encuentra en los estudios de Goldberger¹⁵⁷ sobre la pelagra, quien al descartar la existencia de un agente causal microbiano en la etiología de tal enfermedad, comenzó a postular la idea de la multicausalidad y a volver la mirada hacia los “factores inespecíficos”. Los estudios sobre el cáncer¹⁵⁸ y otras enfermedades crónicas, comenzaron a dar luces sobre posibilidades etiológicas más complejas. El desarrollo del psicoanálisis, la psicología, la antropología, la sociología y en general de las ciencias sociales y de la conducta, contribuyó a ampliar los marcos de explicación de la salud-enfermedad hacia otros modelos conceptuales¹⁵⁹. Ello determinó un nuevo giro para la medicina y para la higiene, con nuevas consecuencias en las políticas de los Estados sobre la salud humana.

^{xliv} Más adelante retomaré los conceptos de medicalización indefinida y de biopolítica, propuestos por Foucault (La crisis de la medicina o la crisis de la antimedicina. *Educación Médica y Salud*. Vol. 10, No. 2 1976)

VI. El concepto de promoción de la salud

En el proceso social de transición inmediatamente posterior a la Segunda Guerra Mundial, surgen casi simultáneamente la conocida definición de salud de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el primer concepto de promoción de la salud. En la génesis de ambos (el concepto de promoción de la salud y la definición técnica^{xlv} de salud adoptada por la OMS) intervino el historiador de la medicina Henry Sigerist¹⁶⁰. Como ya he mencionado, para Sigerist la *promoción de la salud* es la primera y más importante de las cuatro grandes tareas de la medicina (las otras tres son la prevención de la enfermedad, la reparación del daño y la rehabilitación). El médico suizo explicaba en el año de 1945:

“Health is promoted by providing a decent standard of life, good labor condition, education, physical activity, and the means for rest and recreation”.¹⁶¹

Con respecto a la salud, seis años antes de la creación de la OMS, Sigerist había escrito:

*“A healthy individual is a man who is well balanced bodily and mentally, and well adjusted to his physical and social environment. He is in full control of his physical and mental faculties, can adapt to environmental changes, so long as they do not exceed normal limits, and contributes to the welfare of society according to his ability. Health therefore is not simply the absence of disease; it is something positive, a joyful attitude towards life, and a cheerful acceptance of the responsibilities that life puts upon the individual.”*¹⁶²

Tales enfoques, no limitados a la ausencia de enfermedad que relacionaban salud con bienestar físico, mental y social, son retomados por Andrija Stampar¹⁶³ y

^{xlv} Gómez-Arias, propone que la noción de salud no es técnica en su origen, surge del imaginario popular y se identifica con la subjetividad, el bienestar, el buen vivir, la plenitud de la vida. Los médicos la han considerado siempre en oposición a la enfermedad, objeto que constituye el centro de su saber y actividad. Señala que, a partir del capitalismo, con el descubrimiento del cuerpo como generador de riqueza, la salud se transformó en un asunto de Estado, por lo que se volvió prioridad definirla, para así ejercer su control. El problema es que los encargados de hacerlo fueron los médicos, quienes encontraron siempre grandes dificultades técnicas en ello. Sugiere que definir la salud no debe ser un problema académico sino una motivación política para la movilización de la colectividad, el estímulo para la acción en torno a la diferencia entre disfrutar la vida o padecerla. (Gómez-Arias, R.D. La noción de salud. *La revista del ITAES* vol. 12 No. 2, 20-27) Consultado en: www.itaes.org.ar/biblioteca/Itaes-2010-2-Medicina-Sociedad.pdf, el 11-11-2013.

plasmados en el primer párrafo de los principios que conforman el preámbulo de la Constitución de la OMS¹⁶⁴ en 1946.

Poco tiempo después se identifica a la promoción de la salud con la medicina preventiva. Para Leavell y Clark¹⁶⁵ la acción primaria de la práctica médica sobre el período pre patogénico de la Historia Natural de la Enfermedad, que pretende, de manera general e inespecífica fortalecer los recursos del huésped, propiciar condiciones de equilibrio “ecológico” o disminuir el potencial patogénico de cualquier agente (estableciendo diversas barreras ante su contacto o eliminando al mayor número posible), es la promoción de la salud¹⁶⁶. El concepto es fuertemente dominado por una visión higienista, enmarcada en la noción de riesgo, no restringida a prácticas de (y sobre) los sujetos individuales, sino ampliada hacia el ambiente general. En esta idea, la salud es orden, equilibrio interno y con el exterior, un estado “de gracia” del cuerpo y/o la mente humana. Consecuentemente, la enfermedad es ruptura del orden, desequilibrio ecológico, caos. La promoción de la salud es lo más cercano al mantenimiento del “orden del caos”, es entendida como educación higiénica y sanitaria dirigida por los expertos (médicos) hacia la población.

El desarrollo del concepto avanza y hacia los años setenta del siglo XX, en Canadá se publica el llamado informe Lalonde¹⁶⁷, el cual toma como punto de partida que la salud humana está influenciada por un amplio espectro de factores que, dados su multiplicidad y falta de especificidad, es necesario articular en una estructura plausible, académicamente aceptable y lo suficientemente simple para ser entendida. Propone, entonces, una “mapeo del territorio” de la salud, mediante el cual poder localizar rápidamente los problemas, discursos y acciones que se relacionan con ella. Ese mapa es denominado el *campo de la salud*, que está organizado en función de cuatro componentes fundamentales: biología humana, medio ambiente, estilos de vida, y organización de la atención de la salud. En el informe se describen cada uno de tales componentes, llegándose a la conclusión de que, hasta ese momento, la mayoría de los esfuerzos de la sociedad, así como la casi totalidad del gasto directo, se concentran en la organización de la atención médica. Pese a ello, la epidemiología demuestra que las causas de los problemas

de salud se encuentran en los otros tres componentes. Por tanto, hace un llamado a redirigir una parte importante del gasto social hacia los aspectos no médicos del *campo de la salud*. Finaliza señalando que existe una gran fragmentación del poder para mejorar la salud, por lo cual sugiere que la utilización del concepto *campo de la salud* permite una visión unificada y por lo tanto orienta a gobiernos, profesionales, instituciones e individuos a actuar con integralidad. El informe sirvió como base conceptual para generar un plan estratégico decenal de gobierno, dirigido al desarrollo integral de la salud, con énfasis en el bienestar y reducción del costo de la atención médica. Para ello, se extrajo el concepto de *promoción de la salud* de la medicina preventiva, como idea fuerza para un nuevo movimiento de gobierno y sociedad sobre el *campo de la salud*. La promoción de la salud se convierte entonces en el eje de una estrategia institucionalizada que pretende enfrentar los desafíos de reducir la inequidad, mejorar el entorno, incrementar la prevención y fortalecer la capacidad de las personas de hacer frente a los problemas¹⁶⁸. El nuevo enfoque representa una práctica que declara habilitar a los sujetos en el mejoramiento y/o control sobre su salud, fortaleciendo el auto cuidado, la ayuda mutua, su capacidad de elección sobre las maneras más saludables de vivir y creando ambientes favorecedores. El Estado (canadiense) se da a la tarea de poner en práctica ciertas acciones acordes con las ideas propuestas en el informe Lalonde. Fundamentalmente, se decide avanzar en tres direcciones: impulsando la participación de la población, fortaleciendo la provisión de servicios comunitarios de salud y estableciendo una política pública saludable¹⁶⁹.

Pese al discurso que revaloriza el papel de ciertos elementos del entorno relacionados con lo social en el desarrollo de la enfermedad, en el fondo la propuesta llama la atención hacia la función sustancial que los individuos tienen en la modificación de sus conductas personales para mejorar su estado de salud¹⁷⁰. Diversas críticas fueron planteadas en su momento por salubristas vinculados a la academia o a organizaciones sociales, en relación a la orientación y alcances reales del informe Lalonde^{171 172 173}. Principalmente, se destacaba en ellas que el énfasis principal de las acciones de gobierno que se situaba sobre el individuo, en

transformar “las malas costumbres”, modelar el comportamiento para tomar decisiones saludables, pero el entorno (en particular el entorno social, en la apreciación de Buck¹⁴¹), era aceptado como un elemento al que había que adaptarse, algo casi inamovible. Se señalaba, en oposición a la visión oficialista:

“There is no doubt that behavior is implicated, but it is behavior which is inevitable in certain environments”¹⁷⁴.

Pese a que el informe Lalonde es considerado la piedra angular del nuevo movimiento de promoción de la salud, en realidad no se concretó en lo inmediato en una política gubernamental. En Canadá se le dio menos atención que en el ámbito internacional, sin embargo, se le reconoce haber abierto la puerta al debate político sobre el tema¹⁷⁵. Cuatro años después de su publicación, bajo el liderazgo de Ron Draper se creó el Directorio Federal de Promoción de la Salud, desde donde se intentaron implantar algunas de las propuestas¹⁴⁵. Sin embargo, como señala Hancock:

“after a brief period of exciting initiatives in the late 1980s, following the adoption of the Ottawa Charter and the Epp Report (Health and Welfare Canada, 1986), health promotion in Canada—at least at the federal and provincial levels—became derailed, due in my view to a combination of the advent of population health and significant budget cuts in the early 1990s”¹⁷⁶

El concepto de “population health” al que hace referencia Hancock, propuesto por Evans y Stoddart en 1990¹⁷⁷ constituyó una ampliación de los cuatro componentes del campo de la salud de Lalonde hacia una identificación de los determinantes sociales de la salud. Sin embargo, su manera de aproximarse al tema, prestando nula atención a las estrategias para modificarlos, aunado a la insistencia en tratar el asunto desde una visión economicista de costo-beneficio, alertando sobre el “peligro” del gasto social en salud:

“the overexpansion of the health care system can in principle have negative effects not only on the well-being of the population, but even on its health” (...) *“A society that spends so much on health care that it cannot or will not spend adequately on other health enhancing activities may actually be reducing the health of its population”¹⁷⁸*

Ello se tradujo en un argumento poderoso, afín a las corrientes de pensamiento neoliberal, ya absolutamente hegemónicas en esos momentos en los países capitalistas avanzados.

