

### ¿De qué “promoción de la salud” estamos hablando? una crítica marxista para reorientación hacia un horizonte estratégico


De que “promoção da saúde” estamos falando? uma crítica marxista para reorientação a um horizonte estratégico (resumo: p. 15)

What “health promotion” are we talking about? a Marxist critique for reorientation towards a strategic horizon (abstract: p. 15)


Leonardo Carnut<sup>(a)</sup>

<leonardo.carnut@unifesp.br> 

Áquilas Mendes<sup>(b)</sup>

<aquilasmendes@gmail.com> 

Lúcia Dias da Silva Guerra<sup>(c)</sup>

<ludsguerra@gmail.com> 

<sup>(a)</sup> Programa de Pós-graduação em Ensino em Ciências da Saúde, Centro de Desenvolvimento do Ensino Superior em Saúde, Universidade Federal de São Paulo. Avenida Pedro de Toledo, 859, Vila Clementino. São Paulo, SP, Brasil. 04039-032.

<sup>(b, c)</sup> Departamento de Política, Gestão e Saúde, Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo. São Paulo, SP, Brasil.

Se discute sobre como la promoción de la salud, reducida a una “pequeña política”, vino de la intensa agenda reformista provista por los gobiernos progressistas en Brasil (2003-2016) para ratificar la socialdemocracia como un método de domar el conflicto capital-trabajo. Para esto una exposición argumentativa bajo el método materialista histórico-dialéctico fue hecha en cuatro temas esenciales. El primero, sobre el “acortamiento” de la idea de promoción de la salud. El segundo, sobre la “Nueva Promoción de la Salud” y sus propósitos en nuevo patrón de acumulación capitalista. El tercero, sobre la hegemonía de la “pequeña política” y el lugar de la promoción de la salud en el período del progresismo brasileño. El cuarto, sobre la socialdemocracia y su manera de domesticar conceptos radicales. Finalmente, se hacen consideraciones sobre los caminos que el debate promocional debe seguir para retomar su radicalidad.

**Palabras claves:** Promoción de la salud. Crítica. Política. Formación de concepto. Sistema Brasileño de Salud.

## Introducción

La promoción de la salud como concepto que cuestiona el orden capitalista de producción de los servicios de salud ha perdido su radicalidad. Desde Sigerist hasta los “Determinantes Sociales de la Salud”<sup>(d)</sup> (DSS), la reconfiguración de lo que se considera “promover salud” ha pasado por varios momentos<sup>1</sup>, culminando en la cooptación de su lógica por la comprensión capitalista desarrollista-neoliberal y, por lo tanto, enfriando su matriz crítica<sup>2,3</sup>.

<sup>(d)</sup> Los marxistas consideran la idea de Determinación y no “Determinantes”.

En Brasil, ese fenómeno se consolidó desde 2006 con la reducción de la promoción de la salud a una Política Pública (PP) subsectorial (Política Nacional de Promoción de la Salud – PNPS)<sup>4</sup> que, a pesar de ser una agenda importante en la construcción del Sistema Brasileño de Salud (SUS), aparece apartada, perdiendo su carácter transversal a las políticas, restringiéndose a una acción fragmentada y con énfasis en comportamientos individuales.

Nuestra hipótesis de trabajo es que la discusión sobre promoción de la salud como una “pequeña política” parte de la intensa agenda reformista provista por los gobiernos progresistas Lula y Dilma en Brasil (2003-2016) con foco en ratificar la socialdemocracia como un método para domar el conflicto capital-trabajo.

En esta reflexión, utilizamos el método materialista histórico-dialéctico como soporte para repensar cuatro temas esenciales en este debate y, al final, se hacen breves consideraciones sobre los caminos que el debate promocional debe seguir para retomar su radicalidad.

## El “acortamiento” de una gran idea

Un día, ya lejano, el entendimiento de “promover salud” tuvo un sentido radical. En este período, esta comprensión se relacionaba con la comprensión (todavía en el marco de la “medicina”) que la atención “médica” no sería suficiente para garantizar la salud de las poblaciones y, por tanto, la promoción de la salud tendría mucho más relación con la capacidad de los segmentos sociales (por qué no decir ‘clases sociales’) para orientar los cambios sociales estructurales específicamente en el ámbito de las decisiones políticas, el consumo, la educación y la cultura. Es así que, en 1945, el médico francés Henry Sigerist enunció las “tareas de la medicina”<sup>1</sup>. Ahora bien, ¿esta tarea estaría restringida a los médicos apenas? Ciertamente no, pero teniendo en cuenta la relevancia de la elaboración proveniente de uno de los miembros de la medicina en su momento, parece justo atribuir esta reflexión como un suspiro de una profesión que, tradicionalmente, ha estado indisolublemente ligado al desarrollo del capitalismo, especialmente en el proceso de evitar la proletarización de la profesión médica, manteniéndola en la lógica del liberalismo mercantil<sup>2</sup>.

Sigerist tenía sus méritos. Consideró que una acción integrada entre políticos, dirigentes sindicales, empresarios, educadores y médicos sería suficiente para implementar políticas y programas de salud que pudieran satisfacer las necesidades sociales básicas. Para él ese esfuerzo podría, en gran medida, reducir la tasa de enfermedad de los individuos, y, en gran escala, evitar costos innecesarios a los servicios

de salud, especialmente cuando el Estado los ofrece. Sin embargo, la radicalidad de esta propuesta, aunque no muy consciente, conduce inexorablemente a un cuestionamiento sobre las condiciones de vida laboral en que viven las sociedades humanas, haciendo inevitable la reflexión sobre cómo sería vivir en una alternativa diferente o mejor<sup>6</sup>.

