

LAS PRÁCTICAS EDUCATIVAS EN SALUD (PES) Y CALIDAD DE VIDA: ALGUNAS APROXIMACIONES COMPARATIVAS BRASIL-COLOMBIA

Ana Maritza Gómez Ochoa¹;
Maria Helena Salgado Bagnato²;
Eunice Almeida da Silva³

Resumo

Este texto estabelece aproximações comparativas sobre práticas educativas em saúde e qualidade de vida em dois países, Brasil e Colômbia. Realiza um rastreamento que dê conta das relações que se estabeleceram entre esses conceitos na primeira e segunda metade do século XX. Os conceitos promoção e prevenção em saúde contribuíram para refletir sobre as correlações de força, tensões e rupturas entre os dois períodos. Higiene, raça e nação constituíram-se como pilares para as PES nos períodos abordados nos dois países estudados, com particularidades para cada um deles, mas com o mesmo objetivo: mudança de conduta e conscientização da população. Para a segunda metade do século XX, o coletivo adquire um caráter central e a qualidade de vida é utilizada como uma estratégia para validar as ações de promoção em saúde.

Palavras-chaves: práticas educativas em saúde. qualidade de vida. prevenção e promoção em saúde.

Resumén

El presente escrito compara entre Colombia y Brasil las prácticas educativas en salud y calidad de vida. Se propone indagar las relaciones establecidas entre la primera y segunda mitad del siglo XX, a propósito de un sujeto higiénico y un sujeto saludable. Los conceptos de promoción y prevención establecieron relaciones de fuerza, tensión y ruptura entre los dos periodos. Higiene, raza y nación, constituyeron para los dos países en la primera mitad del siglo XX el pilar fundamental de las PES, con particularidades para cada región, pero un mismo objetivo, el cambio de conducta y la concientización de la población; para la segunda mitad del siglo XX, lo colectivo adquire un carácter central y la calidad de vida es utilizada como una estrategia para promoción de la salud.

Palabras-claves: PES. Calidad de vida. Promoción y prevención.

¹ Professora da Facultat de Enfermeria Universidad Nacional de Colombia – Doutoranda em Educación en la Universidad Pedagógica Nacional de Colombia. Pesquisadora do Laboratório de Estudos e Pesquisas em Práticas de Educação e Saúde (PRAESA) – UNICAMP. E-mail: amgomez@unal.edu.co

² Professora Doutora Livre Docente da Faculdade de Educação da Universidade Estadual de Campinas, coordenadora e pesquisadora do Laboratório de Estudos e Pesquisas em Práticas de Educação e Saúde (PRAESA) - UNICAMP. E-mail: mhbagnato@gmail.com

³ Professora Doutora da Universidade de São Paulo (USP). Pesquisadora do Laboratório de Estudos e Pesquisas em Práticas de Educação e Saúde (PRAESA) – UNICAMP. E-mail: eunice.almeida2@gmail.com

Introducción

Más vale prevenir que curar; pero, para prevenir, hay primero que educar.

(Aforismo médico. Dueñas Becerra J.).



Alumnas del curso de Educación Sanitaria en el predio de la escuela de Higiene en Salud Pública, actual facultad de salud Pública. Agosto 1931. Tomado de la Revista de Salud Pública, Sao Paulo. 22(4): 347-65

Los análisis comparativos en salud, a juicio de Yepes (1991) es un campo cuya importancia no ha sido utilizado en todo su potencial en el proceso de formación de las futuras decisiones, ni en la formulación de las políticas de salud. Sin embargo, este autor afirma que para poder saber en realidad por qué unos sistemas han sido más exitosos que otros, necesitaríamos poder identificar aquellos aspectos que han hecho la diferencia, es por ello que el conocimiento de las experiencias de otros países, que tienen algunos de sus aspectos constitutivos como similares, y otros de grandes contrastes como lo son Brasil y Colombia, se tendría que aprender y reflexionar de sus éxitos, de sus fracasos y de sus dificultades. En últimas, esta posibilidad se convierte en un elemento pedagógico de la mayor importancia.

Para Kundi (2006) la comparación implica la búsqueda de diferencias y semejanzas en el marco de un esquema general teórico que ayude a determinar hechos cruciales. En el caso de los estudios comparados sobre prácticas pedagógicas, el análisis se puede centrar en los

procesos de enseñanza y aprendizaje en el aula, abordando temas de la didáctica, uso e incorporación de nuevas tecnologías, formación y capacitación docente, así como procesos de orientación educativa, entre otros.

Sin embargo, la búsqueda aquí realizada, indaga a través de una aproximación comparativa entre Colombia y Brasil, sobre la calidad de vida en relación con la educación y la salud como un campo de saber y de producción de identidades, tanto en la escuela como fuera de ella, en el periodo de la primera y parte de la segunda mitad del siglo XX.

Los objetivos trazados para esta revisión se enmarcan en describir y problematizar algunos aspectos que se han destacado y considerado como “la reconceptualización” del movimiento de la promoción y la prevención, que de manera significativa ha sido representado en la relación establecida entre educación-salud para el enfrentamiento de nuevos desafíos de los problemas de salud de la población en los dos países señalados.

Esta descripción parte de dos conceptos: la prevención y la promoción de salud, cada uno de ellos, marcados por comportamientos, maneras de pensar y de ser de una época; las dos en relación directa con las prácticas educativas en salud y calidad de vida, que toman fuerza y visibilidad solo a mediados del siglo XX, aunque para la primera mitad se presentaron de manera abrumadora en varios escenarios de aplicación, como la escuela, el hospital y la comunidad.

En consecuencia el análisis se desarrollará de acuerdo a las siguientes temáticas: De la prevención a la promoción de la salud; de educación higiénica a conciencia sanitaria y educación para la salud y calidad de vida.

2. De la prevención a la promoción de la salud

Si bien la relación educación-salud ha estado presente en los escenarios de la salud, no resulta sencillo hoy, como hace unas décadas, definir la salud como objeto de estudio, tal vez porque ha cambiado el concepto de salud -enfermedad desde ópticas unicasales, mediadas por agentes, a formas multicausales; donde la emergencia de nuevas categorías⁴ vienen acompañadas de prácticas específicas enfocándose todo lo anterior hoy en un solo paradigma: la promoción de la salud.