Para el gobierno canadiense, que en la lógica neoliberal buscaba recortes presupuestales al gasto público, mirando de soslayo los determinantes sociales de la salud, era mucho más adecuado reducir las prestaciones, que impulsar el amplio enfoque de la promoción de la salud (cuestionador del *statu quo* y reclamante del cambio social, político y económico)¹⁷⁹. De hecho, en el trabajo de Evans y Stoddart (desarrollado más ampliamente en el libro: *Why are some people healthy and others no?*¹⁸⁰) se vislumbran propuestas que posteriormente fueron asumidas por el Banco Mundial en su informe de 1993, *Invertir en salud*¹⁸¹.

Otras razones por las que la implantación de la estrategia de promoción de la salud, en su acepción menos medicalizada, no superó los límites del movimiento preventivista, tuvieron que ver, al menos en los Estados Unidos, con su sustrato ideológico. En ese país, la distinción política de los conceptos de promoción (enfocado a aspectos conductuales) y protección (más relacionado con el ambiente), redujo el espectro de la promoción de la salud a cambios de comportamiento. De hecho, unos meses antes de la primera Conferencia Internacional de Promoción de la Salud, en aquél país se publicó el primer número del *American Journal of Health Promotion*¹⁵² en el que apareció la siguiente definición:

*“Health promotion is the art and science of helping people in changing their life style to move toward a state of optimal health”*¹⁸².^{xlvi}

^{xlvi} O'Donnell ha propuesto más recientemente una modificación “moderna” a su definición original en los siguientes términos: *“Health Promotion is the art and science of helping people discover the synergies between their core passions and optimal health, enhancing their motivation to strive for optimal health, and supporting them in changing their lifestyle to move toward a state of optimal health. Optimal health is a dynamic balance of physical, emotional, social, spiritual, and intellectual health. Lifestyle change can be facilitated through a combination of learning experiences that enhance awareness, increase motivation, and build skills and, most important, through the creation of opportunities that open access to environments that make positive health practices the easiest choice.”* (O'Donnell, M. P. Definition of Health Promotion 2.0: Embracing Passion, Enhancing Motivation, Recognizing Dynamic Balance, and Creating Opportunities. *American Journal of Health Promotion*: September/October 2009, Vol. 24, No. 1, pp. iv-iv.

VII. Las Conferencias Internacionales de Promoción de la Salud

Los diversos acercamientos conceptuales de la promoción de la salud, descritos en el apartado anterior, elaborados bajo la tensión de dos modelos conceptuales (en ese entonces debatidos dentro de las comunidades científicas occidentales) sobre la salud-enfermedad: el Epidemiológico-Social¹⁸³ y el Socio-sanitario¹⁸⁴, fueron sometidos a discusión durante la primera Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud, celebrada en Canadá, en 1986. Como resultado de las deliberaciones se redactó la llamada “Carta de Ottawa”¹⁸⁵. En ella quedó plasmada la más amplia visión sobre la promoción de la salud. Para su implantación se propusieron cinco “*rumbos estratégicos*”: 1) formulación de políticas públicas saludables, 2) creación de ambientes propicios, 3) fortalecimiento de la acción comunitaria, 4) desarrollo de aptitudes personales y 5) reorientación de los servicios de salud.

Estos cinco *rumbos* se llevarían a cabo simultáneamente en tres *líneas de acción* paralelas: fomentar estilos de vida sanos, habilitar a la gente para el control sobre los servicios de salud, e implantar condiciones estructurales que hagan posible la salud plena de toda la población. Las recomendaciones de Ottawa hacen énfasis en transformaciones de carácter estratégico sobre tres dominios sociales: en lo político, el logro y mantenimiento de la equidad, la paz y la justicia. En lo económico-social, el disfrute por todos de alimentación adecuada, vivienda digna, ingreso suficiente, educación básica. En lo ambiental, un ecosistema saludable, con recursos sostenibles.

Dos años después de Ottawa, en Adelaide, Australia, tuvo lugar la II Conferencia de Promoción de la Salud, cuyo objetivo fue la operacionalización del primero de los rumbos estratégicos señalados arriba: la formulación de políticas públicas saludables. Ello se tradujo en recomendaciones sobre cuatro áreas de política, a todos los niveles de gobierno: apoyar la salud de las mujeres; acceso a la nutrición y alimentación saludables; reducción del cultivo de tabaco y de la producción, comercialización y consumo de alcohol, y creación de ambientes políticos de apoyo¹⁸⁶.

En 1991, en Sundsvall, Suecia, la III Conferencia abordó el rumbo de la creación de ambientes propicios, en el más amplio sentido social, político, económico, cultural y físico. Para ello se identificaron como estrategias la defensa de la salud mediante la participación comunitaria; el empoderamiento de las personas para el control sobre el ambiente; la educación; el establecimiento de alianzas entre las campañas de salud y los grupos ambientalistas; la generación de procesos de mediación y negociación entre intereses opuestos en la sociedad que influyan sobre el acceso equitativo a los ambientes saludables. Las primeras tres conferencias no sólo se realizaron en ciudades de países con altos índices de bienestar, sino que la asistencia mayoritaria a tales conferencias fue de delegados gubernamentales y académicos de potencias occidentales, además de funcionarios de la OMS.

Para nuestro continente, en Santa Fe de Bogotá, Colombia, en noviembre de 1992, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) auspició una reunión de los países de la región, orientada a establecer el significado de la promoción de la salud para las Américas. En ella se ratificaron los conceptos de Ottawa, dándosele un carácter urgente e impostergable a los conceptos de desarrollo, igualdad, equidad, concertación, sociedad civil y participación social amplia para el logro de la salud. La conferencia de Bogotá hizo insistentes llamados a la voluntad política para propiciar los cambios. Otras conferencias internacionales auspiciadas por la OMS se fueron sucediendo en el interior de las regiones.

En 1997, en Yakarta, Indonesia, tuvo lugar la IV Conferencia Internacional, primera en realizarse en un país “en desarrollo”. En ella se reafirmó que la pobreza es la mayor amenaza para la salud de las comunidades, por lo que para combatirla se requieren nuevas estrategias y alianzas amplias. El rumbo estratégico pretendidamente abordado como eje de la conferencia fue el del empoderamiento y la participación social. “Se develó oficialmente el carácter político de la promoción de la salud y la necesidad de asegurar recursos para actuar en su favor.”¹⁸⁷ Sin embargo, en ella se evidenciaron muy marcadamente las tensiones y diferencias entre las distintas concepciones de promoción de la salud. Al invitarse a participar a organizaciones sociales no gubernamentales y

representantes de la comunidad académica de Asia, África y Latinoamérica, hubo fuertes debates en contra de la participación del sector privado como aliado estratégico en la promoción de la salud, un planteamiento afín a la propuesta neoliberal del Banco Mundial, *Invertir en salud*.¹⁸⁸ Finalmente, el discurso fue sutilmente impuesto en la declaración final bajo el concepto de búsqueda de alianzas con el sector privado, que le permitan incrementar su responsabilidad, dado su papel en el proceso de salud-enfermedad.

En el año 2000, en la ciudad de México, se realizó la V Conferencia, primera en la que se llevaron a cabo dos reuniones paralelas, una ministerial cerrada y otra pública con amplia participación técnica, académica y de organizaciones de la sociedad civil. Culminó con la primera declaración ministerial de compromisos de los Estados miembros de la OMS a favor de la promoción de la salud como estrategia de salud pública de cara al siglo XXI. Por otra parte, en la conferencia pública se propuso impulsar la búsqueda de evidencias de efectividad de la promoción de la salud, como base para su expansión a nivel global en el nuevo siglo.

En el 2005 se llevó a cabo la VI Conferencia en Bangkok, Tailandia, con el lema “estrategia de promoción de la salud en un mundo globalizado”. En dicha conferencia hubo un amplio movimiento para reformular la Carta de Ottawa, que se concretó básicamente en dos posiciones: 1) reducir sus alcances a la implantación de intervenciones que hubieran demostrado evidencias científicas de efectividad (similar a lo ocurrido en 1979, cuando con “evidencias de efectividad” un par de académicos de la *Rockefeller Foundation*, allanaron el camino a la reducción de la estrategia de APS suscrita unánimemente en Alma Ata¹⁸⁹)^{xlvi} y, 2) reafirmar los rumbos estratégicos propuestos en Ottawa, ampliando sus horizontes ante los retos emergentes del siglo XXI. Nuevamente, quedaron al descubierto las distintas interpretaciones y enfoques de la promoción de la salud, reflejo de valores, principios e intencionalidades, en muchos casos antagónicos. Finalmente,

^{xlvi} Lo cual llevó a la UNICEF -a pesar de su adherencia absoluta, un año antes, a la declaración de Alma Ata- a organizar una nueva reunión “*Health and Population in Developing Countries*”, en Bellagio, Italia, en 1979, auspiciada por las Fundaciones Ford y Rockefeller, el Banco Mundial, en la cual se definió el concepto de APS selectiva, fijándose las intervenciones eficaces en ella contenidas y los mecanismos para acceder a los fondos para su implantación.

se mantuvo la vigencia de la Carta de Ottawa, agregándose las estrategias de abogacía (o procuración) y movilización colectiva, además de que se acordaron como compromisos: posicionar a la promoción de la salud en el corazón de la agenda para el desarrollo global; convertirla en una responsabilidad de todos los gobiernos y todas las agencias gubernamentales; enfocarla estratégicamente en la sociedad civil y las comunidades y, establecerla como requisito de las buenas prácticas corporativas.

