

Una mirada crítica al discurso educativo sanitario de los estilos de vida saludables.

A critical look at the sanitary educational discourse of healthy lifestyles.

■ Ocampo Rivera Diana Carolina^{1,2}.

VOLUMEN 36 | Nº3 | DICIEMBRE 2018

FECHA DE RECEPCIÓN: 18/11/2018
FECHA DE APROBACIÓN: 21/12/2018
FECHA DE PUBLICACIÓN: 27/12/2018

1, Universidad de Antioquia

2. Universidad Andina Simón Bolívar
sede Quito-Ecuador.

Ensayo | Assay

Correspondencia:
dcarolina.ocampo@udea.edu.co
Dirección:
Carrera 72 80A-43 Apto 1306.
Teléfonos:
2995931-3166141029
Medellín-Colombia

RESUMEN

Se presentan reflexiones que cuestionan el paradigma hegemónico del discurso de los estilos de vida saludables (EVS) presente históricamente en el desarrollo de acciones educativas en salud, el objetivo de esta investigación es proponer desde la Epidemiología y Pedagogía Críticas pistas para la construcción de un modelo analítico desde la Determinación Social de la Salud que amplíe el abordaje de esta categoría teórico-práctica y permita el desarrollo de propuestas pedagógicas emancipadoras. Se trata de plantear que los EVS no pueden ser abordados únicamente desde la lógica individual; tampoco debe pretenderse conectarlos externamente a otros factores "macroestructurales". La propuesta crítica conceptúa los estilos de vida como procesos más específicos y singulares en el espacio de lo micro, en relación dialéctica permanente con los niveles meso (particular) y macro (general) de la realidad. En este sentido, aunque tienen relación con los aspectos conductuales, no se consideran estáticos o predeterminados, no dependen exclusivamente del "libre albedrío" de los sujetos, tampoco están desconectados ni hacen parte de una diversidad absoluta y fragmentada; son la expresión de los modos de vida de los grupos particulares en los que las personas están insertas socialmente y encarnan modos particulares de ser y comportarse frente a su salud.

Palabras clave: Estilos de Vida Saludables, Factores Epidemiológicos, Educación en Salud.

ABSTRACT

Some reflections that question the hegemonic paradigm of the discourse of healthy lifestyles-HL- are presented historically in the development of educational actions in health, in order to raise from the critical Epidemiology and Pedagogy some clues for the construction of an analytical model from the Social Determination of Health that broadens the approach of this theoretical-practical category and allows the development of emancipatory pedagogical proposals. The critical proposal conceptualizes lifestyles as more specific and singular processes in the space of the micro, in a permanent dialectical relationship with the meso (particular) and macro (general) levels of reality. In this sense, although they are related to the behavioral aspects, they are not considered static or predetermined, they do not depend exclusively on the "free will" of the subjects, they are not disconnected nor are they part of an absolute and fragmented diversity; they are the expression of the ways of life of the particular groups in which people are inserted socially and embody particular ways of being and behaving towards their health.

Keywords: Healthy Lifestyle, Epidemiologic Factors, Health Education.

INTRODUCCIÓN

Una lectura epidemiológica moderna de la realidad, muestra que la vida humana se forja en medio de contradicciones y luchas permanentes entre aquello que protege o deteriora la salud en sus diferentes dimensiones (general, particular y singular) y espacios de la reproducción social (etnias, géneros, clases sociales) [1]. Asumir este precepto impone la responsabilidad de analizar cómo podemos evitar desde los diferentes escenarios y disciplinas académicas, que la ciencia termine sirviendo al juego de la hegemonía, es decir, denunciando sin revelar, informando sin movilizar y enfocando factores aislados de la problemática en salud, sin mostrar su relación con los procesos estructurales que los generan [2].

En este sentido, se presentan a continuación reflexiones orientadas a la construcción de una crítica al paradigma hegemónico del discurso de los estilos de vida saludables presente históricamente en el desarrollo de acciones educativas en salud, con lo que se pretende plantear algunas pistas que desde un paradigma crítico epidemiológico aporten a la construcción de propuestas pedagógicas emancipadoras en el campo de la educación para la salud.

Una mirada epidemiológica del concepto estilo de vida

Como tema epidemiológico de interés por ser de gran aplicabilidad en el terreno de la salud pública, el concepto de estilos de vida se ha configurado desde diversas corrientes teóricas con el objetivo de producir una noción que a partir de las dimensiones materiales y simbólicas posibilitará la articulación entre sectores macro (estructura social) y los grupos intermedios expresados en sujetos cuyos comportamientos se caracterizaban por un determinado estilo ejercitado en la vida cotidiana personal y colectiva. Era esencialmente un concepto holístico [3].

La aplicación biomédica utilizó el concepto para describir rasgos específicos de comportamientos relacionados con ciertas enfermedades crónicas y luego con violencias y adicciones, por lo que fue utilizado para referir aspectos aislados con la consecuente aplicación al estudio e intervención de determinados padecimientos, excluyendo otros que también podrían estar relacionados con ellos. Desde el punto de vista epidemiológico clásico, este concepto ha sido reducido al de "conducta de riesgo", limitando o no incluyendo la articulación entre las condiciones materiales e ideológicas o culturales. Así lo importante sería el abatimiento o eliminación del riesgo, por lo cual, si se logra la disminución de

la incidencia del daño, pasa a ser secundario que el concepto se maneje de manera reducida u holística [3].

