

Posicionando a las personas por medio del lenguaje de los riesgos: reflexiones acerca del desarrollo de “habilidades personales” como estrategia de promoción de la salud

Mary Jane Paris Spink¹

Resumen

Este ensayo tiene por objetivo analizar la relación entre el lenguaje de los riesgos y las habilidades personales, en el contexto de la promoción de la salud. Para ello incursiona en la literatura biomédica en dos direcciones complementarias: sitúa los marcos teóricos que utilizan el lenguaje de los riesgos para entender las posiciones de persona que son de ese modo discursivamente engendradas; y busca la presencia de esos discursos en trabajos registrados en la base de datos Medline. Comienza situando las habilidades personales en el contexto de las posiciones contemporáneas sobre lo que es la promoción de la salud. Luego, buscando un marco para el análisis del uso del lenguaje de los riesgos en la salud pública, discute acerca de la manera como las personas son posicionadas en la biomedicina, mediante el lenguaje de los riesgos, donde de manera general se considera que están *en riesgo* o *corriendo riesgos*. Esas posiciones de persona se derivan de la propia definición de los riesgos y, sobre todo, de los postulados sobre el grado de control personal de la exposición a los riesgos. Los usos de estas posiciones son ilustrados por medio de datos obtenidos en la investigación realizada en la base Medline de artículos con la palabra *risk** en el título AND *health education* como tema, entre 1966 (que fue el inicio de Medline) y 1998. Para concluir, abordamos una preocupación que nos acompaña desde que iniciamos las investigaciones sobre el lenguaje de los riesgos al preguntarnos: tomando la promoción de la salud a partir de las habilidades ¿habría algún espacio para la aventura, o correr riesgos continúa siendo una posición impregnada de valores negativos?

Palabras clave: lenguaje de los riesgos, prácticas discursivas, habilidades personales, promoción de la salud, posiciones de personas

1 Pontificia Universidad Católica de São Paulo, Programa de Postgrado en Psicología Social.

Abstract

POSITIONING PERSONS BY MEANS OF RISKS LANGUAGE: REFLECTIONS ABOUT THE “PERSONAL SKILLS” DEVELOPMENT AS HEALTH PROMOTION STRATEGY

The purpose of this essay is to analyze the relationship between the risk language and the personal skills in the context of health promotion. To accomplish this the present paper inroads in biomedical literature in two complementary directions: it locates the theoretical frameworks that use the risks language to understand the person positions which are, in that way, discursively generated; and it looks for the presence of those discourses in works that are registered in Medline database. It begins situating the personal skills in the context of the contemporary positions on health promotion; then, looking for a framework for the analysis of the language use of risks in public health, it discusses about the way the people are positioned in biomedicine, by means of the risks language, where, in general, it is considered that they are in risk or running risks. Those person positions are derived from the own definition of the risks and, mainly, from the postulates on the degree of personal control over the exposition to risks. The uses of these positions are illustrated by means of data collected in the investigation made in articles included in Medline database with the word risk in AND health education title as subject, between 1966 (the beginning of Medline) and 1998. Finally, we approached our preoccupation since we initiated the investigations on the risks language when we asked ourselves: taking the health promotion since the skills, would be some space for the adventure, or to run risks continues being an impregnated position of negative values?*

Key words: risks language, discursive practices; personal skills, health promotion, person positions

1. Introducción

Hablar sobre riesgos y alertar sobre los efectos de la gubernamentalidad del lenguaje de los riesgos parece estar *démodé*, en el marco actual de la “promoción de la salud.” Tal vez pertenecería a otra era, una dirigida preferiblemente a la prevención de las enfermedades, de cuño más bien biomédico y con un enfoque más individualista. Felizmente tal afirmación es correcta. Pero no creemos que la resignificación socioconceptual, que va de la Carta de Ottawa

a las posiciones nacionales e internacionales actuales de ampliación y complejización del marco de la salud como responsabilidad colectiva (de personas, grupos, gobiernos y comunidades de naciones), constituya un abandono de los esfuerzos de concientización sobre riesgos asociados a los estilos de vida. Tal como afirma Dina Czeresnia, la diferencia entre prevención y promoción es concomitantemente radical y pequeña. Radical en la forma de articular y utilizar conocimientos, pero, pequeña porque las prácticas de promoción, al igual que las de prevención, hacen uso del conocimiento científico. Los proyectos de promoción de la salud se valen igualmente de los conceptos clásicos que orientan la producción del conocimiento específico en salud —enfermedad, transmisión y riesgo— cuya racionalidad es la misma del discurso preventivo. Esto puede generar confusión e indiferenciación entre las prácticas, en especial porque la radicalidad de la diferencia entre prevención y promoción raramente es afirmada y/o ejercida de modo explícito (Czeresnia 2003:47).

Consideramos que el lenguaje de los riesgos está lo suficientemente cristalizado como para funcionar como puente entre conocimientos científicos (en este caso, sobre los determinantes de daños a la salud) y la producción de sentidos en nuestra vida cotidiana, sobre esos mismos daños. Y como el discurso de la promoción necesita incorporar las “habilidades personales”, sobre todo, en lo que concierne a ese cotidiano de la vida que pasó a ser denominado “estilo de vida”, nada más fácil que utilizar un puente ya existente.

Este ensayo incursiona en la literatura biomédica en dos direcciones complementarias: sitúa los marcos teóricos que utilizan el lenguaje de los riesgos para entender las posiciones de persona que son de ese modo discursivamente engendradas; y busca la presencia de esos discursos en trabajos registrados en la base de datos Medline.²

Comenzaremos situando las habilidades personales en el contexto de las posiciones contemporáneas sobre la promoción de la salud. Luego, analizaremos los usos que se les da al lenguaje de los riesgos

2 Investigación realizada en 1999 apoyada por CNPQ, y con el proyecto *La construcción social del riesgo en el escenario del SIDA*.

en la salud pública, y las posiciones de persona asociadas a esos usos. Ilustraremos usos y posiciones por medio de datos derivados de la investigación realizada en la base de Medline. Concluiremos abordando una preocupación que nos acompaña desde 1998, cuando iniciamos las investigaciones sobre el lenguaje de los riesgos: tomando la promoción a partir de las habilidades, ¿habría algún espacio para la aventura, o correr riesgos continúa siendo una posición impregnada de valores negativos?

