Corriendo el riesgo

Una introducción a los riesgos en salud

Luis David Castiel
Maria Cristina Rodrigues Guilam
Marcos Santos Ferreira

EDITORA FIOCRUZ

Universidad del Rosario · EDITORIAL ·

EDITORA
FIOCRUZ

Universidad del
Rosario

Corriendo el riesgo

Castiel, Luis David
Corriendo el riesgo: Una introducción a los riesgos en salud / Luis David Castiel, Maria Cristina Rodrigues Guilam, Marcos Santos Ferreira. – Bogotá: Editorial Universidad del Rosario, Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud, 2015.
154 páginas. – (Colección Textos de Medicina y Ciencias de la Salud)
Incluye referencias bibliográficas

ISBN: 978-958-738-627-1 (rústica)
ISBN: 978-958-738-628-8 (digital)

Salud pública / Epidemiología / Administración de riesgos – Aspectos sociales / Medicina / I. Título / II. Serie.

362.1 SCDD 20

Catalogación en la fuente – Universidad del Rosario. Biblioteca

amv Junio 9 de 2015

Hecho el depósito legal que marca el Decreto 460 de 1995

Corriendo el riesgo

Una introducción a los riesgos en salud

Luis David Castiel
Maria Cristina Rodrigues Guilam
Marcos Santos Ferreira

Colección Textos de Medicina y Ciencias de la Salud

© Editorial Universidad del Rosario
© Universidad del Rosario,
Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud
© Luis David Castiel, Maria Cristina Rodrigues Guilam y Marcos Santos Ferreira

Editorial Universidad del Rosario
Carrera 7 No. 12B-41, of. 501 • Teléfono 297 02 00
editorial.urosario.edu.co

Primera edición en español: Bogotá D.C., junio de 2015

Primera edición en Portugués: *Correndo o risco: uma introdução aos riscos em saúde*, Luis David Castiel, Maria Cristina Rodrigues Guilam, Marcos Santos Ferreira. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2010.

ISBN: 978-958-738-627-1 (rústica)
ISBN: 978-958-738-628-8 (digital)

Coordinación editorial
Editorial Universidad del Rosario
Traducción
Silvana Weller
Diseño de cubierta
Miguel Ramírez, Kilka DG
Diagramación
Precolombi EU-David Reyes
Impresión

Impreso y hecho en Colombia
Printed and made in Colombia

Fundação Oswaldo Cruz

Presidente
Paulo Gadelha
Vice-Presidente de Ensino, Informação e Comunicacão
Nísia Trindade Lima

Editora Fiocruz

Directora
Nísia Trindade Lima
Director Executivo
João Carlos Canossa Mendes
Editores Científicos
Carlos Machado de Freitas
Gilberto Hochman
Conselho editorial
Claudia Nunes Duarte dos Santos
Jane Russo
Ligia Maria Vieira de Silva
Maria Cecília de Souza Minayo
Marilia Santini de Oliveira
Moisés Goldbaum
Pedro Paulo Cheiffi
Ricardo Lourenço de Oliveira
Ricardo Ventura Santos
Soraya Vargas Côrtes

Editora Fiocruz
Avenida Brasil, 4036, sala 112 | Manguinhos
CEP 21040-361 | Rio de Janeiro, RJ | Brasil
Tels.: (+5521) 3882-9039 | 3882-9060
Fax: (+5521) 3882-9006
editora@fiocruz.br
www.fiocruz.br/editora

Todos los derechos reservados. Esta obra no puede ser reproducida sin el permiso previo por escrito de los editores.

Contenido

Presentación de la traducción al español 9
Silvana Weller

Presentación a la versión en español: de riesgos y fantasmas 13
Luis David Castiel

Entrando en escena 21

1 Aspectos técnicos, metodológicos y teóricos del riesgo 29

2 Riesgo y estilo de vida saludable 45

3 Riesgo y genética 85

4 Riesgo y contexto sociocultural 101

Saliendo de escena 139

Referencias 143

Lecturas sugeridas 149

Sobre los autores y la traducción 151

Presentación de la traducción al español

Silvana Weller

Correndo o risco - Uma introdução aos riscos em saúde es un pequeño gran libro que fue publicado en el año 2010 por la Editora Fiocruz. Tal como señalan los editores, el mismo

> Forma parte de la colección Temas en Salud, que busca acercar a los estudiantes, profesionales y público en general panoramas sobre conceptos y contenidos fundamentales del área de salud. La propuesta es combinar información actualizada con reflexiones basadas en producciones científicas recientes. Los libros están escritos en lenguaje accesible por especialistas compenetrados con el contexto sociopolítico de producción y aplicación del conocimiento en salud.

Me interesó realizar la traducción del libro al español (revisada por L. D. Castiel) para acercar y hacer disponible a compañeros, colegas y otros potenciales lectores estas ideas sobre la necesidad de mantener una mirada crítica frente a los usos del concepto de "riesgo" en salud y las implicancias morales que el mismo adopta a la hora de diseñar e implementar políticas, acciones e incluso consejos en salud. El libro aborda de un modo sencillo conceptos e ideas complejas que tienen una alta eficacia (de modo cada vez más difícil de

distinguir) tanto en el mundo sanitario como en la vida cotidiana. Con enormes implicancias políticas, como se verá.

Me motivó también un "afán sanitario" ya que considero que el libro tiene propiedades terapéuticas "de amplio espectro" —como aquellos antibióticos que nos hacían tomar cuando éramos niños—. Está indicado para mejorar la variada gama de ocupaciones que realizamos aquellos que nos dedicamos a la salud pública/salud colectiva.

El libro está sugerido para el inicio de la escritura de un proyecto de investigación, más específicamente para el temido momento en el que hay que definir un problema. El texto le permitirá comprender de un modo bastante inmediato que muchos de los problemas que se han "naturalizado" en la salud pública son en realidad expresiones de UN modo —que es hoy el dominante— de entender la salud pública, pero no el único. Esta percepción puede producirle un efecto liberador, que lo habilitará para ver las mismas cosas de otro modo, lo ayudará a desestimar problemas "evidentes" y posiblemente, también le permitirá ver problemas nuevos.

El libro puede ser también de utilidad en la búsqueda bibliográfica, otro momento delicado en la realización de una investigación. Por lo menos en mi experiencia, los recorridos por las bases de datos consagradas nos apabullan. Esto sucede en primer lugar por la cantidad de referencias (¿excesos de la precariedad?); cuando nos reponemos de este primer impacto descubrimos que muchos de esos textos refieren a una gran cantidad de problemas que son tratados en otras latitudes y que para uno (que piensa con los pies puestos en su territorio) significan poco, a veces nada. También nos ocurre que encontramos trabajos que hablan de nuestros problemas, pero son planteados de un modo que resulta por lo menos extraño sino incomprensible. El libro lo ayudará —en ese momento— a no sentirse solo y le permitirá comprender mejor que su sentimiento es adecuado.

Sugerimos también su uso para la vida profesional del gestor, ya sea que este se dedique a la definición de políticas o a su implementación en el campo de la salud. Cuando usted lea este libro, posiblemente notará que la mayoría de los otros gestores (tal vez usted mismo, con las mejores intenciones) se abocan la mayor parte del tiempo a definir lineamientos e implementar programas de promoción, prevención e incluso atención de la salud, que están más cerca de aumentar el control sobre la vida de las personas que de mejorar su calidad de vida. Tomar conocimiento de esto puede ser difícil en un primer momento, pero preanuncia potenciales avances en la producción de las políticas futuras (aquí el libro funcionaría de modo similar al modelo homeopático de concepción y atención de la salud, es decir que primero empeora los síntomas, luego mejora el cuadro general).

Si su desarrollo profesional se asocia la mayor parte del tiempo a la atención clínica, el libro le brindará insumos para comprender mejor el pensamiento y las prácticas de muchos de sus colegas, así como los temores más básicos de sus pacientes (que los colegas, entre otros, ¡contribuyen a fomentar!).

Finalmente, y no menos importante para nuestras propias vidas, este libro es una herramienta indispensable para poner alguna clase de filtro a los mensajes preventivo-terroríficos que nos inundan desde los espacios más inesperados de nuestra vida cotidiana (los avisos en la televisión, en la calle, en los medios gráficos, etc.). Por esto mismo, su lectura está especialmente recomendada también para las personas que se desempeñan en el campo de la comunicación en general, y de la salud en particular.

Es sin duda un libro de "amplio espectro". Pero hay más…

Para quienes la investigación es sólo una parte de la vida, la lectura de estos autores es un enorme ahorro de tiempo y esfuerzo, pues ellos fundamentan sus ideas en una lectura muy actualizada de

los autores clásicos y contemporáneos, y nos presentan estas ideas de modo organizado, sistemático y con una alta dosis de reflexión y pensamiento crítico.

Creo, en síntesis, que ustedes van a poder reconocer en este texto algunas de las preocupaciones que nos acucian (aunque rara vez lo podamos expresar con esta claridad y fundamento) a quienes trabajamos en los campos de la prevención-atención de problemas vinculados a la salud pública, en la medida que no somos ajenos a los supuestos que orientan la producción actual dominante del conocimiento llamado "científico".

Buenos Aires, diciembre de 2014

Presentación a la versión en español: de riesgos y fantasmas

Luis David Castiel

Son altos los riesgos de hacer una presentación a la excelente traducción del libro hecha por Silvana Weller, amiga de muchos años y que también transita hace un largo tiempo en este mundo peculiar de la llamada salud colectiva.

Esta es una obra que ya tiene prácticamente cinco años de existencia. Los tiempos, como sabemos, son acelerados y los trabajos académicos tienen algo así como una "fecha de caducidad". Progresivamente, con excepción de los textos consagrados como clásicos, los artículos académicos son considerados desactualizados. Y tal vez, en menor grado, los libros. En general, la producción académica es evaluada de menor valor a medida que pasa el tiempo. E inclusive, va siendo excluida de las frenéticas evaluaciones y puntuaciones "bibliométricas" del gerencialismo utilitarista universitario. Además de esto, es preciso evitar la omnipresente tentación obsesiva de intentar arreglar aspectos del libro que no quedaron exactamente como deseábamos. Tenemos que tener paciencia con nuestras sintomatologías, para no correr riesgos con sus excesos…

Pero hay señales que indican que el tema continúa vigente. Vivimos tiempos de hiperprevención. En nombre de los riesgos a la salud, se continúa poniendo a las personas bajo un manto pesado

de responsabilidad individual para que se prevengan. Incluso así, continuamos a merced de las tentaciones de placeres potencialmente peligrosos para la salud y por lo tanto, amenazadores, provenientes de los cantos fatídicos de las muchas sirenas que intentan seducirnos.

Continuando con la analogía de La Odisea, parece que debemos prendernos de modo compulsivo a los mástiles virtuosos del "autocuidado de sí", vulgarmente llamado "estilo de vida saludable", para no decaer, en el caso que nos permitamos perder el autocontrol frente a las tentaciones del placer que pueden, conforme las situaciones, hasta ser fatales. Y la meta de muchos de nosotros es, en general, la "longevitalidad" gracia que aparentemente algunos bienaventurados reciben de los dioses genéticos. Pero cada vez más se trata de una mercadería para los elegidos que puedan pagar, aunque desgraciadamente, sin garantía absoluta de éxito.

Sucede que el riesgo es paradojal. Siendo inmaterial, virtual (como un fantasma), se vuelve "real" por su existencia alegórica e imaginaria. Incluso no creyendo en los fantasmas, que ellos existen, existen. Como las brujas. Y como el riesgo, que al mismo tiempo, opera como si fuese un fantasma pedagógico que actúa como elemento educativo que debe orientarnos para evitarlo, en la búsqueda de alguna tranquilidad (como pretenden las imágenes aversivas fantasmagóricas en los paquetes de cigarrillos…). Pero también, nos confunde y nos asusta, pues es demasiado difícil hacer una gestión actualizada que nos permita evitar todos los riesgos que pueden acosarnos. En estas cuentas, siempre podemos estar en deuda. Y esto, inevitablemente, tiene efectos ansiógenos que, de modo irónico, pueden causarle daño a nuestra salud.

En el caso del riesgo para la salud, éste puede salir eventualmente de su estado latente invisible de "virtualidad probabilística" y transformarse de modo asustador, materializándose como un agravio, enfermedad, patología y en el límite, en muerte. Especialmente, como

ya fue mencionado, si no nos portamos bien. Las intervenciones frente a los riesgos en el campo sanitario poseen inevitablemente una dimensión moral.

En este caso, el castigo es ser obligados a adentrarnos en el extraño mundo de la asistencia médica. Ella puede conducirnos a un viaje a bordo de un tren fantasma rumbo a una temeraria realidad paralela con destino imprevisible en cuanto a lo que será de nosotros en este período, hasta que lleguemos al momento esperado a partir del cual podamos retornar.

Hay algo aquí de "Efecto Gasparín" (lejos de ser amigable): un riesgo puede ser visible o invisible, puede tener consistencia y quedar de modo estable en alguna superficie —como en la confirmación del resultado patológico de un examen; o ser inconsistente, al entrar y salir de escena atravesando paredes —como en el resultado de un examen falso positivo; o con un valor limítrofe —medio normal, medio patológico…

De cualquier manera, se legitiman conceptos y políticas públicas de protección y prevención frente a los varios riesgos que nos acechan. Y nos rodean y nos obligan a ser virtuosos… En síntesis, el riesgo también es paradojal en función de que el conocimiento sobre él puede ser utilizado tanto para tranquilizar *in absentia* como para inquietar *in presentia* a aquellos que pretenden planificar racionalmente la seguridad de su futuro, tomando como base el "evidencialismo" de la investigación médico epidemiológica.

Siguiendo a Logins (2012), cabe aclarar brevemente que utilizamos la idea de evidencialismo como una construcción históricamente emergente en los principios del Iluminismo. Su acepción moderna se sustenta en la noción de que ninguna creencia que no sea verdad puede ser justificada a partir de estudios de los fenómenos por medio de las razones que prueben su existencia (evidencia) resultante de investigaciones cuantitativas.

En este sentido, se parte de una posición de fe en la idea de la verdad experimental vinculada a la especificidad de la naturaleza objetivable de los entes que serán tratados a través de técnicas de investigación que siguen ideas racionales de producción de conocimiento considerado científico, o sea, "evidencias".

Actualmente, el giro de la eficacia técnica evidencialista en la ciencia se conjuga con la producción de innovación tecnológica. En este contexto, se torna cada vez más difícil discernir el valor de la ciencia sin tener en cuenta sus repercusiones con relación a la economía de mercado (Samaja 2003). Aquí tenemos el innovacionismo conceptualizado como siendo el propósito principal de la ciencia para la creación de invenciones (ideas, esbozos, modelos) que servirán para la transformación, por parte de las empresas, en productos —objetos, procesos, tecnologías, aparatos— comercializables al interior del modelo neoliberal globalizado (Oliveira 2011).

Las evaluaciones de riesgo (sobre todo en el campo económico) tienen un gran valor de mercado debido a su supuesta capacidad de evaluar incertezas en lo que hace a las relaciones de costo/efectividad-beneficio de las acciones y emprendimientos que demandan inversiones monetarias. Pero en la medida en que el significado del riesgo se vuelve más sujeto a confusión y abierto al debate, queda claro que, por un lado, este concepto pretende "agregar valor" a los márgenes posibles de reducir las incertezas de los cálculos probabilísticos de resultados futuros. Por otro, puede servir para acentuar más aún nuestra inseguridad.

En el campo sanitario, estamos ante el proyecto —sujeto a falacias— del control racional de las vicisitudes a través de la vida singular de cada uno bajo tratamiento hiperpreventivo a partir de estudios de fenómenos biológicos poblacionales agregados, nivel en el cual son construidos los indicadores de riesgo. Entonces, vale la pena enfatizar: los riesgos son generalizados y legitiman prácticas de

"epidemioseguridad" cada vez más hiperpreventivas en la manera de anticiparse a cualquier amenaza al interior de narrativas moralistas de la historia *sobrenatural* de las enfermedades. "Sobrenatural" porque existen las perspectivas "naturales" supuestamente reales (a pesar de no ser materiales) de las probabilidades de los riesgos estudiados por la Epidemiología. Dicho de modo sintético, se sabe que esta disciplina posee la particularidad —diferente de otros campos que emplean el concepto de riesgo— de establecer tanto el nivel de *riesgos absolutos* a través de los datos de incidencia de determinados agravios a la salud en determinados grupos poblacionales. Pero, en especial, indicar *riesgos relativos* y correspondencias estimativas al comparar las incidencias entre agravios referentes a grupos de expuestos en relación con los no expuestos a factores/situaciones de riesgo.

Sin embargo, en un contexto afectado por ideas y percepciones de inseguridad e incerteza son inevitables las proliferaciones imaginarias resultantes de la extensa divulgación de mensajes amenazantes y de la necesidad de adoptar medidas de seguridad de diversos tipos, orígenes y finalidades frente a las amenazas de los riesgos a nuestra salud y seguridad.

Tenemos entonces que lidiar con una sensibilidad aumentada a los riesgos, que, a su vez, puede eventualmente hasta asumir una dimensión fantasmagórica, obligándonos a desarrollar estrategias de protección recomendables por los expertos en el tema para no ser atormentados por la materialización del daño que compromete nuestra salud y, en el límite, nuestra propia existencia.

Así, como implícitamente sugiere Silvana Weller en su presentación, este libro casi podría ser colocado en el sector de autoayuda de las librerías, pues pretende ayudar a las personas a desmitificar la tiranía de la idea de la hiperprevención basada en el control de riesgos.

Vamos a terminar con una parodia (con todo respeto) a Les Luthiers[1], en su pieza "La Gallinita dijo Eureka", en la cual hay un diálogo entre un niño pequeño y su padre, que intenta mantenerse jugando dentro de la lógica del niño. Pero la criatura comienza a hacer preguntas cada vez más complicadas sobre la historia que el padre le relata y él se ve obligado a decirle "toda la verdad" del principio físico de Arquímedes y dejarlo triste con la dura realidad de que "las gallinas no hablan".

Entonces, siguiendo a Les Luthiers, es importante lidiar con *aquellas preguntas sobre temas un poco delicados, como por ejemplo, ¿cómo hacer la gestión de todos los riesgos? A los chicos hay que decirles siempre la verdad, por supuesto que en los términos que ellos pueden entender, entonces usted le puede explicar de la siguiente manera, le puede decir por ejemplo: no nene, con los riesgos hay que saber que es imposible hacer la gestión de todos ellos.*

Pero, hoy en día, buena parte de la función educativa de los padres es tratar de enseñarle a los hijos los riesgos que corren cuando llega el momento de que salgan solos. Es difícil sostener estas palabras que se van volviendo ridículas cada vez que quieren salir. Pues, siguiendo las reglas probabilísticas, en general, por suerte, no sucede nada malo. Pero, siendo riesgos, por las dudas, es inevitable la vigilancia preventiva a través de los celulares…

La cuestión es que en el caso de la gestión de los riesgos, la "verdad probabilística" pertenece al contexto de los estudios poblacionales, no existe algo como "toda la verdad" del riesgo para el individuo, porque no es posible saber sí, de hecho, el fantasma se materializará

[1] Les Luthiers es un grupo argentino de humor, muy popular en países hispanohablantes que utiliza la música como un elemento fundamental de sus actuaciones. (N. del. T)

para determinado individuo en aquel momento específico. De los riesgos se habla mucho, pero es imposible saber toda la verdad.

Logins, A. "Scepticisme, fidéisme et évidentialisme: oppositions et origines". *Dialogue. 51*, (2012), 613-642.

Oliveira, M. B. "O inovacionismo em questão". *Scientia studia 9(3)*, (2011), 669-675.

Samaja, J. "Sobre la ciencia, la técnica y la sociedad. Para pensar la nueva agenda de la educación superior". *Ciencia, Docencia y Tecnología 14* (2003). Consultado noviembre 28, 2014. http://www.revistacdyt.uner.edu.ar/articulos/descargas/cdt27_Samaja.pdf.

Entrando en escena

Riesgo: todo lo que siempre quiso saber, y no se atrevió a preguntar

Pedimos permiso al discípulo de Groucho Marx —A. Stewart Konigsberg— por tomar como base para el título de esta introducción el de la película que dirigió en 1972. Se trata de una comedia que satiriza problemas de la sexualidad. Aquí la palabra "sexo" fue sustituida por "riesgo" y ubicada al comienzo de la oración, a los efectos de enfatizarlo pues se trata del eje de este libro.

Es preciso comentar tres aspectos: 1) Muchos ya deben haber percibido que se trata del consagrado cineasta Woody Allen, quien se asumió como discípulo de Groucho Marx (nacido Julius Henry Marx), humorista y comediante del siglo pasado; 2) El título de la película de Allen se basó en un manual consagrado (serio) sobre sexualidad, del Dr. David R. Reuben, publicado en los años 60 (la película sigue poco el manual, porque si lo hiciese, no sería una comedia); 3) Hay un vínculo "natural" en la aproximación entre sexo y riesgo en los tiempos actuales (aproximación que siempre hubo en la historia de la humanidad, ya sea con las enfermedades venéreas, sea con los problemas resultantes de las partes involucradas en eventuales situaciones de traiciones amorosas o pasiones no correspondidas). En nuestra época, además de los aspectos citados, tenemos que tener más en cuenta esa aproximación en función de

la gravedad del VIH-sida y de los varios riesgos que lo acompañan en las situaciones de exposición y posible transmisión sexual.

De ahí surge la necesidad de discusión sobre los miedos y prejuicios para lidiar con los riesgos en un terreno todavía cargado de entredichos y no dichos, como es el de la sexualidad. Pero no sólo en el campo de los riesgos —sea en el ámbito de la promoción de la salud basada en aspectos relacionados al llamado "estilo de vida saludable", sea en el campo de la genética y de las concepciones que la acompañan al considerar los genes como los mayores determinantes de los eventos humanos— existen entredichos, cosas no dichas, ambigüedades, intereses e ideologías. Esos elementos hacen que debamos estar atentos a la necesidad de superar las correspondientes perspectivas moralizantes de presupuestos preventivistas capaces de llegar a los límites de la intolerancia y de la opresión.

El título del libro se basa en una anécdota relatada por el investigador brasileño Naomar de Almeida-Filho —estudioso de salud colectiva en general; y de la epidemiología (y de los riesgos), en particular— al relatar un hecho ocurrido en Salvador, Bahía. En una época de gran represión a las "pintadas" en la ciudad, la policía ejercía un control rígido de este delito. Cierto día, un gran muro que había sido pintado recientemente de blanco, presentaba un trazo continuo horizontal, de tinta negra. Al final se leía la siguiente inscripción: "corriendo el riesgo". O sea, en la medida en que se hacía el trazo (risco)[1] de tinta, hecho presumiblemente por alguien que debe haberlo pintado con rapidez, el autor exploraba el doble sentido de la frase, asumiendo que estaba corriendo el riesgo de ser atrapado por la policía.

---

[1] Juego de palabras: en portugués la palabra "risco" significa "riesgo" y "trazo". (N. del T.).

En cierto modo, este libro, al trazar sus escritos sobre el riesgo, también corre el riesgo de no satisfacer los preceptos de los discursos dominantes de la prevención y de la promoción de la salud. Nos referimos a los discursos que pueden llegar a crear una atmósfera de aversión obsesiva a todos los riesgos que se corren a lo largo de la vida. En pocas palabras: no es simple estar atento, de modo sostenido, a todos los riesgos posibles que nos amenazan al vivir la vida. Incluso, inevitablemente, vivir implica correr riesgos.

Claro que no se trata aquí de hacer una apología incauta y displicente de la exposición desenfrenada a amenazas reconocidas a la salud y a la vida, sino de mostrar como ese ambiente "riesgofóbico" puede configurar una estrategia limitante y productora de ansiedades e inseguridades, al proponer formatos restrictivos de conducción del comportamiento de las personas. Siendo así, este libro adopta una postura crítica frente a esta configuración en el ámbito de la salud. Para eso, se sustenta en autores y perspectivas conceptuales socioculturales que critican el exceso manifestado en este estado de cosas.

Ahora cabe expresar lo obvio: es innegable que hoy en día, la noción de "riesgo" disfruta de mucha popularidad en diversos lugares del mundo. Si ser "popular", en términos generales, se relaciona a una idea de difusión, reconocimiento y tal vez, aceptación pública, tal circunstancia es flagrante. Más allá de los contextos biomédicos/epidemiológicos de la salud ocupacional y de las ciencias actuariales, se habla y escribe con frecuencia sobre el riesgo en los medios de comunicación. Se observa también que las personas, en sus vidas particulares, incorporan de alguna forma la idea de riesgo, aun cuando las actitudes en término de conducta sean distintas: o someterse, buscando administrar los modos de vivir —comer, beber, ejercitarse, exponerse al sol, mantener relaciones sexuales, etc.—; o no someterse, adoptando modos de andar por la vida considerados

arriesgados, suponiendo que son inmunes y/o que tienen santos fuertes que les brindan protección…

No obstante, parece existir de modo colectivo la percepción de que sobrevuela un aura de amenaza sobre todos nosotros, pudiéndonos alcanzar de modo particularizado en cualquier instante. Especialmente si no seguimos los preceptos de la prevención en salud, de las normas de seguridad en el trabajo, de las precauciones en las actividades cotidianas no sólo urbanas sino también rurales (ver por ejemplo el uso inadecuado de agrotóxicos). Hay una percepción de que se vive en un ambiente globalizado de riesgo —una sociedad catastrófica—. Esa afirmación se dirige, por un lado, al contexto del capitalismo avanzado, en el que se destacan los riesgos de accidentes tecnológicos de carácter colectivo, resultantes del proceso de modernización de nuestras formaciones socio-económicas. Por otro, se refiere a los riesgos causados por la pobreza en las sociedades de la escasez en el llamado Tercer Mundo, y se refiere también a los bolsones de pobreza de las diferentes regiones del mundo industrializado.

Es preciso resaltar la existencia de una verdadera industria de determinación/evaluación de riesgos, basada en disciplinas ligadas a la economía, ingeniería, toxicología, epidemiología/biomedicina y las ciencias actuarias. Con certeza, uno de los principales elementos que participan de la construcción del espíritu de riesgo de nuestras sociedades modernas puede ser ubicado en el terreno de la abundante producción científica. Hay una enorme cantidad de investigaciones sobre esta temática acumulada en las últimas cinco décadas. Una hipótesis a tener en cuenta para la construcción de tal cuadro sería la ampliación del acceso a la tecnología computacional y a los paquetes estadísticos. Es posible agrupar las áreas de esa producción científica (que inevitablemente se superponen) en:

1. Verificación/medición: como fundamento para las estrategias preventivas en las interacciones médico-paciente en la práctica médica. Aquí se incluyen las prácticas de una medicina volcada para la "previsión", cuyas intervenciones ocurren a partir de la identificación de exposiciones a factores de riesgo;
2. Análisis/evaluación/administración: orientada a riesgos ocupacionales, control y seguridad de productos industrializados y percepción pública;
3. Enfoque de riesgo epidemiológico: orientado a la dimensión de la salud pública. Puede referirse a dos dominios: ambiental, al abordar riesgos provocados por exposiciones a residuos radioactivos, contaminadores tóxicos y otros subproductos de actividades económicas y sociales; e individual, al lidiar con riesgos resultantes de "elecciones" personales de comportamiento, reconocidas por la expresión "estilo de vida".

