

Firma invitada

Imágenes del otro. A propósito del sujeto destinatario de las prácticas de Educación para la Salud

José Luis Medina Moya
Universidad de Barcelona

Dirección de contacto: Facultad de Pedagogía
Campus Vall d'Hebron, 171. Edificio Levante, 2ª planta, despacho 248.
08035 Barcelona.

E-mail: josep.lluis.medina@doc.ds.ub.es

"Educar es algo más que una responsabilidad, es una prueba: la del aprendizaje de la ceguera y su reconocimiento",
Chantal Maillard

"Todos en mayor o menor medida queremos hacer algo de alguien, pero no siempre entendemos demasiado bien cómo es que el algo y el alguien no son exactamente lo mismo e ignoramos que esa confusión nos condena, pese a toda la voluntad que queramos desplegar, al fracaso",
Philippe Mirieu

Introducción

No puedo empezar este escrito de otra manera que no sea mostrando mi agradecimiento al comité editorial de RlDEC por esta invitación, de la que me siento muy honrado.

En este breve ensayo me voy a centrar en el apasionante tema de la razón y la razonabilidad de las cuestiones que pensamos y de las cosas que hacemos cuando decimos que hacemos Educación para la Salud (EpS). Un tema ya venerable y que todavía no está resuelto: la problemática de cómo transformar en los saberes científicos que transmite la EpS en prácticas de vida -de autocuidado-.

Estas reflexiones pretenden ser una invitación a un apasionante trayecto intelectual en la búsqueda de nuevos significados y de sentidos innovadores para las actividades de la EpS. Se trata de acceder a otras lógicas y formas conceptuales que nos ofrezcan una mirada que vaya más allá de los márgenes de las "maquinarias" institucionales y profesiona-

les que nos aprisionan y que nos permita ver a través de sus grietas. Y esta búsqueda es de suma importancia porque, como muy bien nos recordaba el recientemente desaparecido Ralf Dahrendorf (2009), una de las características de las grandes ideas que han determinado los períodos históricos es el hecho de que provienen de los márgenes de las ortodoxias dominantes. Cuando se acuñan y publican por primera vez, suelen parecer irrelevantes y en todo caso fuera de sintonía con el espíritu de sus tiempos. Sin embargo, a largo plazo son siempre esas ideas las que sirven para modular nuestras vidas. Así pues, hoy más que nunca se hace necesario recuperar un pensamiento problemático y crítico que nos permita ir más allá de lo que se nos ha presentado como conocimiento lícito y verdadero, a veces de forma arrogante como "pensamiento único".

Sin embargo, ¿no va en contra de los tiempos afirmar que algunas de las actuales prácticas de EpS son problemáticas? ¿Por qué deberíamos aceptar como problemáticas nues-

tras comprensiones e ideas acerca de la realidad y del oficio de enseñar prácticas saludables de vida? Y, en todo caso, ¿qué significaría esa aceptación en términos de los saberes requeridos para el ejercicio de la EpS? A continuación trataré de hilvanar algunas respuestas a estas importantes cuestiones.

La EPS un intersticio de saberes, sujetos y prácticas

Las relaciones entre la educación y la salud son ancestrales. Desde muy lejos esta relación se ha prodigado sobre todo en los espacios y momentos de la intervención concreta educativa y sanitaria en instituciones como la escuela, el hospital o los centros de salud más que en los espacios y momentos de la elaboración teórica de las disciplinas Foucault (1990).

En la práctica, ésta es una relación obvia en el sentido que desde siempre o como mínimo desde la Ilustración se acepta el aserto que considera imprescindible una buena educación para alcanzar una vida saludable. En la práctica también esta relación ha sido por lo general jerárquica situándose las disciplinas sanitarias por encima, en tanto que ciencias reconocidas, de la Pedagogía, a la cual el estatuto de cientificidad no le ha sido reconocido del todo.