Obviamente, en este ensayo hablamos desde nuestra condición de psicólogas sociales y como militantes de la salud colectiva; procuramos desarrollar una vertiente crítica de investigaciones y teorizaciones, las cuales dialogamos con abordajes construccionistas (Ibáñez, 2001); sin renunciar al encanto que nos han producido las reflexiones de Foucault sobre la gubernamentalidad (Foucault, 1986); y teniendo en las prácticas discursivas cotidianas nuestro foco de investigación. Y agregaríamos además, que miramos el mundo a partir de lentes muy específicos: el término, la noción, el concepto, repertorio y lenguaje de los riesgos.

2. Sobre habilidades personales como estrategia de promoción de la salud

El término “promoción de la salud”, según Paulo Buss (2003), fue usado en un comienzo para caracterizar uno de los niveles de atención de la medicina preventiva, de acuerdo con el modelo introducido por Winslow en 1920 y perfeccionado luego por Sigerist en 1946, con la introducción de las cuatro tareas esenciales de la medicina: promoción de la salud, prevención de las enfermedades, recuperación de los enfermos y rehabilitación, convirtiéndose en un clásico con el aporte de Leavell y Clark en 1965. Es de ellos el conocido modelo de la historia natural de la enfermedad y sus tres niveles de prevención (primario, secundario y terciario). Sin embargo, el concepto adquiere nuevas connotaciones a partir de la década de los setenta, en respuesta al impacto de las enfermedades crónicas no transmisibles y el desmontaje (o reconocimiento de falta de resolutivez) de los modelos de atención de salud adoptados por los países industrializados. Sea cual fuese la

red de factores que llevaron a esa resignificación, pasó a existir un consenso al considerar a la salud como producto de un amplio espectro de factores que incluyen estilos (personales y comunitarios) de vida, factores ambientales y organización de servicios de salud.

La historia del “movimiento de promoción de la salud” ha sido objeto de muchas reflexiones (por ejemplo, Brasil, 2001; Palma, Estevão y Bagrichevsky, 2003; Buss, 2003). Su versión contemporánea está fuertemente marcada por una serie de eventos, comenzando por el Informe Lalonde, elaborado en 1974 por el Ministro de la Salud de Canadá. Pocos años después, en Alma Ata, en 1978, fue realizada la Primera Conferencia Internacional sobre atención primaria de salud, seguido de otros eventos, didácticamente descritos por Buss (2003), que resultaron en la Primera Conferencia Internacional de Promoción de la Salud realizada en Ottawa, Canadá, en 1986.³

Ese primer conclave tuvo como producto la “Carta de Ottawa” que, según Buss (2003:25), se transformó “en un término de referencia básico y fundamental para el desarrollo de las ideas de promoción de la salud en todo el mundo.” Tal documento propone cinco campos centrales de acción: 1) la elaboración e implantación de “políticas públicas saludables”; 2) la creación de ambientes favorables a la salud; 3) el refuerzo de la acción comunitaria; 4) el desarrollo de habilidades personales; y 5) la reorientación del sistema de salud.

Para relacionar el lenguaje de los riesgos y las posiciones de personas, en el ámbito de la promoción de la salud, es el cuarto campo de acción el que nos concierne por ser el que rescata el valor de la educación para la salud. En el desarrollo de habilidades y actitudes personales favorables a la salud, “(...) es imprescindible la divulgación de informaciones sobre la educación para la salud, lo que debe ocurrir en el hogar, en las escuelas, en el trabajo y en cualquier espacio colectivo. Diversas organizaciones deben responsabilizarse por tales acciones” (Buss, 2003:27).

3 La V Conferencia fue realizada en México en el año 2000.

Esa educación rizomática tiene como uno de sus fundamentos la noción de estilo de vida. Hacemos de la vida lo que queremos (o podemos) y nuestras decisiones sobre la adopción de estilos de vida saludables tienen como base informaciones ampliamente difundidas en los medios de comunicación. Dicho sea de paso, que la profusión y la polisemia de esas informaciones, que acumulan evidencias de investigaciones presentes y pasadas validadas hoy y desacreditadas mañana, aumentan el grado de reflexividad necesaria para gerenciar nuestro “estilo de vida”. Digo reflexividad pues esa educación rizomática tiene se fundamenta en la creencia iluminista de la prevalencia de la racionalidad en la toma de decisiones personales. Como afirman Alan Petersen e Deborah Lupton (1996:15), “La teoría del estilo de vida posiciona a cada sujeto individual como un actor racional y capaz de efectuar cálculos, que adopta una actitud prudente en relación al riesgo y el peligro.”

Pero el discurso de las habilidades no se alimenta sólo de racionalidad. Es atravesado también por la cuestión de la responsabilidad cívica. O sea, no se trata apenas de la conducción de nuestras vidas buscando la plenitud de la salud y el bienestar; somos igualmente responsables por los otros en dos sentidos complementarios. Primeramente los otros, que son afectados directamente por nuestros estilos de vida —víctimas pasivas de nuestro uso de tabaco, de los accidentes que causamos por conducir alcoholizados—, o aquellos que precisan asumir la posición de cuidadores cuando somos nosotros las víctimas de nuestros malos hábitos. En contraposición, nuestra responsabilidad cívica habla de “otros genéricos”, nuestros conciudadanos, porque nuestro estilo de vida puede ser oneroso para el sistema de salud y la seguridad social. Se trata entonces de una postura moralizante de doble cara: responsabilidad personal y cívica.

Son los nuevos modos de pensar la promoción de salud (PS), en el marco de la ciudadanía lo que trae consigo consecuencias. Como afirman Luis David Castiel y Paulo Roberto Vasconcellos-Silva (2006:74) es:

Importante destacar que la PS adopta una gama de estrategias políticas que abarcan desde posturas conservadoras hasta perspectivas críticas llamadas radicales o libertarias. Bajo la

óptica más conservadora, la PS sería un medio para orientar a los individuos a asumir la responsabilidad por su salud y, al hacerlo, reducir el peso financiero de la asistencia de salud. En otra vía reformista, la PS actuaría como estrategia para generar cambios en las relaciones entre los ciudadanos y el Estado, a través del énfasis en políticas públicas y la acción intersectorial. O aún, puede constituirse en una perspectiva libertaria que busca cambios sociales más profundos (como son las propuestas de educación popular).