Como veremos más adelante, la proliferación de estudios sobre riesgo tuvo repercusiones en términos de difusión pública a través de los medios de comunicación. Por ahora, cabe señalar el establecimiento de un círculo "vicioso" entre emisores y receptores de las informaciones. Como consecuencia de la divulgación de información considerada vital para la sobrevida de las poblaciones, se produce un interés inmediato del público por tales cuestiones (especialmente frente a la posible imputación de irresponsabilidad, en el caso que se asuman conductas descuidadas al respecto), propiciando una demanda para la cual los medios buscan presentar los "últimos descubrimientos de la ciencia" sobre riesgos.

Una de las derivaciones posibles para el público, frente a las configuraciones de riesgo divulgadas, es buscar el sector económico responsable por la oferta/comercialización de productos de

protección/prevención de riesgos. Tenemos, entonces, servicios, prácticas, bienes de consumo de diversos tipos para enfrentar/prevenir las potenciales amenazas a nuestra salud. Mientras tanto, es importante señalar que no hay garantías incondicionales de que estaremos protegidos, pues el riesgo es una entidad probabilística. En general, las situaciones de exposición no se presentan de modo que sea fácil saber que las previsiones de los daños fueron ciertas, inmediatas, indiscutibles. Siempre existe la posibilidad de que ocurran imponderables incontrolables.

Eso no es de extrañar. Es posible percibir la emergencia de discursos populares de resistencia a la ideología del riesgo, en la medida que rechazan las características inherentes a los presupuestos de probabilidad. Tales discursos de resistencia son fácilmente identificables y consisten en dos caras de la misma moneda. Son representados por dos modelos básicos: a) alguien de edad avanzada, cuya exposición a "factores de riesgo" a lo largo de la vida, no alteró su salud o sobrevida; b) alguien en el "vigor de la juventud", sin historia de exposición, que inesperadamente sucumbe en virtud de un evento vinculado a "factores de riesgo" con relación a los cuales supuestamente no estaría expuesto.

Entre las muchas cuestiones vehiculizadas por este concepto está la idea de virtualidad, tan cara a la llamada modernidad tardía. Sin embargo, es preciso definir mejor la noción de "virtual", bastante divulgada hoy en día. "Virtual" aplicado a la idea de riesgo se opone a "actual", en el sentido de algo que no aparece explícitamente sino como potencialidad, en latencia, posible de suceder. Pero, existe la oposición "virtual x real" que se sitúa en la óptica, en los espejos: imagen real/virtual. Aún más, puede estar referido a la producción "artificial" de algo: virtual x natural. Por lo tanto, vinculado a la idea de simulación y a modelos ligados a sistemas de representación de realidades virtuales computacionales.

Pero, curiosamente, "virtual" se relaciona con "virtud", en el sentido de fuerza efectiva, eficacia, poder. Por ejemplo: un "hechizo con la virtud de curar las penas de amor…". El concepto de riesgo parece también incluir este poder: es posible pensar en términos de que la exposición con la "virtud" de generar determinado daño.

En fin, este libro no pretende ser (asumidamente) de auto ayuda, como puede sugerir su organización en preguntas y respuestas que componen cada capítulo. Al principio, puede parecer que tenemos solución para sus (nuestros) problemas, frente al tenor instrumental de las preguntas iniciales. Sin embargo, a medida que el texto avanza, nos vemos obligados a lidiar con aspectos que no proporcionan respuestas definidas o definitivas.

Infelizmente, por más que se quieran recetas instrumentales resolutivas, no siempre las respuestas consiguen satisfacer todas las preguntas hechas:

- ¿Qué es el "riesgo"?
- ¿Qué campos de saber/disciplinas se interesan por el riesgo?
- ¿Cuáles son los indicadores epidemiológicos ligados a la noción de riesgo?
- ¿Qué es preciso mencionar sobre los aspectos teóricos y metodológicos del riesgo?
- ¿Cuál es la relación entre riesgo, causalidad y asociación?
- ¿Cuál es el papel del riesgo en el discurso de la promoción de la salud?
- ¿Cuál es la relación entre riesgo y estilo de vida?
- ¿Qué es el estilo de vida activo y saludable?
- ¿Cómo viene siendo usada la promoción de la salud para promover estilos de vida activos y saludables?
- ¿Qué es el riesgo genético?
- ¿Qué es la genetización de la medicina y de la salud?

- ¿Qué es la genetización de la sociedad?
- ¿Cuál es la relación entre el riesgo y la divulgación popular de contenidos científicos?
- ¿Cuál es la relación entre riesgo y velocidad?
- ¿Cómo abordar la problemática del riesgo en la adolescencia?
- ¿Cuál es la relación entre la responsabilidad individual y la prevención de riesgos?

Es preciso señalar que los autores de este libro asumen correr el riesgo, siempre presente al escribir ensayos, de ser aburridos y en consecuencia producir somnolencia en sus lectores. Pero queremos apostar a la probabilidad de que esta obra también pueda tener la virtud de calmar nuestras ansiedades en relación con tantos riesgos que, aparentemente o no, nos avasallan, y también nos pueda ayudar a "dormir con un barullo de estos". Como nos enseña la sabiduría popular: el que no arriesga…

1 Aspectos técnicos, metodológicos y teóricos del riesgo

¿Qué es riesgo?

Antes de desarrollar nuestro tema, es necesario asumir la importancia del concepto de riesgo en la actualidad en los diversos campos en los que es utilizado, principalmente en el ámbito de las ciencias de la salud y de las prácticas médico-asistenciales, académicas y preventivas, en especial en el terreno de la epidemiología.

"Riesgo" es una palabra con diferentes sentidos que no siempre conviven en armonía. De acuerdo al *Diccionario Aurélio*[1], en el "sentido común", hay controversias en cuanto a su origen: tanto puede provenir del bajo latín *risicu*, *riscu*, probablemente del verbo *resecare*: cortar, cuanto del español *risco*: peñasco escarpado. En la segunda acepción, excluyendo los términos relacionados al verbo "arriesgar", indica, por un lado, la propia idea de peligro y por otro, su posibilidad de ocurrencia.

En el siglo pasado, el sentido de la palabra riesgo estaba relacionado con las apuestas y chances de ganar o perder en ciertas modalidades de juego (llamados "de azar"). En épocas más recientes, adquirió significados referidos a desenlaces negativos. En el transcurso de la Segunda Guerra Mundial, en el campo de la ingeniería, el

[1] Diccionario más consultado en Brasil.

tema recibió fuerte impulso debido a la necesidad de estimar daños derivados de la manipulación de materiales peligrosos (radioactivos, explosivos, combustibles). En la biomedicina, esos análisis sirvieron para dimensionar los riesgos posibles en la utilización de tecnologías y procedimientos médicos.

En el *Diccionario de Epidemiología* (Last 1989), la palabra "riesgo" hace mención a la probabilidad de ocurrencia de un evento (mórbido o fatal) y también funciona como un término no técnico que incluye diversas medidas de probabilidad en cuanto a hechos no favorables. La propia idea de probabilidad puede ser leída de dos modos: intuitivo, subjetivo, vago, ligado a algún grado de creencia, esto es, una "incerteza que no se consigue medir"; u objetivo, racional, mensurable mediante técnicas probabilísticas —"incerteza capaz de ser medida"—.

El abordaje de los "factores de riesgo" está calcado de esta segunda acepción, esto es, "marcadores" que se proponen la predicción de morbimortalidad futura. De este modo, se podría identificar, compatibilizar y comparar individuos, grupos familiares o comunidades en relación con la exposición a dichos factores (ya establecidos por estudios previos) y proporcionar intervenciones preventivas. Como dice Ayres:

> La particularidad que permite identificar la discursividad propia de la epidemiología puede ser sintéticamente descrita por el conjunto indisociable de tres características que nos llevarán a la interrelación elucidadora entre la epidemiología del riesgo y sus antecesores: una pragmática de control técnico; una sintaxis del comportamiento colectivo y una semántica de la variación cuantitativa (Ayres 2002, 115).

¿Qué campos de saber/disciplinas se interesan por el riesgo?

Uno de los principales elementos que participan en la construcción del espíritu de riesgo de nuestras sociedades modernas puede ser localizado en la gran producción científica. Hay una cantidad enorme de estudios sobre estas temáticas en las últimas tres décadas.

Una forma de considerar de modo contemporáneo el concepto de riesgo es partir de las disciplinas que lo estudian. Podríamos situar estas disciplinas en cuatro grupos:

1. Las ciencias económicas, que tratan de transformar las incertezas (variables cuyo comportamiento se quiere conocer) en probabilidades. Para eso, estas ciencias tratan de cuantificar los riesgos para evaluar costos y posibles pérdidas. Así funcionan las aseguradoras: es sabido, por ejemplo, que el precio que se paga para asegurar un auto es mayor en Río de Janeiro que en cualquier otra ciudad de Brasil, pues la probabilidad de robo es mayor. Basados también en esta lógica los planes de salud definen el valor de sus mensualidades: personas de más edad pagan progresivamente valores más altos, pues tienen un riesgo mayor de enfermar que los más jóvenes.
2. La epidemiología, que también trata del riesgo por medio de su cuantificación. Fue la incorporación del concepto de riesgo por la epidemiología a mediados de la década de 1950 lo que posibilitó a esta disciplina el estudio de las enfermedades no transmisibles, lo que representó una enorme ampliación de su objeto de estudio.
3. La ingeniería, que a través de su área conocida internacionalmente como "análisis de riesgo" analiza el impacto de la

introducción de tecnologías modernas en la sociedad, sea por medio de un método cuantitativo (mediciones ambientales, relación costo-beneficio), sea por medio de la discusión del gerenciamiento del riesgo.

4. Las ciencias sociales, que entienden el riesgo no como un "hecho" a ser comprendido, cuantificado y gerenciado, sino como algo construido socialmente. Para los científicos sociales, las evaluaciones de riesgo no pueden dejar de lado factores subjetivos –éticos, morales, culturales– que intervienen en las opciones de los individuos.

Así como los tres primeros grupos de disciplinas abordan el riesgo de manera cuantitativa, el último busca retirar la discusión de un enfoque exclusivamente cuantitativo —aparentemente objetivo y neutro—, adicionando "ingredientes" más subjetivos.

¿Cuáles son los indicadores epidemiológicos ligados a la noción de riesgo?

Es preciso cuantificar, crear indicadores que midan la morbilidad en términos colectivos y posibiliten comparaciones entre poblaciones diferentes. En segundo lugar, es preciso determinar factores de riesgo (y de protección) y cuantificar la intensidad con la que tales factores están asociados a determinadas enfermedades. Finalmente, es necesario delimitar grupos con mayor riesgo de enfermar, o sea, grupos más vulnerables dentro de la población general.

A continuación discutiremos los indicadores de riesgo utilizados más comúnmente en salud pública.

Incidencia o riesgo absoluto

El riesgo absoluto de una enfermedad es verificado por medio de su incidencia, que traduce la idea de la intensidad con la que sucede determinado fenómeno mórbido en una población, estando esta intensidad relacionada con la unidad de intervalo de tiempo (día, semana, mes o año).

En términos operacionales se utiliza el coeficiente de incidencia, que se expresa de modo matemático de la siguiente manera:

$$\text{Coeficiente de incidencia} = \frac{\text{Número de casos nuevos de una enfermedad que aparecieron en una comunidad en cierto período de tiempo}}{\text{Número de personas expuestas al riesgo de adquirir la enfermedad en el mismo período}} \times 10\,n$$

Ejemplo: cuando decimos que la incidencia de la leucemia en Recife es de 3,6 por 100.000 habitantes para el año 2003, estamos afirmando que el riesgo absoluto que tiene un habitante de adquirir leucemia en ese período es de 3,6/100.000.

El riesgo relativo

El riesgo relativo (RR) es una medida de asociación. Esta medida se refiere a la intensidad con la que una determinada exposición se relaciona con la enfermedad bajo estudio.

El RR se expresa por la siguiente razón:

$$RR = \frac{\text{Riesgo de la enfermedad en individuos expuestos}}{\text{Riesgo de la enfermedad en individuos no expuestos}}$$

Esa razón se puede comportar de tres maneras:

RR=1

En este caso, el riesgo de enfermedad en la población expuesta es el mismo que en la población no expuesta, lo que parece indicar que no hay asociación de la exposición a la enfermedad en cuestión.

RR>1

En este caso, el riesgo de la enfermedad es mayor en los individuos expuestos que en los no expuestos, indicando una asociación de la exposición a la enfermedad.

Ejemplo: en la asociación entre fumar y padecer cáncer de pulmón, podemos comparar la incidencia de cáncer de pulmón en fumadores y no fumadores y obtener el RR=4 (RR>1), indicando que el riesgo de los fumadores de adquirir cáncer de pulmón es cuatro veces mayor que los que no fuman.

RR<1

Cuando esto ocurre, el riesgo de enfermedad es menor en individuos expuestos que en los no expuestos, lo que sugiere que la exposición puede tener un papel protector en relación con la enfermedad estudiada. Ese resultado puede ser encontrado cuando estudiamos, por ejemplo, la eficacia de una vacuna.

El riesgo atribuible

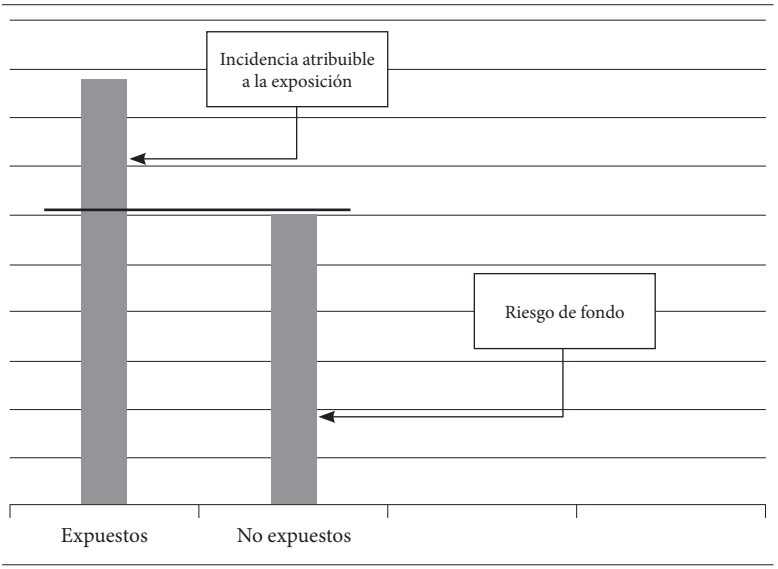
El riesgo atribuible (RA) es una diferencia entre riesgos. Su utilización tiene por objetivo responder a las siguientes preguntas: ¿Cuánto del riesgo de enfermar en individuos expuestos puede ser atribuido a esa exposición? ¿Cuánto del riesgo de enfermar en individuos expuestos puede ser eliminado si pudiéramos disminuir o evitar la exposición? Es una medida del beneficio potencial de una estrategia preventiva, o sea, ¿Cuál es el beneficio en términos de salud en el caso de que la medida de prevención sea adoptada? (Gordis 1988). Supongamos dos poblaciones, una expuesta y otra no expuesta, y que el riesgo de enfermar sea mayor entre los expuestos. El nivel de

riesgo en los no expuestos puede ser visto como riesgo de fondo, un riesgo que es compartido por ambos grupos. Si quisiéramos saber cuánto del riesgo total en los expuestos puede ser realmente atribuible a la exposición propiamente dicha (y no al riesgo de fondo), debemos tomar el riesgo total en los expuestos y restar el riesgo de fondo de los no expuestos (Ilustración 1).

$$RA = \begin{array}{c} \text{Riesgo de enfermar en individuos expuestos} \\ - \text{ Riesgo de enfermar en individuos no expuestos} \end{array}$$

De manera similar puede ser evaluado el impacto que una exposición específica puede tener en la población referente a un evento en particular.

Ilustración 1. Riesgos en expuestos y no expuestos



Fuente: (Gordis 1988, 55)

Ejemplo: la tasa de mortalidad por cáncer de pulmón para los no fumadores puede ser sustraída de la tasa de mortalidad por cáncer de pulmón en la población total; el resultado obtenido se denomina riesgo atribuible al cáncer de pulmón relacionado al hábito de fumar. Si esta estimación fuera aplicada a otra población, su frecuencia de exposición debe ser parecida a la primera. El objetivo del concepto de riesgo atribuible poblacional es estimar cuanto de la incidencia de una enfermedad particular puede ser reducida si la exposición específica fuese retirada.

En la epidemiología hay tres formulaciones básicas de riesgo: absoluto, relativo y atribuible. Es importante aquí hacer dos comentarios.

En primer lugar, es común decir que la tasa expresa el riesgo. Según Last (1989) esto es pertinente en el caso que sea aplicado a las situaciones presentadas, en el sentido más restricto de "tasa", o sea, como cocientes que representan cambios con el paso del tiempo. Además de esto, el concepto de "tasa" es también polisémico, incluso al interior de la epidemiología. De esta forma, para él, en las situaciones que se presentan a continuación, la tasa no expresa el riesgo.

- Cuando es sinónimo de cociente, refiriéndose a proporciones. Por ejemplo: tasa de prevalencia;
- Cuando es un cociente que representa cambios relativos (reales o potenciales) en dos cantidades (numerador y denominador). Por ejemplo: tasa de colesterol en sangre (Last 1989).

Sin embargo, esas distinciones no gozan de total consenso. Otros epidemiólogos diferencian claramente "tasa de incidencia" y "riesgo de enfermar", tanto en términos conceptuales como en los métodos de estimación. Las diferencias permanecen en los intentos de

distinguir los enfoques individual/colectivo de riesgo y sus correspondientes estimaciones.

En segundo lugar, como no es posible observar de modo simultáneo el efecto de exposición y de no exposición en el mismo individuo, el dispositivo estadístico-epidemiológico opera con grupos poblacionales basado en el presupuesto de que la diversidad de los individuos será distribuida de modo homogéneo en las muestras debidamente seleccionadas. Los cálculos producen tasas medias que reflejan, por lo tanto, valores referentes a los agregados (efectos causales medios). Si por acaso quisiéramos representar la unidad a través del cociente relativo a la cantidad observada por el mismo valor, es obvio que ésta no representará ningún "individuo", que de este modo, se torna una abstracción. Por lo tanto, el riesgo es un hallazgo relativo a la dimensión agregada. Su validez para el nivel individual da margen a errores lógicos. Estas cuestiones son estudiadas por la epidemiología (y por la sociología) con el nombre de "falacias ecológicas", que pueden ser de dos tipos: lo que es válido para el nivel poblacional puede no serlo para el nivel del individuo o que lo que es válido para el individuo no lo es para el nivel poblacional.

Otro punto importante es el considerable margen de confusiones nacidas de la falta de distinción entre riesgo relativo y absoluto. El riesgo relativo, aun siendo un indicador relevante de la fuerza de asociación entre un factor presumible y un evento no deseado, no puede ser relacionado a la probabilidad de que determinado individuo será alcanzado por tal evento. Un ejemplo: los pilotos de avión tienen riesgos relativos más elevados de sufrir accidentes de aviación si los comparamos con los pasajeros eventuales como la mayoría de nosotros. Sin embargo, aun siendo elevado el riesgo relativo en la comparación, el riesgo absoluto de accidentes para pilotos es bastante bajo.

¿Qué mencionar sobre los aspectos teóricos y metodológicos del riesgo?

En general, los epidemiólogos no acostumbran a cuestionarse aspectos que problematizan la construcción de los conocimientos sobre el/los riesgo/s, en especial en lo referido a sus pretensiones predictivas. En este sentido Hayes (1991) hace un análisis agudo de las limitaciones implícitas de ese abordaje. Para él, es esencial estar atento a determinados tópicos:

- Regularidad de los efectos empíricos: no puede haber alteraciones en las relaciones entre los marcadores de riesgo y los eventos de interés. Como la mayoría de las veces, los mecanismos que causan los daños son desconocidos, esos no deben variar de modo inesperado. Se trata, en síntesis, de la metáfora de la caja negra con relación a la cual desconocemos los mecanismos responsables por su funcionamiento. En otras palabras, es esencial la estabilidad de las condiciones de "existencia" del objeto para que el sujeto investigador lo aprehenda de modo fidedigno, ni el objeto de estudio puede variar en sus características, atributos, propiedades, ni sus interrelaciones con el medio circundante, en términos espacio-temporales.
- Definición del estatuto de los factores de riesgo específicos: es fundamental saber si el factor es determinante o predisponente con relación a los que son apenas contribuyentes o asociados de manera eventual. Y eso no suele ser discernible en muchas situaciones, en especial en aquellas que involucran la participación de los aspectos llamados psicogénicos.
- Factores de riesgo pertenecientes a niveles de organización distintos (social x natural): existen dificultades para

establecer con precisión los mecanismos y las mediaciones entre variables consideradas sociales (desempleo, analfabetismo, pobreza, etc.) y aquellas llamadas biológicas (edad, estado inmunológico, características genéticas), a pesar de que en ciertos casos parecería haber pocas dudas sobre las relaciones entre ellas. Por ejemplo: miseria y mortalidad por causas perinatales.

- Período de tiempo considerado válido para la predicción: es problemático tratar con exposiciones que tuvieron lugar un largo tiempo atrás (más de 15, 20 años, por ejemplo) y/o en cantidades reducidas, con el paso de largos intervalos cronológicos, de modo que se vuelve imposible garantizar la relación causal en el caso de ocurrencia del daño. Esto es especialmente relevante en exposiciones ocupacionales, que no llegan a generar daños inmediatos, sólo ocurriendo, de modo eventual, después de muchos años (Hayes 1991).

Una de las críticas importantes hechas al enfoque cuantitativista del riesgo consiste en el hecho de que este enfoque instituye una entidad que tendría una "existencia" autónoma, objetivable, independiente de los complejos contextos socioculturales en los cuales se encuentran las personas. En otras palabras, el riesgo adquiere un estatuto ontológico que acompaña, de cierta forma, aquel estatuto producido por el discurso biomédico para las enfermedades, pero, poseedor de características propias, o sea, atributos de virtualidad, "fantasmáticos". La "existencia" de los riesgos puede ser invisible, en la medida que no siempre es perceptible por sus señales/síntomas-objetos de los tradicionales instrumentos de semiología médica. Muchas veces son necesarios exámenes de laboratorio sofisticados

para "localizar" a ese ser arisco[2], capaz de desarrollarse de modo silencioso y traicionero y volverse presente de modo amenazador.

Si por un lado la retórica del riesgo puede servir de vehículo para reforzar contenidos morales y conservadores (Lupton 2004), por otro redimensiona el papel de la relación entre espacio y tiempo en la comprensión del enfermar: en su tarea, la biomedicina incorpora la localización e identificación en los sanos de sus posibles riesgos (oriundos de modalidades de exposición ambiental y/o de susceptibilidades biológicas, mediante técnicas diagnósticas cada vez más refinadas); surge una interminable red de riesgos en la que comportamientos, señales, síntomas y enfermedades pueden volverse factores de riesgo para otras afecciones (por ejemplo, hipertensión arterial como riesgo para enfermedades cardíacas); la dimensión cronológica asume mayor importancia en los modelos explicativos de los procesos de enfermar.

Vemos entonces surgir en el discurso y en la intervención biomédica una nueva condición medicalizable, el paciente ni está enfermo ni está sano, pues está en riesgo. Este hecho trae consecuencias importantes: en la generación de reglas de comportamiento dirigidas a la promoción y prevención de la salud, en último análisis, base del proyecto de extender la longevidad humana al máximo posible; en el establecimiento de lazos con la producción tecnológica biomédica; en la ampliación de las tareas de la clínica médica o, dicho de otra manera, en la aparición de una "clínica de la vigilancia de riesgos"; en la creación de la demanda para nuevos productos, servicios y especialistas dedicados a la prevención de los múltiples riesgos; en el refuerzo del poder y el prestigio de los profesionales responsables

[2] Juego de palabras: riesgo en portugués es "risco" (N. del. T).

por actividades dirigidas a nuevas técnicas/programas de control o a la investigación de factores de riesgo.

¿Cuál es la relación entre riesgo, causalidad y asociación?

Los términos "causalidad" y "asociación" son extremadamente caros al pensamiento científico en general, y al epidemiológico, en particular. A partir del establecimiento de aspectos que tratan de la relación entre eventos bajo esas dos perspectivas analíticas, hay un número de derivaciones involucradas. En el caso específico de la salud, frente a la afirmación etiológica de que "x causa y", no hay dudas en cuanto a la necesidad de acción en el sentido de prevenir el evento indeseable.

Un ejemplo trivial: colocar objetos de prevención/protección en lugares elevados para evitar que las personas caigan es algo indiscutible ante la amenaza que representa para la vida las caídas desde alturas elevadas. Esto redunda en medidas de protección indiscutibles, lo que nos lleva a concluir que en el ámbito de la prevención en salud, en el momento en el que se establece una relación de causa-efecto de carácter directo, tal relación articula dos dimensiones: la definición de algo como "peligroso" y la implementación de medidas de "protección/prevención" para evitar tal peligro.

Mientras tanto, aunque de modo esquemático, podemos afirmar que el mundo no se rige apenas por esa modalidad de relaciones entre eventos. Existen, por ejemplo, varios aspectos con características, pesos y potencialidades diferentes que tienen la capacidad de actuar de forma conjunta, pero no provocan obligatoriamente resultados indeseables, dependiendo, inclusive, de determinadas contingencias necesarias y/o suficientes. Pero: los seres biológicos —incluso dentro de la misma especie— pueden tener variaciones

que les confieren capacidades diferentes de reacción/respuesta a determinados fenómenos que los afectan. Más aún: algunas veces, es difícil explicar cuáles son los efectos de los contextos culturales en relación con las dimensiones biológicas de los individuos y de las poblaciones.

En estas circunstancias, las explicaciones sobre las relaciones entre los fenómenos pueden dejar el terreno firme de la causalidad y difundirse por dominios menos precisos, en los que los instrumentos de construcción de conocimiento pasan a adoptar estrategias para lidiar con la incerteza. La probabilidad es un dispositivo con esta finalidad. De un modo general, las afirmaciones basadas en probabilidades son dependientes de contingencias eventualmente fuera de control de los observadores en sus intentos de especificar causas y efectos. Así, en el ámbito de la salud, las intenciones de prevención comienzan a depender de definiciones con ciertas dosis de incerteza. Una de ellas es la del objeto incierto denominado "riesgo".