Una reflexión sobre la historia de las relaciones entre los saberes sanitarios y pedagógicos resultaría de gran utilidad para iluminar el proceso de comprensión de ese campo interdisciplinar que es la EpS. No es éste el lugar para semejante empresa pero sí que debe señalarse la importancia del reconocimiento de esa historia para comprender mejor de qué estamos hablando cuando afirmamos la "interdisciplinariedad" de la EpS. En mi opinión, esa palabra, ese concepto, esa práctica está todavía más influenciados por la vieja y obsoleta consideración jerárquica del orden entre las diversas disciplinas que en ella concurren que por un reconocimiento de la importancia de la relación entre ellas. Concretamente, cuando se habla de interdisciplinariedad se está intentando delimitar un espacio propio disciplinar y una asignación de competencias más que pensar en la complejidad de los fenómenos humanos y su necesario abordaje interdisciplinar.

La evolución histórica de las disciplinas sanitarias y pedagógicas que fundamentan las actuales prácticas de EpS presenta ciertos paralelismos. En primer lugar, esas disciplinas son definidas como un conjunto de saberes y prácticas que responden a ciertos mandatos sociales, de una manera genérica al bienestar social (Foucault, 1986). Ahora bien, esta búsqueda del bienestar impone a esas disciplinas unas expectativas utópicas; son utópicas en el sentido de que se hallan en franca contradicción con la realidad en la que sus prácticas se llevan a cabo. Así vemos cómo hoy en día la educación pretende formar ciudadanos solidarios e independientes sin discriminación de raza, género o clase social y la salud se entiende como un estado completo de bienes-

tar físico, mental y social y no solo como la ausencia de enfermedad (OMS, 1948). Sin embargo, estas titánicas tareas se producen en un contexto insolidario, competitivo, excluyente, contaminado y productor de enfermedad, oficios ambos respetables e inseparables de los contextos deseducativos y patologizantes en los que muchas veces se producen.

Estas reflexiones pueden servir para resituarnos y repensar nuestra práctica como educadores/as de salud. Una tarea de esa índole nos enfrenta con un serio dilema: nuestro deseo de implicación personal frente a las dificultades objetivas que experimentamos en nuestra práctica y que en ocasiones percibimos como inevitables. Ese dilema puede hacernos caer en actitudes omnipotentes que simplifican las situaciones humanas propias de la EpS o al contrario en una práctica que dimite y se abandona a la rutina fruto de la sensación de hastío e inutilidad de una tarea pocas veces recompensada con el éxito inmediato de su esfuerzo. Estas actitudes, a veces transformadas en mecanismo de defensa, solo pueden evitarse con el aprendizaje cotidiano de la importancia de nuestra actividad. Importancia relativa al reconocimiento que le demos al papel de las otras personas implicadas: los usuarios. Sencillamente con el reconocimiento realista del coprotagonismo que implica toda acción educativa basada en una relación interpersonal.

Ahora bien, ¿qué competencias y herramientas podemos usar para desarrollar una EpS que tenga en cuenta lo dicho hasta ahora? En lo que sigue trataré de ofrecer algunas sugerencias orientadas al desarrollo de práctica educativa en la que los usuarios antes que objetos sean considerados sujetos protagonistas de su proceso de salud, de vida.

Imágenes del otro: la necesidad de un cambio en la mirada de la EpS

A poco que se analice es fácil constatar como en el imaginario colectivo de un buen número de profesionales de la salud existe una imagen errónea de la EpS que se caracteriza por una relación desigual entre los profesionales que por definición "saben" y los individuos a los que hay que educar que por definición "no saben" (Bartoli, 2000).

Esta imagen propiciada por un contexto en el que impera "la cultura de los expertos" (Barnes, 1986) es poco favorecedora para el desarrollo de prácticas de EpS verdaderamente autonomizantes y emancipadoras. Sería razonable y eficaz entender la EpS como una intervención social que intenta ayudar a los usuarios a cambiar de manera consciente y duradera sus comportamientos en relación a la salud y que exige el conocimiento del patrimonio cultural del grupo y de su mundo subjetivo.