Con la aparición del informe Lalonde en Canadá, se ponen de manifiesto una serie de elementos que determinan el estado de salud de una población, entre los cuales se encuentran los estilos de vida, que epidemiológicamente representaban el 43% del peso o grado de contribución potencial a la mortalidad de la sociedad en aquel tiempo. Esta información con respecto a los estilos de vida indicó como era obvio, que las principales causas de enfermedad, muerte y discapacidad eran evitables y que "las decisiones y hábitos personales generan riesgos comportamentales aprendidos, y por tanto, evitables e intervenibles desde el punto de vista preventivo y educativo" [4]. A partir de este concepto se han desarrollado otros como el de autocuidado que tendría implicaciones básicamente preventivas o de potencializar la salud en términos de lo que se denomina "salud positiva"[5].

Otras perspectivas de transición crítica como la epidemiología social de los determinantes sociales (DSS) que continúan en una línea similar a la anterior en cuanto al tema se refiere, ubican el concepto de estilo de vida como un determinante intermedio relacionado con factores conductuales y biológicos [6] o con factores psicosociales [7]. En cualquiera de los dos casos, corresponde a la dimensión individual y constituye uno de los factores más comunes y estudiados desde los diferentes modelos de DSS [7, 8]. Estudiar el estilo de vida desde este enfoque epidemiológico, implica conocer cuál es el comportamiento de las personas a lo largo de su vida, frente a distintos riesgos para su salud. Se entiende así el concepto como prácticas que las personas escogen libremente, de ahí la importancia de su conocimiento en la predicción del futuro estado de salud y la implementación de políticas preventivas apropiadas [7]. Si bien desde esta perspectiva la responsabilidad individual sigue teniendo un peso preponderante en la toma de decisiones saludables, sin embargo se reconoce que las circunstancias sociales y económicas son altamente influyentes en dicho proceso y están más allá del control individual [9].

Desde un enfoque epidemiológico crítico, el problema de la salud se ubica en el debate entre la comprensión de fenómenos sociales basados en actos individuales (relativismo) versus la imposición de un control social externo sobre las personas (determinismo) [10]. En este sentido, no es posible entender el estilo de vida como concepto ni como práctica únicamente desde la lógica individual, ni tampoco basta con pretender conectarlo externamente a otros factores

“macroestructurales” que no se entienden como procesos en una relación dialéctica de generación y reproducción social entre los niveles micro y macro a través del tiempo y el espacio.

La propuesta crítica conceptúa los estilos de vida cotidianos de las personas como procesos más específicos y singulares en el espacio de lo micro, en donde se tiende a generar nuevas condiciones articuladas a procesos de la lógica más general. En este sentido, los estilos de vida, aunque tienen

relación con los aspectos conductuales, no se consideran estáticos o predeterminados, no dependen exclusivamente del “libre albedrío” de los sujetos, tampoco están desconectados ni hacen parte de una diversidad absoluta y fragmentada; son la expresión del modo de vida de los grupos particulares en los que las personas están insertas socialmente los cuales a su vez, son una expresión de aquellos fenómenos más específicos [11].

La vertiente sociocultural de la epidemiología también

TABLA Nº 1
Perspectivas del concepto estilo de vida desde diferentes abordajes epidemiológicos

Estilo de Vida	Corrientes Epidemiológicas			
	Clásica	Transición Crítica - DSS-	Ruptura Determinación Social	Sociocultural
Concepto	Decisiones personales que generan riesgo [conducta de riesgo]	Determinante intermedio: factores conductuales o psicosociales	Procesos que son expresión de los modos de vida de grupos sociales particulares	Comportamientos individuales en función de la pertenencia a un determinado sector social
Dimensionalidad	Individual	Individual	Singular	Sujeto/microgrupo
Características	Rasgos específicos de comportamiento o	Comportamientos personales frente a distintos riesgos	Procesos dialécticos	Efecto de globalidad y no de comportamiento individual
Proceso de toma de decisiones	Decisión individual	Libre escogencia	Autonomía relativa	Relativo a las posibilidades materiales y simbólicas del individuo
Nivel de responsabilidad	Individual	Individual-Social [macroestructural]	General/particular	Grupal [condiciones estructurales] /individual
Valor de uso	Específicos para determinadas enfermedades	Predicción del futuro estado de salud	Diversidad de prácticas en salud sometidas a determinaciones generales	Mirada holística: dimensión simbólica articulada a la económica-política
Aplicabilidad	Intervención de determinados padecimientos Disminución de la incidencia del daño	Políticas preventivas Acciones psicologicistas/ Individualistas Salud Pública	Gestión de procesos críticos Exigibilidad de derechos Salud colectiva	Modificación de las condiciones estructurales Ámbito académico-investigativo
Estrategias	Prevención Educación sanitaria clásica	Promoción de la salud individual Gobernanza limitada	Promoción colectiva de procesos protectores. Prevención colectiva de procesos destructivos	Investigación en salud
Conceptos asociados	Autocuidado	Hábitos saludables	Procesos protectores y destructivos de la salud	Autocuidado-autoatención