Con respecto a la inclusión del último aspecto, se desató otra vez la polémica. Sin embargo, se argumentó en su defensa que el sector empresarial tiene un impacto directo en la salud de las personas y en los factores que la determinan, debido a su influencia en la situación local, la cultura nacional, el ambiente, y la distribución de la riqueza. Por lo cual

“el sector privado puede contribuir también a reducir los efectos de más alcance en la salud mundial, como son los asociados a los cambios ambientales planetarios, cumpliendo las normas y acuerdos locales, nacionales e internacionales que fomentan y protegen la salud. Las prácticas comerciales éticas y responsables y el comercio justo son ejemplos del tipo de prácticas comerciales que deberían apoyar los consumidores y la sociedad civil, así como los gobiernos mediante incentivos y normas reguladoras”.¹⁹⁰

En 2009 tuvo lugar en Nairobi, Kenia, la VII Conferencia Internacional. En esta ocasión el lema fue “Un llamado a la acción para reducir la brecha de la implementación en promoción de la salud”. Se discutieron diversos temas, ubicando como estrategias principales: la construcción de capacidades para la promoción de la salud; el fortalecimiento de los sistemas de salud; las alianzas y la acción intersectorial; el empoderamiento comunitario, la “alfabetización” sanitaria y los comportamientos saludables. De todo ello se derivaron cinco responsabilidades urgentes para los gobiernos y organismos financieros: fortalecer el liderazgo y la fuerza de trabajo; posicionar la promoción de la salud; empoderar comunidades e individuos; resaltar los procesos participativos y construir y aplicar conocimientos.¹⁹¹

Por último, en 2013 se llevó a cabo en Helsinki, Finlandia, la VIII Conferencia Internacional de Promoción de la Salud, bajo el lema “Construyendo sobre nuestra herencia, mirando a nuestro futuro”, se analizó el concepto de *Salud en todas las Políticas* (STP). La Conferencia hizo un recuento de las raíces de la promoción de la salud, desde Alma Ata hasta la actualidad y se retomó el marco de los determinantes sociales de la salud. Considerando que la salud para todos es una meta social primordial de los gobiernos y la piedra angular del desarrollo sostenible, en la declaración de Helsinki se plantea que la salud de las personas no es sólo responsabilidad del sector salud, sino que abarca todos los aspectos de la política, nacionales e internacionales. Encarar esto requiere políticas que involucren la totalidad del gobierno *Salud en todas las Políticas* es biopolítica a escala global. La declaración establece que:

“Salud en Todas las Políticas es un enfoque para las políticas públicas en todos los sectores que de manera sistemática tiene en cuenta las implicaciones en la salud que tienen las decisiones que se toman, busca sinergias y evita impactos perjudiciales para la salud con el fin de mejorar la salud de la población y la equidad en salud. Mejora la rendición de cuentas de los políticos sobre el impacto en salud, de todos los niveles de la formulación de políticas. Incluye enfatizar las consecuencias de las políticas públicas en los sistemas de salud, los determinantes de la salud y el bienestar.”¹⁹²

La declaración de Helsinki concluye haciendo un llamado a los gobiernos a cumplir con sus obligaciones sobre la salud y el bienestar de su ciudadanía llevando a cabo las siguientes acciones:

- Comprometer como prioridad política la salud y la equidad en salud mediante la adopción de los principios de Salud en Todas las Políticas y actuando sobre los determinantes sociales de la salud.
- Asegurar estructuras, procesos y recursos eficaces que faciliten la implementación del enfoque de Salud en Todas las Políticas en todos los gobiernos y a todos los niveles, y entre gobiernos.

- Fortalecer la capacidad de los Ministerios de Salud para comprometer a otros sectores del gobierno a través del liderazgo, la colaboración, la promoción y la mediación para lograr mejores resultados de salud.
- Construir capacitación institucional y habilidades que permitan la implementación de Salud en Todas las Políticas y que proporcionen evidencias en los determinantes de la salud y la inequidad, y en respuestas efectivas.
- Adoptar mecanismos transparentes de auditoría y rendición de cuentas para los impactos en salud y equidad, que construyan confianza en todos los gobiernos y entre los gobiernos y sus poblaciones.
- Establecer medidas frente a los conflictos de intereses que incluya garantías efectivas para proteger las políticas de la distorsión creada por la influencia de los intereses comerciales y otros intereses.
- Incluir a las comunidades, los movimientos sociales y la sociedad civil en el desarrollo, implementación y monitorización de la Salud en Todas las Políticas, “alfabetizando” en salud a la población.

En la actualidad, algunos de los señalamientos y recomendaciones en promoción de la salud se consideran, desde la visión dominante de la medicina sobre la salud pública, utópicos, idealistas, costosos e irrealizables (críticas similares a las que se hicieron sobre la estrategia de Atención Primaria de Salud y cualquier otro intento de actuar sobre el orden económico-social). Hay un desfase evidente entre los llamados al nuevo orden económico internacional, la equidad y la justicia social y los nuevos derroteros que pretende seguir la salud en el mundo neoliberal. Sin embargo, sobre todo a partir de la difusión del informe de la Comisión sobre Determinantes de la Salud, de la OMS, el discurso de la promoción de la salud, particularmente en sus vertientes de desarrollo de capacidades de las personas para decidir sobre estilos de vida saludables, establecimiento de políticas públicas reductoras de riesgos y de “información y protección al consumidor”, así como de mejoramiento de ciertos entornos, se ha venido fortaleciendo y consolidando como programa ideológico de un nuevo movimiento que supera al preventivista, orientándolo no sólo a la contención de costos de la atención de enfermedades

complicadas, sino al consumo (como práctica cultural) de los bienes “saludables” o “salutogénicos” del “innovador” complejo médico industrial.

Ese discurso actual de la promoción de la salud se encuentra bajo la tensión de los paradigmas médico-preventivista, conductual-individualista y de la salud colectiva. Cada uno de ellos incide en dimensiones distintas de la salud y la enfermedad, confiriendo a sus prácticas propósitos y enfoques diferentes.

Bajo el enfoque preventivo se guían la mayoría de las intervenciones de las instituciones de “salud” (en realidad, de atención médica). Mantiene su vigencia, en la medida que la salud pública sigue siendo conducida mayoritariamente por los caminos y directrices hegemónicas de la medicina, es decir, siempre referida al objeto enfermedad, como “enfermología pública”, según señalaba Edmundo Granda¹⁹³. Promover la salud desde tal enfoque significa realizar acciones de protección inespecífica para evitar enfermedades: saneamiento básico del medio, educación preventiva, favorecer prácticas individuales de higiene, control de riesgos, organizar la atención médica en niveles preventivos, romper la cadena epidemiológica, poner barreras contra agentes de enfermedad, prevenir, atender, asistir. Prácticas basadas en el “enfoque de riesgo”¹⁹⁴. Las evidencias de la efectividad de la aproximación preventivista se miden con indicadores de frecuencia de enfermedad, de asociación e impacto epidemiológico. Es una expresión más del “movimiento preventivista”, sin modificación ideológica alguna.

El enfoque conductual-individual, que como veremos más adelante constituye el núcleo de la moderna estrategia biopolítica, prioriza cambios en el comportamiento mediante intervenciones dirigidas a individuos, no abandona del todo un cierto énfasis sobre la enfermedad, pero mediante el concepto de “estilos de vida saludables” introduce un elemento que conduce el bienestar individual al ámbito de las relaciones de mercado: para estar y mantenerse sano, hay que consumir estilos de vida individuales. Es, en sí mismo, un nuevo movimiento ideológico, que no sólo se dirige a los médicos y profesionales de la salud, sino a la población, con el concurso de muchas otras disciplinas científicas y técnicas (economía, educación, sociología, antropología, comunicación, comercio, “marketing”, tecnologías de la información y comunicación, etc.). El “estilo de vida sano”

fácilmente se vuelve una mercancía más, sujeta al mercado, a la que todos pueden aspirar, pero que no todos pueden adquirir.

El estilo saludable es un “paquete” de satisfactores que pueden comprarse juntos o por separado, pero que para acceder sus beneficios hay que ser, poder y tener. El individuo saludable consume alimentos sanos y nutritivos, ricos en fibra, bajos en colesterol y grasas trans, hiposódicos, asépticos, rápidos, insípidos, “light”. Practica ejercicios saludables, vistiendo y calzando indumentarias especiales, empleando tecnologías modernas para estar “fit”. Se practica chequeos periódicos de diversa índole (y precio), adquiere seguros médicos privados y servicios prehospitalarios, se mantiene informado a través de revistas y publicaciones electrónicas de divulgación, especializadas en autocuidado, prevención o búsqueda informada de la atención médica. Fundamentado en una “cultura de consumo de la salud”, su doctrina podría considerarse como la edición siglo XXI de la Higiene de Galeno, “para quienes pueden darse el lujo de elegir”.

El tercer enfoque, desde la Salud Colectiva, reconoce y afronta distintos retos para la vida humana surgidos de la creciente inequidad social y de la deuda sanitaria acumulada. Enarbola la acción colectiva, social, política y transectorial. Se alimenta de los procesos de construcción de ciudadanía, de la abogacía (o procuración de la salud), del establecimiento de alianzas, de la búsqueda de la transformación social, de la equidad, del desarrollo humano sustentable, de las modificaciones en las relaciones de poder y del mejoramiento de la calidad de vida. Implica la construcción de una cultura de la salud, como forma innovadora de relacionamiento entre los seres humanos y con la naturaleza, a favor de la vida digna y protectora de los ecosistemas. A tal noción se le confiere un significado de práctica transformadora, pues implica el cambio en las condiciones de vida y de trabajo para hacerlas saludables. Ese movimiento de promoción de la salud es también un movimiento político “desde abajo”, pretende la satisfacción a las demandas sociales básicas, entre ellas también la atención primaria de salud universal y la participación social efectiva en la planeación, organización y evaluación de los servicios. Requiere de la socialización del conocimiento, del fortalecimiento de los valores éticos, del respeto a los derechos humanos y de la

formación de un espíritu solidario y equitativo entre los miembros de la colectividad. Encuentra formas de realización en los procesos de educación popular¹⁹⁵ y de investigación-acción participativa. Emerge de la tradición de movimientos y luchas sociales que se desarrollan en todos los países en la perspectiva de lograr un mundo más justo y con mejores condiciones para vivir y trabajar. Busca, en fin, el ejercicio y la justiciabilidad del derecho a la salud, en el sentido más amplio y universal, no reducido únicamente al acceso a servicios médico-sanitarios.

Estos dos últimos enfoques de la promoción de la salud serán analizados en adelante, bajo la categoría poder y como estrategias biopolíticas.

VIII. La promoción de la salud como biopolítica

Para el caso de la promoción de la salud “desde arriba”, el concepto de estilos de vida saludables orienta el bienestar individual al ámbito de las relaciones de mercado: *para estar y mantenerse sano, hay que consumir estilos de vida saludables individuales*. El “estilo de vida sano” es una mercancía más a la que todos potencialmente aspiran, a la que son empujados compulsivamente por mensajes comerciales y campañas institucionales de salud, pero que no todos tienen la libertad de obtener. Esa modalidad de promoción de la salud produce consumidores y víctimas culpabilizadas por su incapacidad de consumo. El estilo saludable es una necesidad producida por la sociedad moderna, es una forma biopolítica de control sobre los cuerpos y las subjetividades.

