Globethics Repository



El estallido de las certezas [The outbreak of the certainties]

This page was generated automatically upon download from the Globethics Repository. More information on Globethics see https://www.globethics.net. Data and content policy of Globethics Repository see https://repository.globethics.net/pages/policy.

Item Type	Article
Authors	Meré Rouco, Juan José
Publisher	Fundación Friedrich Ebert (FES)
Rights	Creative Commons Copyright (CC 2.5)
Download date	2026-11-03 06:34:59
Link to Item	http://hdl.handle.net/20.500.12424/219313

El estallido de las certezas

Los desafíos de la prevención del sida

JUAN JOSÉ MERÉ ROUCO

La aparición de la epidemia del sida, en tanto fenómeno total, resquebrajó muchas de las certezas que la modernidad instauró en la manera de pensar nuestras sociedades, al tiempo que radicalizó dramáticamente las fragilidades sociales del continente latinoamericano. Esta reflexión profundiza en los efectos ambiguos de las primeras campañas masivas en Uruguay así como en la diversidad plural de la trama de comportamientos sexuales en los cuales se pretendía incidir, de manera de poner en evidencia la crisis de las perspectivas que definen la racionalidad como único comportamiento (saludable posible). Partiendo de un ser humano integral, antropológicamente sujeto de razón y afectos, se abordan algunos de los desafíos de la prevención del sida, en particular promover comportamientos en salud duraderos y recrear una sociabilidad solidaria y plural.

En verdad, la magnitud del fenómeno social que se perfilaba, no estaba en lo más remoto presente en la curiosidad epidemiológica de los médicos norteamericanos sorprendidos, a principios de la década de los 80, por la reiterada aparición de raras formas de cáncer e infecciones en algunos jóvenes homosexuales, cuyo sistema de defensa inmunológica se encontraba severamente deteriorado. La pandemia del sida se extiende hoy a un ritmo diario de 16.000 nuevas infecciones, alcanzando los treinta millones de personas infectadas, de las cuales casi el 90% se encuentra en los países en desarrollo.

En nuestras sociedades latinoamericanas, la aparición de la epidemia se configuró rápidamente en un «espacio social crítico» –un fenómeno social total

JUAN JOSÉ MERÉ ROUCO: sociólogo uruguayo, coordinador del Area de Salud del Instituto de Investigación y Desarrollo - IDES, Montevideo; candidato a doctor en Salud y Ciencias Humanas por el Instituto de Medicina Social de la Universidad Estadual de Río de Janeiro.

Palabras clave: prevención, salud, cultura, sida, Uruguay.

siguiendo a Mauss– que interpeló a todo el conjunto de esferas sociales: las modalidades de atención en salud, los medios de comunicación social, el sistema de educación formal, las relaciones Estado/sociedad civil, la producción y divulgación del conocimiento científico, así como las pautas básicas de convivencia social, se vieron cuestionadas por una enfermedad que va más allá del espacio público. El sida sacudió implacablemente también los lugares más recónditos de la privacidad individual, poniendo cada persona de cara a la sexualidad, al relacionamiento con el otro, a la intimidad de su individualidad.

En este sentido, la epidemia aparece en su doble condición de radicalizadora y reveladora del momento histórico cuando se produjeron los primeros casos: por un lado, la mayoría de los países del Cono sur estaba en pleno proceso de movilización político-social, de transición lenta desde las dictaduras hacia aperturas democráticas; las reacciones frente a los primeros afectados pusieron en evidencia la permanencia porfiada de esquemas de poder represivos, de mecanismos de control social y de gestos de restricción a la expresión pública de las diferencias, componentes todos que hacían parte de ese proyecto cívico-militar de refundación autoritaria del Estado.

Por otro lado, la masividad de esta nueva patología generó una dramática sinergia al engarzarse con situaciones sociales existentes en nuestra realidad uruguaya, pero también latinoamericana: los vacíos de la protección jurídico-legal, los desfasajes curriculares del sistema educativo, las carencias de la atención sanitaria, el deterioro acentuado de los niveles de vida cotidianos y la profundización de la pobreza, en particular.