Fuente: Directa.
Elaborado por: La Autora

se ha interesado en el análisis y revisión del concepto estilo de vida desde la perspectiva antropológica y sociológica, desde donde se rescata la pertinencia de una perspectiva holística de dicho concepto cuestionando la reducción de los comportamientos a la dimensión simbólica, la carencia de la mirada del actor para analizar los comportamientos y la escisión entre lo cultural y económico-político. Desde esta perspectiva, lo que el concepto estilo de vida permite en términos holísticos es entender los comportamientos de las personas en función de su pertenencia a un determinado sector sociocultural, por tanto, no es el estilo de vida individual la causal básica de una enfermedad específica, ni lo que explica la eficacia de las acciones en salud para reducir los riesgos, sino la pertenencia a un sector social determinado, en este sentido el estilo de vida tiene un efecto de globalidad y no de comportamiento individual [3].

Pese a la diversidad de posibilidades (Tabla N°1), el abordaje conceptual del estilo de vida como sinónimo de conducta de riesgo o factor causal de daño a la salud, vinculado a la noción de enfermedad más que a la de salud, ha sido tradicionalmente adoptado por la salud pública para el diseño de políticas y proyectos de promoción de la salud dirigidos a intervenir comportamientos individuales y a modificar o controlar el riesgo [3,8,12,13], mediante el desarrollo de estrategias y actividades educativas lideradas por el personal de salud, siendo esta la manera más adecuada para trabajar acciones focales de gobernanza desde la perspectiva del sujeto institucional que busca el logro de indicadores técnicos, que evidencien el equilibrio del sistema para mantener la legitimidad del orden social en materia de salud [14], aspecto que se expondrá con mayor profundidad a continuación.

La educación para la salud y el discurso de los estilos de vida saludables

La educación que se desarrolla en programas y proyectos de salud, referida en algunas ocasiones como educación sanitaria [15] o educación para la salud [16] se ha propuesto como una de las aspiraciones más fuertes para luchar por la equidad y el alcance de una población saludable con autonomía y capacidad de hacer elecciones adecuadas para su propia salud [16]. En este sentido, constituye una práctica social que se encuentra subsumida histórica y socialmente en los sistemas de salud que la operativizan y que a su vez se relacionan con los modelos económicos que constituyen el marco de su estructuración y funcionamiento, de la misma manera en que la determinación social de la salud es algo inseparable de la determinación social de los sistemas de salud [17].

El espacio social general que caracteriza los escenarios educativos sanitarios está configurado básicamente por elementos como: la hegemonía de una economía de la muerte que estructura sistemas económico-sociales malsanos e incompatibles con la reproducción social humana [18]; una civilización del antropocentrismo consumista, contaminante y derrochador [19] que en nada cuestiona la estructura social ni las dinámicas perversas que en ella se generan y reproducen, especialmente cuando de salud se trata, lo que indefectiblemente conlleva al dominio de una visión neoliberal sobre la salud con la consecuente mercantilización de la atención [20] y de sus políticas, lo que ha influido en el desarrollo de los sistemas de salud de algunos países, conduciendo a la generación de programas incompatibles con los principios y valores de estrategias como la promoción de la salud [6].

Existe además una relación histórica en el mundo entre los sistemas de salud y los sistemas de educación superior en salud [21], lo que ha llevado, en el caso colombiano, a que algunos de los currículos de programas de salud busquen responder de manera coyuntural al sistema actual de salud y al mercado [22, 23], aspecto que impacta fuertemente en las concepciones y prácticas educativas del personal de salud formado bajo este marco interpretativo. De esta manera, en las representaciones del personal de salud, está a menudo la idea de que la educación debe estar orientada a promover la salud de las personas y las comunidades, formar en hábitos saludables y alertar sobre las prácticas que conllevan a enfermedades; con estos elementos, el sujeto tiene o debe tener un papel activo para asumir la gestión de su propia salud [23], convirtiendo así a la educación en una herramienta para el cambio enfocada en los estilos de vida que hacen más saludables a las personas.

Desde esta perspectiva pedagógica, el cambio que se pretende es del orden individual, centrado en los aspectos comportamentales y actitudinales que el individuo-paciente asume con su propia salud [24] y orientado a la modificación de aquellos estilos de vida que son considerados desde el ámbito sanitario como perjudiciales. No se cuestiona desde ningún punto de vista las determinaciones más generales ni las relaciones sociales que configuran asimetrías de clase, etnia y de género y que conforman los modos de vida de estos sujetos y sus patrones estructurados del vivir en colectividades definidas [1].