Lazzarato¹⁹⁶, muestra el modo en que opera el gobierno sobre la vida en las sociedades de control, éste se logra mediante la gestión de la diferencia y la producción del riesgo. Coincide con Bauman¹⁹⁷: el capitalismo neoliberal posfordista no es “desorganizado”, sino que introduce un régimen para regular la desregulación, y la desregulación permanente genera inseguridad, temor, zozobra. En el capitalismo neoliberal los consumidores deben ser capaces de gestionar sus propios riesgos y sus propios efectos. En la cultura del consumo de la salud, las personas, el público, son consumidores informados, con capacidad de elección sobre riesgos. El estilo de vida es una gestión individual del riesgo y sus efectos. La información a los consumidores de la salud se dirige a administrar el miedo y la inseguridad: “fumar mata”, “el abuso en el consumo de bebidas alcohólicas constituye un riesgo para la salud”, “chécate, mídete, muévete... más vale prevenir”, “es tu vida, es tu futuro, hazlo seguro” y a producir patrones de consumo.

El terror y la incertidumbre desatados por las posibles consecuencias de la pandemia de influenza del 2009 llevó a la población a compras de pánico de cubrebocas, gel desinfectante, guantes desechables, antivirales, etc. Los nuevos miedos al Chikungunya y al Zika, elevan el consumo de repelentes, insecticidas, dispositivos de protección, etc. El problema no es sólo ese enfoque consumista, sino, además, la inexistencia de condiciones materiales para vivir dignamente y

elegir con libertad. Esa contradicción genera frustración y diversos efectos perversos que incluso abonan a la violencia en nuestras sociedades. Si no puedo tener lo que tiene el otro, me apodero del otro y lo que tiene por cualquier medio. Nos encontramos en una nueva fase de la historia del arte de gobernar, centrada ahora en la gestión diferencial del riesgo y en la administración del miedo y la inseguridad. Paradójicamente, los mecanismos de seguridad en la sociedad de control funcionan mediante la producción de la inseguridad. Me parece que uno de los grandes aciertos de Lazzarato ha sido mostrar cómo en el capitalismo global se combinan diferentes dispositivos de gobierno: la disciplina, la biopolítica, la regulación de la opinión, la administración del riesgo e, incluso, la soberanía.

Como quiera que sean definidas, las políticas públicas son instrumentos de gobernabilidad, dispositivo que, como ya hemos desarrollado antes, forma parte de las “tecnologías de gobierno” o “artes de gobernar” identificadas por Foucault. Bajo esta perspectiva, me atrevo a plantear que las políticas públicas son directrices (explícitas o implícitas) emanadas del Estado moderno, que se imponen a la colectividad como una manera racional de proceder (o de conducir el proceder, o de dejar de proceder) de cara a un asunto particular considerado (por el grupo hegemónico) del interés público. Las políticas públicas son instrumentos para el ejercicio del poder biopolítico del Estado moderno (y, sobre todo, posmoderno).

Ejemplos de políticas públicas se encuentran en los preceptos constitucionales, los tratados internacionales, las leyes y demás ordenamientos y disposiciones normativas; pero también en diversos dispositivos administrativos (planes, proyectos, programas) y... obviamente, en la propaganda^{xlviii}. En ocasiones puede resultar difícil identificarlas como realidades tangibles o expresiones formales,

^{xlviii} Empleo aquí la acepción de propaganda como: “forma de comunicación que tiene como objetivo influir en la actitud de una comunidad respecto de alguna causa o posición, presentando solamente un lado o aspecto de un argumento. La propaganda es usualmente repetida y difundida en una amplia variedad de medios con el fin de obtener el resultado deseado en la actitud de la audiencia”... “presenta información parcial o sesgada para influir una audiencia. Con frecuencia presenta hechos de manera selectiva y omite otros deliberadamente para sustentar una conclusión, o usa mensajes manipulados para producir una respuesta emocional, más bien que racional, respecto de la información presentada. El efecto deseado es un cambio en la actitud de una audiencia determinada acerca de asuntos políticos, religiosos o comerciales. La propaganda, por lo tanto, puede ser usada como un ‘arma de guerra’ en la lucha ideológica o comercial.” (<http://es.wikipedia.org/wiki/Propaganda>, consultado el 21-03-2015)

pues, como ya he mencionado, incluyen lo que los gobiernos hacen, dejan de hacer o dicen que harán (aunque no lo hagan).

No es casual que en la actualidad exista un interés creciente en las políticas públicas, ello tiene una relación directa con la “emergencia” de la crisis del Estado benefactor y las propuestas neoliberales alrededor del nuevo papel del Estado en las economías de libre mercado. Las políticas públicas tienen un carácter taxativo, que las diferencia claramente de las recomendaciones o las buenas intenciones. El Estado detenta el papel protagónico en la formulación y gestión de las políticas públicas e implícitamente niega la competencia directa de los particulares para imponer directrices al resto de la sociedad, a menos que lo hagan a través del Estado (como crecientemente ocurre en el neoliberalismo, vgr., los intereses de particulares en las recientes reformas en México: educativa, hacendaria, energética, de salud, pensiones, etc.).

Las políticas públicas explícitas precisan un objeto o ámbito de acción específicos al que harán referencia sus lineamientos y éstos, a su vez, deben dar lugar a acciones claras y definidas. Ello es particularmente evidente en lo referente al ámbito de la salud.

Al vincularse (o regir) la vida cotidiana, las políticas públicas determinan el espectro de opciones en que las instituciones y los sujetos colectivos e individuales se desempeñan. Su influencia sobre las decisiones personales, sobre el acceso a los recursos y sobre el ambiente, las convierte a su vez en uno de los instrumentos de biopolítica más evidentes. Como las políticas públicas pueden afectar la salud, directa o indirectamente, su análisis ha dado origen a dos conceptos diferentes aunque relacionados entre sí: las Políticas Públicas de Salud y las Políticas Públicas Saludables.

Generalmente se entiende por Política de Salud (PS) al curso de acción o directriz gubernamental que afecta al conjunto de instituciones, organizaciones, servicios y condiciones financieras del sistema de atención sanitaria. Las políticas sectoriales emanadas de las Secretarías de Estado relacionadas con la salud (o Ministerios, según el caso) son, desde tal punto de vista, políticas de salud. Navarro cuestiona esta interpretación reduccionista de las políticas de salud, como equivalentes a

políticas de atención médica, que en realidad sólo son una variable cuyo impacto sobre la salud no es directo. Por ello propone considerar tres componentes fundamentales de las políticas de salud:

“(1) los determinantes políticos, económicos, sociales y culturales de la salud que son los más importantes en cualquier país en explicar el nivel de salud de un país, (2) los estilos de vida que son los componentes más visibles de las políticas de promoción de la salud y (3) la socialización y el empoderamiento (empowerment) del individuo y de la población y que unen los primeros con los segundos componentes de una política nacional de salud, es decir, las intervenciones individuales y colectivas.”¹⁹⁸

En contraste con el énfasis generalizado de las PS en los servicios de salud, Hancock acuñó el término Política Pública Saludable (Healthy Public Policy, HPP)¹⁹⁹ con la intención de estimular el pensamiento sobre los determinantes sociales de la salud y no sólo sobre las políticas dirigidas a generar o mantener sistemas de atención médica. La noción de HPP fue planteada también por Nancy Milio²⁰⁰ para referirse a todas aquellas acciones realizadas por organizaciones públicas, privadas y voluntarias que al modificar las condiciones en que vive la gente y sus oportunidades de decisión, tienen un impacto favorable en su salud. De acuerdo con dicha autora:

“Healthy public policies improve the conditions under which people live: secure, safe, adequate, and sustainable livelihoods, lifestyles, and environments, including housing, education, nutrition, information exchange, child care, transportation, and necessary community and personal social and health services. Policy adequacy may be measured by its impact on population health.”²⁰¹

Las HPP se caracterizan por expresar:

“... una preocupación explícita por la salud y la equidad en todas las áreas de la política, y por una responsabilidad sobre su impacto en la salud. La finalidad principal de una política pública saludable consiste en crear un entorno de apoyo que permita a las personas llevar una vida saludable. Dicha política posibilita o facilita a los ciudadanos hacer elecciones

*saludables y convierte los entornos sociales y físicos en potenciadores de la salud.*²⁰².

Para tener éxito, las HPP deben aumentar la gama de opciones para que la población pueda tomar las mejores decisiones y al menor costo posible. Tales nociones están marcadamente presentes en el movimiento ideológico de la promoción de la salud. La idea expuesta por Milio¹⁶⁹ podría ser útil para calificar una PS como promotora de la salud, pero no puede aplicarse a todas las políticas relacionadas con la salud. Las propuestas de Hancock¹⁶⁷ y Milio¹⁶⁸ quedaron plasmadas en uno de los cinco rumbos estratégicos de la Promoción de la Salud en la Carta de Ottawa: la construcción de políticas públicas saludables.

IX. Reflexiones finales (a manera de conclusiones)

Las corporaciones intentan privatizar los recursos naturales, la biogenética o los conocimientos. El capitalismo actual se mueve hacia una lógica de apartheid, donde unos pocos tienen derecho a todo y la mayoría son excluidos.

- Slavoj Žižek

El análisis del discurso en la promoción de la salud permite identificar una serie de cambios que la han llevado desde su surgimiento como “una de las cuatro principales tareas de la medicina”, pasando por constituir el nivel más inespecífico y primario de la medicina preventiva (discurso identificado por Arouca como parte de la reorganización del saber médico en el movimiento preventivista), a pretender constituirse en “la nueva salud pública” o un nuevo paradigma para la salud pública en el siglo XXI. La ruptura epistemológica ocurre a partir de la Carta de Ottawa, en la cual se abandona discursivamente su sometimiento al dominio de la medicina.

Pero el movimiento promocionista no ha alcanzado a consolidarse en un nuevo paradigma (similar en robustez y coherencia internas, al de la medicina preventiva) debido a que las representaciones implícitas y explícitas en los postulados de Ottawa aún se debaten en la lucha ideológica que confronta la organicidad del concepto de estilos de vida saludables con el modo de producción del capitalismo global contemporáneo, versus una noción que enarbola la justicia social, el desarrollo humano y la equidad, que es orgánica con otra posición de clase.

Las distintas declaraciones y llamados a la acción que las siete Conferencias posteriores a Ottawa han sacado a la luz pública reflejan esa lucha ideológica y generan diversas confusiones.

Aunado a ello, a diferencia de la medicina preventiva, que cuenta con un modelo teórico sustentado en la Historia Natural de la Enfermedad y la eficacia pragmática del Modelo Médico Hegemónico²⁰³, la promoción de la salud no sólo no posee un modelo teórico único, sino que sus principales impulsores buscan afanosamente

las “evidencias de efectividad”^{204 205 206 207 208 209 210 211} para darle una base práctica al movimiento.