Con escasas posibilidades de una vacuna eficaz a corto o mediano plazo, con límites severos de las terapias profilácticas y antirretrovirales, la prevención se definió prontamente como una prioridad estratégica en el campo de la salud pública mundial. Y ella permanece como línea maestra de acción, aun teniendo en cuenta los formidables avances terapéuticos logrados en estos años.

Sin embargo, casi quince años de intervenciones en materia de prevención, desde campañas masivas hasta conferencias y talleres, comenzaron a interrogar fuertemente los modelos tradicionales de educación en salud en sus componentes básicos: los diseños pedagógicos, las propuestas didácticas y, por sobre todo, el concepto de sujeto implícito en las mismas. La experiencia y conocimiento acumulados respecto, por ejemplo, del cáncer o el tabaquismo ya habían hecho tambalear algunas ideas consolidadas al mostrar que, cuando se trata de prevenir enfermedades que envuelven centralmente varias dimensiones de la intimidad, la mera información masiva no logra resultados consistentes.

En ese sentido, el sida explicitó con particular precisión el nudo gordiano de todas las estrategias de prevención en salud colectiva: cómo lograr modificar

comportamientos anclados en la afectividad, construidos en las particularidades de la vida cotidiana y sin embargo modelados por implacables marcos socioculturales. En realidad, partiendo de un desafío, a primera vista educativo o pedagógico, el hilo de la discusión nos lleva directamente a una reflexión epistemológica central sobre qué ser humano se presupone, qué proceso cognitivo se desarrolla, qué eslabón lo articula con los comportamientos concretos y qué trama social se configura con la intervención educativa. Respuestas que remiten, aunque sea en sombras chinescas, a las características de la complejidad social y cultural latinoamericanas.

Apoyándose en la certeza de que no será ciertamente la última epidemia que golpeará a la humanidad, Jonathan Mann, primer responsable del programa Sida de la Organización Mundial de la Salud, resaltó la necesidad de no desaprovechar la oportunidad de profundizar en los impactos y rupturas societales que significó la aparición de la epidemia, de manera de lograr un conocimiento más fino de las dinámicas y procesos de nuestras propias sociedades.

La presente reflexión pretende abordar algunos aspectos de las estrategias preventivas tomando como disparador ciertos nudos problemáticos que conoció la educación en salud en su confrontación con la irrupción de la epidemia, en particular el manejo de la información masiva, el abordaje de la sexualidad y la definición del sujeto destinatario. No se trata únicamente de detectar brechas conceptuales, impases epistemológicos, o aún insuficiencias metodológicas, sino de transformar aquellos en desafíos heurísticos para pensar la construcción de alternativas preventivas en salud colectiva. En definitiva, llevar adelante una lectura crítica que recupere los significativos aprendizajes logrados en la lucha contra el sida en nuestro país y la región[1].

El campo comunicacional: efectos perversos de ambiguos silencios

En los primeros meses de 1987, operando una ruptura con el conjunto de noticias llegadas de otras latitudes, aparecía, en un prestigioso semanario uruguayo, uno de los primeros artículos de cuño nacional sobre la epidemia de sida. Intentando explicar las causas de la disminución de las defensas inmunológicas en los pacientes afectados por el VIH, mencionaba «un agotamiento de estas defensas debido a la gran frecuencia de las infecciones venéreas u otras entre los homosexuales a causa del traumatismo anal o peniano durante el coito aberrante o de la mucosa rectal biológicamente no adaptada a este tipo de agresión, o debido a la promiscuidad sexual en estas comunidades con frecuentes alteraciones y cambios de pareja». Continuaba resaltando «la aparición de casos de sida en pacientes de costumbres sexuales normales

1. Esta reflexión deriva directamente de mi experiencia personal e institucional de coordinación de una estrategia lúdica de prevención comunitaria en Uruguay y zonas fronterizas con Argentina y Brasil, desarrollada desde 1989.

que habían sido trasfundidos años antes...», y remataba con un rotundo cierre: «no es posible evitar además evocar Sodoma y Gomorra cuando se trata de un tema que envuelve la moral».