En este marco simbólico con fuerte preeminencia del modelo médico hegemónico, se desarrollan entre otras, dinámicas pedagógicas que obedecen a un

modelo educativo de tipo persuasivo-motivacional¹ [25], en donde el personal de salud insta al individuo a “gestionar” su propia salud, o mejor, sus estilos de vida, con las herramientas que desde el ámbito sanitario se le brindan, en este caso, recursos más de tipo informativo, por medio de una “participación” que aunque discursivamente posiciona al otro como protagonista, en la praxis, lo sitúa como un receptor pasivo que debe seguir las recomendaciones del personal de la salud [24].

También existe la tendencia desde esta lógica pedagógica a culpabilizar al otro por los comportamientos y prácticas que realiza con respecto a su salud, mediante estrategias como “aterrorizar al aprensivo”, “constreñir” al que no tiene límites o “responsabilizar al negligente”; se asume el hecho de que los sujetos al exponerse a los llamados riesgos comportamentales ya los hace candidatos a ser tachados de “irresponsables” y ser blanco de manifestaciones de crítica en términos morales por su falta de autocuidado, al mismo tiempo que se constituyen en víctimas de sus propias actitudes consideradas negligentes en términos de salud [12]. Desde esta lógica cada vez que se produce una mayor exacerbación de la responsabilidad individual [20] que implica entre otras cosas, la imposición de actos de control moral relativos a nociones de autocuidado ocasionadas por la promoción de la salud individualista, se produce lo que Castiel y Díaz [12] denominan la “Ética de la nueva higiene”.

La intencionalidad educativa desde esta postura pedagógica que podría denominarse “clásica” [15], no es la de cuestionar y/o transformar las dinámicas de poder que se desarrollan en las estructuras sociales y que reproducen modos y estilos de vida malsanos que generan profundas brechas e inequidades sociales, sino más bien modificar con los recursos “disponibles”, que generalmente son en extremo limitados, a-históricos, descontextualizados y desprovistos de un carácter integral, aquellas actitudes, prácticas o comportamientos que representen daños individuales a la salud. Se instituye por tanto a través del discurso de la responsabilidad una educación orientada a la “gobernanza” [12]. Una “gobernanza de sí” entendida como la manera de autogestionar la salud individual de la mano del personal sanitario, se propone entonces una conducción privada de la salud, una gestión ya no centrada en el Estado y sus obligaciones, sino en el individuo con sus propias posibilidades, que incorpora la falacia de la participación social para entregarle al

sujeto finalmente la responsabilidad de su salud y bienestar, sin promover pedagógicamente con ellos procesos reflexivos que lleven a un cuestionamiento profundo de la estructura social para una verdadera transformación emancipadora. Y ello tiene sentido, pues, si pedagógicamente se omite en la salud su condición de proceso dialéctico y multidimensional, si se considera como una realidad fragmentada en partes; y, se asume y aplica la noción de riesgo para expresar la lógica que une esas partes, entonces se desplaza fuera del análisis la noción de transformación [11].

Este tipo de educación sanitaria con enfoque al cambio de los estilos de vida, constituye un eje más de la maquinaria ideológica, académica y política de los sistemas hegemónicos (económicos, de salud y de educación superior), en tanto no promueve el cuestionamiento de su estructuración, operatividad y resultados, es decir, no cuestiona su esencia, ni permite la reflexión profunda y consciente sobre las dinámicas sociales generales que condicionan y subsumen los modos de vivir de los distintos grupos y su expresión en los perfiles de salud y en los estilos de vida de los sujetos sociales; realidad que la condena, gracias al sesgo funcionalista que lleva implícito, a ser un instrumento de un pensamiento y actuación reformistas intrascendentes [19], en donde los sujetos parecen haber perdido su función y están allí no para emprender, sino solo para ejecutar [26], en este caso, las órdenes y prescripciones del personal de salud.

Propias de un paradigma reformismo funcionalista explicado por Bolívar Echeverría [27] y retomado por Breilh [19, 28], se presentan a manera de síntesis características (Tabla N° 2) que se reproducen desde la educación sanitaria actual con discursos como el de los estilos de vida saludables y sus prácticas pedagógicas homogéneas, conductistas y reguladoras.

En primer lugar, estamos frente a una educación para el cambio de comportamientos a “nuevas formas” saludables de actuación individual como las propuestas por organizaciones supranacionales, nacionales y locales, que no compiten con la estructura que las condiciona ni pretende tener alcances innovadores radicales; que además es coherente con la función de control de social inherente a la concepción biomédica de la salud [20]. Aquí es donde el discurso del riesgo participa activamente en la construcción del espíritu preventivo-persecutorio

¹El persuasivo-motivacional es un modelo educativo cuyo objetivo consiste en la modificación de los comportamientos insanos o peligrosos para la salud para orientarlos hacia la adopción de conductas favorables. Acentúa por tanto la responsabilidad de definir los comportamientos que son o no saludables en el

educador sanitario o la institución coordinadora del programa de salud. La actuación educativa es básicamente conductista para el cambio de conducta individual, estimulado por la persuasión y la motivación, pero sin conexión con la vida colectiva.

de la salud, mediante prácticas biopolíticas que desembocan en la construcción de hombres responsables por su salud y, consecuentemente, por su longevidad [12].