⁴ Las categorías de que trata dan cuenta de: desarrollo, productividad, equidad, eficiencia y eficacia, capital humano y capital social; visión holística de la salud; empoderamiento o empowerment; factor de riesgo, determinantes de salud, calidad de vida, estilos de vida saludables y entornos saludables.

Lo anterior ha llevado a designar la salud, desde un concepto polisémico, explicado desde categorías cualitativas y cuantitativas que hace que los problemas de salud sean algo mucho más complejos de entender y comprender. Para Lopez y Frias, (2006), el concepto de salud es dinámico, histórico y cambia de acuerdo con la época y las condiciones ambientales. El significado preciso de la palabra salud es distinto de un grupo social a otro, es más de persona a persona; aunque son muchas las definiciones aportadas en nuestro tiempo sobre la salud, ésta es considerada una variable dependiente influenciada por diversos factores y determinantes que la condicionan; tema estudiado por Lalonde, (1974), Ministro de Salud Canadiense⁵.

Autores como Leavell y Clark (1965) utilizan el concepto de promoción de la salud al desarrollar el modelo de historia natural de la enfermedad, que comporta tres niveles de prevención; dentro de los cuales existirían por lo menos cinco componentes distintos, dependiendo del grado de conocimiento de la historia natural: prevención primaria que abarca la promoción de la salud y la protección específica; prevención secundaria que comprende el diagnóstico precoz y tratamiento oportuno y la prevención terciaria incluye la limitación del daño y la rehabilitación.

Los autores arriba señalados, destacan la educación y la motivación sanitaria como elementos importantes para este objetivo y afirman que los procedimientos para la promoción de la salud incluyen una buena nutrición, ajustado a las edades, la atención a las necesidades para el desarrollo óptimo de las personalidades, destacando la importancia de incluir el asesoramiento y educación adecuados de los países en actividades individuales y de grupos.

Para la primera mitad del siglo XX el enfoque era mucho más preventivo para Colombia y Brasil por cuanto comportó acciones específicas que permitieron colocar mayor atención a los procesos preventivos y curativos. En Colombia Ruiz, (1948), habla de la salud pública como la práctica de las medidas de Medicina Preventiva; incluyendo la prevención de las enfermedades, prolongación de la vida, promoción de la salud física y mental, y eficiencia en los esfuerzos de la comunidad dirigidos a: Educación de los individuos en los principios de higiene; sanidad del medio ambiente; control de enfermedades prevenibles; organización de los servicios médicos y de enfermería para el diagnóstico temprano y tratamiento preventivo del individuo.

⁵ Lalonde, Ministro de salud de Canadá, determinó cuatro variables que condicionan el nivel de salud del hombre, ellos son: biología humana: genética y envejecimiento; medio ambiente: contaminación física química biológica, Psicosocial y sociocultural; estilo de vida: conductas de salud y sistema de asistencia sanitaria.

La Tuberculosis como enfermedad altamente transmisible se constituyó para 1932 en Colombia en uno de los derroteros de la prevención y puso a prueba la higiene social, movilizó muchas fuerzas que tenían que ver con acciones y estrategias enfocadas en la vigilancia y control de casos “sospechosos” para evitar el contagio de la enfermedad; se instauró en todo el ámbito nacional en cabeza del Departamento Nacional de Higiene, buscando la colaboración de otras entidades como la Junta de beneficencia de Cundinamarca para iniciar la campaña; así mismo requirió de personal capacitado para apoyar dicha campaña y mediante decreto número 905 de Julio 6 de 1930 se crea una escuela de enfermeras visitadoras.

Sus funciones se inscribían en la enseñanza a la población sobre higiene general y social a través de la educación y propaganda especialmente a las clases más pobres de la población por considerasen una raza inferior e ignorante, con alto riesgo de enfermedad. Por consiguiente se requirió un cuerpo suficiente de enfermeras visitadoras quienes hizo el acercamiento entre el dispensario y el “pueblo”, e hicieron la labor educativa, consideradas “la parte más necesaria en la campañas profiláctica”, (REVISTA DE HIGIENE, 1937); la profilaxis abarcó educación sanitaria, campañas de vacunación, difusión y propaganda, visitas y vigilancia para detectar casos sospechosos de enfermedad, en tanto el aislamiento y tratamientos fueron las medidas tomadas para el control de las enfermedades.

En el caso de Brasil, las epidemias como viruela, peste, fiebre amarilla, tuberculosis, fueron vistas como una amenaza para la economía agroexportadora y en torno a ellas se desarrollaron las primeras prácticas sistemáticas de educación en salud, dirigidas principalmente a las clases subalternas con un fuerte régimen autoritario que imponía normas y medidas de saneamiento y urbanización, orientadas desde el discurso de la higiene. En esta dirección, los sujetos fueron culpabilizados de manera individual por los problemas de salud, ya que se atribuía el problema a la no observancia de las normas de higiene, caso similar a lo que sucedía en Colombia; para la década de los años 40 la asimilación de las prescripciones normativas se realizó de manera pasiva y la población fue sujeta a estas normas que buscaban moldear la conductas, controlar los pequeños vicios, corregirlos implacable y suavemente era entre tanto apenas una parte de la tarea que debía hacer el profesor vigilante. Era necesario inculcar los buenos hábitos, redimiendo los niños a sus familias, por acciones sobre el cuerpo, los gestos y las conductas. (PIMENTA, 2007).

Por la misma dirección Ferreira, (1988) señala que para 1922 en Brasil, los servicios del Estado en Salud pública, pasaron a desarrollar actividades innovadoras, desde su organización, por lo cual se crea un único órgano local de salud pública o centro de salud, en Brasil y América Latina; éste debería cambiar la concepción de estático a la espera de los pacientes para ser más dinámico, en busca de los miembros de la comunidad ya sea aparentemente sanos o en sospecha de enfermedad. Su trabajo se traducía en que la población debería asimilar los preceptos necesarios de higiene individual a través de la educación sanitaria.