De esta idea podemos inferir ya dos afirmaciones en las que se sustentarían unas prácticas de EpS verdaderamente educativas. En primer lugar que los destinatarios no son meros y simples receptores pasivos de información o prescripción,

sino que son sujetos activos en la relación educativa; y en segundo lugar, que la EpS no es una simple transmisión de consejos y procedimientos respecto a la salud, conocimientos todos ellos neutrales, sino que es una intervención en la cultura de los individuos porque incide en sus conocimientos, valores y comportamientos.

Es de un racionalismo abstracto pensar que la validez científica y de la información que transmite la EpS garantiza la modificación de las pautas de salud de los individuos. En primer lugar, porque ningún saber científico se ha elaborado con pretensiones pedagógicas, pero sobre todo porque como Durkheim (1974) nos enseñó la autoridad de un saber no depende únicamente de su valor objetivo. No es suficiente que sean objetivos y verdaderos para que se crea en ellos. Si no se armonizan con el imaginario social, serán rechazados y, por tanto, inexistentes para la comunidad. Ilustraré esta idea con un ejemplo. "*Antropología Estructural*", Levi-Strauss (1965) demostró la enorme eficacia simbólica de determinados rituales mágico-terapéuticos. Es el caso de las prácticas de los chamanes "Cuna" de Panamá ante los partos difíciles. El chamán a través de la palabra y tomando como marco de referencia las creencias compartidas por los Cuna, ubica, guía y reconstruye el sentido de las sensaciones que la parturienta está experimentando y que al hacer referencia a un mundo de representaciones por ella conocida la ayudan a ordenar y controlar su sufrimiento, padecer que al dotarse de un sentido ofrece a la mujer la capacidad de visualizar y organizar los procesos por los que su cuerpo está atravesando. Esa letanía o recitado mítico constituye un elemento terapéutico de primer orden porque se conecta significativamente con los constructos culturales que las mujeres Cuna manejan. Es a esa significatividad subjetiva a la que debería mostrarse sensible la EpS, pues sin su conocimiento podemos hacer muchas cosas "sobre" el otro menos educarle.

Ese racionalismo descontextualizante también está alimentado por la hegemonía del modelo biomédico que nos lleva a reducir el "enfermar" a la patología, confundir los conceptos de patología con el enfermar (Galimberti, 1996). El enfermar hace referencia a la experiencia o vivencia única e irrepetible que una persona tiene como consecuencia de un trastorno orgánico. La patología se refiere al trastorno en sí mismo. Si la patología como fenómeno puede abstraerse de su entorno social, es imposible desligar su vivencia del marco cultural en el que se inserta la persona. Por ejemplo, un estudio realizado por un equipo de antropólogos de la salud sobre un grupo de personas diagnosticadas por la reumatología de artritis reumatoide en el que se trataba de analizar y comprender los procesos socioculturales por medio de los cuales las personas construían y encarnaban el padecimiento (Devillard, Otegui y García, 1991). Una de las conclusiones más sugerentes fue las diferencias en las peticiones en relación a los tratamientos paliativos del dolor. Lo interesante es que esas diferencias no estaban directa-