3. Usos del lenguaje de los riesgos en la salud pública

Como punto de partida para pensar las posiciones de personas, que se derivan del imperativo de los estilos de vida saludables, situaremos al uso del “lenguaje de los riesgos” (Hayes, 1992; Spink e Menegon, 2004) en la salud pública y sus implicaciones para las estrategias para disciplinar la vida cotidiana. Focalizamos el riesgo, conforme fue explicado en publicaciones anteriores (Spink, 2001a y 2001b), por ser este un concepto central de la modernidad, sea en la perspectiva de la colonización del futuro (Giddens, 1992), o como fundamento de las estrategias de gobierno de poblaciones. El primer aspecto —la posibilidad de prever y controlar eventos futuros— es consecuencia de lentas modificaciones de la visión de mundo en Occidente, que lleva de la visión teocrática a la retórica de la verdad, pautada por el método científico. En cuanto a las estrategias de gubernamentalidad, estas se estructuran con base en la necesidad de gobernar poblaciones, en virtud de los cambios políticos que se sucedieron entre el orden social del feudalismo a los estados modernos.

Emergiendo en las diferentes lenguas indoeuropeas entre el siglo XIV y XVII, el riesgo pasó a ser un término asociado a la posibilidad de beneficios o pérdidas, de algo que tiene valor para individuos, grupos o formaciones sociales, paulatinamente elaborado en el contexto de la teoría de la probabilidad. Extrapoló el plano teórico luego de su aplicación al estudio de las poblaciones, tornándose en ese proceso un poderoso instrumento de planificación y definición de políticas públicas. Se insertó

en el área médica basándose en las estadísticas poblacionales, siendo formalizado en el ámbito de la Epidemiología (Ayres, 1997), a partir del inicio del siglo XX.

Esa larga trayectoria, que tuvo su comienzo en las aplicaciones iniciales en la Economía, en los seguros (en un primer momento los marítimos y luego en los seguros de vida, de salud y diferentes bienes y servicios) y a los censos poblacionales, lleva a progresivas formalizaciones que generaron en la segunda mitad del siglo XX, el sofisticado campo del Análisis de Riesgos, el cual se fundó en la tríada de la estimación de riesgos (*risk assessment*), la percepción de riesgos y la gestión de riesgos (*risk management*). Poco a poco ese abordaje pasó a ser adoptado en campos de saber y hacer muy diversos, incluyendo allí a la educación para la salud.

La visibilidad que le es dada a la palabra “riesgo” en los bancos de datos del área biomédica, ha sido utilizada en este trabajo para ilustrar la importancia creciente del abordaje de los riesgos en este dominio del saber. Michael Hayes (1992), por ejemplo, investigó la frecuencia con que la palabra riesgo apareció en la base de datos Medline, durante el período de enero de 1985 a diciembre de 1991, para encontrar 100.898 referencias. Durante el mismo período, la palabra “neoplasia” generó 309.008 referencias; enfermedad cardíaca, 103.358 referencias; y desórdenes cerebro-vasculares, 29.870; constituyendo así, una medida de la centralidad que el concepto adquirió en la área biomédica.

Algunos años más tarde John-Arne Skolbekken (1995) publicó una versión más sistemática del número de artículos que contenían la palabra riesgo en el título o en el resumen, citados en Medline, durante el período de 1967 a 1991. Ese levantamiento le permitió referirse al fenómeno como una “epidemia de riesgo en las revistas médicas.” Los artículos sobre riesgo registrados en 1967 representaron el 1%, y ser el 5% del total en 1991. Sin embargo, es interesante notar que más recientemente hubo un aumento progresivo de artículos sobre riesgo, en los cuales el 50% de las referencias localizadas por este autor correspondían a los últimos cinco años.

Sin embargo, no se trata de un campo homogéneo. Hayes (1992) considera que en el área biomédica existen tres abordajes distintos que tienen al riesgo como foco de interés: *Health Risk Appraisal*; *Risk Approach* y *Risk Analysis*. El *Health Risk Appraisal* (HRA)⁴, que está asociado al trabajo de Robbins y Hall (1970), es un método de evaluación prospectiva de pacientes que busca evitar la mortalidad prematura. De este modo, se trata de una herramienta de apoyo para la medicina preventiva, asociado a la epidemiología clínica.⁵ En la investigación realizada, las informaciones referentes al estilo de vida, las características personales, la historia médica personal y familiar, entre otras, son comparadas con datos epidemiológicos y estadísticas vitales de modo que se hagan proyecciones sobre el riesgo futuro de morbilidad y muerte. La intervención se dirige así, a la modificación de los “comportamientos de riesgo”, constituyendo uno de los modelos de intervención de la educación para la salud y la promoción de la salud.

El *Risk Approach* (RA) fue desarrollado por la Organización Mundial de la Salud (WHO, 1978), en el contexto de su programa de salud materno-infantil. Tuvo como principal objetivo maximizar la utilización de recursos públicos para la prestación de servicios de salud (*health delivery*), identificando las personas en mayor riesgo, de modo que pudiera dárseles atención especial.⁶ En ese abordaje los factores de riesgo son concebidos de forma más amplia, incluyendo el contexto socioecológico, además de los factores individuales.

El tercer abordaje, el *Risk Analysis/Assessment/Management* (RA/M) — surgido del análisis de riesgos técnicos— es de alcance más general y tiene que ver con la evaluación del riesgo/beneficio de tecnologías y productos. Los riesgos considerados son generalmente externos a los individuos, aunque la forma como éstos los perciben y a los cuales responden, sea parte intrínseca del abordaje. Los estudios

4 También llamado *health risk assessment*, *health hazard appraisal and assessment* (HHA), *personal health risk assessment* o *health assessment*.

5 En los años setenta, Robbins y Hall crearon La Asociación de Medicina Prospectiva (Society for Prospective Medicine).

6 El objetivo era: “efficient resource deployment through selective delivery of health care” (Hayes, 1991:55).

que se derivan de allí tienden a focalizar los tres componentes, sea de forma aislada o en su conjunto: evaluación, percepción y gerenciamiento de los riesgos.

A su vez, los tres abordajes provienen de “herencias híbridas” (Hayes, 1991:402), tomando en cuenta que el análisis de los riesgos se caracteriza por la interdisciplinaridad o en lo mínimo, por la ausencia de fronteras disciplinares rígidas. Una de las consecuencias de ese hibridismo es la falta de coherencia conceptual que se expresa en la diversidad de definiciones de lo que es el riesgo, en la multiplicidad de técnicas de evaluación de los riesgos y en la variedad de términos que son usados para hablar de riesgos, como por ejemplo: factores de riesgo, indicadores de riesgo, perfiles de riesgo, refiriéndose a la evaluación. *Estar en riesgo* (o poblaciones de riesgo) y *correr riesgos* (*risk taking* o comportamiento de riesgo), para referirse a las personas. *Risk assessment* (*health risk assessment*), *risk evaluation*, *risk analysis*, *risk approach*, *risk appraisal* (*health risk appraisal*), *risk management* y *risk notification*, para posicionarse frente a los tres abordajes descritos arriba. Y por último, *risk reduction* (*health risk reduction*, *risk reduction intervention*); *risk factor reduction* (*risk factor intervention*, *risk factor change*), *risk based prevention* (*risk modification program*, *risk reducing measures*) y *risk information* (*risk communication*, *risk message*), para referirse a las diferentes modalidades de intervención.