En 1922 se concretó una idea de la salud pública del estado, motivado por dos factores principalmente: el reconocimiento a nivel internacional de la importancia de la educación en salud y la inexistencia de enfermeras en la red de servicios del estado, debido a que la escuela de enfermería fue creada diez y siete años después de la creación del curso de educación sanitaria. (FERREIRA, 1988).

La educación sexual, el asesoramiento prenupcial, vivienda higiénica, hábitos higiénicos, prevención de enfermedades transmisibles, recreación y condiciones agradables en el lugar de trabajo, conformaron para Colombia y Brasil con algunas particularidades, los temas sobre los cuales la promoción de la salud desarrolló sus componentes educativos así como orientaciones sanitarias en los exámenes de salud periódicos y el asesoramiento para la salud en cualquier oportunidad de contacto entre el médico y el paciente con extensión al resto de la familia, trata de un enfoque centrado en el individuo con una proyección a la familia dentro de ciertos límites.

En Colombia, las ideas higienistas orientaron sus principios en el discurso del mejoramiento racial que operados en la escuela, familia, fábrica, hospital, cárceles, auspicios, colonias vacacionales, entre otras, buscaron la transformación de costumbres y hábitos de la población considerada enferma y lejos de llegar a la civilización para el progreso de la nación, tal como los describe Saenz y Saldarriaga (1997, p. 10) “[...] Miguel Jiménez López, Rafael Bernal Jiménez y Gabriel Anzola partían de una imagen pesimista del estado de la raza y de la infancia colombiana pues se consideraban afectadas por profundas y gravísimas patologías físicas, mentales, morales y sociales [...]”.

En cuanto a las estrategias que fueron diseñadas para el fortalecimiento de la raza, todos coinciden en la importancia de la educación higienista, entendida como la posibilidad de inculcar nuevos hábitos y costumbres relacionadas con el cuidado del cuerpo, de las

viviendas, los locales escolares y el trabajo. Paz, higiene y educación constituyó para Herrera (2001), el trípode terapéutico para la curación de la enfermedad, derivada de un supuesto retraso de conocimientos para asumir prácticas saludables.

Durante la primera mitad del siglo XX, los diferentes gobiernos intentaron enrumbar el país por el sendero del progreso. Noguera (2004), afirma que la preocupación por la integración al mercado mundial, la consolidación del café como principal producto de exportación, la posibilidad de integración al circuito comercial internacional, la construcción de carreteras y líneas ferroviarias, fueron claros signos de la nueva preocupación por las élites políticas y económicas.

Para Brasil, la salud, la instrucción y la moral fueron el trípode que Pimenta (2003, p.141), plantea en su trabajo y que guió la actuación de la educación higiénica a través de:

[...] *mensajeras de la salud*, llamadas así por cuanto se inscribieron como en un apostolado llevando el evangelio de la salud a la regeneración de la raza brasilera; el perfeccionamiento físico, intelectual y moral constituyó la cruzada a través de la cual las enseñanzas de la salud guiarían a la infancia por el sendero de la lectura y la escritura; formación de hombres cultos y virtuosos para el engrandecimiento del país constituyó la vanguardia de la civilización.

El discurso sanitario en Brasil siguió la tendencia Europea, concentrándose en las ciudades bajo las premisas de la moralidad, disciplinamiento higiénico; el hospital, el hospicio, la prisión y la escuela fueron los espacios de atención, de cuidado y de educación en salud. (SAMPAIO, 2004).

En consecuencia, la aplicación de estrategias que operacionalizadas en prácticas de salud, permitieron en Colombia, centrar la mirada desde la imposición, disciplinamiento de cuerpos, mentes y moral para la formación de un nuevo “sujeto higiénico”, a través de la purificación racial y para Brasil el nuevo “hombre Brasileiro”; no obstante los dos respondieron a la modernización, desarrollo y construcción de nación.

Para la segunda mitad del siglo XX, la salud se enfatiza más hacia la promoción, para formar sujetos saludables; llama la atención la relación que se establece entre promoción de la salud y educación, cuando la OMS (2008), se refiere a ello como proceso político, social y global que abarca no solamente las acciones dirigidas a fortalecer las habilidades y capacidades de los individuos, sino también las dirigidas a modificar las condiciones sociales, ambientales y económicas.

Esta postura permite, problematizar el papel de la promoción de la salud cuando su significado hoy es más complejo, globalizado, totalizante con un eje orientador que tiene que

ver con habilidades, desarrollo y capacidades, y su reconfiguración se anuda a los fenómenos del envejecimiento y el proceso de urbanización, que ha puesto de relieve una cuestión importante para la organización de la prestación de servicios: la frecuencia cada vez mayor de la multimorbilidad⁶.

La promoción de la salud tuvo una trascendencia importante en los años 80's, al emitirse el Acuerdo General (Carta de Ottawa de 1986) cuando la salud pública de enfoque comunitario y la promoción de la salud se constituyeran en una nueva salud pública⁷; La salud entonces deja de ser un objetivo para convertirse en un fin, bajo esta premisa: "La Salud se percibe, no como el objetivo, sino como la fuente de riqueza que se crea y se vive en el marco de la vida cotidiana"⁸ y la educación será la herramienta que permitirá mejorarla a través del auto-cuidado, entendido éste, como la forma que utilizan los miembros de una sociedad para cuidar de sí mismos, de los otros y de su entorno.

Sutherland y Fulton, (1992) colocan a la promoción de salud en el lugar de actividades dirigidas a la transformación de los comportamientos de los individuos, enfocados en sus estilos de vida y localizándolos en el seno de las familias, en el ambiente de las "culturas" de las comunidades en que se encuentran.

La relación promoción de la salud con actividades, procesos y recursos de orden institucional, bien sea de orientación gubernamental o ciudadana, para Gutiérrez (1997), están encaminados a propiciar el mejoramiento de las condiciones de bienestar y acceso a los servicios sociales que favorecen el desarrollo de los conocimientos, aptitudes y comportamientos favorables al cuidado de la salud.

Desde el campo de las relaciones Czeresnia, (2009), reflexiona acerca de las conexiones de los conceptos de promoción y prevención a partir de autores que visionan posiciones desde lo filosófico pasando por una análisis científico y llegando a ocupar un lugar meramente técnico-científico; se interroga por la aplicación de nuevos modelos y asuntos que tienen que ver con la educación que apenas si pasan a ocupar un lugar en la calidad de la información y la capacitación técnica.