mente relacionadas con el grado de afectación ya que, según los reumatólogos que los asistían, todos tenían el mismo grado de afectación: léase el mismo diagnóstico. Esas distinciones tenían más que ver con cuestiones socioculturales (el sentido que para cada sujeto tenía su propio padecer) que con la afectación músculo-esquelética objetivada en el diagnóstico. Se observó que la mayor demanda de tratamiento analgésico, independientemente de sus efectos secundarios, se daba entre aquellas personas que debían responder a exigencias sociolaborales inmediatas: amas de casa con hijos en las que la aparición del dolor (ya el cotidiano, ya el agudo) ponía en situación de emergencia, no solo a su cuerpo, sino a la marcha de las relaciones domésticas. Por el contrario, en aquellas personas en las que por sus circunstancias sociolaborales se podía rearticular un proceso de autocuidado (vendas, masajes), el tratamiento con corticoides quedaba exclusivamente reservado a los momentos de las crisis agudas. Otro aspecto que influía en la utilización diferencial de fármacos en personas con el mismo diagnóstico era las distintas formas en que la identidad de los sujetos era reconstruida en el contexto de una enfermedad crónica e invalidante. La resignificación que se hacía del concepto de persona desde la experiencia de convivir con la artritis (valerse, moverse, autoimagen) influía de manera determinante en la demanda de tratamientos. De este modo en ocasiones se prefería la convivencia del dolor ya articulado en un nuevo sentido de identidad que los tratamientos quirúrgicos que incluso resolviendo el dolor en la articulación afectada imponía un nivel de inmovilidad que estaba en contradicción con esa nueva subjetividad construida.

Lo que estos ejemplos sugieren es que la EpS es una actividad que se caracteriza por la confrontación entre los saberes sanitarios y los profanos a través de la cual los procedimientos y objetivos de la intervención educativa se redefinen constantemente debido a los procesos de transacción y negociación de los sujetos implicados.

La naturaleza social de la salud y la importancia de ese reconocimiento por parte de los profesionales de la salud

La sensibilidad fenomenológica que debería teñir cualquier práctica de EpS se deriva de la crítica a la pretendida universalidad, ahistoricidad, objetividad y neutralidad del saber sanitario. Hoy en día, gracias a la Antropología Cultural, se acepta que las ideas y nociones existentes acerca de los fenómenos de salud y enfermedad son construcciones sociales antes que descripciones objetivas de realidades externas e independientes de las personas. Por esta razón es prácticamente imposible (y quizás innecesario) llegar a una definición unánime de salud o de enfermedad. No puede existir una definición universal de los supuestos teóricos y empíricos que denotan la salud porque tal concepción está

determinada por múltiples factores, que lejos de ser consustanciales al ser humano, son, en realidad, constructos sociales y culturales, que adquirimos inadvertidamente del contexto en el que vivimos durante el proceso de socialización. Ideas aparentemente tan desligadas de la salud como son la autoimagen, la imagen que se tiene del propio grupo y su relación con otros grupos, el lenguaje o la idea que se tenga acerca del ser humano son de capital importancia a la hora de valorarla. Estos conceptos junto con muchos otros se transmiten durante el proceso de enculturación o socialización: un proceso inconsciente de transmisión y asimilación y que condiciona nuestra percepción y construcción del mundo que nos rodea.

Este proceso lleva pareja la tendencia a definir nuestras ideas, valores y actitudes como las únicas posibles, naturales y las mejores ignorando o menospreciado las de otros grupos, es decir, una postura etnocéntrica cuyas intervenciones suelen deparar resultados poco deseables. Por ejemplo, en las regiones andinas existe una forma comunitaria de trabajo denominada "la minga". Se trata de una forma colaborativa en la que los miembros de la comunidad abandonan sus tareas habituales para dedicarse a un trabajo de interés comunitario: una escuela, un camino, el "raleo de la ahípa" (eliminar flores para que crezca el tubérculo). No se recurre a organismos oficiales y es una actividad no remunerada con dinero. La minga es una fiesta, en ella, a través de la creación del objeto, la comunidad se consolida, fortalece sus vínculos y se re-crea. Lo que para un observador externo no serían sino "pobres indios" (detectan todos los indicadores occidentales de pobreza) no carecen de nada pues saben, quieren y pueden poner los medios para satisfacer la carencia que ellos mismos identificaron. Una bienintencionada y voluntariosa ONG eligió un valle ecuatoriano para experimentar algunas nuevas técnicas en su lucha contra la pobreza y la búsqueda del desarrollo comunitario con el fin de ayudar a esos pobres indios que trabajaban todo el día sin descanso y sin salario. Repartió un salario de manera "gratuita" a todos aquéllos que participaron en la minga. Evidentemente los indios identificaron el salario como pago por su labor (ya no co-laboración). Cuando esa generosa ayuda se dejó de prestar ningún indio quiso ya volver a ninguna minga en la que no hubiera salario. La escuela quedó sin acabar, la miseria y la esclavitud al salario se impusieron donde antes reinaba una sabia y ancestral estructura comunal solidaria.