Después de Sigerist, la promoción dejó que su radicalismo (aunque no intencional) se desvaneciera lentamente. Incluso teniendo mucho sentido desde un punto de vista operativo en la época del Estado Social Capitalista<sup>7</sup> (posterior a 1945) y en la construcción de amplios sistemas de protección social en el capitalismo centroeuropeo (de los cuales los sistemas de salud hicieron parte), la promoción de la salud fue, poco a poco, siendo invitada a participar en esta elaboración. Su función: justificar la economía de los sistemas nacionales de salud a través de la lógica del menor consumo posible de servicios. Al elaborar la idea de los derechos sociales – de los cuales la salud era uno – permitió una ampliación del acceso a los servicios incompatible con su consumo masivo. La promoción de la salud aparece entonces como algo apetecible y se encaja bien para el capitalismo en recuperación tras su gran crisis de 1929.

Así, la promoción de la salud como concepto que cuestiona el orden de producción de los servicios de salud en el capitalismo va perdiendo radicalidad y transmutando su contenido a lo largo de las décadas. Incluso parece incoherente pensar que, en el momento exacto en que la promoción de la salud logra su 'aceptabilidad' dentro de las acciones que lleva a cabo el Estado Capitalista (ya que los sistemas universales de salud eran mayoritariamente estatales) es contradictorio pensar que la promoción de la salud se desvanecería. Si se piensa bien, esto no es exactamente lo que debería suceder cuando comprensiones críticas sobre la ideología capitalista se convierte en parte del juego del Estado.

Pero esto es lo que pasa cuando no se ancla ideas radicales a la totalidad. Marx y Engels<sup>8</sup> explican bien este mecanismo de cooptación ideológica en la sociedad capitalista como un "arrastre" que hace todo a su imagen y semejanza. Según el pensamiento marxiano, el capitalismo es un proyecto civilizatorio de una burguesía ascendente que utiliza todos los instrumentos del poder, incluido el ideológico en el sentido de:

Arrastra[r] al torrente de la civilización incluso a las naciones más bárbaras. Los bajos precios de sus productos son la artillería pesada que destruye todas las murallas de China y obliga a capitular a los bárbaros más tenazmente hostiles a los extranjeros. Bajo pena de muerte, obliga a todas las naciones a adoptar el modo de producción burgués, las constriñe a abrazar lo que llama civilización, es decir, a aburguesarse. En una palabra, crea un mundo a su imagen y semejanza<sup>8</sup>. (p. 44)

Luego, contrarrestar sobre el papel emancipador de la promoción de la salud en estos tiempos de sistemas universales es fundamental caso se desee una actitud crítica sobre cual la promoción que se evocó a partir de la década de 2000. Desde Sigerist, la promoción de la salud se ha reducido de: una idea, una lógica, un camino, para ser entendida como: un esquema, un programa, una acción. Y, aunque hubiera el apogeo

del debate sobre la determinación socioeconómica de la salud que tuvo lugar en el mundo en los años 1970-1980, la promoción tuvo que lidiar con su libertación de ser caracterizar como apenas una "fase" de la 'prevención de la enfermedad' inculcada por Leavell y Clark<sup>9</sup> quienes consideraron la promoción de la salud sólo como una "etapa" de los niveles de prevención en la historia natural de la enfermedad.

Desde ahí, se delineó el tortuoso camino de la idea de promoción de la salud, por un lado, separándose del concepto de 'prevención de la enfermedad' y, por otro, en operacionalizarse en acciones factibles dentro del desarrollo del capitalismo en avance. Fue bajo estos términos que varios congresos y encuentros en los que la comunidad científica mundial comienzan a discutir la promoción como la necesaria reorientación de los sistemas de salud dentro de los Estados Sociales Capitalistas. Esta es la nota clave que enmarca la idea de 'promover la salud' brindada en su mayoría por grupos científicos, gobiernos y trabajadores de la salud.

En este sentido, la promoción de la salud deja de ser una 'idea-camino' para ser un concepto 'en domesticación'. El Informe Lalonde de 1974<sup>10</sup> y la Declaración de Alma-Ata de 1978<sup>11</sup> intentan resistir manteniendo la fuerza cuestionadora de la promoción, pero con las dificultades inherentes de un mundo en constante 'estandarización'. Los valores capitalistas y la crisis del proceso de transición al socialismo en la Unión Soviética fueron disputas político-económicas de tal magnitud que generaron tensión en todos los ámbitos de la vida social, incluso en la salud. El sector salud tenía un papel estratégico para la acumulación de capital con la caída de la tasa de las ganancias que se desencadenaría tras la crisis de 1974. Como nos recuerdan Stotz y Araújo<sup>12</sup>:

El siglo XX termina con el colapso del sistema socialista y el aparente agotamiento de las energías utópicas en el mundo. Al triunfo del capitalismo le siguen retrocesos en las conquistas sociales y un aumento de la violencia y la enajenación. Más importante aún es que, en este proceso, la figura social del antagonista del capitalismo parece haber desaparecido del escenario social<sup>12</sup>. (p. 7)