Existen análisis recientes como los de Deborah Lupton (Lupton, 1993, Petersen y Lupton, 1996), que buscan entender la funcionalidad del lenguaje de los riesgos en la salud pública, en la perspectiva de los procesos de disciplinarización. Emergen de esos análisis críticas contundentes en cuanto a la tendencia individualista de los análisis de riesgo, que no toman en cuenta los contextos socioculturales de la percepción o de los comportamientos de riesgo, y que acaban por exacerbar las funciones moralizantes del lenguaje del riesgo, como ya hacía mucho tiempo señalaba Mary Douglas (1992). De esta forma, correr riesgos pasa a ser responsabilidad de cada individuo y frente a la negatividad de los riesgos, en la perspectiva de las ciencias biomédicas, cabe a cada uno de nosotros, con el apoyo de las estrategias de educación para la salud, controlar los riesgos, sea por cambios en los estilos de vida o por la aceptación de la “dáviva de la información”

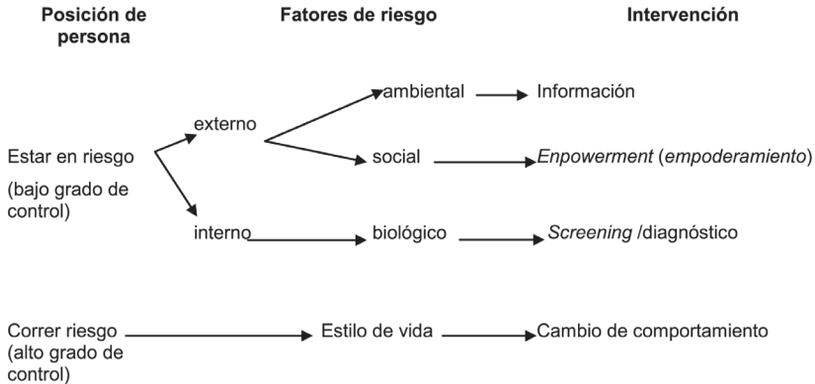
—*gift of knowledge*, según Kenen, (1996)— que es propiciada por las modernas técnicas diagnósticas y por la adhesión a los sistemas de monitoreo (*screenings*).

4. Posicionando a la persona por medio del lenguaje de los riesgos

Buscando un marco para el análisis del uso del lenguaje de los riesgos en la salud pública, tomamos como punto de partida la forma como se posiciona a la persona en la biomedicina, mediante el lenguaje de los riesgos (Spink y Menegon, 2004), pudiendo ser vistas, de forma general, como estando *en riesgo* (*at risk*) o *corriendo riesgos* (*risk taking, risk behavior*). Esas posiciones de persona, como sugieren Deborah Lupton (1993) y Regina Kenen (1996), se derivan de la propia definición de los riesgos y, sobre todo, de los postulados sobre el grado de control personal de la exposición a los riesgos.

Hay riesgos sobre los cuales las personas tienen menor grado de control, sean ellos externos (como aquellos provenientes de productos tóxicos, de la degradación ambiental o de los procesos de exclusión social) o internos (como los riesgos derivados de la constitución orgánica o genética de cada uno de nosotros). Se deriva de ellos el posicionamiento de *estar en riesgo*. Pero existen riesgos que están asociados al estilo de vida y que son, por tanto, susceptibles de control, de acuerdo al grado de información y motivación personal que se tenga para cambiar el comportamiento. Es en ese escenario que surge el discurso sobre *correr riesgos*. El Esquema 1 ilustra la relación que se da entre esas posiciones de persona, el lenguaje de los riesgos y las formas de intervención asociadas a ellas.

Esquema 1 Riesgo y posiciones de persona



Ser posicionado como alguien que está *en riesgo* (o corriendo riesgos) se deriva de procesos de evaluación (HRA, HA, HA/M) que frecuentemente constituyen el primer paso del proceso de intervención. Los *riesgos externos*, que se originan del ambiente —“riesgos manufacturados”, en la terminología de Giddens, (1998)— o de vulnerabilidad social, escapan de manera general, del control personal, como bien ilustra la investigación de García (2004). Es así como las intervenciones de salud pública según la perspectiva de la educación, tienden a apoyarse en las estrategias de: 1) análisis de la percepción de riesgos de determinados grupos (o por el público en general) y cambios de percepción por medio de la información, como en el caso de los riesgos ambientales; 2) cambios organizacionales para posibilitar un mayor acceso a los servicios, como en la propuesta del *Risk Approach* para el área materno-infantil, o 3) en estrategias de empoderamiento (*empowerment*), como en el caso del activismo ambiental o de grupos minoritarios. Los *riesgos internos*, ya sean genéticos o derivados de procesos mórbidos, también permiten un cierto grado de control por parte de las personas *en riesgo*, sobre todo por la posibilidad de diagnóstico precoz y monitoreo de los indicadores de riesgo.

Ser posicionado como alguien que *corre riesgo* también es producto de procesos de evaluación. Sin embargo, los factores de riesgo que

llevan a ese posicionamiento están asociados al estilo de vida: por ejemplo, alimentación, ejercicios, estrés. Las intervenciones en salud pública tienden a quedar restringidas a las estrategias de educación, que buscan, principalmente, el cambio de los estilos de vida. Esas intervenciones están sustentadas en modelos teóricos sobre cambios de comportamiento, entre los cuales son particularmente bien conocidos en la psicología: el *Health Belief Model* (Rosenstock, 1966), el *Stages of Change* (Prochaska y Di Cienente, 1986), el *Social Learning Theory* (Bandura, 1977) y la *Theory of Reasoned Action* (Ajzen y Fishbein, 1980).