La indeseabilidad de miradas objetivas en la EpS

Como ya se va vislumbrando existe una elevada variabilidad en las formas de gestar y pensar la condición de bienestar y malestar que se añaden a la gran heterogeneidad en los recursos materiales y sociales que condicionan las experiencias de salud y enfermedad de los individuos. Esa pluralidad económica, social y cultural, esa diversidad de trayectorias

personales de estilos de vida, de necesidades, aspiraciones y deseos, es el marco concreto dentro del cual se lleva a cabo la EpS y a la luz del que tienen sentido las prácticas de los individuos.

Una consecuencia importante de esta idea es la existencia de una subcultura profesional (la de la salud) que distingue al profesional del profano, pero advirtiendo que aquél es depositario también de una subcultura profana como miembro de su comunidad social. Su trabajo por mucho que esté fundado sólidamente en su saber profesional, estará también, en mayor o menor medida afectado por las actitudes, prejuicios, opiniones e ideología del grupo social al que pertenece y que poco tienen que ver con su saber científico. Temas como el aborto, la eutanasia, la sexualidad o el placer, están condicionados por opiniones que no proceden exclusivamente del ámbito científico-técnico.

Frecuentemente los profesionales de la salud piensan que los usuarios poseen una imagen de los servicios de salud que no se limita a reflejar las cualidades objetivas del sistema de prestaciones sino que condensa una serie de experiencias diversas entre sí. Sin embargo, es de rigor reconocer que el personal sanitario, por su parte, tiene una imagen de la población que no coincide tampoco con una descripción objetiva en términos estadísticos o epidemiológicos, imagen condicionada por factores de clase social, culturales y económicos que incide en el tipo de relaciones y servicios que los profesionales prestan.

No se trata de asepticar la relación educativa entre los profesionales y los destinatarios de la EpS eliminando de ella todos estos aspectos simbólicos e interpretativos de naturaleza no técnica, sino de desarrollar en los profesionales sanitarios una sensibilidad pedagógica y antropológica que les permita reconocer el carácter no neutral de su intervención y aceptar la gran influencia de los marcos culturales en las prácticas de vida de las personas a las que asisten.

A modo de conclusión: para una EpS que ayude al otro a transformar los saberes científico-sanitarios en prácticas de vida

A partir de las ideas expuestas hasta aquí puede afirmarse que los modelos de autocuidado con los que los individuos gestionan su salud constituyen una realidad compleja y densa que el educador debe conocer para no caer en el fracaso. De aquí se deriva una de las premisas más importantes de la EpS: todas las modalidades con las que las personas defienden o arriesgan su propia salud o afrontan la enfermedad tienen un sentido o motivo para ellas, incluso aquéllas consideradas como irracionales para el saber científico biomédico. Se trata de una actitud profesional que no es obvia y que, por tanto, no es fácil de llevar a la práctica ya que implica entender que solo la investigación y descubrimiento de ese conglomerado de significados utili-

zados por los individuos facilitará al educador la negociación con ellos del significado de su propia intervención. Dentro de esta mirada procesual y dialógica la EpS podría adoptar los siguientes principios pedagógicos:

- La consideración de las personas que aprende acerca de su salud como "sujeto" y no como "objeto". Ella es la protagonista activa de su propio aprendizaje.
- La consideración del proceso de EpS como bidireccional, horizontal y liberador desarrollando métodos formativos que posibiliten la emergencia de estructuras de diálogo libres de dominación y el control compartido del proceso formativo.
- El necesario conocimiento de las condiciones materiales y contextuales que otorgan sentido a las prácticas educativo-sanitarias de las personas a las que nos dirigimos y a las nuestras. "Lo social" entendido como algo más complejo que el simple ambiente físico: las estructuras sociales, económicas y políticas que influyen en las prácticas educativas de las personas.
- La construcción de aprendizajes significativos basados en los intereses, motivaciones y contextos experienciales de las personas destinatarias de la EpS.