Mientras tanto, en una lectura inicial que transita por la obviedad esquemática, ya sentimos las superposiciones semánticas que aparecen en los diccionarios entre los términos "peligro" y "riesgo", como aparece, por ejemplo, en el *Diccionario Houaiss*. Si por un lado la palabra "peligro" se define como una "situación en la que se encuentra bajo amenaza la existencia o la integridad de una persona, un animal, un objeto, etc."; por otro lado es, al mismo tiempo, sinónimo de "riesgo", y así deja de ser "causa" evidente y directa en el sentido de lo que "hace que [algo] exista o suceda". Por su lado, riesgo es la "probabilidad de peligro, generalmente, como amenaza física para el hombre y/o para el medio ambiente", dentro de una "perspectiva favorable de que algo vaya a suceder; posibilidad, chance".

En términos conceptuales, el riesgo se constituye en una forma presente de describir el futuro, bajo el presupuesto de que se puede decidir cuál es el futuro deseable. Según Luhmann (1998, 72),

> el concepto de riesgo considera una diferencia de tiempo, esto es, la diferencia entre el juicio anterior y el juicio posterior a la ocurrencia de la pérdida. Y se dirige directamente a esta diferencia (…) [una] paradoja de la simultaneidad de visiones opuestas de tiempo.

Paradoja que a su vez, está también involucrada en una dimensión temporal. En la medida que pasa el tiempo, en cada momento, solamente hay un juicio posible.

El concepto de riesgo homogeniza las contradicciones en el presente, estableciendo que sólo se puede administrar el riesgo (el futuro) de modo racional, o sea, por medio de la consideración criteriosa de la probabilidad de ganancias y pérdidas, teniendo en cuenta las decisiones tomadas. ¿Qué son ganancias y pérdidas en el terreno del vivir/morir humanos?

Esta pregunta refleja la preocupación exacerbada que el mundo occidental persigue en la actualidad, con la dilación de la muerte y de los signos de envejecimiento —paradoja cruel— en una época en la que grupos poblacionales logran altos índices de longevidad. Y para escapar de tales contingencias en el llamado sentido común, la fuga de los riesgos se tornó sinónimo de estilo de vida sano, "pleno" de templanza, prudencia, gestión criteriosa/ponderada de los riesgos, cuando estos no pueden ser directamente evitados…

Luhmann (1998) destaca el hecho de que no pertenecemos a la familia de los héroes trágicos —quienes, al final de sus jornadas, descubrían que habían preparado sus propios destinos, incluso tratando de escapar de los hados— porque, a diferencia de tales héroes, sabemos de antemano lo que nos está reservado en función de nuestras decisiones.

En estas circunstancias, la idea de predicción no suele ser determinista, como el término podría sugerir, pero sí probabilista. Como veremos, incluso con los avances de los test genéticos, las

predicciones (en la acepción "profética") de la medicina sólo son válidas, hasta donde sabemos ahora, para algunas enfermedades específicas (como la Corea de Huntington). Las "predicciones" de riesgo (probabilidades) basadas en los conocimientos disponibles sobre las relaciones entre exposiciones/daños en la mayoría de las enfermedades, adquieren relevancia *a posteriori*, después de que tuvo lugar el daño. Eso confirmaría las relaciones de causalidad, aun cuando se desconozcan los mecanismos precisos de estos procesos. Sin embargo, para algunos autores, la ciencia sólo se legitima de hecho con el descubrimiento de los mecanismos. Con el surgimiento de los estudios de medicina experimental y los estudios epidemiológicos, basados en la biología molecular, la determinación de los riesgos se podrá, en algunas circunstancias, delimitar mejor, permitiendo predicciones con menores márgenes de error.

2 Riesgo y estilo de vida saludable

¿Cuál es el papel del riesgo en el discurso de la Promoción de la Salud?

Para entender el papel que ocupa el riesgo en el discurso de la promoción de la salud es necesario, en primer lugar, mirar para atrás y analizar como ésta se viene configurando a lo largo de los años.

Una primera idea de "promoción de la salud" aparece en un texto científico de 1946, cuando Henry Sigerist (1891-1957) se refirió a ésta como una de las cuatro tareas esenciales de la medicina, al lado de la prevención de las enfermedades, de la recuperación de los enfermos y de la rehabilitación. A partir de entonces se comienzan a publicar artículos sobre la promoción de la salud en diferentes países, referidos a diferentes escenarios y cuestiones vinculadas con las distintas profesiones. Si bien los artículos abordan la promoción a partir de diferentes perspectivas y modos de comprenderla, la idea de la promoción de la salud va lentamente ocupando el escenario académico de la salud pública.

Es en el año 1974 cuando la promoción de la salud aparece por primera vez como término y concepto en un documento oficial. Se trata del que quedó popularmente conocido como Informe Lalonde, en alusión a quien era en ese momento el Ministro de Salud de Canadá, Marc Lalonde. La gran contribución de ese documento fue la divulgación de un nuevo concepto de "campo de la salud" en

oposición a su perspectiva tradicional, íntimamente asociada a la medicina, vista como origen de todos los avances en la salud. Desde esta perspectiva, el campo de la salud era encarado como sinónimo de asistencia médica individual, lo que contribuía a la asociación entre nivel de salud y calidad de la medicina y por lo tanto, a que se concentrasen los gastos en esa área. La reducción de los gastos destinados a la cura de las enfermedades, característicos de un sistema hospitalocéntrico, era, de hecho, la principal preocupación del Informe. Tomando como base el nuevo concepto de "campo de la salud", el documento señalaba la necesidad de analizar de modo más integral las causas y los factores predisponentes de las enfermedades y los problemas sanitarios, lo que ayudaría a delinear acciones y estrategias que estuviesen más allá del ámbito del sistema de salud.

Una de las derivaciones del nuevo concepto de "campo de la salud" fue la elevación de los elementos "biología humana", "medio ambiente" y "estilo de vida" al mismo nivel de importancia que el de "sistema de salud" propiamente dicho. La aplicación de ese nuevo concepto de "campo" significaba que las respuestas a los problemas de salud pasarían a ser buscadas en el conjunto de los cuatro elementos constitutivos del campo. Este tipo de análisis, que puede ser adoptado para otros problemas de salud, encierra en rigor el concepto de riesgo epidemiológico. Desde este punto de vista, la ocurrencia de determinados eventos y su asociación a tantos otros se proyecta al futuro como una medida de probabilidad.

Otra referencia a la promoción de la salud que vale la pena destacar fue hecha en el informe publicado por el Departamento de Salud, Educación y Bienestar del gobierno de los Estados Unidos, que trascendió bajo el nombre de Informe *Healthy People* (Gente Saludable) *1979*. Así como el Informe Lalonde, el Informe *Healthy People 1979* se basa en el concepto de "campo de la salud" para buscar soluciones para los problemas de salud pública.

Ambos documentos marcan la emergencia del abordaje comportamental o conservador de la promoción de la salud que predomina en los años 70. Basado en el concepto de factores de riesgo producido por las vertientes reduccionistas clásicas de la epidemiología, y fuertemente orientada para los cambios de comportamiento y de estilo de vida, este abordaje es visto como un medio para incentivar a los individuos a asumir la responsabilidad por su propia salud y para reducir los gastos del sistema de salud.

Consciente de las imprecisiones y limitaciones del abordaje comportamental o conductista predominante en la década de 1970, la Organización Mundial de la Salud (OMS) asume la tarea de avanzar en las discusiones sobre ese ideario y en 1984 promueve un encuentro de especialistas con el objetivo de establecer consensos mínimos alrededor de ideas que, tomadas como principios de la promoción de la salud, servirían de punto de partida para la reflexión y definición de políticas y estrategias de acción en el campo de la salud pública. De este modo surge un nuevo abordaje de la promoción de la salud que fue conocido como "nueva promoción de la salud" (o también como abordaje socio ambiental o socio ecológico), cuyo marco más expresivo fue la I Conferencia Internacional de Promoción de la Salud, realizada en Canadá en el año 1986.

Si bien la "nueva promoción de la salud" también se basa en la idea de riesgo epidemiológico, su foco está dirigido a los condicionantes más generales de la salud, así como a los indisociables ambientes social, económico y cultural. Es vista como un medio para contribuir a los cambios sociales y para la mejoría de la relación entre los ciudadanos y el Estado, y además de esto también funciona como una forma de mover el énfasis en la "medicalización" del sistema de salud hacia el enfoque en políticas públicas y acciones multisectoriales (Lupton 1995). En este sentido, la participación social y el empoderamiento son ubicados como elementos clave de la "nueva

promoción de la salud" que, si bien no deja de abogar por la adopción de comportamientos saludables, condena las estrategias que culpabilizan al individuo por su estado de salud y que se limitan a prescribir comportamientos independientemente de las condiciones sociales, económicas y culturales. En otras palabras, la "nueva promoción de la salud" atenúa el énfasis del abordaje conductista en los cambios de estilo de vida y en los factores de riesgo como elementos directivos de las acciones de salud.

La intensa búsqueda de consensos y la ligazón visceral con el Estado son las marcas de este nuevo abordaje que, de cierta forma, debilitan su poder de transformación social. Así, la ambigüedad, que le es inherente, ha contribuido tanto para la renovación del pensamiento sanitario internacional como para la manutención del *status quo* (Carvalho 2005).

Hay todavía quienes vislumbran un tercer abordaje de la promoción de la salud que, en una perspectiva crítica, sería capaz de superar las limitaciones del abordaje conductista y de la "nueva promoción de la salud". Si bien hay autores (Carvalho 2005) que ya están dedicando estudios a esta cuestión, se trata de una tarea ardua y todavía inconclusa, en la medida que el concepto de riesgo epidemiológico aparece como el elemento esencial de los abordajes hegemónicos de la promoción de la salud.

Es necesario todavía hacer hincapié en el hecho de que la promoción de la salud no surge en un vacío político-económico. Irrumpe en la época en la que la política económica [neo] liberal tomaba impulso en centros importantes del capitalismo como Inglaterra y los Estados Unidos.

Vale la pena destacar que el prefijo "neo" se refiere menos a una nueva corriente del liberalismo, y más a la aplicación de los principios liberales consagrados en un contexto histórico diferente de aquel en el cual fueron formulados. En el siglo XVIII, los principios liberales

del derecho a la vida, a la libertad, a la propiedad y de igualdad ante la ley y de los derechos para todos los ciudadanos surgen como una propuesta opositora a los Estados absolutistas. En la segunda mitad de la década de 1970, estos principios son adecuados para justificar la restricción a la intervención del Estado en la economía en nombre del libre mercado, bajo el argumento de que cuanto menor sea su participación, mayor es el poder de los individuos y así, mayor la velocidad con la que la sociedad se desarrolla y progresa por el bien de los ciudadanos.

Esta política, que gana fuerza con la inestabilidad económica nacida en la década de 1970, se refleja negativamente en la capacidad de financiamiento del Estado de Bienestar Social adoptado por los países capitalistas desarrollados después de la Segunda Guerra Mundial. Por lo tanto, surge el movimiento de reducción de costos en las áreas sociales, sobre todo, en los campos de educación y salud. Una de las salidas encontradas fue la convocatoria a la población a hacer su parte, no en la definición de los presupuestos y políticas públicas, pero sí en el cuidado de sí, por medio de la adopción de comportamientos considerados saludables desde el punto de vista epidemiológico. Es en esta misma época que se expanden por el mundo los movimientos de autoayuda y autocuidado. De hecho, es bajo la égida del neoliberalismo —que se basa en la idea de que los ciudadanos son actores racionales, autónomos y que el Estado debe intervenir lo mínimo posible en los asuntos privados y en su bienestar en nombre de la felicidad individual— que todos son alentados a volverse sujetos auto suficientes (Lupton 2004).

Más allá de que fue concebida al interior del Estado, es importante destacar que la promoción de la salud surge en países desarrollados, con buena distribución de ingresos, que mal o bien, construyeron en la pos guerra un Estado de Bienestar de calidad razonable para sus ciudadanos. Ese hecho permitía que se buscasen alternativas más

allá de la estructuración de una red mínima de servicios (Carvalho 2005). Esto mismo, sin embargo, no vale (hasta el día de hoy) para la mayoría de los países periféricos, marcados por la desigualdad social, donde las demandas son otras y muy diferentes.

Entonces, ¿Con qué bases se edifica la promoción de la salud en los países periféricos, en especial en Brasil? Como producto de los países occidentales desarrollados, la promoción de la salud porta valores forjados en un contexto histórico, cultural, político, económico y social dado. Y siendo así, no puede ser vista como el producto neutro del pensamiento científico que puede ser aplicado a otros lugares. Por lo tanto, es preciso considerar la posibilidad de que la transferencia acrítica de ideas y valores "importados" puede llevar a la promoción de la salud a difundir la culpabilización de las víctimas y a probar la inocuidad de sus acciones y estrategias, caracterizándose como una forma sutil de control social. La implementación de acciones y políticas de salud fundadas exclusivamente en la noción de riesgo epidemiológico es uno de los caminos más rápidos para que la promoción de la salud asuma ese papel indeseado.

¿Cuál es la relación entre riesgo y estilo de vida?

El papel principal de la noción "campo de salud" —central en los documentos que marcaron el abordaje comportamental de la promoción de la salud— fue la de servir de herramienta analítica para identificar y superar los factores responsables por los problemas de salud pública. Se trataba de un papel semejante al que buscó ejercer la epidemiología en los inicios del siglo XIX, cuando surgía como el estudio de la distribución y de los determinantes de la frecuencia de las enfermedades en las poblaciones humanas.

En aquella época, los agentes etiológicos de las enfermedades infecciosas eran todavía desconocidos (Pasteur recién formularía la "teoría del germen" en el último cuarto del siglo XIX) y era frecuente que las enfermedades asumieran proporciones epidémicas. Mucho se aspiraba a una reversión de ese cuadro y en ese sentido vale destacar los esfuerzos de Villermé (1782-1863), Chadwick (1800-1890), Virchow (1821-1902) y Snow (1813-1858), entre otros estudiosos que en distintos países y momentos buscaron soluciones para las epidemias de enfermedades como la gripe, la neumonía, la fiebre tifoidea y el cólera. Aunque estos y tantos otros estudiosos contribuyeron a la consolidación de la epidemiología al desarrollar estudios poblacionales destinados a identificar los orígenes de las enfermedades, Snow es quien sería reconocido mundialmente como el "padre de la epidemiología". Tal reconocimiento se debió en gran parte a su famoso estudio para controlar la epidemia del cólera que en el año 1854 golpeó a una región de Londres. Valiéndose de conceptos que todavía hoy constituyen herramientas utilizadas por los epidemiólogos, el estudioso llegó a la conclusión de que el agua era el medio de transmisión del cólera, y no los miasmas, como se creía en aquella época. De esta manera fue posible el control de la enfermedad treinta años antes de que Koch aislase su agente etiológico: la bacteria *vibrio cholerae*.

La epidemiología, por lo tanto, se apoya en dos presupuestos centrales: primero, las enfermedades no suceden por azar; segundo, tienen factores causales que pueden ser identificados por medio de la investigación sistemática de diferentes poblaciones en diferentes tiempos y lugares. Es posible afirmar que la identificación de la relación de causalidad entre variables (exposiciones y resultados) es considerado el mayor objetivo de la epidemiología. Para esto, se vale de una serie de diseños de estudios que pueden ser divididos en descriptivos y analíticos. En los descriptivos se investiga la distribución,

considerando que las poblaciones o subgrupos poblacionales desarrollen o no la enfermedad, en qué región geográfica es más común la enfermedad y cómo su incidencia varía a lo largo del tiempo. A partir de esto se sugieren hipótesis etiológicas para las enfermedades en cuestión. La pertinencia de esas hipótesis se testea en estudios analíticos (en los cuales se utilizan grupos comparativos) con el objetivo final de identificar sí, de hecho, determinada exposición causa o previene el problema en cuestión. La inferencia de causalidad se apoya en la fuerza de la asociación (estadística) positiva o negativa entre la posibilidad de exposición entre personas enfermas y no enfermas (estudios de caso-control) y la probabilidad de la incidencia de cierta enfermedad en personas expuestas y no expuestas (estudios de cohorte) o con manipulación del factor de exposición por parte del investigador (estudios experimentales). En general, esa es la secuencia de estudios analíticos preferencialmente adoptada cuando se pretende investigar la relación causal entre variables.

En resumen, la intención de todo estudio epidemiológico es verificar, con rigor, si determinada exposición está asociada a una enfermedad determinada (o resultado que interese), evitando sesgos y controlando las variables que podrían "confundir". La epidemiología permite la cuantificación de la magnitud de la relación exposición-enfermedad en los seres humanos, y en consecuencia, la posibilidad de alterar el riesgo por medio de la intervención. El concepto de riesgo es, por lo tanto, usado en epidemiología como una forma de comprender y medir la probabilidad de ocurrencia de daños a la salud.

Como vimos en el capítulo 1, riesgo absoluto, relativo y atribuible expresan, cada cual a su manera, esa probabilidad. En el concepto de riesgo subyace por lo tanto la idea de descripción del futuro, no como predicción sino como probabilidad. Se estima que eventos ocurridos en el pasado y en el presente se repetirán en el futuro.

Este engendramiento de anticipación futurística encuentra en la causalidad y en los métodos cuantitativos, más precisamente en la estadística, su objetivo y su herramienta esencial.

Esta clase de formulación es extremadamente útil cuando se trata de fenómenos naturales, en los cuales las relaciones de causalidad son identificables más fácilmente y menos propensas a cuestionamientos. El uso de la palabra "causa" exige que cuando ella esté presente, el efecto exista y cuando es suprimida, el efecto desaparezca. De este modo sucede en las enfermedades infectocontagiosas. La presencia del agente (virus, bacteria) produce la enfermedad, proceso que fue explicado a fines del siglo XIX por la doctrina de la etiología específica: para cada enfermedad una causa específica.

La aparición de las enfermedades no transmisibles trajo, sin embargo, cierta inconsistencia a esta formulación teórica. Las causas de ciertas enfermedades ya no eran atribuidas tan solamente a la acción de microorganismos (por no mencionar los casos en los que la presencia del antígeno no producía necesariamente la enfermedad a él asociada). Así, a mediados del siglo XX, la epidemiología de los modos de transmisión comienza a dar lugar a la epidemiología de los factores de riesgo. Ya no era suficiente con pensar en un agente causal sino en una "red de causación", una trama imbricada de factores de riesgo cuya interacción explicaría los patrones de las enfermedades no transmisibles.

En este contexto, la gran contribución de la epidemiología pasa a ser la identificación de tales factores de riesgo, etapa que antecede, naturalmente, a la elaboración de medidas para su control. Ahora, si la causalidad agente/enfermedad identificada por la epidemiología de los modos de transmisión ya daba lugar a ciertas prescripciones de conducta (como la de hervir el agua a ser ingerida), con la ampliación del objeto de la epidemiología por la inclusión de los factores de riesgo, las intervenciones propuestas a partir de esta

nueva perspectiva se amplían significativamente. Desde este punto de vista, como todos estamos bajo riesgo, como todos portamos riesgos potenciales con relación a uno o más "desenlaces" (Petersen y Lupton 1996), todos esta[re]mos sujetos, de una forma u otra, a innumerables prescripciones de conductas.

De hecho, la epidemiología de los factores de riesgo trae consigo una serie de cuestiones que deben ser analizadas críticamente; de lo contrario se crearía una confianza desmedida en torno a su capacidad de responder a los problemas complejos de la salud pública. Una de esas cuestiones tiene que ver precisamente con las prescripciones de comportamientos basadas en los hallazgos epidemiológicos. Generadas en un abanico teórico que no da cuenta de modo adecuado de los condicionantes sociales, económicos y culturales de los fenómenos, estas prescripciones corren el peligro de no corresponder efectivamente a la expectativa de sus destinatarios, pareciéndoles desprovistas de sentido. Peor que eso, pueden ser usadas como forma de control social (Petersen y Lupton 1996), ya que la racionalidad del método epidemiológico no se extiende, como algo natural, a las decisiones sobre los comportamientos. Los públicos, supuestamente racionales, se mueven por otras vías en sus vidas cotidianas y en sus intimidades.

En su versión conductista/conservadora, la promoción de la salud se edifica sobre la supuesta superioridad (que colinda con la autosuficiencia) de la epidemiología en la búsqueda de soluciones para los problemas de salud de la población. En general, la defensa de esta superioridad se basa en la exaltación de la objetividad como peculiaridad del método epidemiológico. En contrapartida, omite que la aplicación del método impone artificios que vuelven viable su operacionalización. "Las reducciones, inevitables desde el punto de vista de la lógica interna del método, construyen modelos que

intentan 'sustituir' la realidad" (Czeresnia 2004, 449). Tomemos como ejemplo el concepto de "campo de salud", núcleo del enfoque conductista/conservador y hegemónico de la promoción de la salud. Desde esta perspectiva las respuestas a los problemas de salud pública son buscadas en el conjunto de sus cuatro categorías constitutivas: biología humana, medio ambiente, estilo de vida y sistema de salud propiamente dicho. Por ejemplo, si en el 75% de las muertes por accidente de tránsito ocurrió algún tipo de falla humana (y dándose por sentado que la probabilidad de que esa proporción se repetirá en el futuro), entonces los cambios de comportamiento pasan a ser priorizados como la medida para la reducción de estas muertes.

Tal configuración esquemática, entretanto, adultera los problemas de salud pues admite las categorías como instancias mutuamente excluyentes. Según esta lógica, los comportamientos (léase estilo de vida) son fenómenos individuales, adoptados independientemente del contexto. Más allá de esto, las emociones, los deseos, las sensaciones —elementos fundamentales en el proceso de adopción de comportamientos— no son adecuadamente aprehendidos al momento de ser decodificados para las categorías de análisis de los modelos centrados en el comportamiento. En ese proceso de decodificación se pierde mucho de la esencia del fenómeno bajo estudio, sea cual fuere. Así comprendida, la epidemiología deja de ser depositaria de verdades y se transforma en prescriptora de normas y reglas en el campo de la salud pública.

Por lo tanto, vale la pena preguntar

> Acerca de la capacidad de la epidemiología para realizar sus afirmaciones de riesgo frente al problema de las interacciones entre representaciones colectivas e individuales relativas a cuestiones cruciales que involucran el enfermar y el morir (Castiel 1996, 97).

O sea, la epidemiología tiene limitaciones para poder dar cuenta de la dinámica de las relaciones sociales y del comportamiento individual, fenómenos imbricados y mutuamente condicionados. El análisis de fenómenos interactivos (biológicos, psicológicos y sociales) por medio de técnicas lineales para la estimación del riesgo se muestra insuficiente para abarcar la ambigüedad y la subjetividad de los fenómenos relativos a lo humano (Castiel 1996).

Adicionalmente, es preciso destacar que la epidemiología se funda en la teoría probabilística y, siendo así, su capacidad de anticipación se encuentra restringida a las limitaciones de ese tipo de estimación matemática. Esto significa que, por mayor que sea la probabilidad de que ocurra un riesgo, no hay como garantizar que la enfermedad a él asociada ocurrirá, y mucho menos, determinar qué individuos o qué porción de la población será afectada. La acostumbrada omisión en los foros y otros espacios de transmisión del conocimiento científico, de esta peculiaridad del método epidemiológico (aquí tomado como emblema del conocimiento metódico) reviste a los descubrimientos de la epidemiología (y en consecuencia a las prescripciones de comportamiento, como el de los estilos de vida saludables) con un aura de verdad absoluta. Siguiendo con este razonamiento, el proceso de identificación y evaluación de riesgos potenciales es tomado como un procedimiento esencialmente técnico, que requiere de la aplicación de herramientas estadísticas apropiadas para la producción de un conocimiento objetivo y neutro.

"Si fumo, muero. Si no fumo, también muero" (frase dicha por una persona que vive en la calle, bajo el toldo del 33-C de la Rua Senador Corrêa, Flamengo, Río de Janeiro, el 24 de noviembre de 2006). El riesgo epidemiológico no es, evidentemente, lo que orienta las acciones del autor de esta frase que, aparentemente, se apoya en lo inexorable de la muerte para justificar su tabaquismo. Para él, la sensación de placer es más significativa que la intangibilidad de la

muerte o de las enfermedades que pueda producirle el hábito de fumar. La fuerte asociación entre tabaquismo y cáncer de pulmón, exhaustivamente demostrada por los estudios epidemiológicos parece significar poco y nada para esta persona. Aunque su condición social precaria —con la respectiva proyección de un futuro poco promisor— pueda potencializar la búsqueda por los pequeños y efímeros placeres cotidianos, la resistencia a seguir preceptos epidemiológicos parece atravesar las clases y los grupos sociales y desafiar la noción de la racionalidad humana como la musa inspiradora de las conductas.

Sin duda hay diferencias entre la noción de riesgo epidemiológico y la noción de riesgo para las personas legas. En el primer caso, el riesgo describe relaciones objetivas, impersonales y cuantificables, que reducen la causa de una enfermedad a un único factor o conjunto de factores, cuyos efectos pueden ser descriptos a partir de una relación de causalidad semejante a la del modelo biomédico (Lupton 1995). Por otro lado, la interpretación que las personas legas hacen del riesgo epidemiológico está fuertemente condicionada por el contexto sociocultural. Las personas no ven el riesgo como probabilidades estadísticas objetivas sino que lo perciben subjetivamente, basándose en suposiciones ontológicas y cosmológicas (Lupton 1995).

Es en esta línea de razonamiento que se basa, en mayor o menor grado, la perspectiva socio cultural del riesgo, según la cual el ser humano y el mundo social existen en una relación de determinación recíproca, y el riesgo nunca es totalmente objetivo, ni pasible de ser conocido por fuera del sistema de creencias y valores morales (Lupton 2004). Teniendo estos fundamentos comunes, la perspectiva sociocultural puede ser subdividida en dos líneas —perspectiva construccionista débil y fuerte (Lupton 2004)— que reflejan, en el fondo, diferentes posiciones epistemológicas acerca del riesgo.

A pesar de las limitaciones de toda clasificación y esquematización, incluso porque algunos abordajes del riesgo pueden combinar más de una perspectiva, la Ilustración 2 ayuda a situar las diferencias con relación a la objetividad del riesgo entre las perspectivas realista y socio cultural.

En el extremo del *continuum* se ubica la perspectiva realista, según la cual el riesgo es una

> Amenaza o un peligro objetivo que existe y puede ser medido independientemente de procesos sociales y culturales, que puede ser distorsionado o sesgado por medio de las estructuras sociales y culturales de interpretación (Lupton 2004, 35).