⁶ En el mundo industrializado, un 25% de las personas de 65 a 69 años y un 50% de las de 80 a 84 años padecen dos o más afecciones crónicas al mismo tiempo, (OMS, 2008); los nuevos modos de vida a nivel mundial están haciendo que las enfermedades crónicas y no transmisibles – como la depresión, la diabetes, las enfermedades cardiovasculares, el cáncer y los traumatismos sean una causa cada vez más importante de morbilidad y mortalidad.

⁷ Epidemiología(2007). Sistema nacional de Vigilancia Epidemiológica. N. 7, Vol 24 Semana 7 .

⁸ Carta de Ottawa para la promoción de la salud, (1986). Es un documento elaborado por la Organización mundial de la salud, en el marco de la primera conferencia Internacional para la Promoción de la salud, celebrada en Ottawa, Canadá en 1986.

Para Ferreira (1986), promoción y promover encierran aspectos polisémicos; por una vía los vocablos se refieren al avance, elevación a una situación superior, ascensión, incluye nociones causales, originarias que al mismo tiempo se torna en una instancia facilitadora; por otra, se vincula a imágenes recurrentes de *marketing*, de propaganda, como estímulo publicitario con vista a divulgación y consumo de determinados productos, ideales y puntos de vista.

Dentro de las consideraciones finales de esta parte se podrían referir tres aspectos relevantes para la discusión: el primero es la presentación de la salud como una técnica fundamentalmente científica y su organización a partir de una institucionalidad aparentemente reductible al cuerpo humano pensado a partir de un moldeamiento de conciencias para cambiar hábitos y costumbres; el segundo relaciona un sujeto capaz de autogestionar su salud y es responsabilizado por sus acciones y el tercero se refiere a la totalidad de si, en un entorno globalizante donde la responsabilidad es propia y a la vez en un colectivo. No obstante en estos escenarios siempre ha estado presente la educación para la salud, pensada como la posibilidad para que las poblaciones logren los estándares que el Marketing y la propaganda a impregnado en las conciencias para llegar a construir: Sujetos saludables.

Varios trabajos de investigación aquí referidos, ponen en evidencia las tensiones que entre el binomio educación-salud se han generado y sobre la cual se han construido realidades con pretensión de verdad para la formación de cuerpos dóciles, obedientes y disciplinados; el problema de la salud se ha transferido al comportamiento y conocimiento presentes y asumidos en la cotidianidad; en esta perspectiva existe una clara tendencia a culpabilizar hábitos, formas de pensar y actuar y la educación higiénica representa el camino construido de prácticas de salud, valores y moral que constituyen el cuidado de si y de los otros.

De Educación Higiénica a Conciencia Sanitaria

De acuerdo con Grene y Simons (1988) potencialmente todo individuo o grupo social puede ser una agente educativo para la salud. Incluso se considera que uno de los mayores éxitos alcanzados por la educación para la salud estriba precisamente en el hecho de que muchos actores y agentes sociales se hayan responsabilizado de operar en esta área considerando aun sin experiencia o conocimientos de pedagogía. En general las tareas de la educación para la salud según Roussille (1996) tiene que ver con la necesidades de apoyar fundamentalmente programas de promoción y prevención y la consolidación de buena parte

de métodos educativos para la salud que modifiquen hábitos, el objetivo entonces sería la no negación del riesgo, que es inherente a la vida humana, para dominarlo y gestionarlo.

Para Bagnato y Renovato (2006), las prácticas de educación en salud (PES) en Brasil, para la primera mitad del siglo XX fueron impregnadas en diferentes situaciones como instrumentos de poder regulador para la conformación y mantenimiento de cuerpo saludables, dóciles y aptos para el trabajo. El acto de informar y orientar sobre cuestiones de salud tenía incluso el papel de delimitar comportamientos y aptitudes consideradas saludables, con la finalidad de crear y desarrollar una conciencia sanitaria. Los autores describen el desarrollo de las PES en Brasil en varios momentos de coyuntura y emergencia de nuevos frentes a la vivencia histórica y política del momento.

Las escuelas tomaron un lugar importante para la implementación de las medidas de prevención, por ser considerados los lugares por excelencia para preparar ciudadanos aptos para la vida y la formación del “nuevo hombre Brasileiro.” que contribuiría al progreso de la nación.

El decreto 3.876 implementado en la década de 1920, en Brasil, determinó que era función de la inspección de Educación sanitaria, “promover la formación de conciencia sanitaria a la población en general”; esta expresión de “conciencia sanitaria” comprendía para la primera mitad del siglo XX en la difusión de los conocimientos en el área de la salud y se le denominaba “Educación Higiénica”; según Paula Souza, director del servicio Sanitario en Brasil, la educación sanitaria se debería desarrollar con todas las generalidades posibles y por medio de procesos prácticos al punto de impresionar y convencer a los educandos para que implantasen los hábitos higiénicos.

Para la década de los 60, estas prescripciones pasan de un sujeto particular a una colectividad, con el advenimiento de la medicina comunitaria; las prácticas de educación comunitaria partían del supuesto de que las comunidades serían las responsables por las soluciones de sus problemas de salud debiendo ser concientizados como tal.

Formar, perfeccionar, especializar y titular nuevos agentes, fueron algunas de las acciones que Pimenta (2003), señala, para el trabajo realizado durante la reforma; no obstante la autora, cuestiona el papel que este nuevo agente desarrollaría frente a la redefinición de las nuevas prácticas de salud instituidas por la reforma frente a los programas de formación propuestos en estados Unidos y la experiencia en formación en Brasil.

Pimenta (2003), en su estudio sobre la higienización de las costumbres en Brasil, describe la manera como operó la enseñanza de la higiene a través de la formación de normalistas para llegar a ser educadoras sanitarias; parafraseando a la autora: la función de las agentes educadoras sanitarias son colocadas en un frente de misión apostólica para propagar el mensaje de la higiene en la escuela invocando los preceptos de la *moderna ciencia de higiene* para legitimar su actuación vinculando su práctica al discurso de la civilización y el progreso propuesto para el país.