Escenario que, el primer documento antes mencionado, elaborado por Marc Lalonde, redefinirá el campo de la salud ampliando la idea de salud más allá de la biología humana y reorientándola hacia acciones concretas a favor de: a) los estilos de vida, b) la organización de la atención sanitaria, y c) el medio ambiente. A pesar de la relevancia de esta apertura del sector salud hacia afuera de la biología, podemos decir que es una "ampliación tutelada" por la forma de producir la vida en el capitalismo. Al fin y al cabo, no hay nada más ligado ideológicamente a valores liberales (como el individualismo, por ejemplo) que atribuir la responsabilidad de la enfermedad al 'estilo de vida' que uno "adopta".

Aún así, es posible cuestionarse a qué organización de la atención sanitaria se refiere el documento ya que la idea de 'participación comunitaria' (*community involvement*)<sup>13</sup> solo puede considerarse como en la palabra inglesa misma: un *involvement*. Se envolver no es actuar de manera protagónica. *Involvement* limita la idea de la organización del cuidado sanitario en las manos de los trabajadores y, por supuesto, oculta la condición de clase al asumir que los diferentes "segmentos" (profesionales de la salud, gestores, usuarios y sociedad civil)<sup>14</sup> pueden estar en posiciones sociales distintas y que deben

resignarse apenas a dialogar sobre lo que es posible para la "entrega" de los servicios y no sobre su "producción". Esto parece nuevo, pero es bien viejo. Clarke<sup>15</sup> en 1970, ya identificaba que el rol del involucramiento vía 'desarrollo comunitario' fue una estrategia del Estado capitalista para remediar los defectos de la 'gestión corporativa', proporcionando canales de información y medios para legitimar las políticas estatales. Así las estrategias de 'democracia participativa' por dentro del Estado no visaban satisfacer las necesidades del pueblo, sino confinar sus aspiraciones y su organización dentro de los límites normativos y de recursos del Estado.

Finalmente, la tercera ampliación tutelada del campo de salud: 'el medio ambiente'. Su enfoque pasó sin ser problematizado desde el punto de vista totalizador y sirvió para dos aspectos ideologizantes sobre la preocupación del campo de la salud con el ambiente: a) primero, para sustraer al ser humano como elemento intrínseco a medio ambiente, naturalizando las tragedias ambientales como si fueran eventos inevitables de los ciclos biogeoquímicos y de los ecosistemas mundiales y, b) segundo, para evitar el debate sobre el papel del modo de producción como responsable del agotamiento de los recursos naturales y de la intensificación del patrón del consumo de bienes como salida a la crisis.

En el caso de la declaración de Alma-Ata<sup>11</sup>, la situación fue diferente. En tierras soviéticas, el foco del debate estuvo en la 'reorganización de los servicios de salud' (una acción de promoción de la salud en sí misma). El intento fue revivir la idea de promoción de la salud, pero sin perder de vista su operatividad. Los llamados 'cuidados primarios de salud' fueron el centro de la reorientación de la organización de los servicios y preconizaban la reestructuración de su oferta en base en estos cuidados. Constreñida por el aumento de los costos en el sector salud, la reorganización de los sistemas de salud basados en cuidados primarios tiene como función poco difundida la 'economía de la provisión', sin embargo, el acceso universal fue en sí mismo el horizonte de la formulación en su conjunto. Además de la reorganización de los sistemas basados en la APS tener sus méritos, la propuesta de operacionalización de la promoción no quedó ahí. Su acción concreta en cada servicio de APS pasó a depender de la participación social en el territorio. En términos operativos significaba: la construcción de planes comunitarios de salud y el uso de las denominadas tecnologías adecuadas para la APS, como la acción comunitaria, autodeterminación y autorresponsabilidad.

Para una crítica imanescente de los caminos que la operación de promoción ha ganado en la APS, es necesario partir de la comprensión de dónde se basan los servicios. En la jerga ideológica del capitalismo en ascenso, la comunidad deja de estar fijada a la "tierra" y se ubica en el "territorio". En una perspectiva crítica, la palabra territorio tiene una función incuestionable al resaltar las relaciones de poder en el espacio, sin embargo se omite la relación de propiedad del residente. Mismo reconociendo que el aporte marxista de Milton Santos ha sido ampliamente utilizado para trabajar estas cuestiones en el sector salud, lo que se observa son errores de apropiación del concepto de "territorio". Esto ha persistido en los últimos años y la necesidad de profundizar su discusión, especialmente en la dimensión de totalidad, ha sido reclamada por los especialistas<sup>16</sup>. En otras palabras, la tierra (la casa, la residencia) como elemento de posesión pasa a ser dejada de lado para centrarse en la microfísica de las

relaciones humanas<sup>17</sup>. Por supuesto, esto no fue directamente en Alma-Ata, pero fue consecuencia de un desarrollo e insistencia la idea-territorio como unidad geopolítica y estructurante de la APS y no como elemento de expropiación originaria.