Desde este punto de vista, el riesgo prexiste en la naturaleza, puede ser determinado racionalmente por medio del conocimiento científico y objetivo y puede ser controlado, tomando como fundamento las prescripciones de conductas basadas en las evidencias científicas. Como presupuesto básico se considera la idea de que los comportamientos humanos son racionalmente construidos.

Así, el considerar que la posibilidad de riesgo que tiene una persona sedentaria de sufrir un infarto es del 44% se vuelve origen de prescripciones sobre conductas para todas las audiencias, independientemente de las condiciones sociales, culturales, económicas y políticas. Estos son los fundamentos en los que se basa la promoción de la salud con orientación conductista/conservadora para desarrollar las estrategias de reducción de riesgos. Comportamientos o conductas considerados "protectores" de enfermedades no transmisibles constituyen el menú de prácticas permitidas que engloban los estilos de vida saludables, de los que se hace exhaustivo alarde. La información sobre el papel benéfico de esas prácticas (o perjudicial de las prácticas "prohibidas"), establecida por medio de

Ilustración 2. *Continuum* de perspectivas epidemiológicas de riesgo

asociaciones estadísticas, se toma como requisito suficiente para el cambio de comportamiento, a pesar del divorcio de la realidad social y los sujetos.

En una posición más intermedia del *continuum* figura la perspectiva "construccionista débil", según la cual los riesgos son mediaciones culturales de peligros y amenazas "reales". O sea, el riesgo continúa siendo tomado como un fenómeno objetivo, pasible de ser sometido a la racionalización matemática, pero que no puede ser conocido de modo aislado de los procesos sociales, culturales y políticos (Lupton 2004). En otras palabras, los riesgos son cuantificaciones de peligros y amenazas que sólo pueden ser conocidos realmente en la medida que sean pasados por el tamiz de los condicionantes socioculturales. En ese caso, el dato de que el riesgo de una persona sedentaria sea del 44% no vale por sí mismo: sin considerar el contexto social y cultural, se corre el riesgo de culpabilizar a las personas con recomendaciones que son imposibles de ser adoptadas.

Esta relativización del riesgo es todavía mayor en la perspectiva "construccionista fuerte", según la cual nada es un riesgo en sí mismo. La medición de riesgos es, en última instancia, un proceso social. Los riesgos sólo existen como derivados de la acción humana que es,

inevitablemente, social. O sea, somos ante todo, seres sociales. Esta es, por lo tanto, la idea suprema de la perspectiva construccionista fuerte: el riesgo es construido socialmente. Esto significa decir que cualquier cosa puede constituirse en un riesgo (Lupton 2004). Sin embargo, para que tal riesgo se torne real, es necesaria la existencia de actores sociales que lo reconozcan y rotulen como tal. Este reconocimiento no es una simple interpretación cultural de peligros objetivos, como sucede en el caso de la perspectiva construccionista débil. Para la perspectiva fuerte, ciertos riesgos en determinado contexto histórico o cultural pueden no ser considerados tales en otro contexto (Lupton 2004).

En consecuencia, para la perspectiva fuerte, daría lo mismo si el riesgo que tiene una persona sedentaria de sufrir un infarto es del 44% o del 67%, así como es irrelevante distinguir entre riesgos "reales" y falsos. Para esta perspectiva, de inspiración post estructuralista, importa más diseccionar y comprender críticamente el proceso de construcción de riesgos, en la medida que se producen en determinados contextos sociales, culturales e históricos. Importa más explicitar qué fuerzas actúan en la construcción de las distintas nociones de riesgo. Interesa más saber cómo se estructuran ciertos discursos sobre el riesgo y por qué unos prevalecen en detrimento de otros. Interesa más descubrir qué sujetos son forjados por medio de los discursos sobre el riesgo.

¿Qué es el estilo de vida activo y saludable?

Antes de que abordemos la pregunta que sirve como apertura para este tópico, es preciso hacer una breve incursión a la noción de estilo de vida. Hoy en día, damos por supuesta la existencia de juicios de valor favorables a las rutinas de la vida cotidiana estandarizadas como saludables. Esto produciría la "regularidad" en el estilo de

vida al interior de las prácticas de promoción de la salud. Más allá de esto, la existencia de juicios de valor favorables a las rutinas de vida clasificadas como saludables muestra como el sedentarismo y el estilo de vida irregular (o vida desordenada) pueden ser cuantificadas y asociadas a riesgos más elevados de enfermar. Los estudios epidemiológicos, al mismo tiempo que se preocupan en estudiar los riesgos para la salud, tienden a reforzar la pertinencia de este concepto.

El primer punto a ser discutido sería la moralización de los "estilos arriesgados de vida" que implican elevaciones de riesgo —correr riesgos en función de comportamientos de personas y grupos— y de los correspondientes estilos de vida desordenados puede vehiculizar connotaciones ligadas a los terrenos del "pecado" o de la "debilidad de carácter". El discurso del riesgo enfatiza la perspectiva "racionalizante" como expresión de puritanismo (moderación, autocontrol, templanza, prudencia). El segundo sería la responsabilización individual: el foco volcado para el control de los comportamientos individuales no enfatiza la búsqueda de transformaciones de aspectos macro sociales que estimulan las llamadas conductas de riesgo.

Es importante comentar, aunque brevemente, los orígenes de la categoría estilo de vida. Esta categoría se incluye en las teorías sociológicas clásicas como componente de la estratificación social al enfatizar la importancia del concepto en la evolución y manutención del *status* de los grupos. Destacamos la visión de Max Weber en el libro *Economy and Society: an outline of interpretative sociology*, de 1922. Para Weber, el estilo de vida era algo más que una función de la clase social determinada económicamente. Se trataba de una concepción totalizadora que incluía los ingresos, la ocupación, la educación, el *status*. Weber no encaraba las vicisitudes de la vida como resultantes apenas del azar sino resultantes, sí, de las oportunidades que el individuo tenía en virtud de su situación social. Las

oportunidades y las elecciones en la vida de cada uno serían, según Weber, socialmente determinadas (Cockerman, Rutten y Abel 1997).

Recientemente, la noción ha sido debatida y polemizada por varios autores. Giddens (1991), por ejemplo, considera la categoría estilo de vida como uno de los aspectos fundamentales de la cultura de la modernidad tardía. Tal categoría proporcionaría elementos para un sentido de unidad y seguridad existencial en un mundo incierto y amenazante. No sólo seguimos estilos de vida, sino que nos vemos obligados a hacerlo —no hay otra elección que no sea elegir— algo debe ser elegido… Estamos viviendo un momento en el que no hay como no hacer elecciones frente a las sucesivas opciones que nos aparecen a lo largo del día. Se vive en un mundo de múltiples elecciones ofrecidas principalmente para aquellos que pueden actuar como agentes de consumo.

Un estilo de vida puede ser entendido como un conjunto relativamente integrado de prácticas individuales centradas en necesidades utilitarias y que representan vestigios de la identidad de cada uno, porque además de "cómo actuar" se refieren a "quién ser". Tales prácticas consisten en acciones aparentemente automáticas relativas a los hábitos de comer y de vestirse, a las formas de vivir, a los modos de desplazarse, a los lugares a los cuales frecuentar, etc. En una perspectiva de *elite*, incluye patrones relativos a ideas de "buen gusto". Pero el estilo de vida no suele ser accesible a los no consumidores, ya que depende de las posibilidades de acceso y de adquisición de la variedad de opciones disponibles (Giddens 1991).

A partir de la óptica individualista interesan, al interior del llamado estilo de vida de cada uno, aquellas "elecciones" y aquellos comportamientos que repercuten en los patrones de enfermedad de las personas. En la cultura contemporánea de consumo, hablamos sobre aquellos aspectos perniciosos que connotan "individualidad, autoexpresión y una consciencia de sí estilizada. El cuerpo, la ropa,

el ocio, las preferencias de comida y bebida, la casa, el auto, el tipo de vacaciones, etc." (Featherstone 1995, 119).

Sin embargo, tales opciones no deben ser vistas como fruto de disposiciones intencionales, racionales o voluntarias. Cada uno de nosotros es la resultante singularizada de configuraciones complejas bioquímicas, psicológicas, socioculturales, en las que el establecimiento y los intentos de reordenamiento de la idea de sí mismo son frágiles y dependen de contribuciones genéticas, aspectos epigenéticos, biografía personal, estructura psicológica inconsciente, elementos culturales e incluso de cuestiones azarosas.

Por lo tanto, los "estilos de riesgo" son, en rigor, aspectos que muchas veces participan y constituyen los modos posibles con los que se lidia con el mundo de la vida tal como se nos presenta a cada uno de nosotros. Claro que determinados estilos son "peligrosos", ya sea para el propio individuo o para aquellos que lo rodean. De este modo demandan intervenciones apropiadas. Pero es fundamental no perder de vista la perspectiva descripta, bajo el riesgo de que sean adoptadas premisas que conducen a acciones insensibles, culpabilizantes, limitadas y, de acuerdo al caso, de efectividad limitada.

Para Featherstone (1995), la noción de estilo de vida está de moda. Él pretende desarrollar un abordaje que va más allá de que la perspectiva de vida equivale básicamente al patrón de consumo, manipulado por la llamada cultura de consumo de masas. Por el contrario, pretende desarrollar un abordaje que consiste en una categoría bien delimitada, con un dominio autónomo, más allá de los mencionados efectos manipulativos. Featherstone describe las disposiciones determinantes de los gustos que definen a cada grupo social. El autor incluye elementos inconscientes, patrones clasificatorios, predilecciones (explícitas o no) relativas a la idea que el individuo hace de sus gustos y de sus elecciones estéticas —arte, comida, bebida, indumentaria, ocio, etc.— y de su validez y

valorización social. Más aún: el estilo de vida, según el autor, está "encarnado" en la propia presentación corporal de sí mismo —forma y relación con el propio cuerpo, fisionomía, postura, idioma, patrones discursivos, modos de gesticular, andar, sentarse, comer, beber, etc. De esta manera, cada grupo, clase y fracción posee un estilo de vida que le es propio (Featherstone 1995).

En determinados segmentos sociales, más favorecidos en términos socioeconómicos, el estilo de vida se dirige al cuerpo como un bien, cuya apariencia de vigor físico y juventud debe ser mantenida. La idea de buenas condiciones de salud se funde con la de atractivo sexual. Esta conjugación genera una gran estructura industrial y comercial orientada al mercado de cosméticos, vestuario, deportes, tiempo libre, alimentación, etc.

Otro abordaje que representa la perspectiva culpabilizadora fue desarrollado por Beaufort (1996, 47) quien define en términos genéricos el estilo de vida como "el producto de elecciones sistemáticas, valores, metas y prioridades muchas veces orientadas por principios subyacentes u objetivos que unifican elecciones particulares sobre la forma de vivir".

Para esa autora, un estilo de vida consiste en algo elegido "más o menos" libremente: "más libremente" en el caso de personas que se auto examinan sistemáticamente y evalúan sus acciones y comportamientos, deliberadamente y con cuidado (en términos implícitos, individuos responsables), sea en lo referente a la carrera profesional, al matrimonio, al momento conveniente de tener hijos, incluyendo el hecho de elegir de modo consciente utilizar o no tabaco; "menos libremente" en el caso de personas que "siguen la onda", esto es acompañan de modo irreflexivo el patrón ofrecido. Conforme sea el medio social en el que el individuo viva, sus decisiones son casuales, porque sus deseos y respectivas elecciones con relación, por ejemplo, a la carrera, al matrimonio o al momento de

procrear no parten de auto análisis y juicios criteriosos. En muchos casos no existe esa posibilidad de elección por motivos de privación económica y exclusión social; no tiene sentido, por lo tanto, considerar a tales personas responsables por sus estilos de vida. Incluso así, existen perceptibles aspectos moralistas en este enfoque. Si no hubiera precariedades extremas en términos de autonomía, existen juicios de valor que establecen que el patrón más aceptable es aquel que supone que somos agentes racionales que evaluamos, pesamos y decidimos nuestras acciones en términos de cálculos objetivos de costo-beneficio. El estilo de vida sería una combinación propia de cada individuo, constituido por dos aspectos: "orientaciones centrales" y "actividades periféricas".

Determinadas elecciones de estilo de vida se caracterizarían como partes de la personalidad individual, en tanto que otras, menos importantes, no presentan ese aspecto. A pesar de las dificultades en definir estas categorías con nitidez, se refieren a los valores sociales y a las características económicas e institucionales propias de las llamadas democracias occidentales avanzadas en lo que se refiere a la relación con el trabajo, el ocio y la vida familiar.

Mientras tanto, del mismo modo que tal patrón de referencia normativa elude estados de precariedad social, también encara determinados hábitos bajo un punto de vista disfuncional que sobrepasa los dos aspectos referidos anteriormente: es el caso de las adicciones.

Aun tomando en consideración que ciertas substancias pueden producir dependencia farmacológica, las posibilidades adictivas de nuestra época trascienden cualquier propiedad química de ciertas drogas. En estas circunstancias, el hecho de que algo adquiera carácter adictivo para algunas personas y para otras no, pertenecería al campo de las variaciones individuales. Visiblemente, aquí no se discuten las presiones que generan compulsiones en el marco de la cultura de consumo vigente, pero sí el énfasis en el proceso de

decisión responsable en cuanto al hábito de fumar o la necesidad del uso de preservativos.

Es importante considerar los estudios que describen el modo en el que los discursos de estilo de vida y riesgo aparecen en las creencias de atribución de causas de las enfermedades por parte de individuos que pasaron por experiencias de amenaza a su salud. Establecer tales "razones" es una de las tareas esenciales para los individuos que luego de pasar por eventos traumáticos graves de ese orden intentan un reordenamiento subjetivo.

Es preciso también mencionar otra tentativa de orden teórico y conceptual que se propone ir más allá de las proposiciones conservadoras de delimitación del estilo de vida al establecer una referencia básica en la noción "modo de vida". Esta propuesta busca sobrepasar el foco del comportamiento de los individuos, partiendo del énfasis en la historia de las clases sociales marcada por relaciones más abarcadoras, cuyo escenario es caracterizado por los sistemas de poder, organizados en términos de modos de producción y de definición de propiedad, que incorporan elementos simbólicos y socio culturales de la vida cotidiana (Almeida-Filho 2000).

Sin dudas, una crítica común al concepto de estilo de vida (y también a la noción de "autonomía") se refiere a su uso en contextos de pobreza y cuando es aplicado a grupos sociales en los que los márgenes de elección son casi inexistentes. Muchas personas no eligen el estilo de vida que llevan. En verdad, no hay opciones disponibles, apenas posibles estrategias de sobrevivencia.

No es el objetivo de este texto desarrollar la compleja temática relativa a la discusión del estilo de vida como expresión de autonomía. El tópico "autonomía", caro a los terrenos bioéticos, y que se extiende también por los ámbitos políticos y sociales, tiene un significado más amplio referido a la capacidad humana de producir las leyes para la autogestión y también de compartirlas con los demás

seres humanos. Existen inclusive diversas tradiciones filosóficas que abordan el problema.

Cabe todavía mencionar la variedad de sentidos que comporta el término "autonomía". Esta palabra se refiere a conceptos que expresan ideas que engloban privacidad, voluntad, autosuficiencia, autocontrol, libertad de elección, autogobierno (con responsabilidad por las elecciones). Es preciso distinguir la "autonomía" en términos de persona/acciones, grados y condiciones (intencionalidad, comprensión, ausencia de controles externos).

Los sentidos relacionados a la autonomía dependen de la concepción sobre persona –en términos absolutos o relativos. Es importante enfatizar que la noción está vinculada a la idea que se tiene de ser humano/sujeto, lo que permite delimitar: "cuanto" está determinado biológicamente/genéticamente ("naturaleza humana"), "cuanto" está construido por las relaciones sociales, en términos situados históricamente ("condición humana"). Generalmente, las concepciones de promoción de la salud en relación con el comportamiento humano no se definen con la claridad necesaria frente al dilema "libre albedrío *versus* determinismo".

Las propuestas hegemónicas de promoción de la salud se guían por la reducción de la realidad de la salud a lo individual y por una ciencia epidemiológica que encara las enfermedades en el ámbito de los fenómenos empíricamente observables y el registro unidimensional de un orden mecánicamente articulado por leyes deterministas. Para superar tales lecturas, vale la pena destacar los estudios desarrollados por Frohlich, Corin y Ptovin (2001), que buscan considerar, de modo ampliado, las relaciones entre contexto y patrones de enfermedad. Los autores desarrollan el concepto promisor de "estilos de vida colectivos", tomando como base la teoría de la acción social, de Pierre Bourdieu; la teoría de la es-

tructuración, de Anthony Giddens; y la teoría de las capacidades, de Amartya Sen.

Los estilos de vida colectivos surgen de una concepción recursiva de la relación entre la estructura social y las prácticas sociales de los agentes que producen y reproducen gustos, valores y comportamientos. Son la expresión de un modo compartido de relacionarse y actuar en un ambiente dado (Frohlich, Corin y Potvin 2001). Reflejan, pues, los contextos en los que viven las personas por medio de sus relaciones con los elementos del lugar, teniendo en cuenta que las acciones del individuo guardan semejanzas con los que están próximos a ellos en términos de prácticas sociales.

Al mismo tiempo, los estilos de vida colectivos no incluyen apenas comportamientos de salud, sino que también intentan reconocer que tales conductas pueden ocurrir en contingencias sociales que difieren entre individuos. El énfasis se dirige a las formas complejas de interacción entre el comportamiento individual, el comportamiento colectivo y el conjunto de recursos existentes en las comunidades.

Los autores utilizan este enfoque para llevar adelante estudios sobre tabaquismo en pre-adolescentes en cuatro comunidades de Quebec, Canadá. Los estilos de vida colectivos buscan integrar la situación socioeconómica, los recursos de las comunidades en relación con el tabaquismo y las prácticas sociales de las personas frente al hábito de fumar. Entre otras observaciones, fueron consideradas las necesidades de que los programas educativos integren los significados locales del tabaquismo a las estrategias para reducirlo (Frohlich, Corin y Potvin 2001).

En el campo de la salud, "estilo de vida" es una categoría omnipresente en los terrenos de la promoción, la prevención y de la investigación de las relaciones entre los aspectos socioculturales y la salud. Las comprensiones descontextualizadas del estilo de vida en su formato individualista son insuficientes para representar de modo

satisfactorio las determinaciones e intermediaciones involucradas en las cuestiones que se relacionan con los "comportamientos de riesgo", en el nivel individual, y con las medidas de promoción y de prevención, en términos poblacionales.

Un ejemplo esclarecedor, que presenta de forma sinóptica e irónica los extremos de las propuestas de promoción de estilos de vida saludables en relación con el contexto de los países económicamente avanzados fue elaborado por Edwards (ALDERGROUP, 2010) www.aldergroup.com/pdf/rethinking_lifestyle.pdf). Tales extremos consisten en "consejos" comparativos para la buena salud, teniendo en cuenta apenas una perspectiva del estilo de vida y desde el punto de vista de los determinantes sociales de la salud. Vale la pena conocer algunas:

- Estilo de vida:
  - No fume. Si pudiera, pare. Si no pudiera, reduzca.
  - Siga una dieta equilibrada y suficiente en frutas y vegetales.
  - Manténgase activo físicamente.
  - Administre el *stress*, por ejemplo, conversando sobre lo que lo aflige y buscando tiempo para relajarse.
  - Si bebe alcohol, hágalo con moderación.
  - Protéjase a sí mismo y a los niños de las quemaduras del sol.
  - Practique sexo seguro.

- Determinantes sociales de la salud:
  - No sea pobre. Si pudiera, pare. Si no pudiera, trate de no seguir siendo pobre por mucho tiempo.
  - No tenga padres pobres.
  - Sea propietario de su vehículo.
  - No trabaje en actividades estresantes y mal pagas.

- No viva en casas húmedas, de baja calidad.
- Tenga condiciones económicas para salir de vacaciones y tomar sol.
- Intente no perder su empleo y quedar desempleado.

Lamentablemente, la promoción de la salud, en sus formulaciones científicas hegemónicas, no suele dedicar la atención necesaria a las dimensiones socioculturales cruciales y las cuestiones relativas a sus fundamentos filosóficos. Como consecuencia, sufre de graves tensiones teóricas que la vuelven extremadamente frágil. Sus contenidos terminan siendo afectados por afirmaciones cuyo significado es limitado, o carece de sentido o cuando tiene algún sentido termina siendo bastante restringido.

La actividad física se relacionó con el estilo de vida hacia finales de los años 70. Surge como recomendación del Colegio Americano de Medicina del Deporte, para el desarrollo y mantenimiento de la aptitud física en adultos saludables.

> Ejercicios físicos que involucren a los grupos musculares grandes, practicados de modo continuo de 15 a 60 minutos, de 3 a 5 veces por semana y en intensidades entre 50% y 85% del consumo máximo de oxígeno (o entre 60% y 90% de la frecuencia cardíaca máxima de reserva) (Pate 1995, 404).

En aquella época, la preocupación estaba en el mejoramiento de la aptitud física, especialmente de la resistencia aeróbica, como forma de mejorar la "salud cardiovascular", lo que exigía adaptaciones fisiológicas que eran solamente posibles con la práctica de ejercicios en intensidades más elevadas.

Sin embargo, a lo largo de los años 80, el énfasis en el ejercicio se desplaza paulatinamente para el de la actividad física, llegándo-

se a la recomendación de que se acumulen "30 minutos o más de actividad física de intensidad moderada en la mayoría de los días de la semana, de preferencia en todos" (Pate 1995, 404). La idea es la incorporación de la actividad física a las tareas cotidianas como forma de mejoría de la salud.

Los estudios que sustentan esta nueva recomendación apuntan, entre otras cosas, en primer lugar, a una asociación inversa del gasto calórico y del tiempo total de actividad física con la mortalidad y la incidencia de enfermedades cardiovasculares; en segundo lugar, apuntan a la posibilidad de que las actividades físicas moderadas practicadas de modo intermitente producirían efectos beneficiosos tanto para la aptitud física como para la salud (Pate 1995). Esos hallazgos, entonces, sirven de base para que la construcción de estilos de vida activos pase a ser una de las estrategias prioritarias en el campo de la salud pública.

Sin embargo, de modo más reciente, esa prescripción fue revisada y actualizada. Ahora, para promover y mantener la salud de los adultos de 18 a 65 años de edad y reducir el riesgo de enfermedades crónicas y de muerte prematura, son recomendados como mínimo treinta minutos de actividad física aeróbica de intensidad moderada, realizada los cinco días de la semana o por lo menos veinte minutos de actividad aeróbica fuerte, realizada tres veces por semana (Haskell 2007). Más allá de las revisiones y actualizaciones sistemáticas importa señalar que estas prescripciones de conductas emanan de investigaciones epidemiológicas sobre factores de riesgo, cuyos resultados sirven para volver operativo, en la práctica, el concepto de vida activa.

La idea de promover estilos de vida activos como estrategia de salud pública se conforma inicialmente en la década de 1970, sobre todo con las publicaciones de Charles Corbin quien es sin duda uno de los autores más importantes en la formulación y divulgación del

movimiento "Aptitud Física Relacionada a la Salud" —corriente de educación física escolar que ve en la construcción de estilos de vida activos su papel prioritario—.

En 1988, dos años después de la I Conferencia Internacional de Promoción de la Salud realizada en Ottawa, la noción de estilo de vida activo fue unos de los principales temas tratados en el Congreso de Toronto, evento que tuvo como objetivo principal establecer un consenso sobre la relación entre el ejercicio, la aptitud física y la salud, a partir de la discusión entre expertos en diferentes áreas relacionadas al tema. En este sentido, se intentó establecer parámetros para lo que sería un estilo de vida sano, entre los cuales está la práctica de actividad física. Tales acuerdos sirvieron de base para que tiempo después, el estilo de vida activo fuese entendido como el empleo diario de por lo menos treinta minutos de actividad física, incluyendo todas las actividades de ocio, sea en el hogar o en el trabajo, de intensidad moderada o fuerte, que hagan parte de la vida cotidiana de las personas.

Desde nuestro punto de vista, las tesis defendidas en esos y en tantos otros eventos similares realizados en los años 80 y 90, reflejaban un proceso de cambio marcado por tres tipos de desplazamientos. Primero, el desplazamiento del énfasis del ejercicio al de la actividad física, como uno de los conceptos estructurantes de la noción de estilo de vida activa; segundo, el desplazamiento de la aptitud física para el de salud, como mote principal en la defensa de estilos de vida activa; y por último, el desplazamiento del consumo máximo de oxígeno (y de frecuencia cardíaca) para el de gasto energético, como indicador del perfil de sedentarismo poblacional.

El énfasis en la actividad física como fundamento del "paradigma" de la vida activa se consolida, en rigor, con la emergencia de la recomendación de los treinta minutos diarios de actividad que, a su vez, fue producida tomando como base algunos documentos entre

los cuales el *Healthy People* 2000 —como el *Healthy People* 1979 y el Informe Lalonde— marcaron el abordaje comportamentalista/conductista de la promoción de la salud. La lógica, por lo tanto, es esencialmente epidemiológica. A partir de la identificación del sedentarismo como uno de los principales factores de riesgo para las enfermedades crónicas no transmisibles, el cambio de comportamiento individual —o sea, de estilo de vida— es puesto como el foco prioritario de las políticas públicas de salud.

Entonces, ¿el sedentarismo mata? O, ¿quién no practica actividad física tiene mayor riesgo de morir? Para la epidemiología, ciertamente, sí. Para el llamado "sedentario", tal vez no. ¿Por qué no? Porque sus percepciones de riesgo pueden diferir de la de los epidemiólogos, ya que, como vimos anteriormente, las decisiones humanas pueden basarse en otras lógicas que no sean la epidemiológica. Además, pregonar el discurso epidemiológico —léase científico— como el único posible es una forma de inculcar determinado tipo de razonamiento, que no considera a la subjetividad o cuanto menos, la mete debajo de la alfombra.

La cuestión, de hecho, puede ser analizada desde diferentes perspectivas que en el fondo provienen de la imbricada interacción entre los condicionantes sociales, biológicos, culturales y psicológicos. Hay personas, por ejemplo, que orientan sus decisiones tomando como base la observación rutinaria de casos de enfermedad y muerte ocurridas en su red personal: "mis padres nunca practicaron actividad física y murieron con más de 90 años. ¿Por qué me debo preocupar por eso?". Argumentos de este tipo, aun cuando van en contra de las estimaciones ortodoxas de riesgo, contienen cierta lógica epidemiológica. O sea, de una forma o de otra, esos argumentos se sustentan en eventos pasados para prever el futuro, aun cuando los eventos hayan sido elegidos de modo intencional. A partir de la observación de casos individuales y su asociación a ciertas circunstancias

del fenómeno, son identificadas ciertas regularidades y entonces, usadas como hipótesis explicativas que pueden servir tanto para desafiar como para apoyar procesos etiológicos explicitados por la epidemiología.