En segundo lugar, con la praxis pedagógica desarrollada en este tipo de educación sanitaria, se llega al perfeccionamiento de aristas como el "humanismo/antropocentrismo" en el que triunfa una racionalidad técnica, instrumentalista para ver y abordar la salud. El individualismo que se legitima como expresión de la biopolítica instalada como institucionalidad ideológica donde la primacía de lo individual sobre lo social, de lo económico sobre lo político, del mercado sobre lo público construyen un valor sobre la salud a la cual se aspira como forma de superación social ya que constituye una forma de consumo que marca diferencias [20]. Se colectivizan los riesgos, pero se individualizan las acciones para superarlos o prevenirlos. El biologicismo y la visión farmobiomédica de la salud, con la consecuente "medicalización"² [29] del discurso educativo que se evidencia en el desarrollo de contenidos centrados en la enfermedad, la atención y la prevención. Se aporta de esta manera a la consolidación de una sociedad del riesgo [30] y a la reproducción de tendencias ideológico-culturales propias del modo civilizatorio

capitalista y de los sistemas de atención dominantes. En tercer lugar, subyace en la praxis educativa una idea de interculturalidad funcional, que se traslapa en la retórica discursiva del reconocimiento del otro y la necesidad de su protagonismo a través de una supuesta participación social. Sin embargo, lo que allí se reproduce son formas desiguales de relacionarse con los otros en donde se establecen jerarquías de acuerdo con lo que se considera tenencia e importancia del conocimiento en salud: hay uno que sabe y otros que desconocen, hay un saber hegemónico y otros saberes subsumidos o invisibilizados.

Finalmente, se configura una educación sanitaria que se especializa en el desarrollo tecnocrático de contenidos y estrategias didácticas de gran impacto multimedial para lograr la trasmisión de información o aclarar lo que "está mal" en el comportamiento de los otros [24]; herramientas educativas que encuentran en el espacio cibernético, por ejemplo,

²Entendida como el proceso de carácter político que refleja la colonización de la medicina en todos los espacios y relaciones sociales, lo que la lleva a convertirse en una amenaza para la salud.

TABLA N° 2

Características de la educación sanitaria para la promoción de estilos de vida saludables.

Paradigma orientador	Reformismo Funcionalista Enfoque de Riesgo
Objeto	Comportamientos, hábitos y conductas individuales
Dimensión de la realidad	Individual
Funcionalidad Pedagógica	Control social-moral para el mantenimiento del equilibrio del sistema
Intencionalidad Pedagógica	Preventiva-persecutoria
Estrategias Pedagógicas	Información-comunicación Desarrollo de contenidos morbicéntricos, preventivos Motivación-persuasión [Miedo, represión, juzgamiento]
Tendencias ideológico-culturales	Humanismo/antropocentrismo [racionalidad técnica instrumental] Individualismo [prácticas biopolíticas] Biologicismo [medicalización del discurso educativo] Interculturalidad funcional [Relaciones asimétricas educador/educando]

Fuente y elaboración: Autora con base en Echeverría [27] y Breith [19,28].

un medio ideal para seguir consolidando una filosofía pragmático-funcional que supone una derrota del conocimiento por la información [28], de la reflexión por el adoctrinamiento y de la transformación social por el cambio comportamental.

Existe pues un remozamiento del estado de las cosas prevaletentes en materia de salud y educación en el que se refleja una nueva moralidad vigente en el campo de los discursos: la búsqueda de causas evidentes (neocausalismo) para regular conductas en dirección a nuevas ideas de higiene comportamental en época de altos costos para acciones en salud, así como formas modernas de regulación moral mediante nuevas estrategias de culpabilización socialmente instituidas. La educación sanitaria asume igual que la salud pública hegemónica, un "triste" papel al enfatizar en la responsabilidad individual de las personas por sus riesgos y padecimientos, se transforman así en espacios persecutorios, culpabilizadores moralizadores [12]. La salud colectiva en este sentido, con su vertiente epidemiológica crítica, pueden constituir polos de reflexión desde donde se analicen entre otros, los problemas y conflictos derivados de una excesiva individualización de la responsabilidad con nuestros cuerpos y nuestra salud desde los enfoques educativos. Un exceso de cuidado individual que parece ser solidario del olvido de las protecciones sociales y de las responsabilidades colectivas que caracterizan nuestras sociedades.

Aportes de la Epidemiología Crítica a las reflexiones pedagógicas en el campo de la educación en estilos de vida saludables

Desde la epidemiología crítica se plantean varias categorías conceptuales y metodológicas necesarias para la investigación y abordaje de la salud como objeto complejo y multidimensional, ejes que desde la educación sanitaria deben ser considerados para superar los reduccionismos funcionalistas con los que ha venido operando históricamente y cuyos resultados han sido muy poco eficaces [15]. Incorporar una mirada epidemiológica compleja de la salud y de los estilos de vida, que contemple los aspectos socio culturales y la aplicación de una concepción histórica posibilitaría reorientar mejor y más eficazmente los recursos del sector salud [3] especialmente en materia de promoción de la salud.