Originalmente, después de Ottawa, las siguientes Conferencias deberían haberse dedicado (en un plano técnico, orientado por La Carta) a desarrollar operativamente cada uno de los cinco rumbos estratégicos. Sin embargo, particularmente a partir de Yakarta, con la participación de representaciones de la sociedad civil, se ha hecho más evidente la tensión. Del lado del pensamiento hegemónico hay un permanente intento a reducir la promoción de la salud a actividades publicitarias de conductas que generen estilos de vida saludables, así como a desarrollar alianzas estratégicas con las grandes corporaciones industriales y las diversas prácticas de la iniciativa privada que favorezcan la cultura de consumo de la salud. La contraparte busca fortalecer el discurso para impulsar una nueva cultura de la salud, en respuesta a su determinación social y orientada en una perspectiva de derechos humanos fundamentales^{xlix}. Hay un creciente llamado a que la Organización Mundial de la Salud restablezca y amplíe su liderazgo en salud por encima de los organismos financieros, impulsando a los gobiernos a construir condiciones estructurales reales para el desarrollo de capacidades para la salud individual y colectiva. La declaración de Helsinki ofrece una nueva oportunidad para retomar la orientación estratégica de la promoción de la salud, al impulsar la salud en todas las políticas, como parte de una agenda global para el desarrollo humano y la vida digna.

La moderna biopolítica individualista, que a través del enfoque dominante de la promoción de la salud prescribe estilos de vida saludables, elegibles, consumibles, a la medida de las “necesidades” de cada persona, que gestiona sus propios riesgos, lleva (en la sociedad contemporánea) a ahondar las brechas de la

^{xlix} Luigi Ferrajoli establece que los derechos fundamentales son “todos aquellos derechos subjetivos que corresponden universalmente a ‘todos’ los seres humanos en cuanto dotados del *status* de personas, de ciudadanos o de personas con capacidad de obrar; entendiéndose por ‘derecho subjetivo’ cualquier expectativa positiva (de prestaciones) o negativa (de no sufrir lesiones) adscrita a un sujeto por una norma jurídica positiva, como presupuesto de su idoneidad para ser titular de situaciones jurídicas y/o autor de los actos que son ejercicio de éstas.” Cfr. Ferrajoli, L. *Derechos y Garantías. La ley del más débil*. Ed. Trotta. Madrid. 1999.

desigualdad social, la polarización y la exclusión de aquellos que no poseen más que su *nuda vida*.

Hace cada vez más inalcanzable para todos las opciones saludables. No sólo en relación con el acceso a servicios de atención médica y sanitaria, cada vez más entregada al mercado, sino a las posibilidades reales de la población mayoritaria de disfrutar de una vida digna, larga y de calidad.

La alternativa puede encontrarse en la otra faceta del dilema biopolítico de la promoción de la salud, la opción colectiva, la reconstrucción del *munus*, el desarrollo y fortalecimiento de la acción comunitaria para la creación de condiciones materiales sobre las cuales pueda ser realmente ejercida la opción de elegir entre disfrutar la vida y sufrirla, al margen de que se pueda o no estar enfermo. Tales condiciones, en principio, se construyen bajo la visión de la salud como derecho humano fundamental, universal, exigible y justiciable^{1 212}.

Esa otra vertiente de la promoción de la salud, que aboga por salud en todas las políticas, en pos de la vida digna como modo de ser humano, que procure la justiciabilidad del derecho a la salud, precisa trascender el paradigma de los estilos de vida saludables y la salud como mercancía para desarrollar una nueva cultura de la salud. En ese dilema se encuentra actualmente, a mi modo de ver, una de las diferencias entre la salud pública y la salud colectiva como escenarios de práctica biopolítica de enfoques divergentes y territorios transdisciplinarios de construcción del conocimiento bajo paradigmas distintos.

A la luz de la revisión conceptual sobre el poder y la biopolítica parece no quedar duda de que la salud pública y la promoción de la salud son formas especializadas de práctica de poder, esto es, acción sobre las acciones de otros. Como construcción de la modernidad biopolítica, la salud pública tiene en el poder su

¹ López Arellano y colaboradores plantean que: “la lucha por el Derecho a la Salud alude a la creación de condiciones estructurales que promuevan y faciliten el alcance sistemático de mayores y verdaderas libertades positivas a todas las personas y grupos sociales”. Hacen referencia a la categoría de capacidades (propuesta por Amartya Sen) para proponer que “es muy posible que el desarrollo del concepto de *capacidades en salud* sea un objetivo asequible en pocos años para aquellos sistemas políticos interesados en mejorar realmente la salud de sus poblaciones. De lo que no cabe duda es de que el contenido jurídico del Derecho a la Salud tendrá que incluir todas aquellas dimensiones que, en conjunto, permiten a las personas ampliar sus opciones para decidir, de manera verdaderamente libre, el tipo de vida que desea vivir. En esta esfera es en la que los derechos sociales se enlazan con las libertades básicas y responden, al mismo tiempo, a las aspiraciones de mejor salud, más democracia y mayor justicia”.

categoría central²¹³. La genealogía de la salud pública es una historia de imposición de voluntades (de manera coercitiva o razonada) por parte de una autoridad que representa el “interés colectivo” (o aparenta representarlo) sobre el sujeto individual o sobre el sujeto colectivo. Por ello, el movimiento preventivista (la ideología preventivista) fue asimilada por la salud pública como una racionalidad para convencer a la sociedad a través de los médicos, a proceder de manera anticipatoria sobre la enfermedad: la “higiene desde arriba” (como decía Arouca) o medicina preventiva. Llevada al extremo, esa racionalidad culpabiliza a la víctima, haciendo al enfermo responsable de su padecer por no haber actuado preventivamente de acuerdo a lo prescrito. El movimiento preventivista se ha expandido en la actualidad en un más amplio “movimiento ideológico”: la promoción de la salud. El movimiento ideológico “promocionista” retoma y desarrolla esa racionalidad de una manera aparentemente menos culpabilizante que el preventivista, al menos en la superficie. El movimiento promocionista estructura a la salud pública contemporánea en torno a un discurso prescriptivo (cobijado ahora bajo el “paradigma” de los determinantes de la salud), que no se dirige específicamente hacia el personal médico o las diversas profesiones llamadas de la salud (a diferencia del discurso preventivista) sino hacia toda la población para el desarrollo de conductas “sanas” que se traducen en formas de consumo (lo que he venido llamando a lo largo de este documento la construcción de una cultura del consumo de la salud). Ese nuevo movimiento ideológico, articulado a la etapa actual del neoliberalismo, no sólo dirige sus fines a la contención de costos, sino que se articula estrechamente al “pluralismo estructurado”^{li} y a las opciones de atención a través de seguros médicos,

^{li} Londoño y Frenk, acuñaron el término *pluralismo estructurado* para definir un “modelo innovador” de organización de los sistemas de salud, que pretende “superar las deficiencias de los modelos existentes” (que ellos tipifican como *público unificado, privado atomizado, de contrato público y segmentado*), para “alcanzar un equilibrio óptimo entre equidad, eficiencia y calidad”. Señalan: “El concepto de pluralismo estructurado intenta expresar la búsqueda de un punto medio entre los arreglos polares que tanto han dañado el funcionamiento de los sistemas de salud. **Pluralismo** evita los extremos del monopolio en el sector público y la atomización en el sector privado. **Estructurado** evita los extremos de los procedimientos autoritarios del gobierno y la ausencia anárquica de reglas del juego transparentes para evitar o compensar las fallas del mercado. En este sentido, es interesante señalar que los extremos opuestos pueden terminar teniendo el mismo efecto nocivo. Por ejemplo, la subordinación de los consumidores es un resultado común tanto del modelo público unificado –a través de la ausencia de elección– como del modelo privado

allanando el paso a la delegación de responsabilidades sociales del sector público del Estado hacia el ámbito privado, pervirtiendo la noción de salud como derecho, a la de salud como mercancía. El movimiento promocionista es, además, una de las expresiones más claras de la biopolítica contemporánea: impone “desde arriba”, al cuerpo individual y al colectivo la norma a cumplir, el “estilo de vida saludable”. La promoción de la salud, bajo esta mirada, es poder sobre los cuerpos (no el mermado poder de la autoridad sanitaria, sino el poder del mercado, que es en donde se realiza el estilo de vida saludable, en tanto modalidad de consumo). No lo hace desde el saber médico, aunque muchos médicos participen en el movimiento, sino desde una posición multidisciplinaria, humanista y más universal que coincide con los diversos planteamientos del “desarrollo humano”. Pretende convencer, generar conciencia, desarrollar capacidades, empoderar, fortalecer la toma de decisiones saludables; cuando esto falla (o simultáneamente) hace uso del poder coercitivo o protector de las llamadas políticas públicas. Ambos procesos, el de impulsar una racionalidad promotora de la salud y el de elaboración-ejecución de las políticas públicas, son expresiones claras de la radicalización inmunitaria de la biopolítica.

Sin embargo, el discurso y la práctica de la promoción de la salud también reflejan otros significados y aspiraciones. Esa estrategia biopolítica puede ser ejercida “desde abajo”, por los sujetos sociales (individuales y colectivos) con capacidad de obrar, empoderados y conscientes de que la salud es un derecho humano fundamental, exigible, justiciable, universal.

El dilema de la promoción de la salud tiene que ver con que, a pesar de que uno de sus orígenes se relaciona estrechamente con la tradición médico preventivista,

atomizado –a través de la asimetría de la información. En ambos casos, los consumidores quedan subordinados, ya sea a los prestadores de servicios o a los aseguradores. Con frecuencia, el dilema real no radica en el hecho de que los servicios sean públicos o privados, sino en quién tenga la soberanía, el proveedor, el asegurador o el consumidor. El pluralismo estructurado alienta una distribución más equilibrada de poder que cualquiera de los modelos polares” (Cfr. Londoño, JL; Frenk, J Pluralismo Estructurado: Hacia un Modelo Innovador para la Reforma de los Sistemas de Salud en América Latina. Banco Interamericano de Desarrollo. Oficina del Economista Jefe. Documento de Trabajo 353, 1997. Publicado también por Londoño y Frenk como Structured pluralism: towards an innovative model for health system reform in Latin America. *Health Policy* Vol. 41, Issue 1, July 1997. Pages 1-36). Una elegante manera de idear como entregar el jugoso negocio de la prestación de servicios médicos al libre juego de las fuerzas del mercado.

las tensiones ideológicas que rodearon su nacimiento formal han posibilitado el desarrollo contrahegemónico y paralelo de un movimiento ideológico y de práctica política de promoción de la salud que, a partir de los saberes que ha consolidado la Salud Colectiva puede conducir a la construcción de una cultura de la salud, basada en una visión de derecho de los seres humanos a una vida digna, saludable, de calidad, longeva, no sujeta al juego de las fuerzas del mercado, ni sustentada en la aceptación fatalista de la desigualdad social. El dilema de la promoción de la salud refleja en su esencia el dilema biopolítico de la modernidad.