Podemos sintetizar todo lo dicho hasta aquí en un ejemplo cualquiera basado en la relación pedagógica que se establece en cualquier momento de la EpS. Si enfocamos la relación entre los profesionales de la salud y los usuarios desde un punto de vista educativo, partimos del supuesto que aquéllos son depositarios de un saber que han de transmitir a la comunidad de modo que este saber se convierta en una práctica de autocuidado. Desde un punto de vista pedagógico no sería suficiente con una transmisión unidireccional acerca de, por ejemplo, pautas alimentarias o prevención de enfermedades de transmisión sexual por más que estas informaciones representasen los últimos avances en el campo. Desde un punto de vista pedagógico no sería suficiente porque hacer esto supondría que el profesional de la salud basa la eficacia de su acción en cierta omnipotencia de su saber olvidando que ese saber no está originalmente pensado para ser transmitido y que solo se convertirá en práctica real y efectiva a través de la persona a la que se dirige y, por tanto, de la consideración de la misma como protagonista de su propio aprendizaje. Tampoco sería suficiente con que el usuario aplicase irreflexivamente esos consejos escuchados porque sería necesario que adquirie-

se, además, ciertas nociones del porqué de su comportamiento, de cómo se produce un proceso de autocuidado y sobre todo el suyo.

Esa reproducción mecánica, tiene, por otra parte, un efecto perjudicial para la persona a la que se dirige la EpS que no es otro que la dependencia y el alejamiento de la autonomía, que se produce cuando el profesional instruye y no educa y que está basado en la consideración del saber sobre la salud como patrimonio exclusivo de los profesionales constituyéndose entonces en un saber que produce relaciones de poder. Sencillamente toda acción basada en la omnipotencia del saber del profesional está fundamentada y reproduce la ignorancia y la dependencia del usuario.

Ésta es una EpS fundamentada en el mito del profesional como "experto infalible". Una enseñanza que está totalmente determinada por la visión previa del profesional y centrada en la reproducción de su conocimiento por parte del usuario. Una concepción que carece de la flexibilidad y de la sensibilidad necesarias para adaptar su conocimiento a las singulares características de la situación; poco permeable a las perspectivas que los usuarios pueden tener sobre su propia salud y poco proclive al examen de sus propios prejuicios.

Bibliografía

- Barnes B. Sobre ciencia. Barcelona: Labor; 1987.
- Bartoli P. Antropología en la Educación Sanitaria. Trabajo Social y Salud 2000; 35: 173-181.
- Devillard M, Otegui R, García P. La voz callada: análisis antropológico social de los enfermos de artritis reumatoide. Madrid: Comunidad de Madrid; 1991.
- Dharendorf R. La libertad a prueba: los intelectuales frente a la tentación totalitaria. Madrid: Trotta; 2009.
- Durkheim E. Las reglas del método sociológico. Madrid: Morata; 1974.
- Foucault M. Vigilar y Castigar. 5ª ed. Madrid: Siglo XXI; 1986.
- Foucault M. Historia de la medicalización. En: Varela J, Uría F (eds.). La vida de los hombres infames. Ensayos sobre desviación y dominación. Sao Paulo: Conferencia pronunciada en 1974 en el curso de medicina social. Madrid: La Piqueta; 1990. p. 121-152.
- Galimberti U. La enfermedad: entre el cuerpo y el organismo. Archuipiologo 1996; 25: 11-14.
- Levi-Strauss C. Antropología Estructural. Madrid: Paidós; 1965.