Aún, la participación de la comunidad en la materialidad de las acciones no logró avanzar. A aquellos que trabajan todos los días y dependen del trabajo para subsistir les queda poco tiempo para participar de los procesos colectivos en las unidades de salud (¡cuando los hay!). Más aún, cuando esta participación se lleva a cabo, tiende a perder aliento debido a una intensa burocratización y, cuando no se convierte en protocolo para justificar la participación como un "colegiado" de personas cuya opinión de los miembros poco importa o, es repetidamente ignorada. Esto se puede verificar actualmente en los diversos estudios que demuestran los límites de los consejos locales para modificar la estructura de los servicios (estatales), sirviendo más como un lugar de escucha que de solución de problemas<sup>18</sup>.

Otras buenas ideas de Alma-Ata que han sido encapsuladas por la lógica capitalista son los conceptos de 'acción comunitaria', 'autodeterminación' y 'autorresponsabilidad'. Durante el último cuarto del siglo XX, la idea de 'responsabilidad social' subsumió la dáda acción-determinación constituyente de la idea 'compromiso social'. Entre responsabilidad y compromiso no sólo hay una diferencia de vocabulario, sino una carga semántica que transfiere poderes y omite procesos de sujeción. Ahora bien, el término 'compromiso social' es el núcleo central que organiza la autodeterminación de los trabajadores con responsabilidad sobre su destino (autorresponsabilidad). Esto implica que los trabajadores, y solamente a ellos, decidan colectivamente sus caminos. La acción comunitaria es precisamente aquella que parte de la clase obrera para sí misma. Es en sí misma una acción comunitaria (del vocábulo comuna, luego, autonomía) y no "comunitariamente orientada" como sugere la 'responsabilidad social' (del vocábulo comunitas, luego, comunidad). Esta segunda acepción se basa en la 'responsabilidad social' que deposita en las empresas y en la sociedad civil "ONGizada"<sup>19</sup>, la responsabilidad de desarrollar las comunidades a sus intenciones sometiendo los individuos a sus proyectos a sus normas y presupuestos. Este ha sido el camino que han venido sufriendo las tecnologías sociales en APS en todo el mundo.

El arrastre ideológico de la lógica y de todos estos conceptos que sustentan la idea-camino de la promoción de la salud la sumerge en el lodazal del pantano capitalista. Sin la fuerza para submergir, la promoción de la salud perdió su significado radical inicial (aunque con reservas) y pasó a estar al servicio del *statu quo*, el orden y la conservación. Pero este elemento no duraría tanto, ya que, para que la promoción sea aún más funcional a la dinámica capitalista, no basta reducir su carga semántica, es necesario alinearse con las fases del desarrollo capitalista en el mundo participando en los mecanismos que justifican su existencia.

Fue así que la comprensión de la determinación del proceso salud-enfermedad (base teórica de la promoción de la salud) fue perdiendo terreno y reduciéndose al concepto de "Determinantes Sociales de la Salud"<sup>14</sup>. Vistos aisladamente, los determinantes ayudan a fragmentar la acción político-económica en el sector salud y desarticulan el entendimiento total entre los servicios de salud y las decisiones políticas, económicas, educativas y culturales descrito por Sigerist. Luego esto se convirtió en objeto de

reformulación que la promoción deberá asumir frente a la crisis del capitalismo monopolista y el surgimiento del neoliberalismo en la pos-década de 1990.

Claro que no estamos acá reduciendo los esfuerzos de una comunidad científica y militante de luchó en el aparato del Estado por hacer la promoción de la salud 'viable'. Esto tiene sus méritos y no ignoramos la lucha política dentro del Estado. Mas como dijo Holloway<sup>20</sup>, la lucha es dentro, fuera y, mas allá del Estado capitalista que a todo deturpa. Quedar enredados en la lógica del Estado no nos es suficiente. La autocrítica que debemos hacer es: ¿dónde está lo "fuera" y lo "mas allá" que la promoción de la salud puede ser?

## La "Nueva" Promoción de la Salud (NPS) que ya nació vieja

Estamos de acuerdo con Vasconcellos y Schmaller<sup>14</sup> cuando las autoras denominan la "promoción de la salud" que vivimos desde 1980 como la "Nueva" Promoción de la Salud (NPS) creada por el Informe Lalonde y Alma-Ata. También nos apoyamos en Stotz y Araújo<sup>12</sup> cuando estos autores explican que la "nueva" promoción de la salud aparece con una 'modernización conservadora', una superación del capitalismo en sus propios términos, a saber, un uso utilitarista de la idea de 'promover salud' en el sentido de dar paso a una reorganización de las relaciones de producción en salud como forma de impulsar la reanudación de la tasa de ganancia y, por ende, la acumulación de capital.

Argumentamos que ha sido en esa dirección que una colección de declaraciones sintetizadas en varios encuentros político-científicos sobre promoción de la salud avanzó. No existe una preocupación genuina, y por lo tanto radical, de cuestionar el modo de producción capitalista, sino que la preocupación radica en admitir sus términos. La función de estos documentos es clara: confundir a los trabajadores, usuarios y gestores, haciéndoles creer que es posible avanzar en la salud para todos instituyendo algún tipo de promoción de la salud compatible con el capitalismo. Es pertinente aclarar que no desconsideramos que la promoción de la salud y su universalidad de acceso avanzara, pero en términos marxianos ellos son más concesiones de una burguesía que es forzada a negociar bajo intensa lucha de clase que una conquista de los trabajadores por el diálogo fraterno apenas.