Aun cuando la lógica epidemiológica pueda servir de referencia para algunas decisiones humanas, la estratificación social, la pluralidad cultural y la subjetividad contribuyen para la multiplicidad de percepciones, significados y actitudes frente al riesgo. Basta decir que, en algunos momentos, las personas se valen de la inconsistencia y de la ambigüedad de las recomendaciones de salud pública para justificar su rechazo a adoptarlas. El alcohol, por ejemplo, es al mismo tiempo glorificado y demonizado. Como vimos, en la década de 1970, treinta minutos de actividad física moderada no eran suficientes para promover adaptaciones orgánicas conducentes a la salud, si bien hoy esa es la recomendación en boga.

De ahí el escepticismo, algunas veces en tono jocoso, con el que los individuos acostumbran a recibir ciertas recomendaciones oficiales, sobre todo las que maldicen comportamientos considerados placenteros. De hecho, es frecuente que las recomendaciones de salud pública sean simplificadas, distorsionadas e incluso falseadas mediante la exacerbación de los riesgos de determinado comportamiento y de los beneficios que se pueden obtener al modificarlo.

El discurso de los estilos de vida activos y saludables, fuertemente fundado en la noción de riesgo epidemiológico aspira, en el fondo, a la objetivación de la incerteza inherente a la condición humana. La iniciativa, por lo tanto, no es de las más aceptables. La idea de estilo de vida, tomada como hábito fácilmente adoptable por todos (para lo que bastaría la fuerza de voluntad, independientemente de la condición social) al mismo tiempo que deposita en el individuo la responsabilidad por su salud, omite el hecho de que sus prácticas sociales no siempre son adoptadas de forma tan racional.

¿Cómo es que la promoción de la salud viene siendo usada para promover estilos de vida activos y saludables?

En sintonía con la impresión de que la promoción de la salud puede significar al mismo tiempo muchas cosas diferentes para mucha gente y, por lo tanto, estar al servicio tanto de proyectos transformadores como de los que quieren mantener cierto orden social, económico y político (Lupton 1995), es importante señalar que, con el avance del modelo neoliberal de globalización, las propuestas de promoción de la salud corren el riesgo de legitimar ideológicamente la retracción de las políticas sociales del Estado. Siendo así, es fundamental que no haya equívocos en cuanto a la caracterización de las iniciativas tenidas como de promoción de salud, bien como sobre los diferentes abordajes que tales iniciativas pueden asumir, principalmente cuando se presencia un continuo y creciente proceso de adopción de ese ideario como referencia para la formulación y el desarrollo de políticas de salud en el Estado brasileño.

La promoción de la actividad física es una de las estrategias que en el contexto de las políticas de salud, viene siendo adoptada desde la óptica de la promoción de la salud, y cuyas características, en último análisis, vienen conformando el discurso de la vida activa, ampliamente divulgado entre las más diferentes audiencias y escenarios. "Actividad física es salud, sea activo" y "Agítese, su salud le agradece" son sentencias encontradas en las estrategias de promoción de la actividad física, comúnmente adoptadas en Brasil y en el mundo occidental. Para que sean fácilmente asimiladas por sus destinatarios, esas frases son cortas y objetivas. Sus pocas palabras, entre tanto, esconden una riqueza de significados. Develarlos es una forma de comprender mejor cómo la promoción de la salud viene siendo usada para promover estilos de vida activos y saludables.

"Actividad física es salud", por ejemplo, es una metonimia, recurso del lenguaje, generalmente utilizado como táctica persuasiva, en la cual se toma la parte por el todo. Siguiendo esa lógica, la actividad física es suficiente para tener salud, lo que denota el carácter simplista y acrítico con el que la salud es percibida por el discurso de la vida activa. Recomendaciones como esta —"objetivas" y "de rápida asimilación" que se proponen la asimilación de la información— no son vehiculizadas sin el "riesgo" de la incorporación acrítica de valores. La afirmación de que "la actividad física es salud" difunde, por ejemplo, la idea de que la primera es causa y la segunda efecto. La defensa de esa pobre relación causal sirve todavía para volver la actividad física inmune a las críticas. Al final, ¿quién puede estar en contra de la salud?

En esa misma línea argumentativa, el sedentarismo es considerado un mal, una enfermedad. "Síndrome de muerte sedentaria" fue el término propuesto por algunos autores (Booth y Krupa 2001) para designar la entidad emergente de los desórdenes ocasionados por el estilo de vida sedentario que, en último análisis, está asociado a enfermedades crónicas y da como resultado una mortalidad aumentada. Tal postulado se apoya en la idea de la enfermedad como la condición del cuerpo humano, de sus sistemas, partes u órganos, en los que las funciones están interrumpidas o comprometidas, sea por factores endógenos o exógenos. De este modo, las disfunciones causadas por el sedentarismo son señaladas como justificaciones para percibirlo como enfermedad. Por lo tanto, en esta línea de razonamiento, claramente afín al modelo biomédico, la actividad física es un remedio.

Ahora bien, concebir la actividad física como un remedio para evitar el "síndrome de muerte sedentaria" es acatar, de una vez por todas, la malignidad del sedentarismo —esto acaba creando el imperativo de tomar remedios para evitar el "síndrome de muerte sedentaria"—. Es simplificar la práctica de la actividad física a la

limitada relación asociativa con estados considerados patológicos que se ancla en la noción de salud como ausencia de enfermedades. Por último, y no por ello menos preocupante, considerar la actividad física como un remedio es destituirle su carácter hedonista, incluyéndola en una lógica pragmática. Los remedios son amargos y se utilizan para aplacar enfermedades. El placer, por lo tanto, no les puede ser inherentes; puede, como máximo, ser una apuesta. Así como es común reducir el amargor de un remedio diluyéndolo en sustancias dulces o en la promesa de sus propiedades curativas, no es raro que se busque la motivación para la práctica de la actividad física en otro lugar que no sea en sí misma. ¿Cuántas personas, al ser interrogadas con respecto a qué las hace practicar actividad física responderían, "porque me gusta"? De este modo, la patologización del sedentarismo y la prescripción de la actividad física como remedio sirven poco para la promoción de la actividad física como práctica para la búsqueda de placer y mucho para la expansión de los dominios de la medicina en los aspectos cotidianos de la vida.

La demonización del sedentarismo se presta todavía para otro papel: colocar a sus opositores en la condición mesiánica de mensajeros del bien. En efecto, muchos creen que divulgar la actividad física en la población es actuar en nombre del bien común y ayudar a construir una sociedad más saludable. Lo que es importante destacar aquí, sin embargo, no es si el sentimiento que mueve a los mensajeros del anti sedentarismo es idóneo o no, sino la capacidad que esa lógica tiene para eclipsar las causas sociales de las enfermedades, transformando la actividad física en la panacea para todos los males. De hecho, los beneficios de la actividad física vendidos por el discurso de la vida activa se extienden desde la reducción de casos de cáncer de útero, de regularización de la presión arterial y del peso corporal a la reducción de la depresión, del ausentismo y de los costos médicos, pasando todavía por el aumento de la pro-

ductividad, del bienestar y del placer en las relaciones sexuales, entre muchos otros. Aun cuando todos esos beneficios estén apoyados en asociaciones estadísticamente significativas (con todas las limitaciones de esos abordajes cuantitativos), considerar la actividad física como "la causa" de los beneficios es investirla de un poder que se extiende a prácticamente todas las esferas de la vida.

Esta lógica se torna todavía más perversa cuando la actividad física es vendida como una opción fácil: "Actividad física: ¡vos podes hacerla en cualquier lugar!". "Use la escalera en lugar del ascensor", "sustituya el automóvil por el colectivo", "baje dos paradas antes y camine hasta su destino", "pasee con su perro" son algunas de las prescripciones del discurso de la vida activa. Ahora, si "actividad física es salud" y "puede ser practicada en cualquier lugar", entonces sólo es sedentario quien quiere.

Por detrás de esas prescripciones hay dos fenómenos que se interpenetran. Primero, al tratar el sedentarismo como una enfermedad que puede ser combatida en el día a día, por medio del cambio de estilos de vida, se difunde una forma de medicalización todavía más perversa, porque es subrepticia: la "medicalización de la vida cotidiana en sociedad" (Lupton 1995). Con el pretexto de asumir cierta independencia con relación al profesional de la medicina, se transfiere al lego la responsabilidad por el dominio del saber médico que, entonces, se esparce para lo cotidiano de la vida social, sirviendo de justificación para la adopción de comportamientos llamados saludables. Segundo, al no tener en cuenta el contexto social, cultural, político y económico en el que el sedentarismo se manifiesta, tratándolo como un fenómeno esencialmente individual y como un hábito fácilmente corregible por todos, se propaga el fenómeno de "culpabilización de la víctima", que se caracteriza por la responsabilización del individuo por sus acciones y su condición de vida (Crawford 1980).

La asociación entre los fenómenos de "medicalización de lo cotidiano social" y de "culpabilización de la víctima" culmina en lo que Crawford llama de "salubrismo" (HEALTHISM). La expresión es usada para criticar la noción de que el individuo es el único responsable por su salud y por lo tanto, por adoptar comportamientos considerados "no saludables". Para Crawford (1980), el "salubrismo" es una de las manifestaciones de la ideología dominante que contribuye a proteger el orden social de análisis críticos y de reestructuraciones, configurándose, así, como una forma sutil de control social.

En este contexto de mantenimiento del orden social, la "culpabilización de la víctima" no se manifiesta siempre de la misma forma. La "culpabilización de un enemigo externo" es la estrategia que funciona en otro contexto, aun cuando ambos tipos de atribución de riesgo sirvan para mantener la cohesión de la sociedad, la primera protegiendo el control social interno y la segunda reforzando la lealtad entre los individuos, a pesar de las diferencias sociales (Lupton 1995).

De hecho, es común identificar en el discurso de la vida activa la apelación a la unión de todos contra el sedentarismo, considerado el "principal enemigo de la salud pública que se ha apropiado de nuestra sociedad". Ahora, la exhortación de "todos" en defensa de "nuestra sociedad" excluye a "ese gran enemigo, el sedentarismo" del agrupamiento humano en el que vivimos. Si "todos" (pronombre indefinido que expresa idea de totalidad) integran a "nuestra" (pronombre posesivo que denota noción de pertenencia) sociedad, entonces el gran "enemigo" (sustantivo que indica oposición) no puede formar parte de ella. Por lo tanto, además de enemigo, el sedentarismo es algo externo a la sociedad. Tal configuración, además de despreciar el hecho de que el sedentarismo viene siendo engendrado hace años por la misma sociedad, inspira la necesidad

de unión de todos contra un enemigo común, lo que tiende a diluir, o incluso eclipsar, diferencias sociales, culturales, económicas.

Además, la apelación al "combate" al sedentarismo se hace tomando como base la idea de racionalidad humana. Como vimos, los comportamientos prescritos por el discurso de la vida activa emanan de asociaciones estadísticas generadas en el abanico epidemiológico. Por lo tanto, la racionalidad subyacente al método epidemiológico subyace también al proceso de cambio de conductas.

Basado en esa lógica, a partir de la década de 1970, surge en el escenario académico una variedad de modelos teóricos por medio de los cuales se pretende comprender (racionalmente) ciertos comportamientos y por consiguiente, modificarlos. Los modelos de "expectativa de la salud", de "teoría de la acción racional" y de la "teoría del comportamiento planeado", son algunos ejemplos. De esa variedad de modelos, el más utilizado en el campo de la promoción de la vida activa es el "modelo transteórico" o "modelo de las etapas del cambio", como es también conocido. Creado inicialmente para estudiar la adicción al tabaquismo y más tarde, la adhesión a la actividad física, ese modelo clasificaría el comportamiento en 5 (cinco) etapas: pre-contemplación, contemplación, preparación, acción y mantenimiento (Ferreira 2008).

De acuerdo al "modelo transteórico", en la etapa de "pre-contemplación", se incluyen los individuos que no tienen intención de cambiar de comportamiento en los próximos seis meses. Ya los que se encuentran en la etapa de "contemplación" están seriamente dispuestos a cambiar de comportamiento en el próximo mes y ya tomaron alguna iniciativa en ese sentido en el último año. Las personas que se encuentran en la etapa de "acción" ya hicieron modificaciones observables en su estilo de vida en los últimos seis meses. Y, por fin, en la etapa de "mantenimiento", se encuentran las personas que realizaron cambios de comportamiento observables

hace más de seis meses y trabajan para prevenir recaídas y consolidar las ganancias obtenidas con el comportamiento.

La premisa básica del modelo transteórico es, por lo tanto, cognitivista. Además de admitir que el conocimiento es suficiente para el cambio de comportamiento, tal premisa apunta para el hecho de que personas en diferentes puntos del proceso de cambio pueden beneficiarse con intervenciones diferenciadas, adecuadas al nivel en el que se encuentran. Siendo así, diferentes acciones en pro de la vida activa y saludable son prescriptas para cada etapa. En la Tabla 1 se han colocado ejemplos de consejos para cada nivel del modelo transteórico, en su versión adaptada de tres etapas.

Tabla 1. Consejos para la adhesión a la práctica de la actividad física de acuerdo con las etapas del modelo transteórico

Etapa de cambio	Meta	Consejos
Pre contemplativos • No tienen interés en la actividad física	Alentar a los sujetos a pensar en iniciar un programa	• Resuma los beneficios • Informe sobre los beneficios personales para la salud • Enumere las razones para ser activo • Identifique los obstáculos para realizar actividad física
Contemplativos • Interesados, pero no activos	Establecer un plan específico para iniciar un programa	• Brinde informaciones claras para comenzar un programa de actividad física en un futuro cercano • Identifique los beneficios que ellos esperan de la actividad física • Incentive la elección de una actividad física apropiada y preferida • Identifique los soportes sociales

Continúa

Etapa de cambio	Meta	Consejos
Contemplativos • Interesados, pero no activos	Establecer un plan específico para iniciar un programa	• Identifique los obstáculos para la actividad física • Observe la tasa de confianza del paciente en ser capaz de realizar actividad física regular
Activos • Realizan actualmente actividad física	Continuar un programa de actividad	• Premie con elogios • Revise los programas de actividad física que realiza actualmente • Identifique los soportes sociales • Identifique los obstáculos, para prevenir el abandono • Desarrolle soluciones para las barreras • Considere la tasa de confianza del paciente en ser capaz de continuar la actividad física de modo regular

Mientras tanto, si bien se reconocen las limitaciones de los modelos comportamentales y la insuficiencia del conocimiento para el cambio de comportamientos, el discurso de la vida activa insiste en la prescripción coercitiva de estilos de vida como estrategia prioritaria de las políticas de [promoción de la] salud. ¿Qué es lo que explica el hecho de que esta estrategia sea tan popular tanto a los ojos del poder público como de la población general? Para Tesh (1990) hay tres explicaciones. Primero, porque las prácticas requeridas por esta estrategia son identificadas con el individualismo y con grupos sociales emergentes, esto es, con elevado nivel económico. Practicar actividad física es un ejemplo de comportamiento asociado a esos grupos. Segundo, porque en una época de incertezas, es cómodo pensar que el comportamiento individual puede reducir el riesgo de contraer enfermedades e incluso, de muerte prematura. Es como

admitir que por lo menos, algunas enfermedades resultan de circunstancias sobre las cuáles el ser humano tiene control. Además, sugiere que la salud puede ser obtenida sin cambios socioeconómicos más profundos. Y tercero, porque va en sintonía con la posibilidad de reducción de los gastos vinculados a asistencia de las enfermedades sin que sea necesaria una excesiva contrapartida gubernamental. De este modo, la "teoría del estilo de vida" es sumamente compatible con la política económica predominante, basada en el ajuste fiscal rígido. En consecuencia, las políticas de salud "pública" que consisten en exhortar a los individuos a que cambien sus comportamientos están más cerca de ser una estrategia de protección de las instituciones que una que apunta a la transformación de las condiciones de salud de la población.

Por lo tanto, es muy importante adoptar una postura vigilante respecto a los diferentes ropajes que puede asumir la promoción de la salud. Lo mismo vale para el riesgo, sobre todo hoy en día, en que en la estela de la racionalidad epidemiológica, cada vez son más numerosas las iniciativas de medición, evaluación y control de riesgos. Mientras tanto, es ingenua e ilusoria la pretensión del control total de los riesgos potenciales a la salud. Primero, porque las decisiones humanas no son pautadas con criterios exclusivamente racionales. Segundo, porque, dado que el riesgo es socialmente construido, su significado siempre variará en el tiempo y el espacio. Y tercero, porque es un discurso que corre infinitamente atrás de su propia cola. Al final, ¿cuál sería el riesgo de considerar "todos" los riesgos (en el caso que eso fuera posible)? En el límite, se trata pues de un discurso que es contrario a la vida que, para ser vivida, implica riesgos. Súmese a esto, finalmente, el papel paradojal de la ciencia, que, si por un lado, posibilitó avances tecnológicos y un control relativo de las incertezas del mundo actual, por otro, generó aún más incertezas y riesgos.

3 Riesgo y genética

¿Qué es el riesgo genético?

De modo general, el discurso de la salud pública clasifica los riesgos en dos categorías: los ambientales y aquellos resultantes de determinados estilos de vida. Es necesario todavía incluir una tercera categoría, los riesgos internos, existentes en nuestros cuerpos.

La primera categoría toma en consideración los riesgos relacionados a alguna cosa que le sucede al individuo, independientemente de su voluntad, como aquellos provenientes de la contaminación, los productos químicos, los residuos nucleares, entre otros subproductos de las actividades económicas y sociales. La segunda categoría incluye los riesgos como consecuencia de la adopción de "estilos de vida arriesgados". Tales riesgos están asociados a elecciones hechas por el individuo, las cosas que el individuo hace o deja de hacer. La tercera categoría se refiere a algo que el individuo trae incorporado en sí, o en otras palabras, a alguna cosa que el individuo tiene predisposición a desarrollar y que no puede ser determinado por una decisión. En esta categoría está situado el riesgo genético.

Los estilos de vida, foco prioritario de la promoción y educación para la salud, pueden amenazar la integridad moral del individuo por estar asociados (aparentemente) a elecciones y actitudes equivocadas. En cuanto a los riesgos ambientales, su ocurrencia no puede

ser imputada al individuo, en la medida que son riesgos externos, impuestos por el ambiente.

Los riesgos corporificados abarcan una categoría de riesgos que el individuo porta en su cuerpo. En el caso del riesgo genético, un gen anómalo puede traer una enfermedad actual o futura y que redime al individuo de la culpa por su comportamiento o por su enfermedad. Como hasta el momento no es posible alterar una información genética "equivocada", las elecciones del individuo con respecto al riesgo genético son bastante limitadas: someterse a testeo genético o —cuando se trata de un embarazo de riesgo, los exámenes capaces de constatar malformaciones— aceptar el diagnóstico genético prenatal.

En dos situaciones, las aplicaciones clínicas de la investigación en genética molecular ya están establecidas: en el diagnóstico prenatal y en el rastreo de desórdenes relacionados a un gen único.

El diagnóstico genético prenatal involucra un conjunto de exámenes que posibilitan la detección de malformaciones congénitas intrauterinas, como defectos en el cierre del tubo neural y anomalías cromosómicas, de las cuáles la más común y mejor documentada es la del Síndrome de Down. La medicina genética dispone actualmente de la posibilidad de prever la ocurrencia de algunas enfermedades neurodegenerativas y el cáncer, por medio de la identificación de genes que predispondrían la evolución de determinadas enfermedades que aparecerían en la vida adulta.

Las investigaciones de genes relacionados a enfermedades multifactoriales han sufrido una gran expansión, si bien su aplicabilidad a las situaciones clínicas traiga más incertezas y angustias que beneficios. Un ejemplo es el del cáncer de mama de incidencia familiar: apenas del 5 al 10% de los cánceres de mama están relacionados a los genes BRCA1 y BRCA2. Este dato tiene dos consecuencias: en primer lugar, ser portador de los genes no es sinónimo de desarrollar la enfermedad, apenas sugiere una mayor susceptibilidad a ella y,

en segundo lugar, el resultado positivo no garantiza la posibilidad de una prevención más efectiva, en la medida que no hay consenso sobre la eficacia de las medidas profilácticas (Corrêa 2002).

En cuanto al desarrollo futuro de la genética aplicada a la medicina es difícil de prever con precisión, podemos anticipar que luego será posible el testeo para evaluar la predisposición genética a una variedad de enfermedades como la diabetes, enfermedades cardiovasculares, algunos tipos de cáncer e incluso para algunos comportamientos humanos, como el alcoholismo.

El riesgo genético se presenta como una posibilidad más de definir a los individuos "en riesgo". Ese riesgo corporificado, contra el cual el individuo tiene muy poco para hacer y por el cual no puede ser responsabilizado, se extiende del plano individual a la familia. La ocurrencia de una enfermedad genética en uno de los integrantes coloca para sí mismo y para los otros cuestiones difíciles tales como: ¿Quién quiere saber? ¿Quién precisa saber? ¿Cómo serán las decisiones reproductivas a partir de esa información?

Es que pese a la relativización de su poder predictivo por los mismos científicos, la idea de que la identificación del perfil genético de los individuos traería soluciones para lidiar con enfermedades y comportamientos humanos se vuelve cada vez más presente en el imaginario social, lo que constituye el "esencialismo genético" (volveremos a este tema).

Aquí cabe destacar el asesoramiento genético, práctica clínica que tiene por objetivo orientar a las personas o parejas en cuanto a su posibilidad de reproducción, ofreciéndoles la mayor cantidad de información por medio de la adopción de una actitud no directiva. Según Paul y Spencer (1995), el término fue creado en 1947 por el genetista Sheldon Reed quien, al crearlo, pretendía atribuir una connotación de neutralidad y desvincularla de la ideología eugenésica. Reed se oponía a las prácticas científicas más antiguas, a partir

de las cuales los especialistas asumían un asesoramiento directivo, promoviendo lo que consideraban ser una "mejora racial".

Aun cuando Reed intente desvincular el asesoramiento genético del movimiento eugenésico, es innegable que en éste están sus raíces. El autor rechazó denominaciones antiguas para su trabajo, tales como higiene genética, y las sustituyó por asesoramiento genético, "como una descripción apropiada del proceso que yo pienso como un trabajo social, sin connotaciones eugénicas" (Reed 1971, 335). Para él, centrar el foco de su atención en los intereses de los pacientes garantizaría el divorcio entre el asesoramiento genético y la eugenesia: "El asesoramiento genético, al menos en mi concepción, es un tipo de trabajo social que beneficia al conjunto de la familia, y no tendría ninguna relación con el Estado o la política" (Reed 1971, 335)

El ideal de neutralidad en el asesoramiento genético sería el gran valor a ser defendido en el sentido de distinguirlo de la eugenesia, y la práctica de no directividad tendría por finalidad presentar las informaciones, permitiendo a los pacientes tomar sus propias decisiones, con autonomía.

Sin embargo, la concreción del ideal de neutralidad es cuestionada por varios autores, en la medida que no existe asesoramiento sin interferencia en las elecciones reproductivas de las mujeres o de las parejas, lo que lo aproxima a un propósito eugenésico. De hecho, lo que está en cuestión en la eugenesia es la presión en las elecciones reproductivas de las personas, y tal presión puede ser defendida para mejorar la calidad de la población para prevenir el sufrimiento de las generaciones futuras o para reducir los costos financieros del Estado. En este sentido, el autor argumenta que la eugenesia, lejos de ser un fenómeno del pasado, está presente, por ejemplo, en los actuales test genéticos prenatales: pasar por un *screening* prenatal específicamente orientado para detectar una condición particular —el Síndrome de Down es un ejemplo— expresaría una atribución

de valor social sobre la calidad o el valor de los fetos y de los niños, basada solamente en su material genético o cromosómico. A partir de programas de este tipo se puede inferir que es correcto impedir el nacimiento de niños con defectos cromosómicos, y que tener la condición detectada es peor que nacer.

En su texto "*Hereditary talent and character*", publicado en 1865, Francis Galton proponía que

> Las fuerzas ciegas de la selección natural, como agente propulsor del progreso, deben ser sustituidas por una selección consciente y los hombres deben usar todos los conocimientos adquiridos por el estudio y el proceso de la evolución de los tiempos pasados, a fin de promover el progreso físico y moral en el futuro (Galton 1865, 161)

Los eugenistas de fin de siglo XIX e inicio del siglo XX centraban sus esfuerzos en la erradicación de rasgos mentales —como baja inteligencia, pobreza, crimen y alcoholismo— que pudieran generar seres inferiores, pues creían que tales características eran heredadas de modo directo por linaje familiar. La procreación de estos seres inferiores sería altamente amenazadora para la sociedad, siendo, por lo tanto, justificada e incluso recomendada la interferencia en su reproducción.

Erradicar la reproducción de tales individuos a partir de la persuasión (en Inglaterra) o de las leyes de esterilización (especialmente en los Estados Unidos) fue uno de los objetivos principales del movimiento eugenésico de inicios del siglo XX. El otro objetivo era promover la reproducción de aquellos considerados portadores de un "buen" stock genético, con la intención de superar, en términos numéricos, al grupo considerado inferior.

Después de la Segunda Guerra, la ideología eugenésica pasa a ser mundialmente combatida en la medida qué quedó fuertemente

vinculada con los horrores del nazismo. Sin embargo, algunas versiones más sutiles persistieron tanto en el ámbito científico como en el popular, como, por ejemplo, en la creencia de los "genes malos". A partir de los descubrimientos científicos que identifican una asociación posible entre genes y características humanas, el gen se vuelve una verdadera entidad antropomórfica, que puede asumir varias características. Son descritos los genes egoístas, homosexuales, hedonistas, criminales, de la genialidad, de la depresión, del ahorro, del pecado, de la adicción, entre otros (Nelkin y Lindee 1995).

Ya dijimos que el origen del asesoramiento genético está en el movimiento eugenésico, pero podemos decir también que este origen es un fantasma que los genetistas se esfuerzan por exorcizar. El modelo actual del asesoramiento genético abandona las nociones eugenésicas de "raza" y "linaje" y se orienta a brindar al individuo y sus familias informaciones sobre sus riesgos genéticos y el de su descendencia.

¿Qué es la genetización de la medicina y de la salud?

Las investigaciones genéticas y sus posibles aplicaciones se presentan ante la sociedad como una gran promesa para solucionar problemas de diversas áreas del conocimiento. Corrêa enumera una serie de beneficios que se anuncian como resultado de esas investigaciones:

> Desde el punto de vista técnico, se anticipa un horizonte de beneficios: 1) el descubrimiento de las causas de las enfermedades, test diagnósticos precisos, regímenes terapéuticos eficaces como la terapia genética o farmacogenómica; 2) mayor monitoreo ambiental y control de sustancias tóxicas, químicas o biológicas, a medida que se descubren las interacciones patogénicas entre estas sustancias y los genes en la determinación de las enfermedades;

> 3) ampliación de la evaluación de riesgo por el análisis de variaciones en la resistencia (genética) a aquellos agentes; 4) estudio genético de la diversidad humana –bioarqueología, evolución y migración de grupos poblacionales–; 5) aplicaciones forenses de análisis de ADN con fines de identificación (Corrêa 2002, 43).