5. El lenguaje de los riesgos en las bases de datos bibliográficas: una incursión en Medline

En 1999, como parte de un proyecto apoyado por el Consejo Nacional de Investigaciones (CNPq) de Brasil, retomamos la línea de investigación sobre riesgo en bancos de datos, iniciada por Hayes (1992) y Skolbekken (1995), con el objetivo de entender el uso del “lenguaje de los riesgos” en la salud pública.⁷ Medline⁸ es una de las fuentes de información de un proyecto más amplio —el *PubMed*— desarrollado por el National Center for Biotechnology Information, situado en la National Library of Medicine, ubicada a su vez en el National Institute

7 Participaron en este proyecto Carolina S. T. de Rocha Azevedo, becaria de Iniciación Científica; Fátima M. De Campos, Peter Fernandes, Drausio V. Jr. de Camanardo y Helena M. M. Raspe, docentes del Programa de Postgrado en Psicología Social, PUC-SP; Maria Auxiliadora Ribeiro y Ruth Santana, doctorandas del mismo programa.

8 Esta base de datos incluye las publicaciones del área médica y afines: Medicina, Enfermería, Odontología, Veterinaria de la medicina, sistemas de la atención en salud y “ciencias preclínicas.” El sistema de información cubre cerca de 3.900 publicaciones periódicas biomédicas de EE UU y otros 70 países. De acuerdo a la información obtenida en el sitio web de la Biblioteca Nacional de la Medicina (National Library of Medicine), en marzo de 1999 el banco de datos contenía en ese momento, aproximadamente nueve millones de registros datados desde 1966. La mayoría de estos registros provenían de fuentes en lengua inglesa o tenían resúmenes escritos en inglés. Por ejemplo, de los 305 artículos que integraban la muestra que se utilizó para el análisis en esta investigación, el 84% estaba en lengua inglesa; de 47 artículos en otros idiomas, 20 estaban en alemán, 5 en italiano, 4 en español, 3 en francés, sueco y japonés, respectivamente. Existía solamente un artículo en portugués.

of Health en Washington, EE UU. El *PubMed*⁹ fue desarrollado en conjunto con los editores de revistas biomédicas, como herramienta de búsqueda para acceder a citas bibliográficas y, en ciertos casos, trabajos completos localizados en los sitios web de las editoras participantes del proyecto.

Para realizar este levantamiento de información se realizaron cuatro búsquedas diferentes: total de artículos por año, total de artículos que tenían como tema *risk*^{*10}, total de artículos con la palabra *risk** en el título y *health education* como tema. Considerando que en la definición adoptada en Medline, la educación está fuertemente asociada a la instrucción formal, la opción escogida fue utilizar el término compuesto de *educación en salud*, definida en esta base de datos como: "educación que promueve la conciencia (*awareness*) e influencia favorablemente la actitud y conocimiento relacionados con la mejora de la salud, ya sea personal o comunitaria". La búsqueda asumió así el siguiente formato: *risk** en el título AND *health education* como tema, para el período entre 1966 (que fue el inicio de Medline) y 1998.¹¹

Con base en el levantamiento detallado arriba fue calculada una muestra ($\alpha = 0,05$) de 305 referencias con la palabra *risk** en el título, y *health education* como tema.¹² El tratamiento de los datos se realizó en dos fases: 1) el análisis cuantitativo del levantamiento, con el objetivo de verificar la evolución de la temática del riesgo en el conjunto de las publicaciones citadas en el banco de datos; 2) el análisis de los títulos y resúmenes de los 305 artículos sobre riesgo y educación en salud que integraban la muestra, buscando entender la relación entre las posiciones de personas, los factores de riesgo y las formas de intervención para la reducción o prevención de los riesgos en el campo de la educación en salud.

9 El PubMed incluye el Medline, el Premedline (que proporciona datos recientes, antes de ser incluidos en Medline) y el Old Medline (artículos anteriores a 1966).

10 El asterisco indica la inclusión de cualquier palabra que tenga "risk" en la raíz: términos compuestos, sufijos, prefijos y el propio término en plural.

11 Búsqueda realizada en marzo de 1999 en <http://igm.nlm.nih.gov/>.

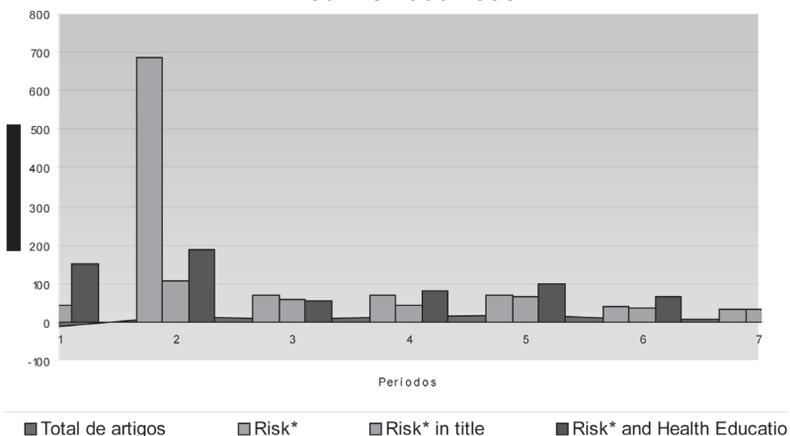
12 El cálculo estadístico de la muestra fue realizado por Yara Castro, de la Facultad de Ciencias Sociales y la Facultad de Psicología de la Pontificia Universidad Católica de Sao Paulo.

Es ese segundo análisis el que nos interesa en este ensayo, pero primero vamos a introducir algunas consideraciones generales:

1. Los bancos de datos son sistemas dinámicos y debido a ello las tasas de crecimiento reflejan, por lo menos en parte, las vicisitudes de los procesos de inserción de los datos en el sistema. Sin embargo, de manera general es posible afirmar que los artículos que focalizan los riesgos en el área de la salud crecieron más que el total de artículos indexados (Gráfico 1). Esto se aplica sobretodo para el final de la década del setenta, período en que los abordajes del riesgo fueron introducidos en el área. Hay un segundo pico de crecimiento al final de la década de ochenta, en especial en los artículos que asocian el riesgo a la educación en salud, reflejando probablemente el renovado interés por los comportamientos de riesgo asociados a la infección por HIV.

2. También se verificó un crecimiento en la proporción de artículos sobre el riesgo, en el contexto de la educación en salud, de 0,17% (1966 a 1970), de 0,37% (1971 – 1974), 0,72% (1975 – 1978), 1,04% (1979 – 1982); 1,51% (1983 – 1986); 2,36% (1987 – 1990); 3,65 (1991 – 1994) y 3,79 (1995-1998).