Quien ratifica este significado del NPS restringida al neoliberalismo es la conocida Carta de Ottawa de 1986<sup>11</sup>. Se anticipando al nuevo liberalismo que se impondría, se apresuró a reconsiderar sus elementos fundacionales de acuerdo con las estrategias del desarrollo capitalista. Es pertinente recordar que los capitalistas no tienen un proyecto a corto plazo. Fue en ese sentido que la precedencia de esta Carta demuestra cómo los líderes de los países signatarios se comprometieron del lado del capital (y no del trabajo) en el escenario que se vendría con la mundialización<sup>21</sup>. Examinaremos su lógica interna para diseccionar su tono neoliberal disfrazado de "buen chico".

Cuando examinamos la lógica interna de las acciones estratégicas planteadas en la Carta de Ottawa, existe un vínculo intrínseco entre las estrategias y las acciones que relacionan cada "nivel" de organización de las sociedades con una responsabilidad de promoción, a saber: las políticas públicas intersectoriales (Estado); reorganización

de los sistemas de salud (instituciones); creación de entornos saludables (empresas); fortalecimiento de la acción comunitaria (comunidades), desarrollo de capacidades personales (individuos). En nuestra opinión, estas relaciones son formas de cuestionar las verdaderas intenciones de la promoción de la salud, no solo manteniéndose al margen del debate sobre el cambio estructural social, sino también sirviendo como un medio para que las actividades de promoción se muevan 'mejor' entre las instituciones capitalistas desde que denegue la totalidad social, jugando en términos de: en lo "macro" o en lo "micro". En esos momentos la distinción macro-micro nunca se hizo con tan poco sentido.

## La "pequeña política" y el lugar de la promoción de la salud

Brasil tuvo un importante período progresista (Lula-Dilma) en la historia reciente y que llenó de esperanza la izquierda sanitaria. Especialmente el gobierno Lula creó políticas de salud cuya intensidad ha sido descrita en la literatura como algo positivo<sup>22</sup> y, a menudo, señalado como uno de los grandes éxitos de este período, en que Brasil vivió una democratización del presupuesto público. Sin embargo, mismo que una reorientación del presupuesto federal en salud pública ocurrió, un incremento nunca se llevó a cabo. Datos de Mendes y Carnut<sup>23</sup> muestran que, en la sucesión política entre FHC (1995-2002) y Lula-Dilma (2003-2016), el gobierno federal siempre mantuvo el porcentaje de gasto público en salud en 1,7% del PIB.

Fue en este mismo período que se construyó, sobre el marco normativo del Estado, un conjunto de políticas subsectoriales de los cuales la PNSP de 2006<sup>4</sup> fue una de ellas. Esta táctica de profusión de políticas de salud subsectoriales aparentemente dejó ocupados la mayoría de los operadores de políticas en las esferas subnacionales y, en algunas de ellas, la adhesión se dió por razones muy claras: los incentivos financieros transferidos por el gobierno federal.

Los incentivos financieros siempre son bienvenidos en situaciones de implantación e incluso mantenimiento de servicios públicos, pero, al mismo tiempo condicionan el comportamiento de los agentes económicos y, en este caso, borran en gran medida el debate político en las entidades subnacionales sobre el papel que la fragmentación de las políticas públicas. Esto juega una despolitización del debate social más allá de los límites impuestos por estas políticas.

Es así como Coutinho<sup>24</sup> bautiza el fenómeno vivido en Brasil entre 2002-2014 como la "hegemonía de la pequeña política". Inspirándose en Gramsci, Coutinho explica qué es la "pequeña política" en contraste con la "gran política":

La gran política comprende las cuestiones vinculadas a la fundación de nuevos Estados, la lucha por la destrucción, por la defensa, por la conservación de determinadas estructuras orgánicas económicas y sociales. La pequeña política comprende las cuestiones parciales y cotidianas que se presentan dentro de la estructura ya establecida como resultado de las luchas por el predominio entre las distintas fracciones de una misma clase política (política del día a día, política parlamentaria, política de pasillo, intrigas). Por lo tanto, es una gran política





tratar de excluir la gran política de la esfera interna de la vida estatal y reducir todo a la pequeña política<sup>24</sup>. (p. 29)

Es en este sentido que la profusión exacerbada de políticas subsectoriales de salud, como la PNSP, puede considerarse una discusión sobre más una "pequeña política" que restringe el alcance del debate político totalizante, es decir, censura la gran política en la que la promoción de la salud como una 'idea-camino' bien podría encontrar anclaje. Por eso, la encapsulación de la promoción de la salud como PP en el Estado capitalista permite que el debate sobre la promoción no se interponga. Sólo en estos términos, configurados como una pequeña política, la promoción de la salud no suscita la necesaria radicalidad de su razón de ser, y puede, sin ser amenazante, transitar en el léxico normativo de las PP como más una "acción" que el SUS puede ofrecer para racionalizar los recursos.

