

El cuidado en salud y la educación salubrista como promoción de competencias humanas y autonomía

Care in health and public health education as promotion of human competitions and autonomy

Ángel R. Villarini Jusino¹

Resumen

Ante las necesidades de salud de nuestros pueblos, el limitado acceso a los servicios privados y la crisis que presenciamos en la prestación de servicios de salud por parte del Estado, es urgente buscar políticas alternativas para las prácticas de salud. A este respecto en este trabajo analizamos críticamente los fundamentos de una propuesta de educación en salud, orientada al desarrollo de la conciencia salubrista, que consideramos debe ser el aspecto central de una nueva política de salud. La propuesta se enmarca en los esfuerzos actuales de salud preventiva y de empoderamiento personal y comunitario en cuestiones de salud.

Se concibe la conciencia salubrista como una competencia humana general que hace posible el desarrollo de autonomía, personal y comunitaria, es decir, de las personas cuidar de sí mismas en asuntos de salud.

Palabras claves: Autonomía, competencias, conciencia salubrista, desarrollo humano, educación en salud, política pública en salud, salud.

Abstract

In the context of the health needs of our countries, the limited access to private health services and the crisis that we whiteness in the State as a health services provider, it is urgent to search for an alternative policy for health practices. In this respect we analyze in this paper the foundations and main component of a proposal of health education oriented towards the development of health consciousness, which we considered must be the central aspect of a new health policy. The proposal is framed within the actual international efforts for health prevention and personal and communitarian empowerment in heath issues. We conceived health consciousness as a human general capacity or competence that makes possible for individual persons and communities to develop health autonomy, which is the capacity to take care of themselves in relation to health issues.

Key words: Autonomy, competencies, health, health consciousness, human development, health education, health public policies.

¹ Ph.D. Catedrático de la Facultad de Estudios Generales de la Universidad de Puerto Rico, Recinto de Río Piedras; Profesor Honorario de la Universidad Autónoma de Santo Domingo (República Dominicana) y de la Universidad del Norte (Colombia); Presidente de la Organización para el Fomento del Desarrollo del Pensamiento Internacional; y Director del Proyecto para el Desarrollo de Destrezas de Pensamiento, del Encuentro Internacional de Educación y Pensamiento y de la Red Hispanoamericana de Colaboración Educativa de la Universidad de Puerto Rico. Actualmente es miembro de la Junta Asesora de Bioética del Gobierno de Puerto Rico. Para información visite <http://ofdp.tripod.com> y www.pddpupr.org o escriba a ofdpint@gmail.com

Correspondencial: PO Box 23038, San Juan, Puerto Rico, 00131-3038.

Ante una difundida cultura de indiferencia y, a veces, de desprecio por la vida, y ante la búsqueda inescrupulosa de predominio por parte de algunos sobre otros, con la consiguiente marginación de los pobres y débiles, hoy es más necesario que nunca ofrecer sólidos criterios, para que el ejercicio del poder en el mundo de la salud esté en todas las circunstancias al servicio de la dignidad de la persona humana y del bien común.

Juan Pablo II

INTRODUCCIÓN

Las profesiones relacionadas con la salud son, fundamentalmente, profesiones de cuidado, es decir, de velar por el otro, y poner nuestro saber y técnica al servicio de su bienestar. La perspectiva crítica, histórico-cultural y liberadora en la que nos situamos (1), en parte siguiendo las ideas de Michael Foucault (2), evalúa las formas de subjetividad y comunidad humanas que se construyen a través de los servicios del cuidado en salud y el discurso que los organiza. Estos servicios de cuidado son vistos como prácticas culturales institucionalizadas que:

- Entrañan relaciones de poder, ideas, ideales e ideologías, que promueven la construcción de formas de subjetividad.
- Que pueden ser formas de sujeción o emancipación, de restricción o de ampliación de la autonomía y la solidaridad humanas.

La perspectiva liberadora aquí asumida denuncia aquellas políticas de salud que promueven formas de sujeción o restricción de la autonomía y solidaridad humanas, y defiende aquellas otras que emancipan al sujeto y amplían su esfera de autonomía individual y colectiva en materia de salud.