Al señalar que la promoción de la salud es una de las principales estrategias biopolíticas contemporáneas considero que sus implicaciones pueden ser discernidas en términos de la confrontación entre la expansión del complejo médico industrial, la sociedad de consumo y los dispositivos tecnológicos que producen necesidades de consumo, por un lado, y por otro, la lucha por la salud colectiva y el derecho a la salud. Desde mi perspectiva es necesario impulsar el desarrollo de saberes y prácticas de promoción de la salud como estrategia contrahegemónica a favor de los derechos humanos, en defensa de la vida y la dignidad.

“Injustice anywhere is a threat to justice everywhere. We are caught in an inescapable network of mutuality, tied in a single garment of destiny. Whatever affects one directly affects all indirectly.”

Martin Luther King. *Letter from a Birmingham jail*. 1963

Referencias bibliográficas:

- ¹ Organización Panamericana de la Salud. La Salud Pública en las Américas. Nuevos Conceptos, Análisis del Desempeño y Bases para la Acción. Publicación Científica y Técnica No. 589. Washington, D.C, 2002.
- ² OMS (Organización Mundial de la Salud). Carta de Ottawa para la promoción de la salud. Ottawa, Canada, 1986
- ³ Kickbusch, I. In search of the public health paradigm for the 21st century: the political dimensions of public health. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. Número especial 25 anos (2009) 11-19
- ⁴ Breslow, L From disease prevention to health promotion. *Journal of the American Medical Association*. 281: 11 (1999) 1030-1033.
- ⁵ Fidler, D. P. Reflections on the revolution in health and foreign policy. *Bulletin of the World Health Organization*. 85: 3 (2007) 243-244.
- ⁶ Alcazar, S. The Copernican revolution in health and foreign policy. Geneva, Switzerland: Graduate Institute Geneva, 2008. (Working Paper; 2).
- ⁷ Sidell, M., Jones, L., Katz, J. and Peberdy, A. (eds) *Debates and Dilemmas in Promoting Health*. MacMillan Press, London. 1997
- ⁸ Ziglio, E. Key issues for the new millennium. *Promoting Health: The Journal of Health Promotion for Northern Ireland*, 2 (1998), 34–37.
- ⁹ O'Neill, M., Dupere, S., Pedneault, E., Perreault, K., Forster, M., Roberge, N. et al. The 'Montreal message': the Ottawa Charter for Health Promotion is still useful for today's public health practice. *Promotion & Education*, 14, (2007) 31–32.
- ¹⁰ Rice, M. Effective Global Health Promotion Achievements, Tools, and Strategies Used in the Americas Over the Past Decade. *Health Promotion Practice* May 2012 Vol. 13, No. 3 313–319.
- ¹¹ Breslow, L Perspectives: the third revolution in health. *Annual Review of Public Health*, 25 (2004) xiii-xviii
- ¹² Kunh, T. La estructura de las revoluciones científicas. Fondo de Cultura Económica, México. 8ª reimpresión. 2004.
- ¹³ Althusser, L. Ideología y aparatos ideológicos del Estado. Nueva Visión, Buenos Aires, 1988. Obtenido en http://www.infoamerica.org/documentos_pdf/althusser1.pdf el 20-01-2016)
- ¹⁴ Arouca, S. El dilema preventivista: contribuciones a la comprensión y crítica de la medicina preventiva. 1ª edición. Lugar Editorial. Buenos Aires: 2008.
- ¹⁵ Arouca, S. op. cit.p. 36
- ¹⁶ Foucault, M La crisis de la medicina o la crisis de la antimedicina. *Educación Médica y Salud*. Vol. 10, No. 2 (1976) p. 165
- ¹⁷ Foucault, M. Nacimiento de la biopolítica. Curso en el Collège de France (1978-1979). Fondo de cultura económica, México, 2007.
- ¹⁸ Lazzarato, M. Por una redefinición del concepto biopolítica. *Brumaria* 7. Arte, máquinas, trabajo inmaterial. 2007. Pp. 71-81.
- ¹⁹ Esposito, Roberto. Bíos. Biopolítica y filosofía. Buenos Aires: Amorrortu, 2011
- ²⁰ Esposito, R. Comunidad, inmunidad y biopolítica. Herder Editorial, SL. Barcelona, 2012.
- ²¹ Arouca, S. op. cit. pp. 57 a 96.
- ²² Arouca, S. op. cit. p. 83
- ²³ Gramsci, A. Los intelectuales y la formación de la cultura.
- ²⁴ Arouca, S. op. cit. pp. 87-88.
- ²⁵ Arouca, S. op. cit p. 96
- ²⁶ Arouca, S. op. cit p. 71
- ²⁷ Arouca, S. op. cit p. 72
- ²⁸ Arouca, S. op. cit p. 72
- ²⁹ Arouca, S. op. cit p. 88
- ³⁰ Ibid, p. 89
- ³¹ Ibid, p. 95
- ³² Ibid, p. 96

-
- ³³ Stoppino, M. Ideología. En: Bobbio, N.; Matteuchi, N.; Pasquino, G. Diccionario de Política. Siglo XXI 7ª edición (T 1), México, 1991, pp. 785-802.
- ³⁴ Real Academia Española. Diccionario de la lengua española. 22ª edición, 2001. Consultado en: <http://buscon.rae.es/drae/> el 11-11-2013
- ³⁵ Harnecker, M. Los conceptos elementales del materialismo histórico. Siglo XXI ed. 36ª reimpresión, México. 1976. p. 99-100
- ³⁶ Abercrombie, N.; Hill, S.; Turner, B. S. The Penguin Dictionary of Sociology. Penguin Books. Third Edition, London, 1994, p. 206-208.
- ³⁷ Eagleton, T. Ideología. Una Introducción. Paidós. Barcelona, 1997.
- ³⁸ Eagleton, T. op. cit p 19.
- ³⁹ Ídem, p. 20
- ⁴⁰ Ídem, p 20
- ⁴¹ Ibid. p. 20
- ⁴² Ib., p. 21
- ⁴³ Gramsci, A. Los intelectuales y la formación de la cultura. En Gramsci, A. Antología. Siglo XXI editores, México, 1970.
- ⁴⁴ Adorno, Th. Dialéctica negativa. La jerga de la autenticidad. Obra completa, 6. AKAL básica de bolsillo. Madrid, 2005.
- ⁴⁵ Habermas, J. Teoría de la acción comunicativa. Taurus, Madrid, 1981.
- ⁴⁶ Poulantzas, N. Hegemonía y Dominación en el Estado Moderno. Siglo XXI Editores, Buenos Aires, Argentina. 1974.
- ⁴⁷ Foucault, M. La arqueología del saber. Siglo XXI Editores, Buenos Aires, Argentina. 2002.
- ⁴⁸ Althusser, L. Ideología y aparatos ideológicos del Estado. Op. cit.
- ⁴⁹ Althusser, L. Op. cit.
- ⁵⁰ Ídem, p. 24
- ⁵¹ Ib., p. 27 -28.
- ⁵² Althusser L. La Revolución Teórica de Marx. Ed. Siglo XXI. México, 1967.
- ⁵³ Žižek, S. El sublime objeto de la ideología. Siglo XXI editores. México, 2012.
- ⁵⁴ Žižek, S. The spectre of Ideology. In: Žižek, S. (editor) Mapping Ideology. Verso Mapping Series & New Left Review. London, 2012, p. 9 (Kindle e-book)
- ⁵⁵ Žižek, S. The spectre of Ideology. Óp. cit. p.p. 9-14
- ⁵⁶ Žižek, S. Idem. p. 15
- ⁵⁷ Lazzarato, M. Políticas del acontecimiento. Tinta Limón, Buenos Aires, Arg. 1a ed., 2006.
- ⁵⁸ Real Academia Española. Diccionario de la lengua española. 22ª edición, 2001. Consultado en: <http://buscon.rae.es/drae/> el 11-11-2013
- ⁵⁹ Diccionario de la lengua española. Espasa-Calpe, Madrid 2005.
- ⁶⁰ Deutsch, K. Política y gobierno. Como el pueblo decide su destino. Fondo de cultura económica, México, 1976. p. 41
- ⁶¹ Weber, M. Economía y Sociedad. Esbozo de sociología comprensiva, Tomo I. Fondo de cultura económica, México 1974. P. 43
- ⁶² Bobbio, N.; Matteuchi, N.; Pasquino, G. Diccionario de Política. Siglo XXI 7ª edición (T 2), México, 1991.
- ⁶³ Sánchez-Vázquez, A. La cuestión del poder en Marx. En: Entre la realidad y la utopía. Ensayo sobre política, moral y socialismo. Fondo de Cultura Económica, México, 1999.
- ⁶⁴ Foucault, M. El sujeto y el poder. Postfacio del libro de Drayfus y Rabinow, *Michel Foucault: Más allá del estructuralismo y la hermenéutica*. Reproducido en: Revista Mexicana de Sociología, Vol. 50, No. 3. (Jul. - Sep., 1988), pp. 3-20.
- ⁶⁵ Foucault, M. El sujeto y el poder. Óp. cit. p 6
- ⁶⁶ Íd p. 7
- ⁶⁷ Foucault, M. Vigilar y Castigar. Siglo XXI, 32ª edición, México 2003. P. 141-142
- ⁶⁸ Ibid p. 142
- ⁶⁹ Foucault, M. El sujeto y el poder. Óp. cit. p. 7