Sin embargo, la promoción de la salud para existir se sostiene en el argumento de la economía que sus "acciones" hacen. La justificación del énfasis en las "acciones" de promoción se acomodó a la retórica de la "reducción de costos" y se adaptó a la idea genérica de "eficiencia" propia del pensamiento económico neoclásico y racionalizador neoliberal. Esto se puede identificar en la PNPS de 2006 en el siguiente extracto del preámbulo de la política:

se entiende que es urgente superar la cultura administrativa fragmentada y desenfocada de las necesidades de la sociedad, evitando el desperdicio de recursos públicos, reduciendo la superposición de acciones y, en consecuencia, aumentando la eficiencia y eficacia de las políticas públicas existentes<sup>4</sup>. (p. 15)

Además, incluso reducido al debate de la pequeña política, el contenido del PNSP hace eco de la plétora de documentos, cartas y declaraciones internacionales sobre promoción que, como ya se expuso, asegura un espacio para la reproducción discursiva de la ideología política neoliberal.

En la PNPS, los problemas sociales pasan a ser considerados como los determinantes de la salud-enfermedad de los individuos, cuando esos mismos problemas sociales son determinados por el modo de producción. Tal como está planteado, los problemas sociales son la última esfera de 'determinación' y cuyo enfrentamiento resolvería los condicionamientos inferiores hacia la enfermedad del individuo:

por ejemplo: violencia, desempleo, subempleo, falta de saneamiento básico, vivienda inadecuada y/o ausente, dificultad para acceder a la educación, hambre, urbanización desordenada, calidad del aire y del agua amenazada y deteriorada...<sup>4</sup>. (p. 10)

Esta es una forma sutil de reforzar el debate sobre la pequeña política, evitando el debate sobre el papel del modo de producción capitalista, el papel del Estado en esta reproducción y cómo los 'determinantes' antes mencionados no son los últimos objetivos del proceso de determinación, pero también están determinados por un

engranaje mayor que los provoca. En cierta medida, es un orden del discurso que naturaliza la idea de la existencia de "determinantes" y que transmite la idea de que algo que se pueda hacer para intervenir en ellos sería suficiente para amortiguar una cascada de eventos que repercuten en el proceso de salud-enfermedad de las personas. Ahora bien, este proceso de naturalización de la existencia de los determinantes como "datos" es otro operador ideológico que sofisticada la despolitización crítica de la promoción, reiterándola, a nuestro juicio, en el espacio de la pequeña política. Como dice Coutinho<sup>24</sup> no cuesta nada repetir:

Repito: hay hegemonía de la pequeña política cuando la política deja de ser pensada como arena de lucha por diferentes propuestas de sociedad y, por tanto, es vista como un terreno ajeno a la vida cotidiana de los individuos, como una simple administración de lo existente. La apatía se convierte así no solo en un fenómeno de masas, sino que también es teorizada como un factor positivo para la conservación de la "democracia" por parte de teóricos que condenan las "excesivas exigencias" como generadoras de desequilibrios fiscales y, en consecuencia, de inestabilidad social<sup>24</sup>. (p. 32)

Los ejemplos de intervenciones propuestas por la PNSP para pensar cómo alcanzar los determinantes son: alimentación saludable, práctica corporal/actividad física, prevención del tabaquismo, reducción de la morbimortalidad por uso de alcohol y otras drogas, reducción de la morbimortalidad por accidentes de tránsito, prevención de la violencia, fomento de una cultura de paz y desarrollo sostenible. La política vuelve a desviar el foco del elemento que los une como problemas sociales: el avance del modo de producción capitalista y la intensificación de la explotación de los trabajadores como recurso para: comer mal, recurrir a las drogas, tener más automóviles en las ciudades, aumentar las desigualdades que promueven todo tipo de violencia y la degradación y explotación a ritmos acelerados del medio ambiente.

## La socialdemocracia y horizonte estratégico

El debate político de la izquierda brasileña no rompe con el orden. Su solución política para el Estado brasileño fue servir a dos amos, es decir, enriquecer las fracciones de la clase que manejaba los fondos públicos en mayor medida, y redistribuir algunos ingresos a los estratos más pobres con miras a recalentar el consumo masivo<sup>25</sup>.

En este escenario de conciliación de intereses tan dispares, no hay lugar para una promoción de la salud que cuestione este acuerdo. El potencial estratégico de la promoción como idea que rescata la crítica al modo de producción capitalista y como forma de orientar la revolución social por la salud guiada por el trabajador ni siquiera fue discutido en ninguna pauta en la arena política.

Así, la docilidad del tema de la promoción de la salud fue parte del proyecto político de la izquierda en el poder. Este es el rol que juega la socialdemocracia en su capacidad de gestionar sus intereses políticos acomodando cosmovisiones muy diferentes, puliendo astillas de convicciones y conceptos que cuestionan la realidad

capitalista, promoviendo un sentimiento de "armonización social". Este no es un fenómeno político nuevo en la historia y se remonta a la Asamblea Constituyente posrevolucionaria de 1848 en Francia. El partido proletario figuró como un apéndice del partido democrático pequeñoburgués, y en el intento de reorganizarse políticamente, enfría su contenido programático creando un partido llamado Montaña. Al analizar esta coyuntura histórico-política, Marx<sup>26</sup> nos dice que:

Se rompió el filo revolucionario de las reivindicaciones sociales del proletariado y se les dio un sesgo democrático, se despojó a las reivindicaciones democráticas de la pequeña burguesía de su forma meramente política y se volcó su filo socialista. Así nació la socialdemocracia. La nueva Montaña, resultante de esta combinación, estaba constituida [...] de los mismos elementos que la antigua Montaña, sólo que numéricamente más fuerte. Sin embargo, en el curso de su desarrollo, había cambiado junto con la clase que representaba. El carácter peculiar de la socialdemocracia se resumía en los siguientes términos: se exigían instituciones democráticas republicanas, no como medio para suprimir dos extremos, el capital y el trabajo asalariado, sino como medio para atenuar su contradicción y transformarla en armonía<sup>26</sup>. (p. 63)

Se puede decir que el horizonte socialista desaparece en la dirección política de la socialdemocracia en el poder. El camino que la promoción en su sentido radical podía abrir en el debate fue reposicionado por el mismo sector salud como un problema específicamente democrático. Es en este discurso de hacer más "democráticas" las PP que se desdibuja el horizonte anticapitalista y las discusiones políticas de los grandes proyectos de sociedad reduciéndolos a la modificación de las cosas por la vía democrático-electoral. Marx<sup>26</sup> enfatiza este rasgo y demuestra cómo el furor revolucionario es atemperado por la "cuestión democrática".

Cualesquiera que sean las medidas que se propongan para lograr este propósito, por mucho que esté adornado con concepciones más o menos revolucionarias, el tenor sigue siendo el mismo. Este contenido es la modificación de la sociedad por medios democráticos, siempre que sea una modificación dentro de los límites de la pequeña burguesía<sup>26</sup>. (p. 63)

Sin un horizonte estratégico bien definido, de carácter socialista, y que oriente la radicalidad anticapitalista de la promoción de la salud, la tendencia ideopolítica es el retorno del reformismo socialdemócrata, en esta vez con una coyuntura económica en decenso. La tendencia a la que se accede en el escenario político que se avecina es la desestimación de la promoción como una guía importante para repensar los sistemas de salud basados en APS y agudizar la biomedicalización de los servicios, haciendo de la promoción un "procedimiento" ofrecido. Mientras tanto, si la izquierda no logra encaminar la radicalidad del debate socialista hacia otra forma de producir vida, la tendencia es un *déjà-vu* de propuestas que encapsulan la promoción, recalentando la historia de toda desvalorización y liberalización que el concepto hoy ya posee.

Así, si no hay un cuidado riguroso por parte de la izquierda en adherir al coro político-crítico, específicamente bajo la amenaza del neofascismo en Brasil<sup>27</sup>, ni siquiera la agenda democrática podrá revivir en un lugar de la lucha por una salud "democratizada". La ilusión del Estado Democrático de Derecho, propio de la socialdemocracia, sucumbe en su carácter democrático aunque las fuerzas progresistas no hagan el debido enfrentamiento radical. En este sentido, como resume Marx<sup>26</sup>: "Los demócratas creen en el sonido de las trompetas que hicieron se desmoronar los muros de Jericó. Y cada vez que se topan con los muros del despotismo, tratan de imitar ese milagro" (p. 66).

## Finalmente...

¿De qué Promoción de la Salud estamos hablando? En resumen, podemos decir que es una promoción de la salud que instiga el 'consumir' y no problematiza el 'producir'. Las críticas realizadas a lo largo de este artículo no pretenden negar la importancia de la promoción de la salud socialmente existente ni descalificar la labor de los políticos, técnicos y operadores de políticas en su ejecución.

El motivo de esta crítica radica en cuestionar qué podemos hacer más allá de lo que ya se ha hecho. En otras palabras, se trata de reconducir el camino del potencial político que tiene la promoción para volver a enfatizar el debate radical sobre la salud y aprovechar mejor la oportunidad que nos brinda la historia. Recordemos: la promoción de la salud debe servir de base para una vida saludable y feliz y esto tiene que ser sinónimo de socialismo.

### Contribución de los autores

Todos os autores participaram ativamente de todas as etapas de elaboração do manuscrito.

### Agradecimientos

Agradecemos ao Prof. Dr. Marcos Bagrichevsky pelo generoso convite e pela oportunidade de participarmos deste debate.

### Conflicto de interese

Os autores não têm conflito de interesse a declarar.

### Derechos de autor

Este artigo está licenciado sob a Licença Internacional Creative Commons 4.0, tipo BY ([https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.pt\\_BR](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.pt_BR)).





**Editor**

Antonio Pithon Cyrino

**Editor associado**

Lucas Pereira de Melo

**Presentado el**

05/06/22

**Aprobado el**

27/09/22

## Referencias

1. Rios ERG, Franchi KMB, Silva RM, Amorim RF, Costa NC. Senso comum, ciência e filosofia: elo dos saberes necessários à promoção da saúde. *Cienc Saude Colet.* 2007; 12(2):501-9.
2. Breilh J. La categoría determinación social como herramienta emancipadora: los pecados de la "experticia", a propósito del sesgo epistemológico de Minayo. *Cad Saude Publica.* 2021; 37(12):e00237621.
3. Correia D, Mendes Á, Carnut L. Determinação social do processo saúde-doença no contexto latino-americano: a importância do pensamento crítico em saúde. *Crit Revolucion.* 2022; 2:e002.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde. 3a ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
5. Schraiber LB. Medicina liberal e incorporação de tecnologia: as transformações históricas da autonomia profissional dos médicos em São Paulo [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 1989.
6. Claeys G. Utopia: a história de uma ideia. São Paulo: Edições Sesc; 2013.
7. Boschetti IS. Limitações do estado social capitalista contemporâneo: expropriações, acumulação, exploração e violência. *J Manag Prim Health Care.* 2020; 12:e14.
8. Marx K, Engels F. O manifesto comunista. São Paulo: Boitempo; 2007.
9. Leavell H, Clark EG. Medicina Preventiva. São Paulo: McGraw-Hill; 1976.
10. Lalonde M. A new perspective on the health of Canadians: a working document. Ottawa: Government of Canada; 1974.
11. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. As cartas da promoção da saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.
12. Stotz EN, Araújo JWG. Promoção da saúde e cultura política: a reconstrução do consenso. *Saude Soc.* 2004; 13(2):5-19.