Se concluye de manera general que en Brasil, fue determinante las practicas de salud como proceso altamente persuasivo, al punto de penetrar en la conciencia de si y de los otros en donde el marketing fue la estrategia, los maestros y educadores sanitarios los agentes y los niños el objetivo, creando unos lazos de relación saber-poder absolutos para moldeamiento del “nuevo hombre Brasileiro”.

Para el caso de Colombia las prácticas educativas en salud se instauran con un propósito definido hacia la higienización y restauración fisiológica de la población con miras hacia el progreso desde los aspectos eugenésicos, que como lo describe Martínez y col (1994), se parte de la tesis de degeneración racial del pueblo Colombiano, miseria, inferioridad enfermedad y desnutrición, calificativos otorgados a las masas populares los cuales se debían intervenir para lograr el camino hacia el progreso.

En 1913 las juntas de higiene del país se reorganizan mediante la ley de ese mismo año, la cual exigía a los consejos municipales organizar comisiones sanitarias locales con sus respectivas asignaciones de presupuesto a cargo de la municipalidad (MARQUEZ, 2006). El médico como el sacerdote, jugaron en el ámbito poblacional un importante rol en el “proceso civilizador”. La práctica médica se constituye en un vehículo para este fin: discurso científico y racional y, al mismo tiempo, aplicable en un sentido útil. El médico se convierte en un “mediador cultural” en un agente civilizador entre las élites y las clases medias y populares. (REYES, 1994).

La higiene en Colombia cobra un lugar importante, se hace necesario el cambio de hábitos y costumbres hacia el concepto de lo limpio y lo sucio, tanto el cuerpo, los vestidos y las viviendas deberían estar libres de bacterias, microbios y malos olores; así la vivienda, los espacios públicos, lo animales, el cuerpo eran todos objeto de intervención médica quienes debían regular la vida a través de normas, hábitos de higiene y urbanidad.

Para los años 40 la creación de agencias para la vigilancia y control de las enfermedades como la lepra. TBC, campañas antialcohólicas fueron tratadas como políticas de estado y bajo estricto control, estableciéndose campañas de tipo educativo y normalizador, incursionando en la escuela y la familia que apoyados por comunidades religiosas para los lazaretos y hospitales, enfermeras escolares para la escuela y familia y enfermeras visitadoras sociales en las familias, comunidades y fábricas, constituyeron un eslabón entre el estado, la medicina y el pueblo.

Para Pedraza (2001) las medidas de regeneración para la primera mitad del siglo XX en Colombia, se definieron en términos pedagógicos, principalmente en la introducción de la higiene y el médico en la escuela, en la educación de la madre moderna, en el diseño de programas escolares y las campañas para la prevención contra las enfermedades prevalentes de la época.

En consecuencia, para el caso Colombiano es evidente, que la regeneración racial y conductual fueron aspectos relevantes en el movimiento higienizador, la mirada del pueblo como raza, visibilizó gran parte de la preocupación por la modernidad para el progreso del país y las prácticas en salud se instauraron como una verdad erudita e incuestionable a partir del saber médico como su estrategia, los niños y las madres su principal centro de atención y la escuela y la familia los lugares a intervenir.

Por lo dicho anteriormente se puede afirmar que las dos naciones: Colombia y Brasil para la primera mitad del siglo XX se formaron de diferentes maneras pero con una misma preocupación: la conformación de un estatus de Estados nacionalistas, afirmados de un saber como la medicina que adoptó como estrategia su discurso higienizador para el cambio de conducta de la población; las prácticas de educación en salud, cada una con particularidades distintas pero un fin común: concientizar, persuadir y homogenizar; apoyados en Colombia por comunidades religiosas y enfermería y para Brasil por educadores sanitarios formados en la escuela; los dos reconocen a la escuela como el lugar importante para la formación del ciudadano hacia la construcción de nación.

Para la segunda mitad del siglo XX el concepto de educación en salud comienza a cobrar visibilidad en las acciones y programas establecidos para la promoción de la salud y se instaura como una preocupación dentro su campo; la OMS en 1983 define educación para la salud como: “ cualquier combinación de actividades de información y educación que lleve a

una situación en que la gente desee estar sana, sepa cómo alcanzar la salud, haga lo que pueda individual y colectivamente para mantener la salud y busque ayuda cuando la necesite”.

Para García y Sáenz (2000) plantean la discusión, educación para la salud, sobre una base disciplinar que hace parte de unas ciencias de la educación; no obstante los fenómenos educativos se reducen a un conjunto determinado de acontecimientos, teniendo en cuenta que la educación y la salud son ámbitos transitivos que incluyen diversas dimensiones, físicas culturales, sociales y políticas que comprenden muy bien educadores, pedagogos y trabajadores sociales, por cuanto se comparte “lo social”, “la salud” y “la educación”.

Según los autores, si algo ha caracterizado la educación para la salud es la capacidad que tiene para asumir los cambios que se producen en el campo que le afecta, que requieren de percepciones históricas de procesos tecnológicos y sociales, es por ello que cuando se pretende definir delinear y organizar los conceptos que inciden y afectan la educación para la salud, no es de sorprender que se produzcan desacuerdos debido a la variedad de profesionales que se ocupan de ella, por eso hoy se considera una disciplina joven, dinámica sin un reconocimiento universitario y en consecuencia con una tardía implantación curricular .

Autores como Marti March (1988), Paciano Feroso (1994), Petrus (1996), enfocan la discusión entre pedagogía social y educación para la salud, orientada a la intervención que denominan socio educativa, especialmente dirigida a escolares y la parte social; los autores matizan su comprensión en la solución de problemas sociales a través de la educación, utilizando una acción dinámica de intervención pedagógica en los servicios sociales para la prevención, ayuda y reinserción o resocialización de los llamados “inadaptados”.

La noción de educación para la salud hoy, es un asunto que comparte “lo social”, “la salud” y “la educación”, algunas de las razones que podríamos dar son las siguientes: la educación para la salud estaría conformándose mas como noción, se articula con facilidad dentro de las pedagogías sociales, carece de historicidad desde el campo pedagógico, en tanto que no ha sido su preocupación a pesar que lleva consigo prácticas pedagógicas; no obstante tiene una clara participación en la escuela, comunidad y hospital.