Gráfico 1
Tasa de crecimiento de los artículos sobre riesgo,
Medline 1966-1998



Periodos:

1. 1966-1970
2. 1971-1974
3. 1975-1978
4. 1979-1982
5. 1983-1986
6. 1987-1990
7. 1991-1994
8. 1995-1998

Con el fin de entender la relación entre posiciones de personas, factores de riesgo y formas de intervención para la reducción o prevención de los riesgos, en el campo de la educación en salud, focalizamos el tipo de riesgo a que se refería el artículo. La Tabla 1 permite visualizar la diversidad y la frecuencia de las diversas áreas.

Tabla 1
Tipo de riesgo por período

Tipo de riesgo	66 70	71 74	75 78	79 82	83 86	87 90	91 94	95 98	Total	%
Riesgos externos					2	1	14	6	23	7,5
Riesgos ambientales					1		3	1	5	
Riesgos sociales					1	1	11	5	18	
Riesgos biomédicos	3	3	7	14	23	48	65	92	255	83,6%
Salud materno-infantil	2	1	3			2	8	6	21	
Salud de la mujer			1	1			1	6	8	
latrogenia					3		1	2	6	
Riesgos a la salud de forma general	1		1	4	5	5	5	6	27	
Enfermedades específicas		2	2	9	15	41	50	72	191	
Estilo de vida		1	1		3	2	8	6	21	6,9
Comportamientos de riesgo		1	1		2	1	4	4	13	
Comportamientos asociados						1	1	2	4	
Accidentes					1		3		4	
Otros	2		2				2		6	2,0
Total	5	4	10	14	28	51	89	104	305	100,0

Los *riesgos externos* engloban riesgos ambientales y sociales. Clasificamos como *riesgos ambientales* los efectos de productos tóxicos en el ambiente y los resultados de catástrofes naturales, aspecto que no apareció en la muestra. Tales riesgos sólo se vuelven objeto de la educación en salud cuando el comportamiento de individuos o grupos es un aspecto relevante de su gerenciamiento, razón por la cual fueron localizados pocos artículos que los abordaban. Las recomendaciones de un grupo de trabajo de la Organización Mundial de la Salud (WHO, 1993) sobre el gas radón (*radon*) constituyen un ejemplo de ese foco, ya que incluían la comunicación como parte de las estrategias de gerenciamiento de los riesgos.

Calificamos como *riesgos sociales* aquellos que se derivan de la organización social, incluyendo a la organización del trabajo y de los servicios de salud. Estos tienden a escapar del espectro de acciones de educación en salud, apareciendo de manera menos frecuente en la muestra de artículos analizados, 7,5% del total. En este contexto son ejemplos de acciones educativas los riesgos derivados de la administración de los servicios (Laboratory Center for Disease Control, 1993), de las relaciones entre médicos y pacientes (Zollinger y Pasch, 1994) e inclusive, de las implicaciones de usar seguros-salud para los riesgos a la salud (Arjmand; Muntz y Stratman, 1997).

La categoría más numerosa, que comprende el 84% de las referencias, fue el de los *riesgos biomédicos* asociados a la salud materno-infantil (incluyendo el embarazo, el parto y el post parto); la salud de la mujer (relacionado con los métodos anticonceptivos, la reposición hormonal, y el embarazo desde la perspectiva de la mujer); iatrogenia (derivada del tratamiento médico) y los riesgos asociados a enfermedades específicas. La mayoría de los artículos relacionados con los riesgos biomédicos (75%) se referían a enfermedades específicas, destacándose las cardiopatías, que crecen a partir de la década de los ochenta, a los diferentes tipos de cáncer y el SIDA, los cuales comienzan a surgir a finales de este mismo periodo y se hacen omnipresentes en la década de los años noventa.

Pocos fueron los artículos (7%) que focalizaron los riesgos asociados al *estilo de vida*, que se originaron por tanto de las prácticas

sociales de individuos y grupos, y que son clasificados como prácticas de riesgo (uso de cigarrillo, alcohol, drogas y a la sexualidad); comportamientos relacionados (violencia, abuso sexual, delincuencia) y accidentes (derivados de comportamientos individuales: accidente de carro, accidentes domésticos, caídas, etc.). Sin embargo, la epidemia del SIDA parece haber producido una nueva ola de interés por las prácticas sexuales de riesgo, relacionadas con el embarazo llamado “precoz” o a la infección por HIV. Es interesante notar que en el ámbito de las prácticas de riesgo de difícil intervención, como las drogas y el sexo, fue introducida en los años noventa la expresión *reducción de riesgos* (y reducción de daños), con el abandono de la expectativa (o esperanza) del riesgo cero.

6. ¿Existe lugar en el modelo de la promoción de la salud para el riesgo como una aventura?

En los artículos analizados, el término *riesgo* es utilizado de forma polisémica, sugiriendo la falta de formalización del concepto en el área de la educación para la salud. Cuando es utilizado en el contexto de la epidemiología —apoyándose por tanto en la definición de factores de riesgo o en el cálculo del riesgo relativo—, es mayor el grado de formalización, siguiendo las fases de progresiva matematización enunciadas por Ayres (1997). En ese contexto poco importa porqué las personas optan por correr riesgos, pues lo de lo que se trata es de definir quien está en riesgo y cuáles son los factores asociados a este. Esa tradición de investigación alimenta el campo de la intervención y sirve de substrato para justificar los programas de educación en salud.

Importado para el área de la educación en salud, el lenguaje epidemiológico es reelaborado, ganando nuevos trazos en los abordajes del *Health Assessment*, *Health Approach* y, más recientemente, el *Risk Analysis*. Esos abordajes tienen en común la característica de ser híbridos, como señalaba Hayes (1992), sobre todo por traer la marca de la interdisciplinaridad. Este aspecto se observa de forma particularmente marcada en el abordaje del *Análisis de Riesgos*, que mezcla la matematización para estimar los riesgos, el uso de estrategias

cuali-cuantitativas para la percepción de los riesgos, y las reflexiones de tipo más cualitativo para el análisis de los procesos de comunicación de los riesgos.

En contraste, en los estudios que relatan intervenciones que pretenden cambiar los comportamientos la indagación se dirige frecuentemente a los factores psicológicos, sociales y culturales, que sustentan la perspectiva de *correr riesgos* como decisión individual, aunque contextualizada socialmente. En esta esfera el término *riesgo* es utilizado como un adjetivo que cualifica los comportamientos. El grado de formalización es bajo aunque existan diversos intentos de teorización, especialmente sobre los presupuestos relacionados al cambio de comportamiento. Más que la Epidemiología es la Psicología la que sirve de base para estas teorías.