En el artículo citado, Corrêa se pregunta por qué, a pesar de que haya tantos beneficios potenciales vislumbrados, la información genética y las intervenciones basadas en la genética vienen generando un "debate bioético". El Proyecto Genoma Humano (PGH), por ejemplo, previó desde su momento inicial, en 1990, un programa que destinaba cerca del 5% de todos los recursos del financiamiento de sus proyectos de investigaciones genéticas al estudio de las implicancias éticas, sociales y legales de sus resultados. Ese programa (*The Ethical, Legal and Social Implications of the Human Genome Project*) dejaba en claro el aspecto controversial del conocimiento genético generado en un contexto en el cual se descuidaban los aspectos sociales, culturales y económicos implicados en el análisis de problemas tales como la relación entre los comportamientos humanos y los procesos de enfermedad (Corrêa 2002).

Incluso los autores médicos relativizan el potencial diagnóstico y de intervención de la nueva genética e indican un doble papel potencial de la información genética. Si, por un lado, los test abren la posibilidad de varias formas de discriminación, por otro tienen el potencial de propiciar beneficios extraordinarios.

Según Melzer y Zimmern (2002), en la imaginación del público lego, la genética ya nos habría colocado en un mundo donde los test y los tratamientos estarían disponibles para la mayoría de las enfermedades. Los resultados reales y las posibilidades de intervención, mientras tanto, son bastante más modestos. Con la excepción de las enfermedades de alta penetrancia, relativamente raras, y las enfer-

medades vinculadas a un único gen, los test genéticos difieren muy poco de otros estudios médicos en lo referido a lo que realmente pueden ofrecer: tan sólo la evidencia del riesgo estadístico.

El estereotipo de un gen determinante para cada enfermedad es insatisfactorio cuando se aplica a las condiciones multifactoriales e incluso cuando es aplicado a las enfermedades monogénicas, que muchas veces muestran una considerable variación en cuanto a las manifestaciones clínicas. Las talasemias, por ejemplo, revelan una gran variación fenotípica y está comprobada la variedad de factores —ambientales y genéticos— que influyen en su desenlace.

La búsqueda de genes implicados en patologías hace que la frontera entre lo normal y lo patológico se desvanezca, en la medida que existe una tendencia cada vez mayor a incluir en la categoría de "enfermos" a personas sin manifestaciones clínicas o con manifestaciones muy discretas.

Desde el punto de vista clínico, la información que brindan los estudios genéticos tienen dos aplicaciones: 1) modificar los cuidados médicos que se le prestan al individuo; 2) posibilitar el asesoramiento a parejas que desean tener hijos.

En función del espectro de posibilidades ligadas a fenómenos como la penetrancia y la multifactorialidad, los médicos genetistas destacan la preocupación de que los test genéticos se den en el contexto de la clínica y que su realización tenga un saldo positivo para los pacientes:

> La práctica clínica requiere el establecimiento de una línea de corte pactado para identificar la enfermedad y distinguir a las personas para las cuales el tratamiento sería benéfico, de otros pacientes para los cuales el riesgo de diagnóstico y tratamiento puede superar los beneficios (Melzer y Zimmern 2002, 863).

La realización de test genéticos por fuera de la atención clínica es una posibilidad real que podría ser responsable de mecanismos importantes de iatrogenia simbólica y social. Por ejemplo, ¿Qué es lo que haría un individuo con un resultado positivo de test de susceptibilidad para un tipo específico de cáncer, fuera de una perspectiva clínica o de asesoramiento? O, ¿qué implicancias tendría la disponibilidad comercial de test relativos a características humanas complejas, para ser aplicados a embriones *in vitro*, en procedimientos de diagnóstico genético pre-implantatorio? Aún más, ¿cómo serían regulados los precios de los seguros de salud si se tomasen en cuenta la utilización de test genéticos para la predicción de tendencias a las enfermedades crónicas?

De alguna manera, la ciencia genética nos está forzando a reexaminar el concepto de normalidad al mostrar que el genoma de cada uno es único y que todos somos de alguna manera "anormales". Cada uno de nosotros carga variaciones genéticas que no presentan impacto detectable en circunstancias normales; algunos van a alterar indudablemente nuestro riesgo de enfermedad, mientras que otras, al encontrarnos una pareja que cargue una variación similar, pueden dar por resultado el nacimiento de un niño con una enfermedad genética recesiva.

Al discutir el riesgo genético, Castiel muestra que existen enfermedades cuyas determinaciones "sean genéticas, sean epigenéticas se encuentran bien delimitadas. En estos casos, el modelo de riesgo desarrollado por la epidemiología moderna alcanzaría un alto grado de eficacia" (Castiel 1996, 51). Como contrapartida, en relación con las enfermedades poligénicas o con aquellas en las que la interacción con el ambiente es evidentemente relevante, las relaciones de riesgo pueden no ser percibidas con los mismos grados de precisión. Parece entonces que "el programa de investigación basado en el paradigma

epidemiológico de los factores de riesgo muestra indicios de fragilidad. Pierde el poder explicativo pretendido" (Castiel 1996, 52).

Sin embargo, aunque en realidad las aplicaciones clínicas de los test genéticos sean bastante limitadas, es innegable la fuerza explicativa que adquirió el gen, volviéndose de modo imaginario una entidad determinista y finalista en cuanto a las enfermedades y comportamientos humanos, creando aquello que Nelkin y Lindee (1995) analizaron como la mística del ADN.

Existe sin duda un interés renovado por las explicaciones biologizantes para los fenómenos de salud y enfermedad, y el discurso que hoy mejor representa ese interés es el de la genética. Las tensiones entre explicaciones reduccionistas y explicaciones más amplias existen a lo largo de la historia de la medicina. En lugar de mejorar la comprensión de las diferencias sociales o ambientales, la genética justifica diferencias basadas en características "naturales" o "predeterminadas" para diferenciar a "ellos" de "nosotros" (Lupton 1995).

El discurso genético tendría, por un lado, el poder de generar un sentido de fatalismo y de eximir al individuo de responsabilidades por sus acciones, pues, en última instancia los culpables serían sus genes. Por otro lado, refuerza un juicio moral, en la medida que define los genes "buenos" y los "malos". Es interesante pensar que, mucho antes de que la herencia fuera explicada a partir de bases biológicas —hoy bases genéticas— las nociones de "sangre" y parentesco eran utilizadas para explicar las desigualdades sociales. La superioridad de la sangre azul y la alusión a las malas semillas fueron temas importantes históricamente, reflejando intereses sociales y de relaciones familiares (Paul y Spencer 1995).

El gen en la cultura popular, claramente no es una entidad biológica. Aunque se refiere a una construcción biológica y su poder cultural se deriva del conocimiento científico, su significado simbólico desborda las definiciones biológicas. El gen es un símbolo,

una metáfora, una forma conveniente de definir persona, identidad y relaciones; es una manera de hablar sobre culpa y responsabilidad, poder y privilegio, *status* intelectual y emocional. "Se volvió un super gen, usado para juzgar la moralidad y la corrección de los sistemas sociales y para explorar fuerzas que le darán forma al futuro humano" (Nelkin y Lindee 1995, 23).

Esta traducción popular del significado del gen, sin embargo, está fuertemente enraizada en las informaciones que los científicos desean transmitir. Al buscar explicaciones genéticas para atributos tales como la inteligencia, la belleza, el mal humor o el alcoholismo, los científicos contribuyen al fenómeno de genetización de la sociedad. Los individuos pueden ser "des responsabilizados" por sus conductas pues, al final, la culpa es del gen.

La genética nos impulsa, por lo tanto, a alterar nuestra percepción sobre nosotros mismos y sobre el otro, sobre normalidad y anormalidad. Este cambio alcanza una visibilidad particular en el área de la reproducción, teniendo en cuenta el impacto de los test prenatales y *screening* en las mujeres.

Lippman (1995) discute el impacto que las tecnologías de evaluación prenatal traen a la vida de las mujeres en edad reproductiva, enfatizando que tal impacto debe ser examinado a la luz de dos aspectos: en primer lugar, el hecho de que vivimos en una sociedad marcada por diferencias de género profundas, y, en segundo lugar, el hecho de que el nacimiento de un niño deficiente sea encarado como un problema privado para las mujeres o para sus familias. Estos aspectos hacen a la mujer responsable por evitar, reducir o administrar una "producción" deficiente.

Difícil para quien los acepta, difícil para quien los rechaza, las pruebas prenatales son una realidad presente en el horizonte reproductivo, incluso antes de que el embarazo sea confirmado de modo efectivo. Innumerable cantidad de mujeres, embarazadas o no, son

confrontadas con cuestiones tales como: ¿Aceptar o rechazar un test durante el embarazo? ¿Qué hacer con las informaciones recibidas? ¿Qué hacer después de un diagnóstico desfavorable? El simple hecho de que las tecnologías estén disponibles coloca a las mujeres en la obligación de considerar su existencia, sea para usarlas o para descartarlas. Hacer esta elección puede ser bastante difícil, sea cual fuere el rumbo tomado.

La ambigüedad que surge de las pruebas prenatales es relatada en la literatura, entre otros, por Lippman (1995), tomando como base testimonios tanto de mujeres como de médicos. Aun cuando estos últimos adoptan una postura de defensa en relación con los test, admiten su potencial iatrogénico.

Hay una tendencia en creer que los avances tecnológicos son buenos en sí mismos, y que perseguir el conocimiento biomédico sobre salud y enfermedad es una señal de progreso. Sin embargo, a pesar de la realidad biológica, las enfermedades humanas, desórdenes y deficiencias —los objetos de los análisis prenatales— no son apenas estados físicos o fisiológicos, con contornos fijos. Ellos no están "allí afuera", esperando para ser descubiertos: tienen significado social, con formas variadas y distribuciones que interpretamos y a las cuales les atribuimos significados a través de nuestras creencias, actitudes, valores e intereses: "La biomedicina occidental es nuestra etnomedicina, y ella no describe una realidad biológica preexistente" (Lippman 1995, 54).

La creencia actual de que los avances en la comprensión de la salud y la enfermedad sólo podrán ser obtenidos por el estudio y mapeo de los genes y por el desarrollo de pruebas para establecer nuestro *status* genético y nuestra individualidad química forma parte de un contexto social y cultural más amplio y de un proceso que Lippman denominó "genetización".

La genetización del comportamiento, por ejemplo, no viene acompañada siempre de una preocupación por las repercusiones simbólicas en la vida cotidiana de los individuos. Investigadores cuyas investigaciones asocian genes y manifestaciones con cargas morales y sociales, como la tendencia a la obesidad, propensión al uso de drogas, disposición natural para la homosexualidad, no parecen darle mayor importancia a los riesgos de que sus estudios en el área de genética comportamental alimenten los prejuicios sociales.

De este modo, la genetización es un proceso de "colonización", en la medida que sus tecnologías y abordajes son aplicados a áreas no necesariamente —o al menos aparentemente— genéticas.

A medida que la genetización se vuelve un tema cada vez más presente en las historias de salud y enfermedad, el *screening* prenatal asume un papel creciente en la búsqueda por las diferencias genéticas y por la determinación de "anormalidades" médicas. De hecho, la aplicación de esas tecnologías aumenta el número de individuos considerados "anormales" por presentar variaciones genéticas, y así se establecen jerarquías entre individuos basadas en las diferencias del ADN.

Billings y colaboradores definen la "discriminación genética" como aquella dirigida a individuos o familias, basada apenas en una variación genética aparente o percibida de lo que sería considerado el genotipo humano "normal". En un estudio llevado a cabo en California, los autores concluyeron que la discriminación genética existe y se manifiesta en innumerables instituciones sociales, especialmente en las áreas de los seguros de vida y de la salud. Los autores recomiendan que se revea la utilización de pruebas para evitar la creación de "una nueva subclase social basada en la discriminación genética los enfermos asintomáticos" (Billing, et al. 1992, 482).

Las pruebas prenatales también pueden ser fuente de "discriminación", en la medida que su realización posibilita la detección de fetos cuya vida tiene más o menos valor. Considerada como prevención secundaria para enfermedades genéticas, las pruebas prenatales buscan identificar malformaciones congénitas o enfermedades genéticas en gestaciones en curso. Para que se alcance el resultado deseado es necesario admitir la posibilidad de interrupción del embarazo frente a las anomalías detectadas.

¿Qué es la genetización de la sociedad?

En la prensa lega, en revistas femeninas, en novelas, en libros para padres, pero también en los textos de divulgación científica, en materiales didácticos, los genes aparecen para explicar algunos aspectos de la vida del hombre, como la obesidad, la criminalidad, la timidez, la habilidad para conducir, las tendencias políticas y las preferencias sexuales. Existirían genes egoístas, violentos, *gays*, genes para la depresión, genes para la genialidad, para ahorrar y para gastar. Estas imágenes muestran al gen como poderoso, determinante y central para el entendimiento del comportamiento cotidiano como para la develación del "secreto de la vida".

Por un lado, el gen es una estructura biológica, la unidad de la herencia, la secuencia del ADN que contiene información para componer las células vivas y los tejidos. Por otro, se tornó un ícono, un símbolo, casi una fuerza mágica. "Tanto como concepto científico y como símbolo social poderoso, el gen tiene muchos poderes", afirman Nelkin & Lindee (1995, 37). En el libro *DNA Mystique -the gen as a cultural icon* (La Mística del ADN -el gen como un ícono cultural), las autoras exploran esos poderes, mostrando como las imágenes y narrativas de los genes en la cultura popular reflejan y

vehiculizan un mensaje que ellas denominan "esencialismo genético". "El esencialismo genético reduce al individuo a una entidad molecular, igualando a los seres humanos, con toda su complejidad social, histórica, a sus genes" (Nelkin y Lindee 1995, 39).

Según las autoras, el ADN funciona en la cultura popular, en muchos aspectos, como un equivalente del alma en el Cristianismo. Independiente del cuerpo, el ADN parece ser inmortal, fundamental para identificar al individuo, explicar su idiosincrasia y su destino. El ADN parece ser el *locus* de la verdad, el lugar por medio del cual la esencia del ser humano puede ser develada.

Las propiedades biológicas del ADN darían sustento biológico a los diagnósticos de laboratorio, a la detección de riesgo y a la predicción de condiciones futuras de discapacidad o enfermedad. En el ámbito de la familia, el ADN puede ser utilizado para la toma de decisiones reproductivas y para definir relaciones. En el aspecto jurídico, posibilita la atribución de responsabilidad y culpabilidad, así como puede justificar políticas institucionales y sociales.

¿Cómo se construyó la expectativa del público lego en relación con el potencial predictivo de la genética? La contribución principal del texto de Nelkin & Lindee (1995) es la de no contrastar las evaluaciones popular y científica sobre el gen, y entender como estos dos abordajes interactúan para delinear su significado cultural. ¿Por qué algunos conceptos ganan poder social y se vuelven foco de atención significativa, tanto desde el punto de vista popular como científico?

Tradicionalmente se creó una dicotomía entre el conocimiento popular y el científico alrededor de las cuestiones relacionadas a la salud y la enfermedad. En términos generales, se dice que el conocimiento científico está basado en una ciencia que se pretende universal y generalizable, mientras que el conocimiento lego estaría basado en experiencias individuales o tradiciones populares. En la

sociedad occidental, sin embargo, existe una "mixtura" inevitable de conocimientos, en la medida que al público lego se le enseñó a pensar, por lo menos en parte, en términos biomédicos.

En realidad, muchos de los valores y de las representaciones populares de los genes y del ADN tienen soporte en la representación científica, en las promesas ligadas al potencial predictivo del genoma, así como en el lenguaje que utilizan los investigadores para aumentar su imagen pública y fortalecer las expectativas en cuanto a futuros descubrimientos, lo que no está desvinculado de la defensa de sus intereses, como el financiamiento de sus investigaciones, en general muy costosas y largas.

Aun siguiendo a Nelkin & Lindee (1995), podemos identificar tres temas que frecuentan los textos producidos por los especialistas en genética: la caracterización del gen como la esencia de la identidad; la promesa de que la investigación genética aumentará la posibilidad de predicción del comportamiento humano y en consecuencia, su salud; y la imagen del genoma como un texto que definirá el orden natural. Algunos científicos, tomando en préstamo metáforas de las ciencias informáticas, comparan al cuerpo con un conjunto de instrucciones, un programa a ser transmitido de generación en generación. Otra metáfora frecuente que refuerza la posibilidad de predicción es la de comparar el ADN con el Oráculo de Delfos, una verdadera bola de cristal médica.

La ciencia "glamuriza" el ADN y promueve la noción de esencialismo genético. El conocimiento científico representado aquí por el saber genético promete liberar a los individuos de la enfermedad y la inseguridad, reafirmando la idea de la ciencia como aquella actividad con el poder de controlar el futuro.

4 Riesgo y contexto sociocultural

¿Cuál es la relación entre el riesgo y la divulgación popular de contenidos científicos?

"Para aquellos que no encuentran tiempo suficiente en su día para preocuparse con todos los peligros posibles de la vida, este es un nuevo libro que lo ayudará a establecer prioridades". Así comienza la presentación de la obra de David Ropeik y George Gray —dos académicos del *Harvard Center for Risk Analysis*— encontrada en la librería virtual *Amazon*. El libro *Risk :a practical guide for deciding what´s really safe and what´s really dangerous in the world around you (Riesgo: una guía práctica para decidir qué es realmente seguro y qué es realmente peligroso en el mundo que te rodea)* está compuesto por entradas con elementos indicativos del conocimiento disponible sobre amenazas potenciales de varios tipos (enfermedades, accidentes, contaminadores ambientales), fuentes (teléfonos celulares, armas biológicas, pesticidas, contaminación de alimentos, errores médicos) y las correspondientes indicaciones de estrategias de reducción de riesgo. Contiene incluso un "riesgómetro", tabla en la que son verificadas la probabilidad de exposición a los riesgos y la severidad de las respectivas consecuencias de esas exposiciones.

Ya en la introducción, el tono es reflexivo y benevolente al señalar que, a pesar de los peligros, el mundo (entiéndase "mundo de las

democracias occidentales económicamente avanzadas") sería más seguro que nunca. Los datos sobre salud probarían esto: bajas tasas de mortalidad infantil, alta esperanza de vida, enfermedades mortales erradicadas, avances en la salud pública, la medicina, en legislación ambiental, en la seguridad alimentaria y en la protección laboral.

Pero también es preciso asumir que han surgido nuevos riesgos, los autores mencionan los residuos tóxicos, la enfermedad de la vaca loca y la reducción de la capa de ozono. Los indiscutibles avances tecnológicos que traen tantos beneficios son, infelizmente, acompañados de nuevos peligros. La mayoría de nosotros siente más miedo y considera que, más que nunca, la vida tiene muchos peligros. Según Ropeik & Gray, todos estos aspectos estarían demostrados en investigaciones de opinión pública.

En esta breve descripción del contenido y del inicio de la introducción de la obra, se observa la sintomatología de los tiempos actuales y algunas premisas de los discursos hegemónicos en salud. Se destacan: la forma de pensar y sentir de la mayoría de las personas de las sociedades modernas, que considera que el tiempo es insuficiente para atender las necesidades de gestión cotidiana de la gran profusión de elementos e informaciones aparentemente esenciales para la vida de hoy; el constante e irreprimible sentimiento de inseguridad que afecta a las poblaciones de diferentes partes del mundo (algo que sería aparentemente un despropósito ante la comparación con el pasado reciente); el énfasis en el enfoque racional que sería fundamental para la decisión de costos y beneficios involucrados en la imprescindible evaluación de los innumerables riesgos de nuestros actos y movimientos más prosaicos (aspectos de la gobernamentalidad neoliberal que se denomina "prudencialismo"); los dilemas y las perplejidades teniendo en cuenta la dimensión virtual y los muchos enigmas que son puestos por esta "realidad" que

nos circunda; el poder de la ciencia en ayudar a curar los problemas generados por sus productos tecnológicos.

En nuestro intento de establecer nexos entre análisis sociales y discursos sanitarios predominantes, pretendemos ahora discutir un punto delicado de nuestra argumentación. Vamos a partir de un consenso, la idea de que el riesgo epidemiológico es uno de los elementos centrales en las estrategias de promoción de la salud. En términos generales y sintéticos, se trata de buscar medidas de prevención frente a los múltiples riesgos pasibles de generar daños a la salud de todos nosotros.

Cabe resaltar que no se trata aquí de menospreciar el poder del conocimiento disponible sobre riesgo, importante en las técnicas y en los conjuntos de prácticas orientados a la prevención de enfermedades a nivel poblacional. Se trata, sí, de analizar posibles efectos de la exageración de su uso como también de resaltar su vinculación con aspectos indeseables con la premisa dominante de que debemos mejorar de acuerdo con las configuraciones socioculturales dominantes corrientes. El cálculo del riesgo tiene un papel importante, ya que nos permite delinear regularidades y normas que son utilizadas en la prevención y en el control de situaciones potencialmente peligrosas.

Las predicciones epidemiológicas reflejan, también, el espíritu anímico de la época, más que la capacidad de describir los designios del futuro. Están bastante más próximas de lo que gustarían de narrativas proféticas que de normativas a seguir definidas como veraces a partir del aval de la cientificidad.

La epidemiología es un campo de conocimiento necesario para el ámbito del análisis y las intervenciones sanitarias, pero está lejos de ser suficiente, como a veces aparenta. Como disciplina empírica no consigue proporcionar una comprensión satisfactoria (ni asume su fragilidad, en este sentido) frente a la compleja dinámica entre

la situación de salud de las personas/poblaciones y los acelerados cambios socioculturales y subjetivos.

Finalmente, los discursos sobre el riesgo señalan la ambivalencia de nuestra época, ambivalencia que se puede manifestar bajo varios formatos y varias facetas. Una de ellas refleja la inseguridad emocional tardo-moderna, al mismo tiempo que apunta para el primado (de cierta forma, mítico) de las certezas vehiculizadas por los dispositivos racionales de la ciencia moderna.

Lauritzen & Sachs (2001) realizaron en Suecia un estudio cualitativo sobre aspectos del riesgo en la comunicación entre pacientes y profesionales de la salud en dos programas de vigilancia realizados por enfermeras especializadas. Los investigadores estudiaron la presentación y la introducción de aspectos amenazadores en las charlas de las enfermeras, en un grupo compuesto por niños (incluyendo la curva de crecimiento) y otro compuesto por mayores de 40 años (incluyendo la determinación del colesterol en sangre).

Muchas veces, los pacientes o los padres de los niños atendidos no están interesados en los valores que aparecen en los resultados de los exámenes, pero sí en saber si los exámenes son "normales". Las enfermeras, por su parte, no están seguras en relación con los resultados. Se opera de modo ambiguo (pero, desde nuestro punto de vista, con sabiduría) con dos ideas de normalidad: una "instrumental", vinculada a los objetivos y normas de los programas de vigilancia, tomando como base estudios epidemiológicos de riesgo; otra "contextual", relativa a las contingencias situacionales del caso, siendo necesario relativizar el dato poblacional para cada individuo.

Esta práctica de vigilancia trae tanto ideas de amenaza como de control y enfatiza nociones de responsabilidad individual con respecto a la salud a futuro. Además, la búsqueda del control contra los riesgos puede aumentar la percepción de amenazas a la salud y la búsqueda de atención médica, aun cuando esta no se justifica

desde el punto de vista clínico. En la medicina de la vigilancia, los individuos precisan producir de modo continuo redescripciones subjetivas acerca de sus estatutos como personas sanas/normales.

Una cuestión preocupante es que, en estos tiempos de medicina, salud pública, prevención y promoción de la salud basados en evidencias y en el triunfo del ensayo aleatorio controlado, nadie parece preocuparse con los efectos adversos y con la eficacia, efectividad y eficiencia de someter personas a procesos diagnósticos. Al mismo tiempo que para los tratamientos de las enfermedades se exigen niveles de evidencia experimental, el diagnóstico continúa siendo estructuralmente benéfico, de modo que no se vería necesario aplicar el método experimental. Sin embargo, parte importante de la iatrogenia de nuestras sociedades tecnificadas son las "enfermedades diagnostigénicas", o sea, aquellas situaciones en las que se les provocan daños a las personas por someterlas a diagnósticos, especialmente cuando estos no son requeridos por el paciente. La propuesta razonable de Hipócrates de *primum non nocere* (primero no dañar) tal vez esté siendo afectada en nuestros días debido a la acuciante necesidad de colocar etiquetas de enfermedad o riesgo en mucha gente.

El riesgo se presta con mucha propiedad a nuestra época por su énfasis en lo virtual, deseo/necesidad de predicción y aceleración y en su fuerte ligazón con la idea de culpa. Es como si la noción de riesgo hubiese sido hecha a medida, pues consiste en un término universal, con poder de síntesis, concreto, en términos de cientificismo y afinidad con los análisis objetivos y con la capacidad de permitir abstracciones y proliferaciones imaginarias.

Por otro lado —como demostraron Spink y colaboradores (2008)— el discurso del riesgo está bien instalado en los medios de comunicación y aparece bajo los enfoques negativos de "riesgo-peligro" y "riesgo-probabilidad" (en las amenazas a la salud) como bajo el enfoque positivo del riesgo-aventura (en el caso de los deportes radicales).

Hay indicios de que, para la prensa, los aspectos más atractivos de las informaciones sobre riesgo se ubican en la promesa de previsibilidad motorizados por una representación triunfalista de la ciencia empírica. En el caso de las predisposiciones genéticas (que involucran "genes malos"), tenemos ideas implícitas de medición, clasificación y control y, en consecuencia, posibilidad de acciones preventivas contra los "males", inclusive aquellos que surgen bajo la forma de comportamientos desviantes. Se evitan de este modo las imprecisiones y ambigüedades de las explicaciones de cuño social y/o ambiental.

Al mismo tiempo, los "medios de comunicación" acaban ejerciendo una pedagogía, al repetir narrativas e imágenes que instituyen juicios y modos de reaccionar frente a los dilemas morales generados por la sociedad contemporánea (Nelkin y Lindee 1995). Los periodistas, lo quieran o no, desempeñan el papel de educadores. Además, los profesionales de la prensa pueden funcionar como factores de influencia para la eventual adopción de medidas "profilácticas". Si las determinaciones genómicas son inevitables, la sociedad puede no sentirse responsable por la asistencia a los afectados por las "mal formaciones" y adoptar medidas eugenistas que reflejen posiciones prejuiciosas, el ahora llamado "especismo" (además del racismo y del sexismo).