Desde esta perspectiva, asumimos los señalamientos de Milton Meyeroff (3) sobre el cuidado:

“En el cuidado entendido como ayudar a otro(a) a crecer, en el cuidado de la otra persona como una extensión de mí mismo y a la vez como algo separado de mí que respeto en su propio derecho, experimento al otro(a) ser humano como teniendo un potencial y una necesidad de crecimiento como promesa... No experimento la necesidad que él (la) otro(a) tiene de mí como una relación que me da poder sobre él (ella), sino como algo que se me ha confiado. Pero para poder cuidar del otro debo entender y atender sus necesidades, y las buenas intenciones no garantizan esto. Para cuidar de alguien debo saber muchas cosas. Por ejemplo, debo saber quién es el otro, cuáles son sus fuerzas y limitaciones, sus necesidades, qué puede conducirlo a crecer. Debo saber cómo responder a sus necesidades y cuáles son mis poderes y limitaciones para ello”.

Para llevar a cabo el cuidado en salud así entendido, debemos luchar por entender y transformar las actuales concepciones y prácticas de dominación imperantes en nuestras profesiones. Primero en nosotros mismos, luego en nuestros escenarios de actividad y, finalmente, en la sociedad. Para llevar a cabo esta tarea de comprensión crítica y transformación, la perspectiva crítica, histórico-cultural y liberadora es fundamental, pues constituye una teoría que nos permite entendernos como sujeto-persona activos y constructores del conocimiento y las relaciones por medio de las cuales interpretamos, apreciamos y transformamos nuestro objeto de trabajo, a saber, las prácticas en salud.

El cuidado en salud como promoción de competencias humanas y autonomía

Todo el aprendizaje y el desarrollo humano puede ser analizado como el proceso gradual de progreso y declinar de la autonomía y la solidaridad o capacidad para cuidar de sí y del otro (4). La autonomía humana, la capacidad

de la persona para estar en control de su vida y para cuidar de sí, a la luz de normas y de un proyecto de vida que él (ella) mismo se ha dado –y que es solidario de los proyectos de los otros en la elaboración de un proyecto colectivo de vida– se construye por medio de capacidades humanas superiores que llamamos *competencias humanas generales*. Estas competencias, como son el pensamiento, la comunicación, la conciencia moral y ética, la conciencia ambiental, etc., se desarrollan como resultado de la convivencia humana (5). Las competencias son formas de conciencia que capacitan al ser humano para entender, apreciar, desear y transformar sus relaciones con la realidad, él mismo incluido, en sus múltiples dimensiones y con ello cuidar efectivamente de sí y del otro (6).

Definimos competencia humana como una forma de conciencia y habilidad general, producto de la integración de conceptos, destrezas, actitudes, capacidad metacognitiva, creatividad y experiencia, que dota al ser humano de una capacidad de entendimiento, acción y transformación de sus relaciones con el mundo, él/ella mismo incluido² La educación es entonces el proceso por el cual un ser humano, que aprende, es apoyado

por otro ser humano, que enseña, en la construcción, ampliación y sostenimiento de su autonomía, por medio del desarrollo de sus competencias. La autonomía, y por ende la dignidad humana, no son un don ni una condición natural, sino una conquista de la solidaridad humana implícita en el acto educativo orientado al desarrollo de competencias. La educación es en este sentido un continuo acto de solidaridad, es decir, de cuidado de la autonomía del otro³.