Considerando más específicamente el uso del lenguaje de los riesgos y su aplicación en programas de cambio de comportamiento, se observa que los artículos incluidos en la muestra, considerados en una perspectiva histórica, tienden a abandonar los abordajes individualizantes que caracterizaron al período inicial. Las intervenciones pasan a incluir elementos del contexto social, buscando adaptarse a las especificidades culturales de los grupos-objetivo. Ese esfuerzo es particularmente visible en los programas dirigidos a la prevención del SIDA, que también tienen el mérito de reintroducir la sexualidad y las cuestiones de género en los programas de investigación.

Sin embargo, esa mayor sensibilidad por el contexto cultural está lejos de afiliarse a las corrientes más críticas de los estudios sobre riesgo, que están asociadas a las vertientes teóricas de la Antropología, la Sociología Urbana, la Psicología Social y la Salud Colectiva. Teniendo como escenario a la educación en salud, tales estudios están limitados teóricamente por las exigencias cada vez mayores de la evaluación de las acciones educativas. Se observa así un crecimiento paulatino de estudios que utilizan diseños de investigación cuasi-experimentales, con la medición del comportamiento-objetivo antes y después de la intervención. Vale destacar que encontramos apenas un artículo inscrito en la tradición crítica de estudios sobre el riesgo (Lupton, 1993), ya sea porque las autoras y los autores que discuten acerca de los riesgos en

esa perspectiva publican en revistas no indexadas en Medline, o bien porque lo hacen sin referirse a la educación en salud, temática que orientó la búsqueda de los artículos analizados en esta investigación.

A modo de conclusión podemos decir que existen evidencias, en el conjunto de artículos analizados, de nuevas formas de abordar el cambio de comportamiento, con un menor énfasis en el riesgo y un mayor refuerzo de las habilidades ya adquiridas, alineándose por tanto, por lo menos en lo que respecta a cada uno de nosotros, a las teorizaciones más recientes sobre promoción de la salud. De nuevo eso sucede en el área de la sexualidad, posiblemente como resultado del aprendizaje obtenido en el área de la prevención del SIDA, donde encontramos esta tendencia que tiene como característica central utilizar un lenguaje positivo de refuerzo de los comportamientos protectores, evitando hablar sólo de los riesgos. Se trata así de incluir en los programas de prevención el aprendizaje de habilidades como aspecto esencial y complementario de la información.

Finalmente, es una señal de los tiempos modernos, derivado de la creciente incertidumbre y complejidad de la vida cotidiana en la "sociedad del riesgo" (Beck, 1992), la centralidad de la discusión ética. Encontramos varios artículos que focalizaban directa o indirectamente las cuestiones éticas. En ciertos casos se trataba del fortalecimiento de la posición de los profesionales de la salud frente a la también creciente posibilidad de acciones jurídicas en cuanto a aspectos variados del diagnóstico y tratamiento médico. Pero, también existen señales de preocupación por los derechos de los pacientes, desde un punto de vista menos legalista y más dirigido a la incorporación plena de la necesidad de capacitación técnica y concientización política de todos los actores involucrados, en pro de la mejoría de la salud de la población.

A pesar de todo, la promoción de la salud, bajo la óptica del lenguaje de los riesgos, como señaló Luis Castiel (2003:81), "presenta la potencialidad de transmitir, aún implícitamente, posturas moralizantes de búsqueda/mantenimiento de la rectitud, la pureza, de evitar las manchas que corrompen el estado perfecto de salud (...)" Retomamos así la inquietud que nos viene motivando a investigar el lenguaje de los riesgos y sus efectos en los procesos contemporáneos de subjetivación.

¿Cómo conciliar el imaginario de la aventura, tan presente en los medios de comunicación contemporáneos, ya sea como la osadía de explorar nuevos territorios (sexuales, tecnológicos, informáticos), o como experiencia de la adrenalina en deportes radicales, incluyendo en ello la responsabilidad individual de gestión de estilos de vida saludables?

Pensamos que la respuesta será siempre insatisfactoria, pues estamos delante de una paradoja. Y por definición las paradojas no se resuelven. Al tomar al riesgo como un lente privilegiado para reflexionar sobre *la persona* en la sociedad contemporánea, nos encontramos con expectativas contrastantes en diferentes contextos de la vida social. En la salud (individual o colectiva), por ejemplo, tiende a prevalecer el llamado a la responsabilidad que es fomentada por la información, de la precaución frente a los posibles daños. Pero no sólo eso. Basta recordar que la aventura se hace presente en ensayos clínicos de tratamientos experimentales. Sin un poquito de disposición a correr riesgos (sustentados obviamente por los preceptos de la bioética), los avances en esa área serían más lentos. Solo hay que observar lo que viene ocurriendo en el campo de la reproducción humana asistida (Menegon, 2006).

En el contexto de la economía las dos tendencias también se hacen presentes. Encontramos por una parte una serie de estrategias como los seguros (una de las primeras aplicaciones de los análisis de riesgo), y de diferentes dispositivos de protección a los consumidores que sirven de defensa a los riesgos presentes en ese contexto. Por otro lado, nos confrontamos con el imaginario del juego y la apuesta, en lo que concierne, por ejemplo, a los fondos de inversión. Podemos optar por inversiones más seguras o podemos *arriesgarnos* en fondos de mayor riesgo.

En los deportes somos del mismo modo invitados a correr riesgos en busca de la excelencia: con maniobras más arriesgadas, la ruptura de records, etc. Sin embargo, aquí también se hacen presentes las estrategias de seguridad, como el desarrollo de habilidades técnicas que sirven de barrera a los riesgos y ponen límites a las posibilidades de correrlos con seguridad.

En resumen, ciertas realizaciones dependen de la disposición a correr riesgos. Pero, ya sea individual o colectivamente es necesario desarrollar estrategias de seguridad que, paradójicamente, permitan “poner el juego” a favor del riesgo. Aprendimos que los cinturones de seguridad son valiosos para la preservación de la vida. Metafóricamente creamos una diversidad de esos cinturones de manera que preservemos la vida en comunidad (local y global): procedimientos éticos en investigación, tratados internacionales, legislación para la protección contra prácticas económicas abusivas, etc. Es posible que ante la imposibilidad de vivir sin paradojas el camino sea realmente el de desarrollar las habilidades individuales (y colectivas, para no olvidar jamás que coproducimos nuestras realidades sociales) de reducción de daños, sin cercenar el espíritu de aventura.