-
- ⁷⁰ Foucault, M. Seguridad, territorio, población. Curso en el Collège de France (1977- 1978). Fondo de cultura económica, México, 2006, p. 136
- ⁷¹ Foucault, M. Seguridad, territorio, población. Óp. cit. p. 15.
- ⁷² Ídem p. 16
- ⁷³ Foucault, M. Historia de la medicalización. Educación médica y salud. Vol. 11, No. 1 (1977) p. 5
- ⁷⁴ Foucault, M. Seguridad, territorio, población. Óp. Cit.
- ⁷⁵ Foucault, M. Nacimiento de la biopolítica. Curso en el Collège de France (1978-1979). Fondo de cultura económica, México, 2007.
- ⁷⁶ Esposito, Roberto. Bíos. Biopolítica y filosofía. Buenos Aires: Amorrortu, 2011
- ⁷⁷ Agamben, G. Homo sacer I. óp. cit.
- ⁷⁸ Agamben, G. Homo sacer I. óp. cit. p. 19
- ⁷⁹ Aristóteles. Etica Nicomaquea / Política. Editorial Porrúa. Colección "Sepan cuántos..." núm 70. México, 1967.
- ⁸⁰ Agamben, G. Homo sacer I. óp. cit. p. 17
- ⁸¹ Ibíd. p. 17-18
- ⁸² Ibíd. p. 30
- ⁸³ Hardt, M.; Negri, A. Imperio. Paidós Ibérica, Madrid, 2005
- ⁸⁴ Lazzarato, M. y Negri, A. Trabajo inmaterial. Formas de vida y producción de subjetividad. DP&A Editora, Rio de Janeiro, 2001.
- ⁸⁵ Lazzarato, M. La filosofía de la diferencia y el pensamiento menor. Universidad Central – IESCO y Fundación Comunidad. Bogotá, 2007.
- ⁸⁶ Lazzarato, M. Por una redefinición del concepto biopolítica. Brumaria 7. Arte, máquinas, trabajo inmaterial. 2007. Pp. 71-81.
- ⁸⁷ Lazzarato, M. Por una redefinición del concepto biopolítica. Óp. cit. p.74
- ⁸⁸ Bauman, Z. Modernidad líquida. Fondo de cultura económica, México 2003.
- ⁸⁹ Foucault, M. Seguridad, territorio, población. Óp. cit. p. 323-325.
- ⁹⁰ Lazzarato, M. y Negri, A. Trabajo inmaterial. Op. cit.
- ⁹¹ Bauman, Z. La Globalización. Consecuencias humanas. Fondo de cultura económica. 2ª edición México 2001. pp. 106-112.
- ⁹² Esposito, R. Comunidad, inmunidad y biopolítica. Herder Editorial, SL. Barcelona, 2012.
- ⁹³ Esposito, R. Comunidad, inmunidad y biopolítica. Op.cít. p. 9-10
- ⁹⁴ Esposito, R. op. cit, p. 14
- ⁹⁵ Ibíd. p. 11
- ⁹⁶ R. Esposito, Bíos. Biopolítica y filosofía. Amorrortu, Buenos Aires, 2006, p. 15.
- ⁹⁷ Esposito, R. Comunidad, inmunidad y biopolítica, p. 175
- ⁹⁸ Esposito, R. Bíos. Biopolítica y filosofía. Óp. cit. p. 65
- ⁹⁹ Ibíd. p. 65.
- ¹⁰⁰ Ibíd. p. 65.
- ¹⁰¹ íbid. Capítulo 2. El paradigma de la inmunización.
- ¹⁰² Esposito, R. Comunidad, inmunidad y biopolítica, Capítulo 3. Comunidad y nihilismo.
- ¹⁰³ Esposito, R. Comunidad, inmunidad y biopolítica, Capítulo 11. Por una filosofía de lo impersonal.
- ¹⁰⁴ Ibíd. p 138
- ¹⁰⁵ Ibíd. p 139
- ¹⁰⁶ Testa, M. Pensar en salud. Lugar Editorial. Buenos Aires, 2006, pp. 117-125.
- ¹⁰⁷ Testa, M. Pensamiento estratégico y lógica de programación. (El caso de salud). Lugar Editorial. Buenos Aires, 2007, pp. 31-46
- ¹⁰⁸ Testa, M. Pensar en salud. Óp. cit. p. 118
- ¹⁰⁹ Testa, M. Pensamiento estratégico y lógica de programación. Óp. Cit. p. 32.
- ¹¹⁰ Testa, M. Pensamiento estratégico y lógica de programación. Óp. Cit. p. 34.
- ¹¹¹ Ibíd. p. 37
- ¹¹² Castro-Albarrán, JM. Promoción de la salud. A diez años de Ottawa: ¿salud-mercancía o derecho social? Salud Problema, año 2, No. 2, 1997; pp. 55-60

-
- ¹¹³ Dye, T. *Understanding Public Policy*. Prentice Hall, Cornell University, 1995, 8th Edition
- ¹¹⁴ Lasswell, H.D. "The Policy Orientation", en Lerner, D., Lasswell, H.D., *The Policy Sciences*, Stanford, Stanford University Press, 1951
- ¹¹⁵ Aguilar, LF *El estudio de las políticas públicas*. Colección Antologías de política pública, I. Miguel Ángel Porrúa, México 1992, p. 39
- ¹¹⁶ Aguilar, LF *El estudio de las políticas públicas*. Óp. cit. p. 44
- ¹¹⁷ *Ibid.* p. 44
- ¹¹⁸ *Ibid.* p. 49
- ¹¹⁹ Mény, I; Thoenig, J.-C. *Las políticas públicas*. Editorial Ariel S.A., Barcelona, 1992, p. 90
- ¹²⁰ Thoenig, J.-C. *Política pública y acción pública*. Gestión y política pública. CIDE, México, vol. VI No. 1 1997. P.19
- ¹²¹ Larrue, C. *Analyser les politiques publiques d'environnement*, L'Harmattan, París, 2000. Citado por Kauffer, E. *Las políticas públicas, algunos apuntes generales*. Consultado en: <http://cgpp.app.jalisco.gob.mx/images/ppapuntes.pdf> 15-01-2014
- ¹²² Velázquez, G. *Hacia una nueva definición del concepto "política pública"*. *Desafíos*, Bogotá (Colombia), (20): 149-187, semestre I de 2009.
- ¹²³ Sigerist HE *The University at the crossroads: Addresses & Essays*. New York, Henry Schuman, 1946, p.127.
- ¹²⁴ WHO (World Health Organization) *Proceedings and Final Acts of the International Health Conference held in New York from 19 June to 22 July 1946*. (June 1948). 143p. Obtenido en: <http://www.who.int/library/collections/historical/es/index3.html>
- ¹²⁵ Leavell HR, Clark EG. *Textbook of Preventive Medicine*. McGraw-Hill Book Company, 1953. p.p. 20-21.
- ¹²⁶ OMS (Organización Mundial de la Salud). *Carta de Ottawa para la promoción de la salud*. Op cít.
- ¹²⁷ OMS (Organización Mundial de la Salud). *Atención Primaria de Salud. Informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud. Alma Ata URSS 6 -12 septiembre de 1978*. OMS, Ginebra 1978
- ¹²⁸ Sen, Amartya K. *Choice, Welfare and Measurement*. Oxford: Basil Blackwell, 1982.
- ¹²⁹ Sen, Amartya K. *Resources, Values and Development*. Oxford: Basil Blackwell, 1984.
- ¹³⁰ Sen, Amartya K. *Desarrollo y libertad*. Editorial Planeta. Barcelona, 2000.
- ¹³¹ Foucault, M. *Estrategias de poder Obras esenciales, Volumen II*. Paidós. Barcelona, 1999.
- ¹³² Foucault, M. *Microfísica del poder*. Ediciones la piqueta. Madrid, 1979.
- ¹³³ Foucault, M. *El poder, una bestia magnífica. Sobre el poder, la prisión y la vida*. Siglo XXI Editores, México, 2012.
- ¹³⁴ Canguilhem, G. *Lo normal y lo patológico*. Siglo XXI editores, México, 1983.
- ¹³⁵ Canguilhem, G. op cit. p. 17.
- ¹³⁶ Rosen, G. *A History of Public Health*. MD publications, New York, 1958.
- ¹³⁷ Canguilhem, G. op. cit. p. 18
- ¹³⁸ Tountas, Y. *The historical origins of the basic concepts of health promotion and education: the role of ancient Greek philosophy and medicine*. *Health Promotion International*. Vol. 24 No. 2, 2009.
- ¹³⁹ Bueno, G. *La escuela pitagórica*. En: Bueno, G. *La metafísica presocrática*. Pentalfa ediciones. Oviedo. 1974.
- ¹⁴⁰ Bueno, G. *La metafísica presocrática*. Op.cit. p. 121.
- ¹⁴¹ Laín Entralgo, P. *Historia Universal de la Medicina T II Antigüedad Clásica. La medicina hipocrática*. Salvat, Barcelona. 1972. pp 73-116.
- ¹⁴² Laín Entralgo, P. op. cit. p. 80.
- ¹⁴³ Sigerist, H. *Hitos en la Historia de la Salud Pública*. Siglo XXI eds. México, 1981. p. 26
- ¹⁴⁴ Galeno, C. *Opera Omnia*. Compilación en 22 volúmenes por C. G. Kühn, Vol. VI. Citado por Sigerist H. en: *Hitos en la Historia de la Salud Pública*. Siglo XXI eds. México, 1981. p. 27
- ¹⁴⁵ Castro-Albarrán, JM *Promoción de la salud*. En: González-Guzmán, R.; Castro-Albarrán, JM; Moreno-Altamirano, L. *Promoción de la salud en el ciclo de vida*. McGraw-Hill. México 2011.
- ¹⁴⁶ Glasscheib H.S. *El laberinto de la medicina*. Ediciones Destino. Barcelona, 1964.
- ¹⁴⁷ Sigerist, H. *Hitos en la Historia de la Salud Pública*. Op. cit. p. 36
- ¹⁴⁸ *Ibid.* p. 37