Contra lo que puede presuponerse, esta modalidad de manejo de la información que, bajo una apariencia aséptica y científica, desliza brutalmente una apelación a la anormalidad/normalidad en la sexualidad y a la relación entre tragedias devastadoras y desmoronamiento de buenas costumbres o reglas morales, fue una especie rara en el escenario comunicacional de nuestro país. El Uruguay, básicamente amortiguador de las diferencias, al decir de Real de Azúa, asumió sin estridencias ni grandes sobresaltos la aparición de las primeras personas afectadas, rasgo diferenciador, solamente en apariencia, de la realidad de nuestros vecinos.

En efecto, estado y sociedad civil, incluyendo la Iglesia y sus jerarquías, impregnados de esa matriz laica constitutiva de nuestra cultura política y social, conformaron un paisaje ambiguo de reacciones frente al sida: afirmaciones sistemáticas en contra de la discriminación y la marginalización, al mismo tiempo que silencios oblicuos sobre violaciones de los derechos básicos de los portadores, de pesadas inercias frente a las responsabilidades de información y aún de miopes complicidades por omisión (sobre todo en la atención médica). Y es que la contracara de nuestro tan manido agnosticismo es un conjunto de pautas morales fuertemente internalizadas y que marcan con rigidez los patrones de conducta cotidianos.

Estas medias tintas, de manera cierta alejadas de las campañas de homofobia desatadas en muchas regiones de nuestra América Latina, tuvieron una traducción mediática que navegó titubeante entre decir poco e insinuar demasiado:

«Si te arriesgas en relaciones fuera de la pareja estable...»; «El tampoco creyó en el sida»; «sida o vida»; «Si no usas preservativo cómo sabes que no te contagiaron...»; «No tiene sida pero lo contagia»; «Ya se encontró una vacuna contra el sida: la fidelidad». Durante casi toda la primera década, las campañas de información masiva apuntalaron sus mensajes en claves de firmes admoniciones morales, de imperativas llamadas al orden, siempre impersonales pero paternalistas, desempolvando con asombrosa celeridad arcaicos códigos sociales del relacionamiento afectivo y sexual. Pero más que focalizar en los aspectos de normatización y disciplinamiento de esa prevención tradicional, interesa para nuestro propósito deslizar la mirada hacia los efectos concretos que generaron, porque diseñaron el escenario de representaciones sociales sobre la epidemia que perduró sólidamente durante mucho tiempo.

En primer término, la sobrepresencia de valores negativos en imágenes, contenidos y soportes metafóricos elegidos para vehiculizar los mensajes, donde la muerte, la enfermedad, las manchas en la piel, los cuerpos caquéticos, las caras desafiantes y poco confiables, oficiaron, en realidad, de obstáculos a la

capacidad de generar una autoidentificación social, medianamente consistente, como para comenzar a movilizar cambios comportamentales o actitudinales. En segundo lugar, el desfasaje entre los contenidos de la información brindada y las tendencias que marcaban de forma nítida el perfil epidemiológico de nuestro país. El riesgo del cepillo de dientes era tan enfatizado como la vía sexual, pese a que desde el inicio más del 80% de las contaminaciones era por relaciones sexuales. Se invalidó así la suposición de que los pilares sobre los que se elabora una campaña derivan de las tendencias observables y particulares que sigue la patología, en este caso la vía de transmisión prevalente, los grupos más vulnerables, modalidades de prevención coherentes, es decir a partir de criterios estrictamente científicos y de salud pública. De esta manera se sesgó el objetivo de entrar en el corazón de la problemática, la sexualidad y su ejercicio cotidiano, y se apuntó al abigarrado terreno de los valores individuales. En tercer término, la demonización del otro, del supuestamente infectado. Este es uno de los efectos más dolorosos y, de seguro, más indeseado que deriva de una construcción sintáctica y verbal –«te puede contagiar»– que deja traslucir una difusa intencionalidad. Como en otros contextos geográficos distantes, el impacto de este tipo de mensajes se potenció con una persistente dinámica del rumor social que amplificaba la fantasía de los «portadores que salían a contagiar a diestra y siniestra». Por último, la deshumanización de las grandes cifras. El recuento sistemático de infectados, enfermos, fallecidos, por país, sexo, edad y afección, las estimaciones que pretendían aprehender la realidad no visible de la epidemia, las proyecciones que alertaban sobre el futuro, nos daban, día a día, números y no rostros ni historias situadas, tendencias lejanas y no realidades cotidianas, posibles, nuestras. Como un búmeran perfecto, el miedo arrojado a la cara de la población se alejaba presuroso llevándose toda posibilidad de que un día pudiéramos toparnos con el virus maldito: «Los otros sí, ¡yo no!».