Partiendo de este punto de vista, es posible vislumbrar medidas, como el aborto, que, a partir de diagnósticos intrauterinos de "genes malos" en el ADN, podrían ser dirigidas incluso hasta la "prevención de la homosexualidad", tomando en cuenta las repercusiones provocadas por el "descubrimiento" de un "gen *gay*" hace casi dos décadas atrás.

Es indiscutible el alcance y la difusión del llamado periodismo científico en los "medios de comunicación". Es preciso, por lo tanto, estar atentos a la relación entre los científicos de la salud y la difusión

lega de sus hallazgos, pues es admisible la generación de discrepancias o conflictos con perjuicios para los propios investigadores y profesionales de la salud, pero, especialmente, para el público. Véase, por ejemplo, las "epidemias" de determinadas afecciones en los servicios médicos al día siguiente de la difusión de las mismas en programas de televisión.

Independientemente de las motivaciones, no se puede negar el interés de las poblaciones en los temas relativos a la salud. Basta ver el espacio que las cuestiones de salud y de la medicina ocupan en el periodismo. La divulgación pública de resultados de investigaciones epidemiológicas viene, sin embargo, siendo foco de alborotos e imputaciones mutuas de responsabilidad entre las comunidades académica y la de los medios. Los epidemiólogos argumentan que los periodistas enfatizan en exceso los hallazgos de estudios específicos, sin dimensionar los aspectos metodológicos y el contexto de la investigación. Los representantes de la prensa se justifican comentando el afán de figuración de algunos investigadores y sus correspondientes instituciones.

Es así, la divulgación de cuestiones de riesgo involucra aspectos bioéticos relevantes y apunta a la necesidad de una base normativa para tal comunicación. Por este motivo, señalamos la importancia de estudiar cómo los periodistas científicos y los profesionales de la salud (con énfasis en la idea de riesgo, genético o no) construyen categorías y vehiculizan información en sus áreas de especialización de modo que colaboran de forma involuntaria con desinformaciones, estímulo a posiciones prejuiciosas y, de acuerdo al caso, la posibilidad de reacciones alarmistas desproporcionadas. En este sentido, es esencial considerar el contexto sociocultural donde suceden las relaciones entre la producción de conocimientos genéticos, las formas y los procesos de transmisión y la correspondiente apropiación por distintos grupos humanos.

Es inevitable la necesidad de lidiar con las disimilitudes de lenguaje derivadas de estas circunstancias. Independientemente de los objetos de los estudios epidemiológicos, es razonable pensar en los desajustes de lenguajes entre productores, divulgadores y receptores de los hallazgos específicos de las investigaciones referidas a la salud. Esta situación nos conduce a resaltar dos aspectos: las características del lenguaje en el que es formulado el estudio y el contenido de la explicación *per se*. Sin duda, los márgenes de incomprensión no son despreciables si tenemos en cuenta las brechas entre el lenguaje de los investigadores y el del público lego.

Para Vaz y colaboradores (2007), es preciso lidiar con la idea de que las noticias sobre factores de riesgo influyen en la construcción de la moral dominante en la cultura actual. De este modo, no habría moralización en la medida que la epidemiología descubre lo que estos autores llaman de "causas verdaderas". Sólo habría moralización cuando los discursos de poder creasen peligros imaginarios para interferir en la conducta de las personas. Entonces, sería distinto alertar —basado en evidencias— a los individuos contra los efectos dañinos del tabaquismo y promover que la modificación del comportamiento fuese dependiente de su elección. En la diferencia entre amenaza imaginaria y amenaza real estaría la distinción entre restringir las actividades que producen placer y dedicarse a buscar una vida larga, saludable y además placentera al individuo que de esta manera opte por esta modalidad.

Ahora bien, los conocimientos científicos vehiculizados por la epidemiología (las "evidencias") pueden no ser tan estables al punto de asegurarnos que las amenazas a la salud deban ser evitadas sin lugar a dudas. Véase como, al pasar algún período de tiempo, se produce la "villanización" y posterior "desvillanización" de varios alimentos a lo largo de la historia de la ciencia epidemiológica (azúcar refinado, huevos, café, entre otros productos).

Inclusive, existe hoy una "cultura lipofóbica" —de aversión a los lípidos de modo general— y también con relación a los niveles de gordura. Aun habiendo evidencias suficientes para definir que la obesidad se constituye como factor de riesgo para varios problemas de salud, esto no resuelve de modo satisfactorio los desarrollos sociopolíticos y morales de la cuestión. Si bien parece no haber más dudas en cuanto a esto en el ámbito científico, es importante tener en cuenta que, en el contexto público, se enfatiza la cuestión de "quién" o "qué" es el responsable por causar y curar tal "epidemia", y de tal modo orientar las medidas de enfrentamiento del problema.

Hay dos maneras de interpretar el "quién" es responsable por la epidemia de obesidad o por ponerle un fin: la que se centra en el individuo y la sistémica. La primera vía restringe las supuestas causas de la situación a individuos particulares, en general aquellos afectados por el problema. El enfoque sistémico amplía el foco, atribuyendo responsabilidades a los gobiernos, mercados y fuerzas sociales. Claro que estos modelos no acostumbran a presentarse aislados de la realidad. Tal vez sea más útil encararlos como polos de un horizonte de argumentos: cuanto más el patrón general del discurso se dirige al polo sistémico, más las políticas públicas deben ser dirigidas al ámbito institucional como la arena responsable para lidiar con los problemas que involucran a grupos e intereses poderosos. Definir el problema en términos individualizantes reduce la responsabilidad gubernamental y amplifica la responsabilización (y culpa) de cada obeso, moralizando el asunto del enfrentamiento del problema en términos de prevención.

Por otra parte, la complejidad de la situación aumenta en el terreno de la precaución, cuando todavía no hay verdades consagradas en cuanto a la evidencia de las amenazas. Esto ocurre si tenemos en cuenta aun los grupos (e intereses) involucrados en los problemas relativos a, por ejemplo, la "cuestión" de los alimentos manipulados

genéticamente. Tenemos entonces: empresarios y técnicos de las industrias de biotecnología de alimentos, interesados en obtener ganancias por sus inversiones; productores agrícolas opuestos a las innovaciones; médicos que reciben pedidos de aclaración de sus pacientes; bioeticistas que buscan sistematizar supuestos pros y contras, basados en posiciones y/o principios no siempre suficientes para tratar con el desconocimiento actual acerca de los efectos sobre la salud de los llamados "alimentos" transgénicos; políticos obligados a compatibilizar presiones de *lobbies* de la industria y de sus grupos de sustento político en medio de eventuales expectativas públicas de definiciones; profesionales del área de la salud en la burocracia gubernamental que deben proponer y decidir políticas de control/gerenciamiento.

En medio de este torbellino, están los epidemiólogos que pretenden desarrollar estudios sobre los daños posibles a la salud de las poblaciones y buscan financiamiento para eso. ¿Cómo puede ser posible (en qué medida) que haya no sólo entendimientos sino incluso inteligibilidad entre discursos y lenguajes de las diversas partes con diferentes formaciones, posiciones e intereses frente a este asunto tan multifacético? Es difícil responder con certeza y precisión, pero es posible percibir que no se trata de algo simple y fácil como a veces se lo quiere mostrar.

¿Cuál es la relación entre riesgo y velocidad?

Mucha gente conoce la expresión "Va a ser bueno, ¿no fue?" Viene de un chiste conocido sobre la velocidad del sexo entre los conejos. La gracia del chiste reside en el hecho de que el conejo macho (bien podría ser el de Alicia en el País de las Maravillas) inicia y termina la relación de modo casi simultáneo, o sea de modo muy veloz, manifestando la preocupación masculina con el desempeño sexual.

Además de ese sentido, que representa bien la prisa de nuestra época, es posible presionar los significados de los contenidos semánticos del chiste y transformar el sentido coloquial de interrogación que espera concordancia en la respuesta —el "¿no es así?"— en otra cosa. Se puede imaginar que sea la esperanza en cuanto a una expectativa optimista de que "va a ser bueno" en términos de la vida que vamos a seguir viviendo, basado en las promesas hechas hace pocas décadas pasadas en cuanto a los avances técnicos y científicos supuestamente emancipatorios. Ahora, conviviendo con estos tiempos tecnológicos acelerados, cabe la pregunta: ¿está bien así? Difícil responder sin mayores explicaciones y relativizaciones.

Antes de ir por este rumbo, hablar de velocidad nos obliga a considerar ideas del paso del tiempo. Para esto, se hacen analogías con relación a la noción de duración: el transcurrir del tiempo cronológico es generalmente sentido como "movimiento" y presenta dos posibilidades:

- Como objetos que se mueven de modo continuo y lineal, en una dirección de frente para atrás, el futuro viniendo en nuestra dirección y el pasado yéndose.
- Como movimiento nuestro sobre un "paisaje de tiempo". En este caso, el tiempo puede también ser considerado "parado" y somos nosotros lo que nos movemos a través de él ("estamos llegando al final del año, estamos cerca de Navidad").

Estos modos de pensar presentan el tiempo pasándonos de frente para atrás, como si estuviésemos parados y "él" se dirige a nosotros, o como si nosotros estuviéramos moviéndonos en su dirección, estando "él" estático. O sea, algo/alguien debe estar en movimiento…

Estas descripciones del paso del tiempo en términos de movimiento, objetos y lugares, tienen su origen en el razonamiento

biológico. Nuestros aparatos visuales poseen detectores para movimientos, objetos y lugares. No tenemos equipamiento sensorial específico para percibir la duración. Así, es preciso usar referencias obtenidas con los órganos sensoriales disponibles. Sin embargo, no somos conscientes de estos aspectos en nuestras vidas. Es más, ni siquiera importa en el día a día.

Hay tensiones que acompañan el estudio de la tecnología y de su poder de volver natural todo aquello relativo a la vida que llevamos. Por ejemplo, con el enorme desarrollo de las tecnologías de información y comunicación (coincidentemente usadas a través de una abreviatura "nerviosa"-TIC), existen debates sobre la cultura cibernética. En un extremo, están aquellos que se oponen a la tecnología, tachados de "tecnofóbicos"; en el otro, los adeptos incondicionales, llamados "tecnofílicos", obviamente con la existencia de variaciones entre estos polos. No parece posible localizar en un punto equilibrado, en el medio del camino, donde estaría el lugar de la sabiduría. Hay situaciones en las que la mejor posición parece ser la primera (la mayor posibilidad de invasión de nuestra privacidad), así como en otras, ciertamente la segunda (la mayor facilidad de comunicación entre las personas).

Muchas veces, no es posible llegar a conclusiones satisfactorias, pues suelen faltar elementos para llegar a cualquier juicio en esas circunstancias. En efecto, en estos tiempos apurados, las decisiones, muchas veces, se basan en estereotipos e informaciones truncadas. La fila de las decisiones tiene que andar. Y rápidamente.

La velocidad actual también se relaciona con una carga pesada de compromisos del mundo de la productividad. Tenemos teléfonos celulares funcionando como computadoras portátiles con acceso a Internet que permiten, en cualquier momento, acceso a otros, pero que también nos colocan más a merced del mundo opresivo de las obligaciones.

Quienes tienen recursos pueden tener acceso a las tecnologías y servicios de salud para minimizar los riesgos, sea preventivamente, sea de modo terapéutico. Una de las grandes metas de la vida actual es vivir el mayor tiempo posible. Para lograr tanto, es preciso controlar los varios riesgos que amenazan nuestra salud. Mas, al intentar prevenir enfermedades que aparecerían en un futuro incierto, traemos de modo inevitable a las enfermedades que queremos prevenir a nuestro horizonte.

La dura ironía de la tecnociencia moderna se localiza en el hecho de que, al intentar ejercer y aumentar su dominio sobre los acontecimientos, se generan más acontecimientos inesperados. Los eventos que se manifiestan como sutiles efectos colaterales pueden aumentar y comprometer estructuras asumidas como estables (la mega crisis de 2008 es un triste ejemplo).

Parece que no hay otra forma de sustentar la actual ruta tecnocientífica en busca de conocimiento y de previsión si no es incluyendo sus efectos indeseables como partes de la misma estructura socio económica y política que produce y consume la tecnología. En otras palabras, reproduciendo y manteniendo el mismo abanico que generó los excesos y las disfunciones. Pero esto no es simple. Hay una tendencia a considerar lo que no funciona bien como anomalías y riesgos, pues estos no pueden ser excluidos porque pertenecen al mismo orden de los procesos tecnológicos y de los sistemas sociales contemporáneos.

Parece que la principal respuesta sociocultural disponible es moral y acaba alimentando reacciones de pavor al riesgo. Esta situación conduce a tentativas irrealistas de control, de modo que tales estrategias estarán siempre destinadas al agotamiento. Las medidas de vigilancia puestas en marcha no tienen posibilidad de ser integradas y administradas bajo la forma de tantas recomendaciones preventivas que son ofrecidas. No hay como dormir bien con un barullo de estos.

Hay señales que apuntan a un desajuste básico en la proliferación de las muchas causas posibles que nos amenazan. Esto afecta la viabilidad de controlar, reducir o evitar las consecuencias. Caminar o correr al aire libre para prevenir enfermedades cardiovasculares exige que nos protejamos del sol frente al riesgo de contraer cáncer de piel, utilizando filtros solares —algo caro para muchos en un país situado bajo la línea del Ecuador— además de existir todavía el riesgo de lesionarnos los tendones, las articulaciones, los músculos.

La búsqueda de mayor seguridad mediante procesos tecnológicos genera ambientes afectados por la elevación de la sensación de riesgo. Las personas se pueden sentir oprimidas por la descomunal carga de información sobre riesgos en su cotidiano. Esto, de algún modo, genera que las reacciones racionales sean prácticamente imposibles en su totalidad.

Por ejemplo, se intenta constantemente calcular y controlar los riesgos más fáciles de ser administrados, como aquellos propios de las enfermedades crónicas —nivel de colesterol, *stress*, obesidad, tabaquismo, exposición solar, sexo inseguro— como metas que sirven para dar una sensación de control frente a nuestra finitud. Sin embargo, vivimos en un contexto en el que las relaciones entre tecnología, cultura y riesgos son extremadamente complejas. Considerado individualmente, cada riesgo puede tener una causa racional y ser razonablemente explicado, anticipado y recibir intervenciones para evitar sus efectos. Entendido como fenómeno acumulativo y complejo, los riesgos parecen ser menos razonables.

La acumulación de diferentes riesgos —ecológicos, biomédicos, sociales, militares, políticos, económicos, financieros, simbólicos e informáticos— posee una presencia avasalladora en el mundo de hoy. Encarados como un fenómeno general abstracto, los riesgos se tornan apocalípticos. Es más: insinuarían que hay algo insano en lo cotidiano de la vida moderna. De acuerdo al contexto socioeco-

nómico, esto se puede volver para muchos un ejercicio desgastante de convivencia con la inestabilidad y la inseguridad.

En fin, tenemos la sensación de vivir un presente repleto de objetos tecnológicos que producen imágenes y sonidos en alta definición. Pero también son apabullantes, en la precariedad de sus excesos tanto frente a los riesgos a la seguridad —teniendo en cuenta la cantidad de cámaras que nos vigilan a todos, y con una cruel ironía nos mandan sonreír, con un aviso de que estamos siendo filmados— como frente al desfile acelerado de los muchos placeres posibles que nos son ofrecidos. La fila tiene que andar, sin pérdida de tiempo. Y va a ser bueno, ¿no fue?

¿Cómo abordar la problemática del riesgo y la adolescencia?

Antes de comenzar a intentar responder a la pregunta del título de este tópico —que fue inspirado en un artículo escrito por Luis Castiel (2007)— es preciso asumir las dificultades de tratar con la cuestión. Vamos a tener que lidiar con alta mortalidad por causas externas, embarazo precoz, trastornos de la alimentación, condiciones adictivas y dependencias diversas. Existen trastornos psicológicos de variados tipos que desafían las clasificaciones de enfermedades. Este acostumbra a ser, entre otros posibles, la impresión esquemática de cómo se manifiesta el panorama de la salud de los jóvenes en países como Brasil.

Antes de profundizar cuestiones llamativas que hacen a las relaciones entre la salud y la vida contemporánea juvenil brasileña, debemos asumir las limitaciones de nuestra perspectiva, y también, de los enfoques enfatizados, frente a la multiplicidad de caminos a recorrer. Los caminos académicos pueden ser diversos y algunas veces, discordantes, así como sus teorías y técnicas de investigación.

Estos comentarios iniciales pueden parecer disculpas precipitadas a eventuales críticas y reacciones negativas de los lectores. Tal vez lo sean. Pero sirven también para destacar la complejidad de la propuesta. Es innegable que discutir temas como salud, contemporaneidad y adolescencia no significa navegar en aguas tranquilas y cristalinas, al contrario, por más obvio que sea hablar de esto, es necesario mencionar cuidados conceptuales y precauciones en el desarrollo de las ideas.

Aquello que es obvio también debe ser explicitado, para justamente evitar malentendidos que suelen suceder en épocas de lecturas demasiado dinámicas y de conclusiones arriesgadamente rápidas. Es preciso aclarar que estudiar la contemporaneidad y sus manifestaciones sobre cualquier punto de vista implica tener en cuenta las limitaciones de nuestros instrumentos de lectura frente a la aceleración vertiginosa que marca nuestra época y de las nebulosidades e inestabilidades en los caminos a recorrer.

Por ejemplo, la noción de "salud" no permite definiciones precisas, sin controversias, pudiendo ser encarada desde diferentes puntos de vista, bien sea entre las diferentes perspectivas teórico-filosóficas, o entre los enfoques de las ciencias humanas y sociales, o aun entre el prisma cuantitativo de la gran gama de las ciencias de la salud, especialmente médico-epidemiológicas, en las que prevalecen concepciones operacionales, con vistas a intervenciones, sea en términos individuales, sea en el nivel poblacional.

Además de lo señalado, definir "salud" inevitablemente lleva a discutir los conceptos de enfermedad y sus clasificaciones, que pueden ser vistas desde enfoques diferentes, por ejemplo: de las manifestaciones de la enfermedad (como en la hipertensión arterial), en términos de la causa principal (como en la meningitis causada por la bacteria meningococo), como consecuencia del mecanismo a través del cual se instala la condición (en el cálculo renal). Más

complicado todavía es contar con una definición clara de los trastornos mentales y psicológicos, como es el caso del trastorno relativo al humor —denominado por la psiquiatría moderna como distimia—, que se vuelven difíciles de conceptualizar, teniendo en cuenta los inevitables y frecuentes aborrecimientos de la vida cotidiana, poco propicios al buen humor.

Ya la noción de "contemporaneidad" ha sido abordada por muchos analistas de varias formaciones y pertenecientes a tradiciones teóricas diferentes. Muchos parecen estar de acuerdo en los siguientes aspectos: que uno de los efectos de la globalización, de la aceleración y de la primacía del mercado en los intercambios económicos son, especialmente el individualismo y la problemática de la construcción de la identidad y de la configuración de la subjetividad de las personas. La mayoría, en general, también destaca las dificultades de entender y descifrar las múltiples y confusas señales y síntomas de la vida contemporánea.

Conceptualizar la "adolescencia" tampoco es una tarea fácil, ni tiene derivaciones certeras. Por ejemplo, se pueden utilizar varios aspectos que, en tesis, colaborarían con la elaboración de una definición al considerar: grupo etario, constitución biológica, aspectos mentales, especialmente lo referido a la construcción de la identidad, incluyendo incluso el ingreso a un nuevo ámbito jurídico y el permiso y la aceptación de participar en actividades consideradas propias del mundo adulto. Sin embargo, tales tópicos aun cuando nos ayudan a delimitar qué sería la "adolescencia", no son precisos y sobre todo, no pueden dejar de tener en cuenta el contexto sociocultural, histórico, político y económico en el que están situados.

De cualquier manera, es necesario proseguir en la búsqueda de la mejor comprensión posible para enfrentar las cuestiones complejas puestas por la vida contemporánea, especialmente en lo que se refiere a la salud de los jóvenes y sus relaciones con esta época.

Muchos estarán de acuerdo cuando se afirma que estos tiempos están llenos especialmente de excesos, de confusiones, de aspectos dudosos y de enorme inestabilidad.

Entones, si podemos estar de acuerdo con esta descripción, los propios jóvenes también están obligados a lidiar con una gran cantidad de elementos que invaden la vida de todos nosotros, sin respetar límites y teniendo consecuencias especiales en relación con las cuestiones de la formación de la llamada "identidad" en el sentido de descripción del "yo", de auto identidad, o, dicho de otra manera, de la idea construida por la propia persona con respecto a sí misma en su propia existencia. Como si hubiese una búsqueda incesante por alguna estabilidad y continuidad de las propias narrativas relativas a lo que sería la biografía de cada uno, de modo de permitir intercambios con las otras personas.

Dando continuidad a nuestra propuesta, vamos a tratar, de modo breve, el uso de abordajes estadísticos poblacionales, relativos a algunos aspectos de la situación de la salud juvenil; después, discutiremos la complicada construcción y manutención de identidades fluidas en la constitución de las mentalidades en la época actual. A continuación, destacaremos el papel del riesgo como ítem esencial en la construcción del ambivalente modo de vida actual, que al mismo tiempo que incentiva comportamientos arriesgados, aventureros, también estimula conductas cautelosas, prevenidas.

Una forma de traer alguna seguridad a nuestra travesía es, en primer lugar, emplear estudios estadísticos para intentar diagnosticar el panorama de la salud de los jóvenes brasileños. Una revisión bastante limitada de la información epidemiológica disponible en la red revela (a pesar de que los datos no sean recientes, no habría indicios que indiquen alteraciones importantes de las tendencias observadas a la actualidad) que, como en otras edades, los datos relativos a las enfermedades son más difíciles de obtener que los de mortalidad.

La mortalidad por causas externas es el factor indiscutible de muerte en este grupo. En general, se reconoce que tal mortalidad presenta una tendencia socioeconómicamente definida: son los grupos de jóvenes menos privilegiados lo que, en general, por falta de oportunidades en el contexto educacional y laboral, acaban involucrados en esquemas de criminalidad de alto riesgo para la vida.

Además, es en este mismo grupo en el cual ocurren otros tipos de riesgo, como el de embarazo no esperado, aborto en condiciones precarias y enfermedades de transmisión sexual. Hay datos que señalan que el embarazo en la franja 15-19 años aumentó 15% desde 1980 (Aborto.com.br, 2010). El aumento del embarazo en la adolescencia verificado en la década de 1990 no está limitado a los grupos con menor acceso a la educación formal. Hay estudios que muestran que en Río y en San Pablo, hubo aumento en casi todos los segmentos sociales y en San Pablo hubo, proporcionalmente, una elevación ligeramente superior en los grupos más favorecidos que aquella encontrada en los grupos menos favorecidos. El Instituto Brasileño de Geografía y Estadística (IBGE) señaló que la tasa de hijos nacidos vivos por mujer de 15 a 19 años tuvo un aumento del 48% con respecto al 2000 (Folha de São Paulo Online, 2010).

En la esfera de las enfermedades, los datos suelen ser más difíciles de obtener y en los casos en los que se encuentran no son tan abarcadores como sería deseable. Pueden incluso reflejar información distorsionada con relación a los grupos socioeconómicos más favorecidos y con mayores chances de aparecer en las estadísticas que se producen. Pero, no parece incorrecto indicar la ocurrencia elevada de padecimientos que se manifiestan como estados adictivos y dependencias de varios órdenes, trastornos de la alimentación y otros trastornos psicológicos. De cualquier manera, no es nuestro propósito profundizar tales aspectos, pero sí intentar ubicarlos en un contexto sociocultural.

Existen muchos estudios sobre el uso de prácticas y sustancias con la finalidad de producir alteraciones de los aspectos del propio cuerpo. Pero, no son necesarias tantas investigaciones, pues es sabido que una porción considerable de los jóvenes se dedica a actividades que tienen que ver con preocupaciones relativas a bajar de peso y modelar el cuerpo. De éstos, muchos ingieren medicamentos y/o adoptan otras prácticas para modificarlo (cirugías, toxina botulínica, etc.). Esto es más preocupante en la medida que la mayoría parecería desconocer los riesgos vinculados tanto al uso de la medicación como a las otras prácticas.

La construcción de identidades involucra aspectos complejos y simultáneos, en la medida que:

- Ocurre en el medio de múltiples y variados riesgos;
- Implica la incorporación subjetiva de la idea clave de riesgo, consagrada en la vida contemporánea como central para las decisiones relativas a la vida en general y a la salud en particular;
- Cuestiona la noción de identidad estable, tal como era constituida hasta hace pocas décadas atrás, en términos de significados y de símbolos sociales y culturales que las sustentaban antiguamente;
- Pasa a ser una tarea interminable y arriesgada que se desplaza para los cuerpos, que a su vez, pasan a servir como sede de búsqueda de significados, todavía difíciles de alcanzar.

Vivimos tiempos de tecnicismo, individualismo y consumismo, y estos aspectos, como muchos saben, alcanzan especialmente a la juventud, pero también nos afectan a todos, independientemente de la edad o de otra clasificación que se utilice. Un ítem preocupante incrustado en el medio de los varios procesos simultáneos

de la actualidad se refiere a los sentimientos de desarraigo que se manifiestan con las grandes transformaciones sociales y económicas ocurridas en las últimas décadas.

Lidiamos cada vez más con la inestabilidad de las matrices e influencias culturales simbólicas, relacionadas a las ideas de espacio y tiempo, que participan de la formación y manutención de nuestras identidades, especialmente aquellas ligadas a la pertenencia adquirida en rituales y costumbres locales con características definidas de lugar y de tiempo, tal como sucedía en las sociedades rurales, con sus fiestas relacionadas a la cosecha, por ejemplo. La actual falta de referencias estables y la reducción de las percepciones de las personas en relación con la familiaridad con su comunidad y con la duración del tiempo para realizar sus actividades aumentan los antagonismos y la competencia. Si por un lado esto puede liberar a un determinado grupo de privilegiados de las limitaciones territoriales; por otro, debilita actividades y prácticas que generaban significados colectivos de pertenencia a comunidades estables y más aún, mantiene restringidos o marginalizados a grupos desfavorecidos que pierden sus significados y la capacidad de estructurar sus identidades de modo más sólido.

Desde este punto de vista, la fórmula creada por los sistemas modernos de creación de orden y los formatos existentes de contención de las ansiedades humanas no se muestran eficaces frente a los excesos producidos por la actual sociedad de consumo, movidos por las incesantes tentaciones localizadas en las inagotables fuentes de opciones y ofertas de mercaderías, bienes y servicios. Ante esta atmósfera de seducción intensa y constante, se desorganizan las normas que estimulaban la contención y la comprensión compartida en cuanto a los límites.