Namen (2007), afirma que la educación y la salud han estado íntimamente ligados al ejercicio de la ciudadanía y ahora experimentan una relación que sobre pasa el cuerpo individual y social, confrontándose con las tensiones en tanto ser total; en tal sentido el objeto principal de la discusión es entendida desde aquellos, capaces de incorporar significados e intencionalidades como algo inherente a los actos en las relaciones y estructuras sociales.

Hoy se convoca la mirada a un colectivo para configurar la salud y educación como un objetivo para encontrar e instituir objetos de inversión comunes, en vista a los determinantes económicos, políticos y sociales a fin de ampliar el sentido de la escuela, la interacción con el territorio y la ampliación de las funciones del hospital; se habla de escuela saludable para Colombia y escuela promotora para Brasil; municipio saludable, y hospital promotor en los dos países; no obstante estas directrices son aplicables a nivel mundial.

Educación para la salud y calidad de Vida

Considerar la educación y su relación con la calidad de vida implica hacer un rastreo a los enfoques que han determinado las directrices de intervención social para pensar el concepto de calidad de vida, aparentemente tratado desde una responsabilidad individual; para Arostegui, (1998). este concepto comienza a cobrar visibilidad en los años 60 unido a los debates del medio ambiente y a las condiciones de vida urbana; en los procesos de industrialización en la sociedad este concepto comienza con fuerza para muchas disciplinas que se interesan por ello, como la salud, la educación, la economía, la política y las disciplinas sociales entre otras.

Gómez (2008), en su estudio sobre el concepto de calidad de vida, describe una perspectiva integradora que llega a ser un asunto multidimensional; hace referencia a unas condiciones objetivas y subjetivas al punto que se miden desde la perspectiva de satisfacción/insatisfacción ponderada en una escala de valores para ser interpretadas desde una lógica propuesta. Para ello diferentes indicadores se han utilizado desde lo social, psicológico, ecológico, permitiendo la evaluación y agrupamiento por categorías de análisis.

A partir de los años 70 y 80, el desarrollo del concepto, calidad de vida, ha girado en términos del perfeccionamiento de los indicadores⁹, hasta lograr integrar las condiciones de

⁹ Los mas usados actualmente son: Producto Interno Bruto –PIB–, el cual es asimilado por los economistas como medida del ingreso per cápita e indicador del bienestar humano y es todavía usado ampliamente como medida de calidad de vida cuando se determina la política pública (NUSSBAUM; SEN, 1993: 17), el bienestar, tanto en sentido restringido como en sentido amplio (ERIKSON, 1985; COHEN, 1989; SEN, 1991), las necesidades básicas (Streeten et al., 1981, 1984), las capacidades básicas (SEN, 1980; NUSSBAUM, 1998), la línea de pobreza (COHEN, 1989; SEN, 1991; DRÈZE; SEN, 1989; HOSSAIN, 1990), los estilos y estándares de vida (SEABRIGHT, 1985; BLISS, 1985; WILLIAMS, 1987), el indicador de bienestar humano y la noción de utilidad medible, que también se conoce como índice de utilidad (NEUMANN; MORGESNSTERN, 1944), la equidad y la justicia distributiva (RAWLS, 1971), las capacidades y funcionamientos humanos (ANNAS, 1985; O'NEILL, 1985), los logros y libertades humanas (SEN, 1970, 1982, 1985, 1987), o la calidad de vida urbana entendida como la calidad ambiental exclusivamente (DEL PINO et al., 2001; MILIARIUM, 2000; CHACÓN, 2004).

vida de una persona con la satisfacción que ésta experimenta; en tal sentido, las formas como se ha medido y entendido la calidad de vida de los habitantes pasa por múltiples interpretaciones según la escuela o el autor que lo designa.

Si bien estudios referidos a la calidad de vida han tratado de medir condiciones, medios, posibilidades para una población, es preciso aquí destacar las influencias y orientaciones que permiten pensar y problematizar cuáles son las bases sobre las cuales se piensa la calidad de vida de una población y las múltiples interpretaciones que cada disciplina tiene desde el campo de la salud, la educación, la economía, en tanto realidad construida se conduce la conducta de una población para lograr unos fines y unos resultados.

El asunto es problematizar si estas relaciones teóricas y prácticas han permitido medir una calidad de vida que ha sido construida en un medio que crea condiciones y necesidades a la población en términos de ingreso, vivienda, educación considerados fundamentales para un ser humano, pero que en todo caso responden a una política de globalización y se insertan en una sociedad que se identifica hoy como neoliberal con mayores patrones de consumo y poder adquisitivo; sus constructos parten desde la lógica de capital humano, social, productividad, oferta y demanda para atender las necesidades de tipo desarrollista y mercantilista.

Es posible pensar una calidad de vida cuando dentro de este marco, las condiciones mínimas de vida están altamente afectados por la pobreza, el marginamiento, los procesos de exclusión, desplazamientos forzados para los países en conflicto, acompañado de la emergencia de nuevas enfermedades y la alteración del medio ambiente como problemas actuales y a los cuales aun no hay un futuro prometedor próximo.

La promoción de la salud utiliza el término de calidad de vida para apoyarse en la formulación de políticas nacionales en Brasil; el movimiento de reforma sanitario fue iniciado al final de la década de los 70 para la construcción de una nueva concepción de salud y políticas de salud; no obstante voces como Finkelman, (2002), afirman que no existe una política explícita, formalizada e instruida que comprenda todas las dimensiones de la promoción de la salud.

Para Colombia el Ministerio de Protección Social mediante el Decreto número 3039 de 2007 adoptó un plan Nacional de Salud Pública extendido a todo el territorio nacional en coherencia con las políticas nacionales de desarrollo, definió prioridades, metas, estrategias, actores y recursos disponibles; al respecto, Caicedo (2002), afirma que en este plan nacional

hay ausencia de un modelo sanitarista integral para mejorar el estado de salud de la población colombiana, enfrentar los retos del envejecimiento y la transición demográfica.