De los grupos de riesgo a la sexualidad plural

Como ocurriera, según refiere Susan Sontag, cinco siglos atrás cuando el primer brote de sífilis barrió con gran parte de la población europea –«viruela francesa» para los ingleses, «morbus germánicus» para los parisinos, «enfermedad de Nápoles» para los florentinos, «mal de China» para los japoneses– el mal venía de otro lado, de los otros, de los diferentes a nosotros. De la misma manera, «la plaga de nuestro siglo», «el castigo divino», «la peste rosa», como se calificó en un principio a la epidemia de sida, designaba –y asignaba– a homosexuales y prostitutas –luego vendrían los consumidores de drogas– como específicos vectores del virus, «los grupos de riesgo».

Un concepto epidemiológico que define un grupo poblacional que, según alguna característica, de género, etaria, geográfica o socioeconómica, presenta una mayor o menor incidencia de alguna patología en relación a otros grupos definidos precisamente por la ausencia de esa característica, se vio repentinamente connotado al operarse un entrelazamiento de las informaciones y

discursos biomédicos con el conjunto de valores, prejuicios y tabúes socialmente dominantes sobre la sexualidad. Consideradas ahora doblemente patológicas, las opciones y relaciones sexuales fuera del modelo heterosexual monogámico fueron señaladas brutalmente, las interpelaciones podían sonar como palabras pero las consecuencias marcaban los cuerpos y afectos de los primeros portadores del VIH: gestos de desconfianza, miedo, rechazo al otro, arrinconando hasta el aislamiento, a la vergüenza, la desvalorización de sus propias identidades; y, como señaló tempranamente Walter Almeida de Abia (Brasil), «se impuso silencio al que sufre».

Sin duda, la naturaleza profundamente íntima de la transmisión de la infección VIH-sida sacudió la cómoda modorra de valores, de ideas y de certezas dominantes sobre el amor, el cuerpo, la pareja, estas áreas de nuestra vida cotidiana concebidas como algo íntimo, privado, casi individual, y por ello –¿o para ello?– sustraídas del espacio público de diálogo, de conocimiento y de intercambio colectivo. En ese sentido, el sida corrió el espeso velo que encubría la realidad de nuestra sexualidad, no la provocó, simplemente la explicitó. Cuestionó la sola ecuación sexualidad = genitalidad = reproducción, poniendo sobre el tapete la existencia también de la sexualidad como forma de placer y la multiplicidad de expresiones –heterosexualidad, bisexualidad, homosexualidad, parejas múltiples, pareja estable, relaciones ocasionales, etc.– y de lugares y de modos de pensarla en plural, rompiendo, en el mismo movimiento, con la naturalización y autoevidencia de las pautas dominantes de las relaciones sociales de sexo.

La racionalidad como comportamiento saludable

La rápida mención precedente de algunos de los principales eslóganes estructuradores de la mayoría de las primeras campañas ya permitía entrever algunos rasgos definitorios del otro polo de esa relación comunicacional masiva, los destinatarios de los mensajes.