Desde la perspectiva crítica-emancipadora, en las prácticas de salud los valores ético-político fundamentales son la autonomía y la solidaridad en salud, es decir, la capacidad de las personas, en su carácter individual y colectivo, para entender, apreciar, adoptar y ejecutar voluntariamente aquellos comportamientos que permiten alcanzar y sostener un estado de salud personal y colectivamente. Dicha autonomía, argumentamos, sólo es posible si las personas, en sentido individual (personal) y colectivo (comunitario), desarrollan la capacidad o competencia humana general que llamamos *conciencia salubrista*. Al fomento de la competencia que llamamos conciencia salubrista y, por ende, a la autonomía y solidaridad en salud deben orientarse las prácticas en

² Ser competente significa que la persona tiene el conocimiento declarativo (la información y conceptos), es decir, sabe lo que hace, por qué lo que hace y conoce el objeto sobre el que actúa. Ser competente, también implica, tener la capacidad de ejecución, es decir, el conocimiento procesal o las destrezas intelectuales y psicomotoras para en efecto llevar a cabo la ejecución sobre el objeto. Finalmente, ser competente implica tener la actitud o disposición (conocimiento actitudinal) para querer hacer uso del conocimiento declarativo y procesal y actuar de manera que se considera efectiva. Villarini Jusino, Ángel R. (1997) *El currículo orientado al desarrollo humano integral*. San Juan, Puerto Rico: Biblioteca del Pensamiento Crítico. Nuestro concepto de competencia se distingue de las versiones conductista e instrumentalistas del mismo, que ven en la competencia una mera destreza o proceso que puede aprenderse y “dominarse” por medio de “entrenamiento”. Las competencias humanas generales son aprendizajes mayores o comprensivos, resultado de la totalidad de experiencias educativas formales e informales en las que la persona se involucra. Son capacidades generales que se desarrollan

como parte del proceso de maduración biopsicocultural, a partir del potencial humano para el aprendizaje, y ante los retos que las diferentes etapas de la vida le plantean a la persona. Su desarrollo es continuo, gradual y acumulativo. La escuela es solo un espacio, mejor o peor organizado, para su desarrollo.

³ Cuando hablamos de “educación” nos referimos tanto a la interacciones y procesos formales como informales de enseñanza-aprendizaje que tienen lugar en una comunidad de práctica en salud, como son el hogar, la escuela, el consultorio médico, la sala de emergencia, etc. Esa educación no puede confundirse con el mero proceso de dar información, sino con la vivencia que se experimenta en dicha comunidad (en la convivencia) por medio del trato, el diálogo, los afectos, las recompensas y castigos, el modelaje y los conflictos cognitivos y afectivos. Vivencia de la convivencia que afecta todas las dimensiones del ser, lo cognitivo, lo sensitivo, lo afectivo, lo volitivo, etc. (Villarini, 2008).

salud y las políticas públicas en salud que las cobijan.

Descapacitación ciudadana y crisis en los servicios de salud

Los servicios de salud y educación se organizan en el marco de políticas⁴ de cuidado humano que, implícita o explícitamente, expresan concepciones y valoraciones acerca de la naturaleza del ser humano, la sociedad y la salud. Estas concepciones versan no tanto sobre lo que de facto son estos servicios como de lo que deben ser. Se trata más que nada de ideales que norman el discurso y orientan las prácticas, es decir, las formas de plantear los problemas, tomar decisiones y establecer prioridades en materia de salud. Pero los ideales son presentados, es decir, mercadeados, y asumidos como realidad y con ello se tornan ideológicos, pues se convierten no en aliciente, sino en obstáculos para la transformación en dirección al ideal, pues enmascaran la realidad de las prácticas en salud.

Alfredo Estrada (7) señala con referencia al discurso en salud que,

“el paradigma biologicista ha orientado a las ciencias médicas desde el siglo pasado, la formación de los profesionales, el carácter y objetivo de la investigación, la cantidad y forma en que la sociedad organiza los recursos asignados a salud son a tono con la jerarquía de valores existentes en esa sociedad y las prioridades establecidas por el sistema

⁴ Las políticas son el conjunto de ideas y valores, implícitos o explícitos, que norman, distribuyen el poder, estructuran y dan legitimidad a las prácticas de los individuos, las organizaciones, las empresas y las asociaciones de una comunidad. Estas se dan a varios niveles, desde el que se produce a nivel legislativo (macro) como las decisiones que se toman a nivel micro en las instituciones, centros de trabajo, etc.

de poder vigente. El poder que confiere el conocimiento es una fracción del poder que ordena y conduce la sociedad. Este poder condensado en el saber técnico se expresa en la relación, de carácter jerarquizada y autoritaria, de los profesionales y las instituciones de salud con la población «paciente».”