En consecuencia, para Colombia y Brasil la calidad de vida ha sido una variable utilizada como estrategia para justificar y validar las acciones de promoción de la salud implementadas hoy en los dos países; sus acciones se justifican a partir de luchas, conquistas, para demostrar una política “saludable” que pueda favorecer el alcance al mejoramiento de la salud; no obstante el campo de salud pública, hoy es más cuestionada, a pesar que existen mayores posibilidades, adelantos tecnológicos, financieros y los procesos de salud-enfermedad son asuntos de preocupación para muchos profesionales y disciplinas.

La calidad de vida se anuda a la promoción de salud para reinaugurar un nuevo debate a los problemas de salud; sin embargo su construcción queda atado a dinámicas individuales y colectivas que complejizan su desarrollo; estas son de carácter social, cultural, económico y político que lleva consigo unas relaciones de saber-poder integradas, descentralizadas y operadas tanto en su sistema como fuera de ella.

Parafraseando a Namen y col (2007), la sociedad moderna demanda cambios en los modelos de organización que hoy se enmarca en un modelo de flexibilización, productividad, acoplado a dinamizar el mercado mundial ampliamente favorecido por las tecnologías; la visión productivista del mundo con alta tendencia “etnocitaria” “destrucción sistemática de los modos de vida”, pasó de una sociedad industrial mecanicista pensando el sujeto como mano de obra a una sociedad del conocimiento en donde el cuerpo se invisibilizó y los sujetos hoy son: mente-cerebro-máquina.

Lo que aquí se plantea es que a pesar de lo anterior, se sigue reclamando una promoción de la salud, cuya verdad se muestra como el camino y la oportunidad que tiene la población para alcanzar una calidad de vida, que también ha sido construida y hoy se mueve con fuerza en los países de estudio.

Dar la posibilidad de pensar de otra manera significa deconstruir verdades para permitir la extrañeza y el asombro; a partir de allí, construir otras que respondan a una preocupación individual y colectiva, en donde la salud ocupe un lugar, pero en otro juego de relaciones entre persona, sistema y medio ambiente, para romper los lazos de poder-saber que muchas veces no son evidentes y no dejan ver otras elecciones.

Consideraciones finales

Lo expuesto aquí más que tranquilizar, pretende dejar algunos interrogantes para ser tratados en posteriores estudios y reflexiones; abrir la posibilidad de problematizar y preguntar sobre cómo la salud se relacionó con la educación a partir de la promoción y la prevención, dentro de las cuales estableció unos mecanismos reguladores para el gobierno de la población.

Por lo anterior y apoyados en el concepto de Foucault de “gubernamentalidad”, podríamos afirmar que la salud tuvo un lugar desde la producción de conocimientos, saberes y prácticas, las cuales fueron operadas en las instituciones por expertos y disciplinas para construir un régimen normalizador en el nuevo orden social que se estaba construyendo en los dos países, a raíz de los procesos de modernidad y modernización.

En ese sentido, emergió todo un aparato de saberes e instituciones sociales dirigidos a identificar, clasificar y tipificar el grado de “anormalidad” de los individuos con el propósito de normalizarlos, modificarlos y acomodarlos a un orden social concebido por el discurso emanado del poder del Estado. Estas medidas de gobierno, en palabras de Foucault, no tenían el propósito de castigar o reprimir, sino de administrar la conducta de los individuos actuando sobre sus posibilidades de acción, “concientizándolos” de tales posibilidades y anormalidades¹⁰.

Bajo esta lógica, se interroga por lo que hoy se plantea para la promoción de la salud, en Colombia y Brasil, la cual parte del supuesto que las prácticas de salud que tengan como objetivo mejorar la calidad de vida de un país o región, solamente podrán ser alcanzadas si las medidas de orden político son combinadas con acciones específicas en el interior de las instituciones, los servicios de salud, en los cuales la educación para la salud juega un papel relevante en las familias, escuelas, empresas, sindicatos, barrios, municipios, hospitales, comunidades y otros.

Para Cerqueira, (1997, p. 7) “Los procesos educativos deben penetrar de forma capilar, en lo posible, a toda la sociedad; solo así, podrá ocurrir una nueva promoción de la salud, es decir aquella que es capaz de lograr un cambio de conducta”; en tanto que para Foucault, (1991, p.133), “[...] no se trata de imponer a los hombres una ley que represente el poder del

¹⁰ La teoría Foucaultiana entendida como sustrato de la biopolítica. Consultado en: http://tesis.udea.edu.co/dspace/bitstream/10495/31/4/04_BiopoderBiopoliticaFoucault.pdf

soberano sino de utilizar más bien tácticas que leyes, *en último término utilizar las mismas leyes como tácticas*. Actuar de tal modo y a través de un cierto número de medios para que este o aquel fin pueda ser alcanzado”: gobernar más para gobernar menos.

Referências

Documentos primarios

Anais I Seminário sobre a Política Nacional de promoção da Saúde. (2006). Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise de Situação da Saúde. Brasil- DF.

Carta de Ottawa para la promoción de la salud, (1986). Organización Mundial de la Salud. Epidemiología, (2007). Sistema nacional de Vigilancia Epidemiológica. N 7, V. 24 Semana 7 Ministerio de Protección Social, (2007). Decreto número 3039 de 2007, plan Nacional de Salud Publica. Colombia.

Fuentes secundarias

BAGNATO, Maria Helena S.; RENOVATO, Rogerio D. Práticas educativas em Saúde: um território de saber, poder e produção de identidades. *Estado, desenvolvimento, democracia & políticas sociais*. Edunioeste. Campinas, SP: UNICAMP, 2006. p. 87-105.

CAICEDO, S. *Aproximación al análisis de la política de salud mental en Colombia*. Colombia: Universidad Del Valle, 2002.

CERQUEIRA, M.T. Promoción de la Salud y Educación para la Salud: retos y perspectivas. In: ARROYO, H.V.; CERQUEIRA, M.T. (Edit.) *La promoción de la salud y la educación para la salud en América Latina: un análisis sectorial*. Puerto Rico, OPS/UIPES, 1997. p.7-43.