En realidad, la casi totalidad de las acciones públicas de información y educación se organizaron siguiendo enfoques psicosociales de cambios individuales de comportamiento, cuya principal referencia en salud pública es el modelo de creencias relativas a la salud, el *Health Belief Model* –y otras variantes con similar matriz–, inicialmente elaborado en el marco de la campaña finlandesa contra las enfermedades cardiovasculares. El postulado de base es que las acciones de un individuo en el área de la salud dependen de un conjunto de factores que deriva de las creencias. Si la persona valora su salud, percibe las amenazas a la misma y la severidad de las consecuencias, y cree en la eficacia de un comportamiento preventivo frente a esa supuesta amenaza percibida como real, cambiará efectivamente de comportamiento. Para ello, es necesario brindarle una buena información sobre la enfermedad y las consecuencias del riesgo, los beneficios que puede obtener de una conducta preventiva y, al mismo tiempo, combatir las falsas creencias, que obstaculizan la percepción real.

El sujeto empírico es definido por su racionalidad en tanto dimensión central de los comportamientos en salud, que lo lleva a maximizar los beneficios y reducir los costos; así las campañas deben dirigirse a ese individuo autónomo, gestor responsable de sus tiempos, relaciones y necesidades, para brindarle todos los elementos de un cálculo provechoso para sus intereses. Estas iniciativas masivas basadas en la incitación a los cambios individuales y racionales de comportamiento, tuvieron como complemento directo la realización de investigaciones cuantitativas masivas, las encuestas KABP, que aportaron, en varios países latinoamericanos, una importante masa de información, a intervalos regulares, lo que permitió efectuar un seguimiento de la evolución de las creencias, conocimientos, actitudes y comportamientos. Se profundizó en los niveles de información disponibles en la población, en la exploración de hábitos y conductas, en particular los comportamientos de riesgo de los grupos más expuestos. Y uno de sus resultados más relevantes fue sacar a la luz que los comportamientos frente a la epidemia mostraban inercias predominantes en la población; y aun en aquellas personas que habían optado por alguna modificación en sus comportamientos o actitudes, se podía observar una gama de opciones diversificada para enfrentar el riesgo de la contaminación.

Este hallazgo se fue tornando consistente con varios estudios llevados a cabo en Europa o Estados Unidos, donde quedaba patente la aparente paradoja que representaba el hecho de comprobar que la mayoría de las personas decían conocer adecuadamente los mecanismos de transmisión del sida, así como los medios correctos de prevención, pero pensaban que su riesgo personal era bajo, y por lo tanto sólo una minoría manifestaba haber cambiado su conducta sexual.

El modelo de referencia aparece entonces no solo relativamente poco efectivo para generar estrategias de cambios comportamentales, sino que además se muestra insuficiente para explicar o detectar la pluralidad de los procesos de reacomodo, distanciamiento o adaptación al riesgo verificados por fuera de las normas preventivas impulsadas. En todo caso, este enfoque de la racionalidad lineal que prevé unívocamente que un «input» –cantidad y calidad de información brindada– generará un «output» –cambios de comportamientos– no incorpora como problema, tal vez hasta por estar fuera de su campo epistemológico, la complejidad de las instancias donde los sujetos procesan la información articulándola con la vivencia personal, la interacción social y las reacciones psicoafectivas que se generan, en particular en situaciones como las que son objeto de nuestra preocupación, es decir, que involucran el propio cuerpo, la enfermedad o el riesgo de muerte y también la posibilidad del placer.

La propia homogeneidad de propuestas y mensajes preventivos que dominaron por largo tiempo en contextos socioculturales tan diferentes en nuestra región –en general como vimos centrados en las vías de trasmisión presentados indistintamente respecto de su riesgo real y el terror y la dramatici-



dad generados por la presentación de las consecuencias físicas devastadoras– obviaban de manera drástica el abanico de las racionalidades sociales, las diversidades socioculturales y la densidad psicosocial movilizada por el riesgo del sida. Por ello, muchas veces se optó por etiquetamientos contundentes para comportamientos dispares –«irracionales», «inesperados»– pero con poco contenido explicativo.

El sida en la crisis de la razón moderna

En efecto, el estallido de la epidemia contribuye a explicitar –uno de sus efectos heurísticos sobre el campo de las ciencias– la crisis de los grandes modelos de comprensión, globalizadores y holísticos, de los comportamientos humanos, que denotan el agotamiento del paradigma racionalista deductivo que había orientado el proceso de modernización en Occidente desde fines del siglo XVII.