Como añade Estrada:

“El rol social de los profesionales de la salud y el paradigma biologicista y funcionalista que ha orientado a las ciencias médicas desde el siglo pasado ha determinado nuestra forma de apropiación del conocimiento, ha condicionado la estructura y organización de los servicios de salud, el carácter de la relación médico-paciente y del médico con la población y, en gran medida, ha contribuido a crear la conciencia de salud y enfermedad internalizada por ésta [...] El desarrollo y la complejización de la sociedad ha puesto en evidencia las incapacidades y los límites del marco epistemológico del modelo médico para dar cuenta de los problemas de salud existentes; se generaliza la conciencia de la necesidad del aporte de otras disciplinas, como las ciencias sociales, para comprenderlos en su integridad y aportar a sus soluciones”.

En las políticas imperantes, el sistema de salud está basado en una estrategia de poder de sujeción que coloca en dependencia al ciudadano frente al Estado proveedor. Y al Estado proveedor en dependencia frente a la esfera de los intereses económicos. Esto no siempre fue así. Inicialmente, debido al acceso limitado a los servicios de salud, el bajo estado de desarrollo de la medicina y sus tecnologías, las necesidades de salud se atendían mayormente apelando a saberes tradicionales de los abuelos y abuelas (que hoy comienzan a recuperarse a través de la medicina alternativa) y mediante campañas sanitarias. Estos saberes y campañas educa-

tivas ayudaban a desarrollar en las personas competencia para proteger su salud. La competencia integraba información, conceptos, actitudes y destrezas para velar por la propia salud.

Con el desarrollo del Estado benefactor y las políticas populistas que extienden las coberturas de salud, el ciudadano se convierte en cliente consumidor recipiente de los servicios de salud que éste ofrece. Se descapacita y descalifica al ciudadano como persona capaz de velar por su propia salud.

Este desarrollo es parejo con la creciente mercantilización de la medicina y la hegemonía del modelo médico sobre el salubrista. Brindar servicios de salud es brindar servicios médicos. Si tomamos en cuenta que el modelo médico dominante es el biomédico, y a esto añadimos la relación autoritaria jerárquica sobre los pacientes, todo ello agrava la descalificación de las competencias salubristas del ciudadano y con ello su pérdida de control, es decir, su autonomía en asuntos de salud. Al descalificarse el ciudadano para proteger su salud, disminuyen las capacidades preventivas y con ello aumenta la incidencias de enfermedades y problemas de salud para los cuales se piensa que habrá cura. Aumenta con ello los niveles de riesgo en que se colocan las personas.

El ideal de la conciencia salubrista implica una ruptura con el concepto, las políticas y las prácticas en salud que han vuelto a las personas incompetentes para velar por su salud y las ha convertido en meros clientes o pacientes dependientes del "sistema" de salud, es decir, del control del Estado y la empresa privada. La conciencia en salud, en cuanto competencia humana, está enajenada.

Esto significa que no reconocemos que nuestro estado de salud, bueno o malo, se debe fundamentalmente a nosotros mismos, en cuanto seres corpóreos y personas miembros de un colectivo y un ambiente cultural y natural. No nos reconocemos en el producto de nuestra actividad, es decir, como sujetos productores de salud y enfermedad. No tenemos control sobre nuestra salud, es decir, sobre nosotros mismos. En el mejor de los casos nuestra competencia para la salud se ha reducido a informarnos a través de los medios, a auto medicarnos mediante fármacos o medios alternativos promovidos a través del mercado, o a convertirnos en buenos pacientes de un médico competente.

Este modelo descapacitador hace crisis ante las crecientes demandas de salud de amplios sectores de la población y la imposibilidad del Estado de atenderlas. Esta crisis plantea problemas de legitimidad al Estado en dos frentes; por un lado, frente a la ciudadanía cliente de sus servicios y, por otro, ante los intereses económicos a los cuales también sirve. Hay que reconocer que detrás de los llamados a las reformas del sistema de salud está tanto la presión del pueblo como la del capital, hoy día globalizado.