Bibliografía

- AJZEN, I. y FISHBEIN, M. (1980). *Understanding attitudes and predicting social behaviour*. Prentice Hall, New Jersey.
- ARJMAND, E. M.; MUNTZ H. R.; STRATMAN, S. L. (1997). Insurance status as a risk factor for foreign body ingestion or aspiration. En: *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology*, Vol. 42, No. 1, pp. 25-9.
- AYRES, J. R. de C. M. (1997). *Sobre o Risco: para compreender a epidemiologia*. Hucitec, São Paulo.
- BANDURA, A. (1977). *Social learning theory*. Prentice Hall, New Jersey.
- BECK, U. (1992). *Risk society: towards a new modernity*. Sage, Londres.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE (2001). *Projeto Promoção da Saúde*. Brasília, Brasil.
- BUSS, P. M. (2003) Uma introdução ao conceito de promoção da saúde. En: Czeresnia, D. y Freitas, C. M. (Orgs.). *Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Fiocruz, pp. 15-38. Rio de Janeiro.
- CASTIEL, L. D. (2003). Quem vive mais, morre menos? Estilo de riesgo e promoção do saúde. En: Bagrichevsky, M.; Palma, A.; Estevão, A. (Orgs.) *A saúde em debate na educação física*. Blumenau, SC: Edibes, pp. 79-98.

- CASTIEL, L. D.; VASCONCELLOS-SILVA, P. R. (2006). A noção 'estilo da vida' em *promoção do saúde*: um exercício crítico de sensibilidade epistemológica. En: Bagrichevsky, M.; Palma, A.; Estevão, A.; Da Ros, M. (Orgs.). *A saúde em debate na educação física*. Vol. 2. Blumenau: Nova Letra, pp. 67-92.
- CZERESNIA, D. O. (2003). Conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção. En: Czeresnia, D.; Freitas, C. M. (Orgs.). *Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Fiocruz, Rio de Janeiro, pp. 39-54.
- DOUGLAS, M. (1992). *Risk and blame. Essays in cultural theory*. Routledge, Londres.
- FOUCAULT, M. A. (1986). Governabilidade. En: *Microfísica do poder*. Graal, Rio de Janeiro. Cap. 17, pp. 277-293.
- GARCÍA, M. (s/f). *El Lenguaje de los riesgos en sujetos posicionados: un estudio psico-social del uso de agrotóxicos en el Valle de Quibor, Venezuela*. Tesis doctoral. Pontificia Universidad Católica de Sao Pablo, Brasil.
- GIDDENS, A. (1998). Risk society: the context of British politics. En: Franklin, J. (Ed.) *The politics of risk society*. Polity Press, Cambridge, pp. 23-34.
- (1992). *The transformation of intimacy*. Polity, Cambridge.
- HAYES, M. V. (1991). The risk approach: unassailable logic? En: *Social Science and Medicine*. Vol. 33, No.1, pp. 55-70.
- (1992). On the epidemiology of risk. Language, logic and social science. En: *Social Science and Medicine*. Vol. 35, No. 4, pp. 401-407.
- IBAÑEZ, T. (2001). *Municiones para disidentes*. Gedisa, Barcelona.
- KENEN, R. (1996). The at-risk health status and technology: a diagnostic invitation and the "gift" of knowing. En: *Social Science and Medicine*. Vol. 42, No. 11, pp.1545-1553,
- LABORATORY CENTRE FOR DISEASE CONTROL (1993). Bloodborne pathogens in the health care setting: risk for transmission. En *Journal Can Dent Association*. Vol. 59, No. 4, pp.363-70.
- LUPTON, D. (1993). Risk as moral danger. The social and political functions of risk discourse in public health. En: *International Journal of Health Services*. Vol. 23, No. 3, pp. 425-435.
- (1999). *Risk and sociocultural theory*. Cambridge University Press, Cambridge, UK.
- MENEGON, V. S. M. (2006). Entre a linguagem dos direitos e a linguagem do riscos: os consentimentos informados na reprodução humana assistida. FAPESP, EDUC- Editora PUC-SP (Série Hipótese), São Paulo.

- PALMA, A.; ESTEVÃO, A.; BAGRICHEVSKY, M. (2003). Considerações teóricas acerca das questões relacionadas à promoção da saúde. En: Bagrichevsky, M.; Palma, A.; Estevão, A. (Orgs.) A saúde em debate na educação física. Blumenau, SC, Edibes, pp. 79-98.
- PETERSEN, A. y LUPTON, D. (1996). The new public health. Sage, Londres.
- PROCHASKA, J. O. y DICLENENTE, C. C. (1986). Towards a comprehensive model of change. En: Miller, W.R.; Heather, N. (Eds.). Treating addictive behaviors: Processes of change. Plenum Press, New York.
- ROBBINS L. y Hall, J. (1970). How to practice prospective Medicine. Methodist Hospital of Indiana, Indianapolis.
- ROSENSTOCK, I. M. (1966). Why people use health services. Millbank Memorial Fund. En: *Quarterly*. Vol. 44, pp. 94-124.
- SPINK, M. J. P. (2001a). Contornos do risco na modernidade reflexiva: contribuições da Psicologia Social. En: *Psicologia e Sociedade*. Vol.12, No. 1/2, pp. 156-173.
- (2001b). Trópicos do discurso sobre o risco: risco-aventura como metáfora na modernidade tardia. *Cadernos de Saúde Pública*. Vol. 17, No. 6, pp. 1277-1311.
- SPINK, M. J. P. y MENEGON, V. M. (2004). Práticas discursivas como estratégias de governabilidade: a linguagem dos riscos em documentos de domínio público. En: Iñiguez, L. (Org.). *Manual de análise do discurso em Ciências Sociais*. R. J., Vozes, Petrópolis, pp. 258-311.
- STOLBEKKEN, J. A. (1995). The risk epidemic in medical journals. En: *Social Science and Medicine*. Vol. 40, No. 3, pp. 291-305.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (1978). *Risk approach for maternal and child health care*. WHO Offset Publication, No. 39. Ginebra.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION, WHO (1993). Indoor air quality: a risk based approach to health criteria for radon indoors. Summary report. En: *Center European Journal of Public Health*. Vol. 1, No. 2, pp. 130-1.
- ZOLLINGER, A. y PASCH, T. (1994). Risk assessment and patient information before anaesthesia. En: *Schweitz Rundsch Med Prax*. Vol. 83, No. 23, pp. 708-12.