Las propias disciplinas duras que nacieron y obtuvieron cartas de nobleza, la teoría de la relatividad, la física cuántica, la termodinámica, la biología molecular, dibujan una perspectiva contrastante con el modelo de racionalidad científica fundante de la modernidad, al decir de Santos «en lugar de la eternidad, la historia; en lugar del determinismo, la imprevisibilidad; en vez del mecanicismo, la interpenetración, la espontaneidad y la autoorganización; en vez de la reversibilidad, la irreversibilidad y la evolución; en lugar del orden, el desorden; y en vez de la necesidad, la creatividad y el accidente». Así, puede contrastarse con mayor claridad la apertura a la revalorización de los elementos subjetivos y culturales, a la pluralidad de los universos simbólicos y su papel en la formación de las identidades sociales, a la contingencia de la acción humana y sus efectos sobre las estructuras contextuales, colocando el debate en las mismas polaridades distintivas y fundantes de la modernidad –las oposiciones canónicas artificiales, según Bourdieu–, subjetividad-objetividad, naturaleza-cultura, individuo-sociedad, mente-cuerpo, etc. Desde diversas perspectivas y producciones la trama de relaciones sociales y los sujetos que conocen y actúan, dejan de ser una dualidad irreconciliable, y se intenta incorporarlas tanto en la producción de conocimientos como en la construcción de la realidad.

Llevar, finalmente, el impacto de este debate a la reflexión y práctica educativas, refiere en principio al reconocimiento de los sujetos cognoscentes y de la cultura como un entramado simbólico histórico y complejo, desde el cual esos mismos dan sentido a sus prácticas sociales e interpretan las de los otros. En realidad, para nosotros los latinoamericanos, se trata de un reencuentro con las raíces de un enfoque primigenio dinámico de la educación popular, que intenta abandonar las lecturas mecánicas y deterministas de la cultura como simple reflejo de lo que pasa en la base económica, y también a distanciarse de las posturas románticas de la cultura popular pura y portadora de valores emancipadores.

En este sentido, la práctica educativa toma dos dimensiones centrales: por un lado, como práctica social creadora de posibilidades de aprendizajes críticos y acciones transformadoras y ya no solamente concebida como reproductora de estructuras existentes; y, por otro lado, como una práctica social susceptible de una heterogeneidad de contenidos y sentidos y por lo tanto las características del espacio de construcción del conocimiento que facilita no se halla definido de antemano. La educación es entonces una práctica social que busca afectar intencionalmente las formas de comprender y actuar de los sujetos sociales, en un proceso de construcción-deconstrucción de las relaciones y representaciones que éstos tienen de los problemas que les afectan, es decir, de «teorías o construcciones interpretativas que los sujetos tienen para dar sentido y orientar sus prácticas en diferentes dominios de la vida social» (Martinic). Nuestra reflexión trata de efectuar una ruptura radical con la imagen de individuo-átomo del pensamiento moderno, resituando los sujetos en la integralidad de su capacidad de racionalizar y su capacidad emocional como patrimonio antropológico.

Los desafíos de la prevención del sida

En el modelo de la acción racional el sujeto –¿u objeto?– de la práctica educativa se ve intimado a abstraerse de su propia situación social, de su trayectoria personal, de despejarse de la red de significados y relaciones sociales, e iniciar un proceso lógico que lo aleje del riesgo, en particular en la esfera de la sexualidad, donde, tal vez, más que en otra área del comportamiento humano, la acción íntima se elabora respecto del otro, en el diálogo y frente a las expectativas del otro. Ahistóricos sin contingencia –asociales–, sin sentidos ni conflictos, doblemente amputados en su singularidad y en su espesor social, los sujetos deben poder dominar a través de la voluntad racional esas «perturbationes animi», instintos, pasiones, deseos.