CEZERESNIA, Dina. O Conceito de Saúde e a diferença entre promoção e prevenção. *Promoção da Saúde, conceitos, reflexões e tendências*. 2.ed. Rio de Janeiro, RJ: Editora Fiocruz, 2009.

EPIDEMIOLOGÍA. Sistema Nacional de Vigilancia *Epidemiológica*, n.7, v. 24, Semana 7, (2007).

FERREIRA, A. *Novo dicionário da língua portuguesa*. Rio de Janeiro, RJ: Nova fronteira, 1986.

FERREIRA, Nelly. Evolução histórica da educação em saúde como disciplina de ensino na faculdade de saúde pública da universidade de São Paulo — 1925 a 1967. *Rev. Saúde públ.*, São Paulo, v.22, n.4, p.347-65, 1988.

FRÍAS, Ozuna. Antonio. *Salud Pública y Educación para la salud*. España: Masson Universidad de Barcelona. 2006. p. 3.

FOUCAULT, Michel. Historia de la medicalización. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*. v.1, n. 1, 1977.

_____. *La arqueología del saber*. Buenos Aires: Siglo veintiuno Editores, 1979.

_____. *El nacimiento de la biopolítica: curso en el Collège de France 1978-1979*. Buenos Aires: Fondo de Cultura económica, 2007.

GÓMEZ, Maria. Calidad de vida. *Evolución del concepto y su influencia en la investigación y la práctica*. Instituto Universitario de Integración en la comunidad. Facultad de Psicología, Universidad de Salamanca, 2008.

GREENE, W.H., Simons-Morton. *Educación para la Salud*. México: Interamericana· McGraw-Hill, 1988.

GUTIERREZ, M et al. La promoción de la salud. In: ARROYO, Hiram V.; CERQUEIRA, M. T. *La promoción de la Salud, y la educación para la salud en América Latina*. San Juan: Editora de la Universidad de Puerto Rico, 1997.

HERRERA, Marta Cecilia. Debates sobre raza, nación y educación: ¿hacia la construcción de un “hombre nacional”? In: HERRERA, Marta Cecilia; JILMAR, Carlos (Comp.) *Educación y cultura política: una mirada multidisciplinaria*. Editorial Plaza y Janés Colombia S.A, 2001. p.119. (Serie de Educación y Cultura. Universidad Pedagógica Nacional).

RISI JUNIOR, João Baptista; NOGUEIRA, Roberto Passos (Coord.). As condições de saúde no Brasil. In: FINKELMAN, Jacobo (Org.). *Caminhos da Saúde Pública no Brasil*. Río de Janeiro. Editora Fiocruz, 2002.

MÁRQUEZ, Jorge; GARCIA, Víctor. *Poder y saber en la historia de la salud en Colombia*. Medellín: Editorial Lealon, 2006.

MARTÍNEZ BOOM, Alberto et col. *Currículo y modernización: cuatro décadas de educación en Colombia*. Foro Nacional por Colombia. Bogotá, Colombia: Tercer Milenio, 1994.

NAMEN, F Et col. Educação, saúde e sociedade. *Revista Espaço para a Saúde*, Londrina, v.9, n.1, p.43-55, 2007.

NOGUERA, Carlos. *Medicina y Política: discurso médico y prácticas higiénicas durante la primera mitad del siglo XX en Colombia*. Medellín, Colombia: Fondo editorial, Universidad EAFIT, 2003.

_____. La lucha antialcohólica en Bogotá: de la chicha a la cerveza. In: ORREGO, Alvaro Casas; ORREGO, Vistoria Eugenia Estrada; VALDERRAMA, Jorge Márquez. *Higienizar, medicar, gobernar: historia, medicina y sociedad en Colombia*. Grupo de investigación historia de la salud. Universidad Nacional de Colombia. Medellín, 2004, p.181.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Informe sobre la salud en el mundo. La atención primaria en salud, 2008.

PEDRAZA, Zandra. Sentidos, movimiento y cultivo del cuerpo: política higiénica para la nación. In: HERRERA, Marta Cecilia; JILMAR, Carlos (Comp.). *Educación y cultura política: una mirada multidisciplinaria*. Serie de Educación y Cultura. Universidad Pedagógica Nacional. Editorial Plaza y Janés Colombia S.A, 2001. p.103.

PIMENTA, Heloisa Helena. *A higienização dos costumes: educação escolar e saúde no projecto do instituto de higiene de Sao Paulo (1918-1925)*, 2007. p. 191.

REYES, Catalina. Higiene y salud en Medellín. 1900-1930. In: *Fundación Antioqueña para los estudios sociales*, 1994. P. 14.

ROUSSILLE, B. "L'importance pour la santé publique de l'éducation et de l'information sanitaires". *Actualité et dossiers en santé publique*, n.16, XXVII-XXVIII, 1996.

SAENZ, Javier; SALDARRIAGA, Oscar. *Mirar la infancia: pedagogía, moral y modernidad en Colombia, 1903-1946*. Colciencias. Ediciones Uniandes. Medellín: Editorial Universidad de Antioquia, 1997.

SAMPAIO, Vania. *Educação em saúde e constituição de sujeitos: desafios ao cuidado no programa de saúde da família*. 2004. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Universidade Federal da Bahia. Instituto de saúde Colectiva, 2004.

SUTHERLAND, R.; FULTON, M. Health Promotion. In: SUTHERLAND, R. W.; FULTON, M. J. (Ed.). *Health care in Canada*. Ottawa: CPHA, 1992.

YEPES, F. J. M.C. Análisis comparativo de los sistemas de salud: algunos aspectos metodológicos. *Salud Pública México*, v. 33, n.4, p. 92-395, 1991.

Enlaces de internet

LA TEORÍA Foucaultiana entendida como sustrato de la biopolítica. Disponível em: <http://tesis.udea.edu.co/dspace/bitstream/10495/31/4/04_BiopoderBiopoliticaFoucault.pdf>

KUNDI, M. Causality and the interpretation of epidemiologic evidence. *Environ. Health Perspect.*, v.114, n.7, 969-974, 2006.

ROUTIO, P. *Estudio comparativo*. Disponível em: <<http://www2.uiah.fi/projects/metodi/272.htm>> Acesso em: 03 ago. 2007.