Como forma de atender esta crisis de legitimidad, originada en estas dos presiones, se procedió a la creciente privatización de los servicios de salud y a tratar de convertir al Estado en un simple regulador. Con ello el Estado no hizo sino crear otra fuente de poder económico. Sobre estas políticas en salud comentan Homedes y Ugalde (8), analizando el caso de México:

"Las reformas de salud neoliberales en América Latina no han tenido el impacto esperado. La historia de descentralización en México, que ya cuenta con veinte años,

confirma que este proceso, promovido por las reformas neoliberales, tiene por objetivo reducir las aportaciones de los gobiernos centrales a los servicios sociales, entre ellos los de salud, para liberar fondos durante las crisis económicas. En México, por ejemplo, las dos etapas de descentralización coincidieron con graves recesiones económicas. También corrobora que la descentralización neoliberal no consiguió los objetivos que anunciaban sus promotores, tales como mejorar la calidad, la eficiencia, la equidad y la participación comunitaria. Por el contrario, en los países latinoamericanos, las reformas han contribuido a aumentar la desigualdad y, posiblemente, a usar los recursos menos eficientemente. El caso de México enseña, además, que la descentralización puede ser sumamente costosa. Por lo tanto, es posible responsabilizar a los promotores de la descentralización neoliberal por el daño económico causado a México y a otros países”.

Se requiere una nueva forma de definir las relaciones Estado-ciudadano en materia de salud (9). Esta nueva forma apunta a un apotestamiento o empoderamiento de la ciudadanía y un modelo más preventivo. Esta situación histórica crea condiciones para una reforma radical de los servicios de salud. Pero la reforma puede orientarse a crear nuevas formas de sujeción que beneficien a ciertos sectores privilegiados, y no a una nueva forma de entender los servicios de salud, que verdaderamente empodere a la ciudadanía para tomar control del cuidado de la salud. Sólo mediante el desarrollo de la competencia o forma de conciencia que llamamos “conciencia salubrista” se sientan las bases para la superación de esa enajenación y se crean las condiciones para tomar control, personal y colectivamente, de nuestra salud.

La conciencia salubrista como competencia humana y la autonomía en salud

Es necesario establecer un modelo salubrista preventivo y proactivo en el que se enmarque el modelo médico. El centro de este modelo salubrista es la formación de ciudadanos de conciencia salubrista. Conciencia, como dice Hostos (10) es la fuerza que nace de la que por separado tiene el entendimiento, la sensibilidad y la voluntad. Conciencia salubrista es el entendimiento, la actitud, las destrezas y la voluntad para cuidar de la salud, la propia y la del otro. La conciencia salubrista está vuelta sobre un ideal de ética de la salud, que se encarna en derechos a la salud, y busca realizarlos a través del comportamiento humano que organiza.

La salud ha sido definida contemporáneamente como un derecho humano. Derecho humano significa que toda persona lo merece por el mero hecho de ser humano, independientemente de toda otra consideración de sexo o preferencia sexual, raza, nacionalidad, clase social, religión, partido, etc. Como todo derecho humano, el derecho a la salud es realmente el poder acceder a las formas de conciencia, instrumentos, mecanismos, instituciones y servicios, en fin, a los medios de los que dispone una sociedad para alcanzar y mantener la salud. Antes que nada la persona necesita saber que tiene ese derecho a esos medios y la voluntad para luchar por apropiárselos y los otros en el reconocimiento de tal derecho deben estar igualmente convencidos y apoyar tal apropiación. Por ello, el primer derecho en salud debe ser el derecho a una educación en salud que fomente el desarrollo de la conciencia ambiental y salubrista para poder cuidar de la propia salud.