Entre los aportes teóricos de la epidemiología crítica al campo educativo en salud pueden describirse los siguientes:

- Análisis de los procesos de estructuración al interior de las prácticas sociales que configuran los modos y estilos de vida los grupos sociales y los sujetos que los integran, para entender que no

es posible prescribir comportamientos ni hábitos "saludables", pues sólo a partir de la comprensión de las diversas dinámicas sociales en cada una de las dimensiones en que se configuran, se entenderán las formas en que se generan y reproducen los comportamientos en salud y se toman decisiones al respecto. Ello conlleva necesariamente a trabajar desde el punto de vista metodológico, ya no con contenidos ni temas centrados en la enfermedad, sino con procesos críticos que orienten la gestión educativa en salud ya no sólo desde la perspectiva individual y destructiva, sino también desde las dimensiones particular y general, abarcando además los procesos protectores de la salud.

- En la dimensión particular, el estudio de la categoría de clase social que rescata la epidemiología crítica constituye un aporte sustancial en el momento de pensar los procesos educativos desde una perspectiva contextualizada socio-históricamente. Es preciso que los educadores sanitarios comprendan que es en la complejidad de la estructura social y su inserción de clases, donde cobran vida las expresiones singulares de los estilos de vida. Seguir asumiendo como educadores que los sujetos pueden tomar decisiones sobre su propia salud sin tener en cuenta las condiciones y modos de vida en los que se desenvuelven, es desconocer el devenir histórico y social de un proceso complejo y multidimensional, como lo es la salud. Tal y como lo plantea Bourdieu, las actitudes y comportamientos individuales tienen el carácter de ser socialmente condicionadas en un ambiente social y familiar que corresponde a una posición específica en la estructura social. La estructura social conduce las acciones individuales y tiende a reproducirlas a través de ellas, más este proceso no es algo rígido, directo o mecánico [31]. Entender esto, implicaría entonces un abordaje desde una perspectiva compleja, de las acciones educativas que se desarrollan en diversos programas de salud, con distintos colectivos insertados socialmente de una manera espacial segregada.

- Es preciso además, realizar una revisión epistemológica de los conceptos de estilo de vida y riesgo para recuperarlos de su uso epidemiológico actual como variable o factor [3] y desde el ámbito educativo resignificar los discursos y las prácticas que se han construido en torno a ellos a lo largo de la historia. Una asimilación liviana o acrítica de estos conceptos que ha proliferado en los vademécum técnicos, constituye un obstáculo para el pensamiento y la praxis en salud y en educación. Es necesario por tanto, articular dichos conceptos a la determinación social del modelo civilizatorio actual para que dejen de ser meros términos neofuncionales [14].

- A pesar de las evidentes dificultades, los sujetos deben participar de procesos de aprendizaje que reconozcan las construcciones legas existentes. Por lo tanto, urge desde el ámbito académico-investigativo y educativo aportar a la solución de preguntas como: ¿Cuáles procesos educativos, tanto en términos didácticos como pedagógicos, serían capaces de proporcionar elementos significativos para las personas en las dimensiones de riesgos y estilos de vida relacionados con las vidas de cada uno? [12].
- Realizar un análisis crítico de los procesos hegemónicos educativos que se han gestado desde los programas de salud constituye además de un aporte teórico y metodológico desde la epidemiología crítica, una necesidad en materia educativa, pues develar dichos procesos contribuirá a la construcción de propuestas contra hegemónicas cuyos niveles de incidencia trasciendan la esfera individual.
- Finalmente, es pertinente comenzar a develar las relaciones existentes entre educación, salud y ambiente, pues esta es una interrelación que ha sido hasta ahora poco explorada y que podría contener elementos significativos para el desarrollo de procesos pedagógicos integradores y de reivindicación del sujeto en tanto portador de saberes.

Metodológicamente, el mayor aporte de la epidemiología crítica podría situarse en la utilización del modelo la determinación social de la salud para la comprensión de los fenómenos que se producen en la praxis educativa, ya que permite enriquecer el proceso investigativo y abrirlo, como lo plantea Breilh [1], en varios sentidos: primero, ofrece una salida metodológica rigurosa y una alternativa a los reduccionismos de los modelos clásicos causales, en tanto promueve la triangulación de procedimientos o técnicas de investigación intensivos y extensivos de tal forma que fortalece el método de investigación educativa con perspectiva de clase, género y etnia. En segundo lugar, produce una ruptura en los modelos preventivos y de promoción de la salud individual en los que está posicionada la educación sanitaria actual, para sacarla de nociones restrictivas de la prevención y la promoción como los "factores de riesgo" y estilos de vida saludables como meros comportamientos individuales, proponiendo categorías de análisis como procesos críticos, procesos protectores y deteriorantes de la salud. Y, por último, orienta para el desarrollo y replanteo de propuestas de investigación participativas, no convencionales.