Un primer desafío se dibuja entonces para la práctica preventiva en salud; traducir la comprensión de un ser humano integral en el proceso de enseñanza-aprendizaje, abarcando dialécticamente el sentir, el pensar y el actuar, en un desplazamiento radical en la manera de entrar en la temática: partir de la afectividad y la cotidianeidad –¿qué siento?, ¿por qué siento así?, ¿qué hago?, ¿por qué actúo así?– para, en una secuencia posterior, abordar el conocimiento disponible de manera crítica y situacional –¿qué sé?, ¿por qué pienso así? En consecuencia, el desafío se extiende a la tarea de repensar de forma creativa y consistente las herramientas didácticas –juegos, dinámicas– que faciliten ese proceso grupal e individual de construcción del conocimiento, definitivamente despojadas ahora de todo carácter instrumental (Osimani). Claro que no es una búsqueda en el desierto. Las propuestas educativas participativas, lúdicas, dialógicas, de las cuales tenemos experiencias validadas en múltiples áreas temáticas, facilitan la explicitación y verbalización de sentimientos, creencias, valores y gestos íntimos, abriendo instancias colectivas de interpretación, cuestionamiento, modificación o consolidación de modalidades de definir y enfrentar situaciones de riesgo, es decir la dinámica de deconstrucción-construcción social del conocimiento en salud.

Un segundo desafío intenta desplazar el núcleo crítico de la práctica preventiva de la enfermedad hacia la salud y el placer. Vale la pena recordar los aportes de Camargo sobre los contenidos básicos que vehicula la biomedicina, la medicina occidental moderna, para evaluar la talla de la tarea. Para Camargo (1997), en ese lento proceso de conformación de la práctica médica moderna que va desde mediados del siglo XVIII y alcanza hasta la primera mitad del siglo XIX –y que tiene como protagonistas a Morgani, Bichat, Laennec, Virchow, «la nueva concepción de la dolencia pasa a ser la categoría central del saber y de la práctica médica ... las dolencias son cosas de existencia con- creta, fija e inmutable, de un lugar a otro y de persona a persona...». Esa me- dicina del cuerpo, de las lesiones y de las enfermedades, como la denomina acertadamente, hace de la enfermedad un objeto externo y cosificado –que hasta posee su propia historia natural– desalojando de su dinámica mórbida toda referencia a las características de los propios enfermos.

Por un lado entonces, se trata de cuestionar radicalmente la naturaleza externa y autónoma de la enfermedad desplazando la comprensión desde la fatalidad –«si me toca, me toca»– hacia la transformación de los gestos y actitudes de riesgo, evocando un proceso concreto de condiciones sociales, culturales y biológicas responsables de la aparición o no de la patología. En segundo lugar, esa afección, precisamente por constituir un entramado de condiciones sociales y biológicas, no se desarrolla en una linealidad histórica unívoca y predeterminada –VIH = sida = muerte–; la prevención se construye primeramente deconstruyendo esa imagen dominante en legos y profanos. Finalmente, revertir el énfasis en la enfermedad y la muerte, redundante recurso para explicitar de manera fehaciente los costos de una actitud irracional, implica para el caso concreto del sida, la incorporación plena de la sexualidad «vivida», resignificándola en clave de pluralidad y placer, de promoción de la salud a partir de la protección del placer.

Un tercer desafío es romper con la imagen ideológica de la intervención educativa en salud como práctica meramente técnica y por lo tanto neutra en sus efectos sociales. Este punto de quiebre lo señaló pioneramente Ronald Bayer abriendo su análisis de la realidad americana, enfatizando que no se trata sólo de la cuestión de cómo y cuándo venceremos el sida, sino, por sobre todo, de saber qué sociedad surgirá al cabo de ese proceso. Por ello, la necesidad imperiosa de desmontar con cuidado el modelo de la acción racional en salud, basado en la suposición de que los individuos actúan en un campo social liso –el mercado fluido donde hasta «la mano» es invisible– despojado de toda espesura y relieve de un contexto histórico, cultural, político pertinente. Es evidente que en esa imagen unidimensional se cumple el postulado de igualdad de todos los individuos autónomos y racionales, la metateoría desde donde se arman y piensan los modelos que estamos tratando. Sin embargo, la realidad emerge con mayor testarudez de lo que suponemos, y con mayores contrastes aún en nuestros países, mostrando que los proyectos políticos económicos vigentes influyen y modelan de manera radicalmente diferente las condiciones de vida de los grupos sociales, así como los marcos de sociabilidad observables.