La legislación en torno a la salud debe fundarse en el derecho a la salud, entendido como derecho a la conciencia salubrista a la autogestión en salud de la persona, en su plano individual y como miembro de una comunidad. Ante la falta de conciencia moral sobre el derecho a la salud, es decir, sobre el derecho al acceso a los medios de procurarla y mantenerla, se hace inevitable introducir medios coercitivos para asegurarlo propios del Derecho positivo. Pero la legislación para el derecho a la salud debe incluir amplios programas para educar la conciencia salubrista de los actores en lo que deben ser los ideales éticos que orienten y animen las prácticas, relaciones e instituciones de los servicios de salud. Sólo de este modo se puede garantizar verdaderamente el derecho a la salud e iremos sustituyen el ejercicio político jurídico por el educativo-ético.

No se trata de producir un nuevo modelo de salud a capricho, sino de enmarcarnos en las luchas actuales entre modelos que compiten y por los cuales se hace necesario en este momento histórico optar, para desde ellos influenciarlos. En este sentido nuestra propuesta se enmarca en el modelo de promoción de la salud. Reconoce por ende que el ideal de la formación de una conciencia salubrista es expresión de un contexto histórico cultural contemporáneo.

Por ideal ético de la salud entendemos un estado de plenitud física y mental y de armonía con su medio ambiente, cultural y natural, que le permite a la persona autodeterminarse a la luz de un proyecto de vida que ella misma se ha trazado. La conciencia salubrista es, en el fondo, el “amor” por la vida y la capacidad para su cuidado; descansa sobre todo en una ética del cuerpo, como la que sugiere Eugenio María de Hostos⁵. El desarrollo de

la conciencia salubrista se mueve entre estos dos polos: Por un lado, la realidad de la falta de conciencia, la ingenuidad o “imbecilidad” salubrista, que sería el no poder gobernarse a sí mismo en materia de salud, sosteniendo una relación de total dependencia frente al complejo médico estatal-privado. Por otro, el ideal de la plena conciencia salubrista, en cuanto utopía de la salud.

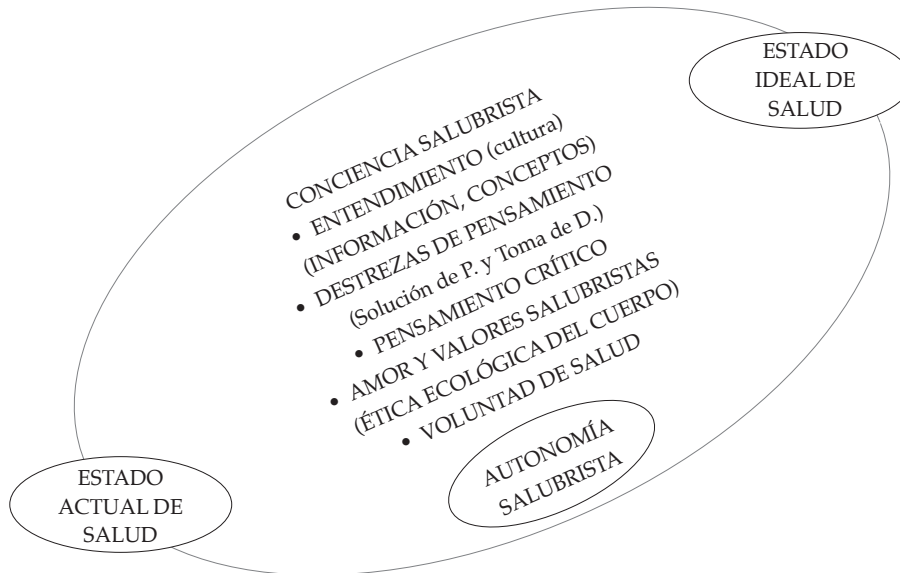
Cerrar la brecha entre lo real y lo ideal, estar en ese movimiento de lucha, es el proceso de la formación de la conciencia salubrista. La formación de esta conciencia como expresión de un trabajo en y con la comunidad tiene

⁵ Dice Eugenio María de Hostos (1839-1903): “Puesto que el individuo humano depende de su cuerpo, el hombre, todo hombre, tendrá deberes para con su cuerpo. El primer deber del hombre para con su cuerpo es el deber de conservación; segundo, es el deber de desarrollo. Estos dos deberes se resumen en lo que de algún tiempo a esta parte se ha empezado, con mucha razón, a llamar necesidad de educar el cuerpo [...] cuanto mejor conozcamos nuestro organismo, tanto mejor nos abstendremos de cuanto pueda alterar su regularidad, o lo que es lo mismo, su salud. El cuerpo no dura más tiempo del que lo cuidemos.