-
- ¹⁴⁹ Ibid. p. 52
- ¹⁵⁰ Marx, C. El Capital. Crítica de la economía política. T. I cap. XXIV. Fondo de cultura económica. México. 1976.
- ¹⁵¹ Castro-Albarrán, JM La identidad de la salud pública: Retos y perspectivas. Rev. Esc. Sal. Púb. (UNC) Vol. 4, N° 1, 1994. pp. 103-115
- ¹⁵² Rosen, G. A. op. cit.
- ¹⁵³ Frank, JP “*De populorum miseria: morborum genitrice*” citado en: Sigerist, H. Hitos en la Historia de la Salud Pública. Siglo XXI eds. México, 1981.
- ¹⁵⁴ Snow, J. Sobre el modo de transmisión del cólera. En: OPS (Organización Panamericana de la Salud). El desafío de la Epidemiología. Problemas y lecturas seleccionadas. Publicación científica 505. OPS Washington. D.C. 1988 p.p. 43 a 46.
- ¹⁵⁵ De Kruif, P. Los cazadores de microbios. Ed. Época, México 1971.
- ¹⁵⁶ Freidson, E. La Profesión Médica. Barcelona, 1978.
- ¹⁵⁷ Goldberger, J. Estudios sobre la Pelagra. En: Problemas y lecturas seleccionadas. Publicación científica 505. OPS Washington. D.C. 1988 p.p. 101-105
- ¹⁵⁸ Bigelow, G. H. & Lombard, H. L. El cáncer y otras enfermedades crónicas en Massachusetts. En: OPS. El desafío de la epidemiología. Op. cit. p. p. 106-114
- ¹⁵⁹ Arredondo A. Marcos Conceptuales en Salud Pública. Modelos, Paradigmas o propuestas disciplinarias. Cuad. Méd. Soc 1993 XXXIV(2-3):29-36.
- ¹⁶⁰ Bickel, M. (ed.) Correspondence Henry E. Sigerist – Alan Gregg 1933-1955. An online publication of the Institute of the History of Medicine, University of Bern, Switzerland. Bern, 2012. Consultado en: http://www.img.unibe.ch/unibe/medizin/mhi/content/e85995/e210421/files210424/CorrespondenceHenryE.Sigerist-AlanGregg_ger.pdf
- ¹⁶¹ Sigerist HE The University at the crossroads: Adresses & Essays. New York, Henry Schuman, 1946, p.127.
- ¹⁶² Sigerist HE Medicine and human welfare. Yale University Press. New Haven. 1941
- ¹⁶³ Piédrola Gil (coord.) Medicina Preventiva y Salud Pública. 10ª edición, Masson. Barcelona, 2001. Capítulo 1, p. 3.
- ¹⁶⁴ WHO (World Health Organization) Constitution of the World Health Organization 1946 (facsimil en pdf, en varios idiomas, firmado por los representantes de los estados Constituyentes). Obtenido en: <http://www.who.int/library/collections/historical/es/index3.html>
- ¹⁶⁵ Leavell HR, Clark EG. Textbook of Preventive Medicine. McGraw-Hill Book Company, 1953. p.p. 7, 20-21.
- ¹⁶⁶ Leavell HR, Clark EG. Preventive Medicine for the doctor in his community. New York, Mc.Graw-Hill Book Company, 1958. p. 48.
- ¹⁶⁷ Lalonde M. A new perspective on the health of Canadians. A working document, Government of Canada, Ottawa. 1974.
- ¹⁶⁸ Castro-Albarrán, JM Promoción de la salud (2011), op. cit. p.22
- ¹⁶⁹ Epp J. Achieving Health for All: A framework for health promotion. Health Education (Canada), N° 2, 1986, supplement.
- ¹⁷⁰ Minkler M. Health Education, Health Promotion and the Open Society: an Historical Perspective. Health Education Quarterly Vol. 16(1): 17-30. Spring, 1989.
- ¹⁷¹ Buck, C. Beyond Lalonde: Creating Health. Canadian Journal of Public Health. 1985; 76 (suppl. 1, May/June).
- ¹⁷² Hancock T. Health promotion in Canada: 25 years of unfulfilled promise. Health Promot. Int. 2011;26 Suppl 2:ii263–7. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22080082>. Accessed November 12, 2013.
- ¹⁷³ Hancock T. It’s the environment, stupid! Declining ecosystem health is THE threat to health in the 21st century. Health Promot. Int. 2011;26 Suppl 2:ii168–72. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22080069>. Accessed November 12, 2013.
- ¹⁷⁴ Blaxter, M. Health Services as a Defense Against the Consecuneces of Poverty in Industrialized Societies. Soc. Sci. Med. 17 (1983): 1139-48
- ¹⁷⁵ Draper, R. et al. Health promotion in Canada: a case study. Health Canada (Prepared as a background paper for the Fourth International Conference on Health Promotion, Jakarta, Indonesia); Ottawa. 1997.

-
- ¹⁷⁶ Hancock T. Health promotion in Canada: 25 years of unfulfilled promise. Op. cit. p. 263
- ¹⁷⁷ Evans, R.G. and Stoddart, G.L. Producing Health, Consuming Health Care. *Social Science and Medicine*, vol. 31, no. 12, 1990, pp. 1347-63
- ¹⁷⁸ Ibid p. 1360.
- ¹⁷⁹ Hancock T. Health promotion in Canada: 25 years of unfulfilled promise. Op. cit. p. 263
- ¹⁸⁰ Evans, RG; Barer, ML; Marmor, TR (editors) Why are some people healthy and others no? The determinants of Health of populations. Aldine de Gruyter, New York. 1994.
- ¹⁸¹ Banco Mundial Informe sobre el desarrollo mundial 1993. Invertir en salud. BIRF/BM Washington 1993
- ¹⁸² O'Donnell, M.P. Definition of Health Promotion. *American Journal of Health Promotion: Premier Issue*, (1986) Vol. 1, No. 1, pp. 4-5.
- ¹⁸³ Cassel J. Psychological processes and "stress". *Theoretical formulation. Int. J. Health Services* 1974, 4(3):471-482.
- ¹⁸⁴ Lewis, A. Health as a Social Concept. *British Journal of Sociology*. 1953, 4: 109-124.
- ¹⁸⁵ OMS. Carta de Ottawa para la promoción de la salud. Ottawa, Canada, 1986.
- ¹⁸⁶ Macdonald, G. Health Promotion and sustainable development. *Health Promotion International* 1992, 7(2):71-72.
- ¹⁸⁷ Chapela, MC Contenidos de poder en la historia de la promoción de la salud. En: Chapela, MC; Cerda, A. Promoción de la salud y poder: Reformulaciones desde el cuerpo-territorio y la exigibilidad de derechos. *Serie Académicos CBS*, núm. 94. UAM-X, 2010.
- ¹⁸⁸ Banco Mundial. Informe sobre el Desarrollo Mundial 1993. Invertir en Salud. Banco Mundial, Washington, 1993.
- ¹⁸⁹ J.A. Walsh, K.S. Warren, Selective primary health care: an interim strategy for disease control in developing countries, *New Engl. J. Med.* 301, 18, 1979, pp. 967-73.
- ¹⁹⁰ OMS. Carta de Bangkok para la promoción de la salud en un mundo globalizado. Ginebra, 2005.
- ¹⁹¹ World Health Organization. Nairobi call for action to closing the gap for the implementation of Health Promotion. Oct. 30th, 2009.
- ¹⁹² OMS. Conferencia Mundial de Promoción de la Salud, Helsinki, Finlandia, del 10 al 14 junio 2013. Declaración de Helsinki sobre Salud en Todas las Políticas. 2013
- ¹⁹³ Granda, E. Salud pública e identidad. En: Granda, E. La salud y la vida. Volumen 1. Ministerio de salud pública del Ecuador – OPS Ecuador – Universidad de Cuenca – ALAMES. Quito, 2009. pp. 111 – 132.
- ¹⁹⁴ Organización Panamericana de la Salud. Manual de enfoque de riesgo para la atención materno-infantil. Serie Paltex N° 7 para ejecutores de programas de salud. Carlos Castillo, Editor. Washington, segunda edición, 1999
- ¹⁹⁵ Nuñez C. Educar para Transformar, Transformar para educar. IMDEC, Guadalajara, Jalisco.1987.
- ¹⁹⁶ Lazzarato, M. y Negri, A. Trabajo inmaterial. Op. cit.
- ¹⁹⁷ Bauman, Z. Modernidad líquida. Op. cit.
- ¹⁹⁸ Navarro, V. ¿Qué es una política nacional de salud? *Revista Tareas* No. 130. CELA (Centro de Estudios Latinoamericanos Julio Arozamena) septiembre-diciembre, 2008. Panamá, pp. 39-58.
- ¹⁹⁹ Hancock, T. Beyond health care: from public health policy to healthy public policy. *Can J Public Health*. 1985 May-Jun;76 Suppl 1:9-11.
- ²⁰⁰ Milio, Nancy. Glossary: healthy public policy. *J Epidemiol Community Health* 2001;55:622–623
- ²⁰¹ Id. p. 622.
- ²⁰² Nutbeam, D. Promoción de la Salud. Glosario. Organización Mundial de la Salud, Ginebra. 1998
- ²⁰³ Menéndez, E. El modelo médico y la salud de los trabajadores. Prólogo a la edición en español de: Basaglia, F. et al. La salud de los trabajadores. Aportes para una política de la salud. Serie Salud e Ideología. Editorial Nueva Imagen. México, 1981.
- ²⁰⁴ Unión Internacional de Promoción y Educación para la salud (UIPES). La evidencia de la efectividad de la promoción de la salud. Configurando la Salud Pública en una Nueva Europa. (Partes uno y dos) Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid, 2000.
- ²⁰⁵ Raphael, D. The question of evidence in health promotion. *Health Promot. Int.* (2000) 15 (4): 355-367
- ²⁰⁶ De Salazar, L. Vélez, J. Hacia la búsqueda de efectividad en promoción de la salud en América Latina *Ciência & Saúde Coletiva*, 9(3):725-730, 2004

²⁰⁷ Nutbeam, D. Evaluating health promotion - progress, problems and solutions. *Health Promotion International*.(1998) 13 (1), 27-44.

²⁰⁸ McQueen, D. Jones, C. (Eds.) *Global Perspectives on Health Promotion Effectiveness*. Springer. New York, 2007.

²⁰⁹ Speller, V. Learmonth, A. Harrison, D. The search for evidence of effective health promotion. *BMJ* 1997;315:361

²¹⁰ Dooris, M. Healthy settings: challenges to generating evidence of effectiveness. *Health Promot. Int.* (March 2006) 21 (1): 55-65

²¹¹ Amuyunzu-Nyamongo, M; Nyamawa D. Evidence of Health Promotion Effectiveness in Africa. *IUPHE-African Programme on Health Promotion Effectiveness*. 2009.

²¹² López Arellano, O.; López Moreno, S.; Moreno Altamirano, A. El Derecho a la Salud en México. En: López Arellano, O. y López Moreno, S. (coordinadores) *Derecho a la salud en México*. Universidad Autónoma Metropolitana. México, 2015. pp. 78-79.

²¹³ Castro-Albarrán, JM La identidad de la salud pública: Retos y perspectivas. Óp. cit.