La salud es un asunto de la vida cotidiana y en tanto no es exclusivo del ámbito sanitario requiere de otras

miradas que ayuden a comprender la complejidad de su abordaje, en este sentido, el campo de la pedagogía también aporta desde sus ejes de acción-didáctica, comunicación, etc., al redimensionamiento del sujeto quien puede desarrollar procesos reflexivos y críticos que lo lleven a comprender desde sus diferentes miradas y construcciones de sentido, los modos de devenir en los que se circunscribe su proceso de salud. No es suficiente una mirada autorreformativa de la educación sanitaria para cambiar someramente su forma, no se trata de ampliar sus márgenes de tolerancia o integrar nuevos esbozos de forma ajenos a ella, se trata de pensar en una propuesta contrahegemónica revolucionaria que permita que la educación sanitaria haga el tránsito del "estado insostenible" en el que se encuentra, modificando sustancialmente su estructura pedagógica, práctica, epistemológica y ontológica.

La propuesta final, que integra lo expuesto en este escrito, radica en comenzar a soñar con una educación que no sea para la enfermedad y la muerte, sino para la salud y la vida. Una educación que permita construir soberanía en salud, una educación que involucre prácticas solidarias entre nosotros mismos y con la naturaleza, entendiendo que los procesos educativos no se dan en espacios homogéneos sino en la riqueza heterogénea de la multiculturalidad, por ello la praxis educativa debe ser una praxis dialógica y profundamente reflexiva, más que informativa y generadora de contenidos y temas. Por último, una educación que sea biosegura en el sentido que permita a los sujetos entre otras cosas, identificar y potenciar los procesos protectores para su salud y evidencie aquellos que provoquen deterioro y agravamiento de la misma.

INFORMACIÓN DE LOS AUTORES

- Ocampo Rivera Diana Carolina. Enfermera, Magíster en Salud Colectiva. Docente de la Universidad de Antioquia. PhD (C) Salud Colectiva, Ambiente y Sociedad - Universidad Andina Simón Bolívar sede Quito-Ecuador.
Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-4608-7338>

CONFLICTO DE INTERESES

No existe conflicto de intereses para la elaboración del artículo.

FUENTES DE FINANCIAMIENTO

Beca completa para cursar estudios doctorales. Universidad Andina Simón Bolívar-Quito-. Comisión de estudios tiempo completo. Universidad de Antioquia.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Breilh, J. El Género entrefuegos: inequidad y esperanza. 1. ed. Quito; Centro de Estudios y Asesoría en Salud; 1996, p. 7, 15-16, 185.
2. Breilh, J. Las tres 'S' de la determinación de la vida 10 tesis hacia una visión crítica de la determinación social de la vida y la salud. En: Nogueira, R. Editor. *Determinação social da saúde e reforma sanitária*. Rio de Janeiro, Brazil; Cebes, Centro Brasileiro de Estudos de Saúde; 2010, p. 84.
3. Menéndez, E. Estilos de vida, riesgos y construcción social. Conceptos similares y significados diferentes. *Estudios Sociológicos*. 1998 Ene-Abr; 16 [46]:37-67.
4. Palomino, P. Grande, ML. Linares, M. La salud y sus determinantes sociales. Desigualdades y exclusión en la sociedad del siglo XXI. *Rev. Int. Sociol.* 2014 Jun; 72[1]:71-91. Disponible en: <http://www.codajic.org/node/1129> accedido en 8 de octubre de 2016.
5. Menéndez, E. Care illness models: theoretical exclusions and practice articulations. *Ciênc. saúde coletiva*. 2003 sn; 8[1]:185-207. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1413-81232003000100014&lng=en&nrm=iso&tlng=es accedido en 25 de agosto de 2016.
6. Mitchell, C. Determinantes e inequidades en salud. En: Organización Panamericana de la Salud. *Salud en las Américas 2012. Panorama regional y perfiles de país*. Washington, DC; PAHO; 2014, p.22. Disponible en: http://www.paho.org/salud-en-las-americas-2012/index.php?option=com_content&view=article&id=58%3Ahealth-determinants-and-inequalities&catid=24%3Achapters&Itemid=165&lang=es accedido en 8 de octubre de 2016.
7. Santos, H. Los determinantes sociales, las desigualdades en salud y las políticas, como temas de investigación. *Rev. cub. salud pública*. 2011 Jun;37[2]:136-144. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0864-34662011000200007&lng=es&nrm=iso&tlng=es accedido en 20 de julio de 2016.
8. Acero, M, Caro, I. Henao, L. Ruiz, L. Sánchez, G. Determinantes Sociales de la Salud: postura oficial y perspectivas críticas. *Rev. Fac. Nac. Salud Pública*. 2013 sn;31[supl 1]:103-110. Disponible en: <http://bibliotecadigital.udea.edu.co/dspace/handle/10495/4517> accedido en 8 de octubre de 2016.
9. Wilkinson, R. Marmot, M. Editores. *Social Determinants of health: the solid facts*. Second edition. Copenhagen; Organización Mundial de la Salud; 2003, p. 7.
10. Segura, O. Comentarios a la propuesta de epidemiología crítica de Jaime Breilh. En: *Tras las huellas de la determinación Memorias del seminario interuniversitario de determinación social de la salud*. 1. ed. Bogotá; Universidad Nacional de Colombia; 2015, p. 132.
11. Breilh, J. *Epidemiología crítica ciencia emancipadora e interculturalidad*. 1. ed. Quito; Lugar Editorial; 2003, p. 89,98.
12. Castiel, L. Diaz, C. *A saúde persecutória: os limites da responsabilidade*. 1.ed. Rio de Janeiro; Editora Fiocruz; 2007, p. 10, 46-47, 50,121-122.
13. Giraldo, A. Toro, M. Macías, A. Valencia, C. Palacio, S. Health promotion as a strategy to encourage healthy life styles. *Hacia promoc. Salud*. 2010 Jul; 15[1]:128-43. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0121-75772010000100010&lng=en&nrm=iso&tlng=es accedido en 6 de octubre de 2016.
14. Breilh, J. *Epidemiología crítica latinoamericana: raíces, desarrollos recientes y ruptura metodológica*. En: *Tras las huellas de la determinación Memorias del seminario interuniversitario de determinación social de la salud*. Bogotá; Universidad Nacional de Colombia; 2015. p. 50.
15. Salleras, L. *Educación sanitaria: principios, métodos y aplicaciones*. 1. ed. Madrid; Ediciones Díaz de Santos; 1985, p. 54.
16. Sanabria, G. El debate en torno a la Promoción de Salud y la Educación para la Salud. *Rev. cub salud pública*. 2007 Abr-Jun;33[2]:1-8. Disponible en: <http://2fwww.redalyc.org/articulo.oa?id=21433204> accedido en 9 de octubre de 2016.
17. Nogueira, R. Determinantes versus determinación de la salud: raíces históricas y teóricas de un debate siempre pertinente. En: *Tras las huellas de la determinación Memorias del seminario interuniversitario de determinación social de la salud*. Bogotá; Universidad Nacional de Colombia; 2015, p. 85.
18. Breilh, J. La epidemiología crítica: una nueva forma de mirar la salud en el espacio urbano. *Salud colectiva*. 2010 Ene-Abr;6[1]:83-101. Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1851-82652010000100007&lng=es&nrm=iso&tlng=es accedido en 8 de octubre de 2016.