El que vive esclavo de la ridícula vida de las ciudades y en vez de procurar a su organismo la siempre placentera satisfacción sus necesidades, las subordina por irreflexión o por indiferencia, a lo que llama sus “compromisos con el mundo”, y agita la circulación natural de la sangre y la sístole y diástole de su corazón y el calor de su cerebro y la electricidad de su cerebelo y el orden preestablecido por la naturaleza, en el enlace de sus órganos con órganos, de funciones con funciones, de resultados con resultados, no espere conservar su máquina de vida. Al menos, no espere conservarla tal cual salió del taller de la naturaleza.

El cuerpo que no sirve para hacer efectivas las resoluciones vigorosa de una voluntad sana; el cuerpo que no sirve para completar los esfuerzos de una sensibilidad robusta [...] el cuerpo que no sirve para transmitir nítidamente a la razón las impresiones que sus órganos y sus sentidos reciben continuamente de la realidad, es un cuerpo que no sirve para nada, es una de tantas máquinas ociosas para el bien, para lo bello, para lo verdadero. Como viven y engordan y enflaquecen y aparecen y desaparecen en el mundo.

De aquí el deber de desarrollarlo reflexivamente de modo que aumente, si las tiene, o adquiera, si no las tiene, las fuerzas que necesita para secundar al invisible luchador que él lleva en sí.” Hostos, Eugenio María de (1996) *Tratado de moral*. Edición crítica. Universidad de Puerto Rico: San Juan, Puerto Rico.



lugar por medio de la concienciación de las que nos habla Pablo Freire (11, 12, 13). El trabajo parte de la realidad cultural, los valores y el sentido de identidad de las personas en sus comunidades para promover la formación de su conciencia. Esto implica la organización de la comunidad para, por un lado, exigirle al Estado equidad en la prestación de servicios, y, por otro, tomar control de su salud colectiva e individualmente a nivel comunitario y familiar. Insertarnos en este proceso el deber de todos aquellos que nos sentimos comprometidos con la plena emancipación humana en materia de salud.

Buscamos fomentar un proceso de concienciación y empoderamiento personal y comunitario en el área de la salud. Esto significa que las personas, en su plano personal y colectivo, sean competentes para cuidar de su salud, es decir, capaces de entender, apreciar, desear y velar por ésta. A esta competencia la llamamos *conciencia salubrista*, e implica que no sólo los profesionales, sino todo ser humano debe ser competente en la administración de la salud, es decir, poseer

autonomía en salud, estar en control de su salud a la luz de valores, metas y un proyecto que él o ella elabora. Los trabajos de Christopher Ziguras (14) y Laverak y Labonte (15) apuntan en esta misma dirección.

La persona de conciencia salubrista tiene voluntad de salud, se pregunta y responde y actúa conforme a la pregunta "¿Qué quieres hacer con tu salud"? Pregunta que en el fondo responde a esta otra: "¿En el uso de tu autonomía humana, qué quieres hacer con tu vida?". En general, la conciencia salubrista es conciencia de:

- Un ideal de salud; lo que la salud debe ser y por lo que se debe luchar.
- De las condiciones o factores orgánicos, sociales y ambientales que afectan positiva o negativamente la salud.
- El derecho a la salud, el sistema y las instituciones del Estado que vienen obligadas a garantizarlo.

- Nuestra propia capacidad para cuidar de la salud (autoconciencia) personal y comunitariamente, es decir, para la solución de problemas y toma de decisiones en materia de salud.