Ahondando hasta el hueso en la implementación de los modelos neoliberales y su corolario planetario de la globalización, Plartino muestra la profunda imbricación de una sociedad movida básicamente por la productividad, el lucro, el consumo material, el individualismo, y el resquebrajamiento de la dinámica societal, a través de la producción de subjetividades narcisísticas, el deterioro de los lazos sociales, y el aumento del malestar en la vida social, visibles en fenómenos cotidianos como exclusión, indiferencia, agresividad, consumo de drogas. Sin embargo, para Plartino, este «impase civilizatorio» es alarmante pero no irreversible, si prevalece una fuerte dinámica de democratización basada en una ética de la vida.

Este tercer desafío para la configuración de estrategias en salud pasa por la consideración de este denso tejido social contemporáneo, en los recónditos de

la interacción social donde el riesgo se genera. La persistencia de mensajes, en términos de contenidos y soportes visuales que apelan de forma sistemática al individuo redundan en una doble opacidad de la realidad de la epidemia que desconoce, por un lado, la naturaleza profundamente relacional de la trasmisión, y, por otro lado, la pluralidad de comportamientos y actitudes que de allí se derivan. En el primer caso, como ya señalamos, se despliega una necesaria pasarela entre las preocupaciones por la protección de mi cuerpo, mi salud, mi placer hacia el cuerpo, la salud, el placer del otro, cuyos soportes claves son los derechos humanos y la solidaridad. De allí, que la práctica educativa en salud enfatice radicalmente en los fundamentos de esta ética de la vida, porque en tanto práctica social, cualquiera sea la patología en cuestión, tendrá un impacto prioritario en las formas de sociabilidad y el imaginario colectivo sobre las que interviene. En el segundo caso, la práctica educativa debe construir su estrategia tomando en cuenta esa posible pluralidad de modalides de enfrentar y adaptarse al riesgo, en un universo finito pero no cerrado de posibilidades de prevención. En ese sentido, la intervención educativa abre un espacio de argumentación y diálogo, rompiendo con las relaciones de poder implícitas en la imposición de las modalidades únicas predefinidas.

La tarea de la práctica preventiva en salud es por cierto la búsqueda de comportamientos duraderos, razonados y sentidos de manejo del riesgo, y la construcción de una lógica de la solidaridad, pero ella no puede desgajarse de la propia complejidad social que genera la epidemia: insertada plenamente en las dinámicas sucesivas de movilización y debate –sea el test de Elisa y el intento de extensión compulsiva, o la lucha contra la identificación de los portadores y el seguimiento de los contactos, el acceso a las terapias y condiciones adecuadas de atención integral, la lucha contra los despidos y la discriminación– asume el desafío fundante de toda práctica educativa, es decir, creadora de configuraciones sociales emancipatorias del ser humano.

Bibliografía

Bayer, R.: *Private Acts, Social Consequences: Aids and the Politics of Public Health*, The Free Press, Nueva York, 1989.

Camargo Jr., K.R.: «AIDS e a AIDS das Ciencias» en *Historia, Ciencias, Saúde - Manguinhos* I/1, 7-10/1994. pp. 35-60.

Camargo Jr., K.R.: «A Biomedicina», UERJ, IMS, Río de Janeiro, 1997, mimeo.

Martinic, S. y H. Walker: *Profesionales en la acción: una mirada crítica a la educación popular*, CIDE, Santiago, 1988.

Osimani, M.L., J.J. Meré, E. Savio, E. Lima y H. Purtscher: *Guía Educativa para la prevención comunitaria del VIH-SIDA, y Set de Juegos didácticos para la prevención del Sida*, Area de Salud IDES/PNUD, Montevideo, 1995.

Plartino, C.A.: *Globalização e mal estar na cultura*, UERJ, IMS, Río de Janeiro, 1997, en prensa.

Santos, B. de Sousa: *Um discurso sobre as Ciencias*, Afrontamento, Porto, 1987.