19. Breilh, J. Bolívar Echeverría: rebeldía esclarecida para el siglo XXI. La subversión del buen vivir. En: Hidalgo, F. Márquez, A. Editores. Contrahegemonía y buen vivir. 2da ed. México D.F.; Universidad Autónoma Metropolitana de Xochimilco; 2015. p. 52.
20. Spinelli, H. La acción de gestionar y gobernar frente a las desigualdades: un nuevo punto en la agenda del pensamiento crítico en América Latina. ALAMES; 2009. Disponible en: http://saludyambiente.uasb.edu.ec/images/salud/linea_1/documentos/Documento_Taller_Determinantes_Sociales_Hugo_Spinelli.11.pdf accedido en 7 de octubre de 2016.
21. Herrera, J. García, L. Hernández, M. El sistema general de seguridad social en salud y la formación de su talento humano. Colomb Med. 2014 Abr-Jun;45[2]:52-53.
22. Peñaranda, F. Giraldo, L. Barrera, L. La enseñanza de la educación para la salud: ¿una confrontación a la teoría y la práctica de la salud pública como disciplina? Rev. Fac. Nac. Salud Pública 2015 Dic;33[3]:353-60. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0120-386X2015000300004&lng=es&nrm=iso&tlng=es accedido en 9 de octubre de 2016.
23. Gómez, M. Osorio, H. Social representations of Health Education: School of Medicine, University of Antioquia. Rev. Fac. Nac. Salud Pública. 2015 Abr;33[1]:85-92. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0120-386X2015000100011&lng=en&nrm=iso&tlng=es accedido en 24 de septiembre de 2016.
24. Ocampo, D. Rojas, M. La educación para la salud: "Concepto abstracto, práctica intangible". Rev Univ salud. 2016 sn;18[1]:24-33.
25. García, A. Sáez, J. Escarbajal, A. Educación para la salud: la apuesta por la calidad de vida. 1. ed. Madrid; Arán Ediciones; 2000, p. 102.
26. Echeverría, B. Quince tesis sobre modernidad y capitalismo. Cuadernos Políticos. México, D.F; Editorial Era; 1989, p.44.
27. Echeverría, B. La izquierda: reforma y revolución. Utopías. 1990 Mar-Abr;[6]:1-12.
28. Breilh, J. El espectro del derecho a la salud y la justicia: una mirada desde la epidemiología crítica. Perspectivas sobre a reforma sanitária na Colômbia [1993-2014]. IX Congreso Brasileiro de Epidemiologia; Sept 2014; p.51.
29. Illich, I. Nemesis médica: La expropiación de la salud. 1.ed. Barcelona; Barral; 1975, p.9.
30. Beck, U. La sociedad del riesgo: En camino hacia otra sociedad moderna. Barcelona: Editorial Paidós; 2013, p. 14.
31. Nogueira, C. Nogueira, M. A sociologia da educação de Pierre Bourdieu: limites e contribuições. Educ. Soc. 2002 Abr;23[78]:15-35. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0101-73302002000200003&lng=en&nrm=iso&tlng=pt accedido en 17 de septiembre de 2016.