Si aceptamos el concepto de competencia como forma de conciencia y el de la conciencia como fuerza que puede orientar y determinar el comportamiento, porque un entendimiento, sensibilidad y voluntad, entonces el modelo podría representar un sistema biopsicosociológico complejo dinámico que interactúa con el medio natural y cultural. Este sistema psicológico tiene como elementos principales e interactuantes:

- Un subsistema de representaciones (esquemas psicomotores, imágenes, ideas, conceptos, etc.) relacionados con la salud que explican la forma en que la persona comprende y maneja ésta. Es lo que podríamos llamar la *cultura salubrista* o sobre la salud, que tiene la persona de conciencia salubrista.
- Un sistema de operaciones mentales que, mediante el uso de las representaciones, permite recopilar e interpretar información para construir conocimiento que nos posibilita plantear problemas y tomar decisiones sobre la salud. Es lo que podríamos llamar la *inteligencia salubrista* o razonamiento o pensamiento práctico salubrista, que tiene la persona de conciencia salubrista.
- Un subsistema afectivo y valorativo (emociones, sentimientos, ideales) que nos sensibiliza a la salud; de modo que ésta nos duele y la valoramos; determinando así cuánto nos importa. Es lo que podríamos llamar la *sensibilidad salubris-*

ta o sensibilidad para la salud, que tiene la persona de conciencia salubrista.

- Un subsistema volitivo que nos permite desear, querer, estimar, resolver y finalmente movernos a actuar; es decir, comprometernos, elaborar y luchar a favor de un ideal de salud y un proyecto que lo encarna. Es lo que podríamos llamar la *voluntad salubrista* o voluntad para la salud, que tiene la persona de conciencia salubrista.

La elaboración concreta del modelo de conciencia salubrista a partir de este concepto general de la misma, requiere analizar y ponernos de acuerdo en torno a un concepto e indicadores de cada uno de estos elementos. En esa dirección se encaminan nuestros esfuerzos futuros.

Conflicto de intereses

Ninguno

REFERENCIAS

1. Villarini Jusino AR. El desarrollo humano como fenómeno complejo. Una perspectiva crítica y emancipadora. *Crecemos. Revista Hispanoamericana de Educación y Pensamiento* 2008; 10 (1): 9-10.
2. Foucault M. *El nacimiento de la clínica*. México: Siglo XXI; 1996.
3. Meyeroff M. *On Caring*. New York: Harper; 1980.
4. Villarini Jusino ÁR. Teorías que necesitamos los investigadores y practicantes de la educación: una reflexión crítica. *Contribución al debate. Cultura y educación. Revista de teoría, investigación y práctica. Fundación Infancia y Aprendizaje* 2007; 19 (3): 249-255.
5. Vigotsky L.S. *Mind in society: The development of higher psychological processes*. Cambridge: Harvard University Press; 1978.

6. Villarini Jusino AR. El currículo orientado al desarrollo humano integral. San Juan, P.R.: Biblioteca del Pensamiento Crítico; 1997.
7. Alfredo Estrada L. Salud mental y derechos humanos. Disponible en: www.derechos.org/nizkor/chile/libros/poderII/cap1.html
8. Homedes N, Ugalde A. Las reformas de salud neoliberales en América Latina: una visión crítica a través de dos estudios de caso. *Rev Panam Salud Pública* 2005; 17(3): 210-220
9. Álvarez Castaño LS. El derecho a la salud en Colombia: una propuesta para su fundamentación moral. *Rev Panam Salud Pública* 2005; 18(2):129-135.
10. Hostos EM. Tratado de moral. Edición crítica. San Juan, Puerto Rico: Universidad de Puerto Rico; 1996.
11. Freire P. Acción cultural para la libertad. Buenos Aires: Tierra Nueva; 1975.
12. Freire P. Pedagogía de la autonomía. Saberes necesarios para la práctica educativa. México: Siglo XXI; 1997.
13. Freire P. Pedagogía del oprimido. Buenos Aires: Siglo XXI; 2002.
14. Ziguras C. Self-care embodiment, personal autonomy and the shaping of health consciousness. New York: Routledge; 2003.
15. Laverak K, Labonte R. A planning framework for community empowerment goals within health promotion. *Health Policy and Planning* 2000; 15(3) 255-262