13. Watt A, Rodmell S. Community involvement in health promotion: progress or panacea? *Health Promot.* 1987; 2(4):359-68.
14. Vasconcelos KEL, Schmaller VPV. Promoção da saúde: polissemias conceituais e ideopolíticas. In: Costa MDH, Vasconcelos KEL. *Por uma crítica da promoção da saúde: contradições e potencialidades no contexto do SUS.* São Paulo: Hucitec; 2014. p. 47-110.
15. Clarke S. *The State Debate* [Internet]. Warwick: University of Warwick; 1991. Chapter 1, *The State Debate*; [citado 15 Jun 2022]; p. 1-61. Disponível em: <https://files.warwick.ac.uk/simonclarke/files/pubs/statebk.pdf>
16. Faria RM, Bortolozzi A. Território e saúde na geografia de Milton Santos: teoria e método para o planejamento territorial do Sistema Único de Saúde no Brasil. *Espaço Geog Analise.* 2016; 38:291-320.
17. Guimarães EMS. Expressões conservadoras no trabalho em saúde: a abordagem familiar e comunitária em questão. *Serv Soc Soc.* 2017; (130):564-82.
18. Dantas AV. *Do socialismo à democracia: tática e estratégia na Reforma Sanitária Brasileira.* Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2017.
19. Dagnino E. ¿Sociedad civil, participación e ciudadanía: de que estamos falando? In: Mato D, coordenador. *Políticas de ciudadanía y sociedad civil en tiempos de globalización.* Caracas: FACES, Universidad Central de Venezuela; 2004. p. 95-110.
20. Holloway J. *In, against, and beyond capitalism: the San Francisco lectures.* Oakland: PM Press; 2016.
21. Chesnais F. *A finança mundializada.* São Paulo: Boitempo; 2005.
22. Menicucci TMG. A Política de saúde no governo Lula. *Saude Soc.* 2011; 20(2):522-32.
23. Mendes Á, Carnut L. Capital, estado, crise e a saúde pública brasileira: golpe e desfinanciamento. *SER Soc.* 2020; 22(46):9-32.
24. Coutinho CN. A hegemonia da pequena política. In: Rizek CS, Oliveira F, Braga R, organizadores. *Hegemonia às avessas: economia, política e cultura na era da servidão financeira.* São Paulo: Boitempo; 2010. p. 29-43.
25. Marques RM, Mendes Á. Servindo a dois senhores: as políticas sociais no governo Lula. *Rev Katalysis.* 2007; 10(1):15-23.
26. Marx K. *O 18 de Brumário de Luís Bonaparte.* São Paulo: Boitempo; 2011.
27. Carnut L. “O que o burguês faz lamentando... o fascista faz sorrindo”: neofascismo, capital internacional, burguesia associada e o Sistema Único de Saúde. *Rev Cienc Soc.* 2022; 22:1-11.



## Resumo

Discute-se como a promoção da saúde, reduzida a uma “pequena política”, surgiu da intensa agenda reformista proporcionada pelos governos progressistas no Brasil (2003-2016) para ratificar a social-democracia como forma de domar o conflito capital-trabalho. Para isso, foi feita uma exposição argumentativa sob o método materialista histórico-dialético sobre quatro temas essenciais. A primeira, sobre o “encurtamento” da ideia de promoção da saúde. A segunda, sobre a “Nova Promoção da Saúde” e seus propósitos em um novo padrão de acumulação capitalista. A terceira, sobre a hegemonia da “pequena política” e o lugar da promoção da saúde no período do progressismo brasileiro. A quarta, sobre a social-democracia e sua maneira de domesticar conceitos radicais. Por fim, são feitas breves considerações sobre os caminhos que o debate promocional deve seguir para retomar sua radicalidade.

**Palavras-chave:** Promoção da saúde. Crítica. Política. Formação de conceitos. Sistema Único de Saúde.

---

## Abstract

It is discussed how health promotion, reduced to a “small policy”, came from the intense reformist agenda provided by progressive governments in Brazil (2003-2016) to ratify social democracy as a method of taming the capital-labor conflict. For this, an argumentative exposition under the historical-dialectical materialist method was made on four essential themes. The first, on the “shortening” of the idea of health promotion. The second, on the “New Health Promotion” and its purposes in a new pattern of capitalist accumulation. The third, on the hegemony of “small politics” and the place of health promotion in the period of Brazilian progressivism. The fourth, on social democracy and its way of domesticating radical concepts. Finally, brief considerations are made on the paths that the promotional debate must follow to reactive its radical nature.

**Keywords:** Health promotion. Criticism. Politics. Concept formation. Brazilian National Health System.