El exceso y la debilidad de los límites pasan a ser el patrón de referencia. Se estrecha mucho el espacio de convivencia generado

por las restricciones compartidas. Se vive gran parte del tiempo en medio de una irritabilidad individualista competitiva, mezclada con sensaciones de mayor o menor incerteza o, en los casos más intensos, de mucha inseguridad y angustia, de acuerdo a los contextos en los que se está inserto.

El exceso, antes encarado como descontrol, que conducía al desperdicio y debía ser evitado, ahora, es deseado como "norma", denotando la ampliación casi ilimitada de posibilidades, más allá de los controles que ahora son considerados como límites no deseados. Nada es demasiado si el exceso se transforma en "norma". El exceso deja de ser encarado como desperdicio o desborde, y pasa a ser visto como algo que anticipa ganancias y placeres ilimitados y constantes, como si eso fuese posible. No poder disfrutar de los múltiples deleites ofrecidos, que actúan como algo muy seductor aun cuando es imposible de ser logrado en su totalidad, pasa a ser percibido como algo muy frustrante. Como dicen los *Titãs*[1] —no las entidades de la mitología griega, pero sí el grupo de *rock* brasileño—, se trata de intentar usufructuar "todo al mismo tiempo ahora"[2].

El exceso se constituye en la norma de vida contemporánea, en una existencia de exposición frenética a la apertura y a la experimentación en la búsqueda de placeres, que va más allá de los cuidados y las limitaciones. De esto se desprenden las dificultades puestas por preguntas que carecían de sentido algunas décadas atrás: ¿En qué circunstancias el exceso es por demás excesivo y el desperdicio pasa a ser considerado pérdida?

Como contrapartida, hay elementos en la vida moderna que aumentan la sensación de que el presente vivido se volvió algo muy

---

1 Titãs en portugués significa titanes

2 En Argentina escuchábamos la canción "Lo quiero ya" de Luca Prodan cuyo estribillo era: "No sé lo que quiero / pero lo quiero ya" (N. del T.)

pesado y por lo tanto, difícil de cargar. La sensación de que nuestra capacidad de gerenciarlo encogió. Vivir lo cotidiano puede ser una experiencia desgastante, impresionante y exhaustiva, inclusive porque hay un aumento exagerado de las elecciones posibles en las muchas actividades que uno debe, en general, cumplir a lo largo de un día, basta pensar en algo bastante común y simple en el mundo computarizado en el que viven los que disponen de acceso a la gran red: navegar por Internet de modo contenido, sin dejarse llevar de modo abusivo por las páginas que se ofrecen casi obscenamente para ser visitadas, se constituye en un gran desafío. Para aquellos que no disfrutan de condiciones de vida aceptables, la lucha literal por una sobrevivencia digna puede adquirir rasgos muy duros y algunas veces, indignos.

También, a partir de los cambios rápidos e intensos —sólo ser testigo de la revolución de las costumbres en una década, propiciada, por ejemplo, por los teléfonos celulares— y, teniendo en cuenta lo mencionado anteriormente, en términos de sobrecarga de información cotidiana, se presenta otra cuestión crucial: las decisiones se vuelven más difíciles y complejas. Por ejemplo, podemos elegir, inadvertidamente, medios de transporte y trayectos de tránsito que lleven a demoras desagradables y extenuantes. En síntesis, se convive con la sensación de que existen muchas fuentes generadoras de impaciencia que afectan a todos, sean jóvenes o no.

La idea de una cultura del exceso parece señalar que ésta, nuestra época, sería la del surgimiento de una cultura esquizofrénica, en la medida que intenta combinar el exceso en el que conviven sentimientos de desborde de los límites con la limitación referente a las pérdidas de las referencias tradicionales, sean buenas o malas. Al mismo tiempo, ocurre un movimiento de moderación que valoriza principios y reglas volcados, por ejemplo, al mantenimiento de la salud por medio de prácticas de prevención y promoción.

Otra dimensión de este estado de cosas es la epidemia de enfermedades originarias de la manipulación de deseos, o sea, problemas de salud provocados por la estimulación y posteriores tentativas de contener los impulsos y superar las novedades anteriores que van saliendo de moda. Ejemplos: el trastorno de dependencia al uso de mensajes por celular, ya considerada una patología adictiva que afecta, sobre todo, a los jóvenes que utilizan esta modalidad de uso de la telefonía móvil o también, aquellos que sufren de ludopatías- trastorno que afecta a aquellos que se volvieron "adictos" a los video juegos.

Así mismo, se percibe el afán de la industria culinaria en difundir el consumo de alimentos tanto "*fast food*" como los producidos por cocinas gastronómicamente sofisticadas y de modo simultáneo, el aumento de la producción y divulgación de alimentos dietéticos y "*light*". Se elevan los gastos en tratamientos y clínicas para bajar de peso y controlar el colesterol frente a la incidencia de la obesidad en edades cada vez más precoces.

O sea, hay una perspectiva técnica y científica del tipo "hipertodo" que actúa cada vez más basada en criterios de evaluación de eficacia de instrumentos y operaciones, y en el lucro de los objetos técnicos que se transforman en mercaderías consumibles. Aun corriendo el riesgo de ser esquemáticos, no parece absurdo mencionar la existencia de aspectos y procesos que se desestabilizan en función de la eliminación y de las discordancias en cuanto a los papeles y límites de cada uno de nosotros, y que pueden, por ejemplo, actuar como factores participantes en la producción de varios tipos de problemas de salud: dependencias, depresión, bulimia, anorexia, fobias, violencia…

Este es un modo inestable de formación de identidades, "elegir" estilos de vida dentro de un "menú" sociocultural dominante se constituye en una invitación arrebatadora. Actúa como "lugar de

anclaje" en la montaña rusa de la búsqueda de auto ordenación, aun vertiginosa y fluida.

Uno de los efectos de este estado de cosas es la generación de múltiples e incesantes rituales individuales que se pueden manifestar como dependencias. Existe una epidemia de excesos: estados obsesivos compulsivos ligados, como vimos, a varios tipos de dependencias y adicciones, dificultades en establecer límites y adherir a reglas.

Si en las sociedades tradicionales el pasado estructura el presente a través de las creencias y rituales compartidos, en las sociedades occidentales modernas, que tienen a la adicción como referencia, los individuos están prisioneros de un presente/futuro que no cesa de reconfigurarse en una especie de espiral en el que prevalece la obligación de usufructuar la libertad de elegir fórmulas frágiles de sustentación de identidades, constituidas como "estilos de vida" individuales. En estas sociedades modernas, también se ofrece la posibilidad de modificación constante de las apariencias, de los cuerpos, de las residencias, los vehículos, como muestran varios *transformation shows* a los que asistimos en los medios de comunicación. Estos programas sirven como modelos que muestran que, en el caso de que no se pueda sustituir objetos o cuerpos, es posible hacer *upgrades*, reformas, metamorfosis. Por ejemplo, es por la obsesión del rediseño y de generar marcas en el cuerpo a través de alteración somáticas —sea por medio de ejercicios físicos, cirugías plásticas, uso de sustancias (embellecedoras, rejuvenecedoras, para bajar de peso, etc.), *piercings* o tatuajes— que se intenta, de alguna forma, estabilizar las narrativas fugaces de la identidad, de acuerdo al poder de compra de cada uno.

Actualmente, la relación del ser humano con su futuro en términos de destino todavía puede utilizar puntos de vista místicos/religiosos, tradicionales o no. Pero la noción científica de riesgo se está volviendo cada vez más una perspectiva fuerte. Configura la

importancia de las posturas y prácticas calculadoras que se proponen el control de las diversas situaciones de la vida en términos de costos y beneficios.

Como ya fue mencionado, el riesgo se constituye en una forma presente de describir el futuro, bajo el presupuesto que se decide cuál es el devenir deseable y cuál es la acción a realizar en ese sentido. El concepto de riesgo establece que sólo se puede administrar el porvenir de modo racional, o sea, a través de la consideración cuidadosa de la probabilidad de ganancias y pérdidas, de acuerdo a las decisiones tomadas.

Este modo de pensar tiene una gran preocupación con el aplazamiento de la muerte, y en consecuencia, con evitar las señales de envejecimiento —algo que el mundo occidental persigue en la actualidad— una paradoja cruel en una época en la que grupos poblacionales logran altos índices de longevidad. Y para eso, en el llamado sentido común, la fuga de los riesgos (riesgos negativos) se volvió sinónimo de estilo de vida sano, "lleno" de prudencia y administración ponderada de los comportamientos arriesgados en el día a día, cuando estos no pueden ser directamente evitados.

Al mismo tiempo, existen incentivos para asumir determinados riesgos, bajo el punto de vista de la "aventura". Hoy en día, es necesario legitimar el dicho popular "quien no arriesga, no gana", por ejemplo, al decidir inversiones financieras, en la búsqueda de aventuras sexuales, en la práctica de deportes radicales. La "búsqueda de adrenalina" surge como una sensación deseada al transformar varias actividades de ocio y trabajo en elecciones posibles para la vida. Es preciso mantener el cuerpo en forma y la vida abierta a las múltiples ofertas de placer. Obviamente estas propuestas se dirigen a aquellos que pueden actuar como agentes de consumo. Desde esta perspectiva, el adolescente sufre fuertes presiones para consumir,

transformándose en un objetivo muy específico en el ámbito de la publicidad y de las ofertas del mercado.

Además, otro aspecto de esta moneda sería la elección del adolescente como un modelo de referencia para orientar modos de consumo de otras franjas etarias y otros grupos sociales. Aun cuando está sujeto a distorsiones, este espejo sirve como patrón para orientar el disfrute de los placeres ofrecidos en los múltiples menús existentes.

Como vimos, la dimensión "negativa" del riesgo está directamente ligada a la óptica de la prevención en salud bajo los auspicios del conocimiento epidemiológico. Es innegable que las estimaciones de riesgo producidas por los epidemiólogos sobrepasan los aspectos propios de la construcción del conocimiento científico y las respectivas interpretaciones de los hallazgos de las investigaciones. Es importante también considerar los aspectos morales, políticos y culturales. En especial, cabe destacar la relación entre los medios de comunicación y la "industria de la ansiedad". Múltiples riesgos reciben la atención exagerada de los programas de TV, de revistas y periódicos, y lo mismo sucede con la consecuente oferta de bienes, productos y servicios direccionados al supuesto control/minimización de esos riesgos.

Es preciso recordar aquí que las discusiones sobre el riesgo se extienden más allá de los abordajes estrictamente científicos. La noción de "riesgo" aparece de varias y diferentes formas: involucra aspectos económicos (desempleo, miseria), ambientales (diversos tipos de contaminación), relativos a las conductas personales (formas "indebidas" de relacionarse con la comida, la bebida, el ejercicio físico), dimensiones interpersonales (formas de establecer/mantener relaciones amorosas/sexuales), "criminales" (eventos vinculados a la violencia urbana) (Lupton 2004). Todos estos "riesgos" "fermentan", se mixturan y se traspasan para el ambiente sociocultural, trans-

formándose en signos/símbolos. En síntesis, la "experiencia" de los riesgos, participa, como ya mencionamos, de la configuración de las identidades y de la formación de subjetividades.

Es innegable que las definiciones técnico-científicas proporcionadas por la epidemiología se proponen estipular precisamente qué "es" el riesgo. Ahora, definiciones de este tipo demandan fórmulas matemáticas, datos, relaciones cuantitativas y otros cuidados para el uso riguroso del "riesgo" en contingencias bien especificadas. La expresión "riesgo", a pesar de los esfuerzos de precisión estadística en términos conceptuales, no es algo tan estable que permita tan sólo definiciones científicas que busquen ser "exactas". La cuestión aquí se refiere a los enfoques que desbordan la dimensión técnico-científica (en términos epidemiológicos) del concepto en cuestión.

Considérese por ejemplo el hecho de que no sea habitual el uso de las designaciones "grande/pequeño", "fuerte/débil" o incluso "mucho/poco" para indicar las características del riesgo, conforme sea su cuantificación. En verdad, los adjetivos utilizados en estas circunstancias están vinculados a la idea de verticalidad: "riesgo bajo/alto". Estos se fundamentan en la analogía (común a otros conceptos científicos) como, por ejemplo, "más es encima, menos es debajo", basados en la representación visual de los aspectos cuantitativos en cuestión, desde el punto de vista de un "apilamiento" (como aparece en determinados gráficos).

Todavía más relevante es la constitución del concepto de riesgo como una entidad "virtual", en el sentido de que no existe de hecho, pero que se puede materializar, dependiendo para esto de ciertas condiciones. Esta posibilidad trae una dimensión curiosamente "concreta": el riesgo pasa a tener sustancia para nosotros. Basta pensar en las zonas de nuestras ciudades consideradas de alta criminalidad, en ciertos horarios, para, prácticamente, tener la impresión del riesgo

cerniéndose sobre nosotros "en el aire". Pues bien, al construir una sustancia para el riesgo, este pasa a ser objetivado, y así explicado en términos de causas posibles que a su vez, y de acuerdo a las circunstancias, puede ser descompuesto en factores de riesgo. Esta operación estadística permitiría las respectivas cuantificaciones y tentativas de establecimiento de relaciones de causa y efecto para que fuese posible intervenir.

En otras palabras, el individuo, al exponerse a supuestos factores, situaciones, o adoptando comportamientos de riesgo, logra que esa "entidad abstracta" se pueda "materializar" en nuestras mentes bajo su forma nociva —que puede ser denominado infortunio, daño, accidente, imprudencia, etc.—. Sólo que en este caso los riesgos "existirían" como potenciales "invasores del cuerpo".

Los riesgos pueden adquirir visibilidad (y por lo tanto concreción) en los resultados de los estudios de imágenes (resonancia magnética, tomografías) y en los análisis de laboratorios específicos para medir los efectos a la exposición a factores de riesgo. Por ejemplo, presencia/ausencia de lesiones precancerosas de mama, o tasas elevadas de colesterol o aún más modernos, los estudios genéticos para cáncer de mama. En el caso de los jóvenes, surgen exámenes de imagen cerebral y también escalas de comportamiento "inadecuado" en edades cada vez más precoces que vehiculizan intentos de prevención de actitudes violentas y criminales posibles de desarrollarse a futuro.

Una tarea trabajosa y compleja de los padres y educadores es, justamente, administrar la noción de riesgo en las múltiples actividades en las que participan los jóvenes en su día a día, sobre todo en los momentos de ocio. Siempre se puede instalar un "clima" de prevención aparentemente excesivo al explicitar repetidas veces la "presencia" de riesgos en lo cotidiano. Sin duda, este contexto reduce

el "derecho legítimo de ir y venir" a las fuentes de diversión juvenil. Algo percibido por los jóvenes como limitante y desagradable es fuente de fricciones constantes con la familia.

Lo que es desconcertante es justamente la dimensión virtual del riesgo. O sea, algo que al mismo tiempo "existe" y "no existe". Al tratarse tan sólo de probabilidades futuras, basadas en impresiones y experiencias anteriores, éstas pueden no realizarse, lo que por suerte, suele ser lo más frecuente. Pero también, lamentablemente, se pueden hacer presentes, dependiendo de una combinación de factores que nunca son bien claros ni previsibles, en casos muchas veces cercanos a la crueldad. Sin duda, este cuadro refleja una atmosfera de miedo y amenaza constante, una mixtura, en partes indefinibles, de imaginación y de realidad.

Por más incómodo y utópico que pueda parecer, es preciso enfrentar discursos ingenuos, en la mejor de las hipótesis, y moralistas y conservadores, en una lectura poco benevolente. Esta es una forma de asumir las dificultades del panorama que nos rodea a todos. Solamente así se puede crear otra atmósfera que vaya más allá del espíritu conformista que parece prevalecer en nuestro tiempo, hasta en el sentido de superarlo en busca de algo que los jóvenes son maestros en apuntar en su manera crítica y sanamente inconformista. Con ellos como aliados, podemos estar todos atentos para enfrentar propuestas empobrecedoras del espíritu humano, que llegan hasta nosotros sin pudor y sin pedir permiso.

¿Cuál es la relación entre la responsabilidad personal y la prevención de riesgos?

Hay ciencias que estudian objetos vinculados al pasado, como la paleontología, la arqueología y la historia. En general, no poseen la urgencia dirigida a la previsibilidad que caracteriza a otras disci-

plinas científicas, como la economía y la epidemiología (inclusive ambas operan con la sintomática noción de riesgo).

Por diferentes motivos, los analistas sociales consideran que esta preocupación futurológica se acentuó significativamente en el perfil de muchas áreas de investigación. Una de esas razones sería la necesidad de lidiar con la contracción del presente y la ampliación de las incertezas y los correspondientes síntomas de desasosiego que rondan a las sociedades modernas. Esta sensación de gran inseguridad se combina con los juicios de descontrol de la técnica.

Paradojalmente, nuestros tiempos se caracterizan por los efectos de los muchos objetos resultantes de la vertiente tecnológica ocasionados por la ciencia moderna, a partir de sus cánones de racionalidad. Sin embargo, estamos testimoniando que la racionalidad no trae obligatoriamente certeza, consistencia, confianza, tranquilidad (Innerarity 2004).

Tal vez la disponibilidad actual de herramientas de modelaje y simulación y el gran énfasis en las técnicas estadísticas prospectivas sean manifestaciones emblemáticas de este estado de cosas, sea como resultado de la búsqueda de satisfacción de una necesidad o sea como síntoma del espíritu de una época vertiginosa; tal vez las dos cosas de modo conjunto. Mas, es innegable que el afán anticipativo se acentuó bastante en los últimos tiempos, al punto que algunas ciencias *hightech* incorporan una fuerte aura futurista que las aproxima a las narrativas de ciencia ficción.

Como contrapartida, los discursos sobre la salud nunca se refieren tan solamente a las dimensiones de la salud. Si tales discursos significan modos de pensar, escribir, hablar sobre la salud y sus prácticas, es preciso situarlos en determinados momentos históricos y saber las razones por las cuales se legitiman al acompañar y ajustarse al orden económico, político y social donde son generados, sustentados y replicados. Los discursos sobre la salud (y, más específicamente,

sobre los riesgos para la salud) consisten en construcciones contingentes, de carácter normativo, inapelablemente vinculados a otros intereses. Dependen, de modo explícito o no, de definiciones de lo que es el ser humano, del tipo de sociedad que se desea y de los modos de lograrla.

Hoy en día, hay un visible predominio de discursos sobre salud producidos por un campo que se convino en denominar como "nueva salud pública" (NSP). La NSP utiliza conceptos y estrategias como la promoción y educación para la salud, *marketing* social, *screening* diagnóstico, vacunas, participación comunitaria, políticas públicas de salud, colaboración intersectorial, ecología, economía de la salud, entre otras. La NSP se caracterizaría por su postura modernista. Esto es, se ancla en la creencia iluminista de la ciencia y en los valores de la racionalidad y de sus instituciones y en lo modos de organización para sustentar su legitimidad social con miras a la búsqueda de mejores condiciones de salud en el eterno enfrentamiento con las amenazas a la integridad humana. En síntesis: la idea de primacía del individualismo, en el cual agentes racionales ejercen sus prerrogativas; un clima de descrédito en cuanto a la autoridad política de los gobiernos; destaque excesivo en cuanto al papel del mercado como instancia reguladora de la economía (Petersen y Lupton 1996).

Más aun, se convive con la idea de que la "verdad" sólo puede ser obtenida mediante búsquedas cuasi paroxísticas por lo que de modo convencional se llama "evidencias", emblemas de este discurso de verdad empíricamente correcto (o sea, de lo que es tangible, porque lo que no es retenido por este filtro, o tiene importancia secundaria o peor aún, no existe).

Una de las críticas, la que más nos interesa, señala que las premisas filosóficas vinculadas al empirismo cazador de evidencias —que, en su forma extrema, sitúa los resultados de los estudios experimentales como siendo primordiales en relación con las otras formas de

conocimiento— asumen la proposición imposible de que las observaciones puedan ser hechas de modo totalmente objetivo, independientemente de las teorías y de la visión del mundo del observador.

Además, la definición de "evidencia", aun cuando pueda tener niveles de pertinencia, tiene sus limitaciones. Es pasible de excluir informaciones relevantes al conocimiento y a la comprensión de la situación de salud, pudiendo colaborar con mecanismos culpabilizantes. Los abordajes basados en evidencias suelen jerarquizar los resultados de los estudios de acuerdo con los métodos de recolección, con prioridad para los estudios experimentales aleatorizados y meta análisis. Y así tienden a considerar de importancia secundaria las informaciones de carácter cualitativo, sociocultural y psicológico (cuando no las consideran superfluas), excluyendo incluso aquellas referidas a las esferas sociopolíticas, que se muestran menos amigables a los dispositivos cuantitativos numéricos.

Curiosamente, la evaluación de la propia Medicina Basada en Evidencias (MBE) padece de una paradoja. De acuerdo a sus premisas metodológicas, para legitimar determinada acción en salud, son necesarios ensayos clínicos aleatorizados y estudios de meta análisis que muestren la eficacia superior de los efectos estudiados en relación con los del grupo control. Sin embargo, no hay "evidencias" originarias mediante esta clase de estudios que aseguren empíricamente la eficacia superior de las decisiones clínicas provenientes de la MBE en comparación a la atención de la salud de pacientes a través de otros enfoques clínicos no "evidenciológicos".

Ahora, importa esquematizar la noción de responsabilidad. Sabemos que tal tema permite complejos abordajes ético-filosóficos, jurídico-legales que, en verdad, exceden este trabajo. Por lo tanto, baste considerar que la idea de responsabilidad, en términos generales, involucra primordialmente la noción del "deber" u "obligación" de que individuos/instituciones den cuenta a las instancias de

regulación —concretas o simbólicas— por determinadas acciones, sean propias, sean de otros o relativas a objetos que, a través de algún compromiso, les fue confiadas. Cabe destacar que se está, en estas circunstancias, sujeto a las dimensiones de la ley, de los usos y costumbres y/o de la consciencia.

La responsabilidad consiste en una idea normativa que conlleva y sustenta ordenamientos esenciales a la organización de los colectivos humanos. Es inevitable la asociación de "responsabilidad" con "culpa", especialmente en lo que se refiere a la falta de cumplimiento de las obligaciones.

De cualquier forma, hay que tener en cuenta el énfasis moralista en las complejas sociedades modernas y su correspondiente preocupación con la responsabilidad y culpabilización (Innerarity 2004). La visión moralista, a partir de razonamientos destinados a establecer causas bien definidas, se propone localizar y castigar responsables/culpables por sus correspondientes faltas. No es común, en estas circunstancias, que exista mucha disposición para el beneficio de la duda en relación con la indefinición de las causas efectivas o de la culpabilidad de los reos. Como es sabido, la perspectiva moralista, además de inclinarse para el maniqueísmo, no acostumbra a reconocerse como tal.

El principio de prevención/precaución se está volviendo cada vez más imperioso en tiempos en los que las consideraciones de escenarios futuros se tornan una constante en las propuestas de gestión de varios aspectos de la vida. La prevención de riesgos tiene sus ambivalencias, según juicios eventualmente imponderables, tal prevención puede envolver actitudes de retraso de las decisiones y, como consecuencia de las acciones, o entonces, intervenciones urgentes (Innerarity 2004). En este caso, el principio de la prevención o precaución puede ser utilizado de modo manipulativo, de acuerdo con las circunstancias y también con los intereses involucrados. El

ejemplo de la justificación de la guerra preventiva contra Irak por parte de los Estados Unidos es un triste emblema de la política a partir de esta racionalidad. Pero, en esta trágica contingencia, la constatación de la insuficiencia de las evidencias sólo se confirma *a posteriori.* Además, como para el resto, después de que el futuro se vuelve presente, es posible saber si las especulaciones anticipatorias se confirmaron.

En el caso de la prevención de los riesgos en salud, frente a tantos imponderables que involucran la determinación y aparición de daños, aun cuando se toman las medidas preventivas, no tenemos certeza de que los resultados de la protección estén garantizados en función de las medidas tomadas.

Vale resaltar que no se trata aquí de minimizar el poder del conocimiento disponible sobre riesgos, importante en las técnicas y en los conjuntos de las prácticas orientadas a la prevención de enfermedades a nivel poblacional. Pero si de señalar tanto los posibles efectos de la exageración en su uso como de resaltar su vinculación con aspectos indeseables de las configuraciones socioculturales actuales, que deben ser mejorados. Sin duda, el cálculo del riesgo, en términos de su orientación temporal futurológica, desempeña un papel importante en el sentido de viabilizar el trazado de regularidades y patrones hasta que se puedan ordenar las apariencias de manera de producir algún sentido de previsibilidad con vistas al control y a la prevención.

Cabe aquí la pregunta: ¿será que cada vez más se concebirá la idea de salud tomando como base la noción de seguridad? ¿Y que ésta será mediada por ejercicios de auto vigilancia? Una de las derivaciones analíticas para lidiar con este orden conceptual es el propuesto por los seguidores de Michel Foucault.

Vale la pena mencionar que la idea foucaultiana de gubernamentalidad (una yuxtaposición de gobierno con mentalidad) es bastante

utilizada. No vamos a entrar aquí en los detalles de los orígenes de la noción. El aspecto de la gubernamentalidad que nos interesa es aquel desarrollado por Foucault para abordar la capacidad del individuo autónomo de auto regularse y cómo esto se vincula a las dimensiones políticas y económicas de explotación. Muchas de las críticas de la promoción de la salud y al neoliberalismo (y cómo estos se relacionan de modo recursivo) se anclan en este punto de vista (Bunton y Burrows 1995).

La gubernamentalidad se refiere a formatos de poder mediante la producción de subjetividades que trascienden el ejercicio directo de dominación al emplear formas indirectas, más sutiles. Para esto, sigue una racionalidad que define finalidades de acción y modos apropiados para alcanzarlas. Las formas de control, a través del autogobierno, son denominadas "tecnologías de sí mismo". En síntesis, el autocuidado es una estrategia de volver a los individuos personalmente responsables por la gestión de riesgos que son generados socialmente. Un trazo característico de la racionalidad neoliberal consiste en el cruce entre el individuo moral y responsable con el individuo económico y racional. La noción de libre albedrío se ancla tanto en el sentido del derecho a decidir como en el de la libertad de elección. Tal noción es necesaria en la ecuación que desemboca en la responsabilidad de las acciones y de sus consecuencias sobre este individuo.

Caponi (2003) considera que el riesgo y el Estado estaban mixturados en el siglo XIX y que en los últimos tiempos habría habido un desplazamiento de los riesgos para la responsabilidad de las personas, especialmente en los años 70 y de forma más intensa, a partir de los 90.

La idea de vida desnuda —en el sentido de solamente sobrevida, sin ninguna dimensión de capacidad de acción política calificada— es una de las tesis más conocidas de Giorgio Agamben, publicada

en 1995, y acompaña su teorización acerca del *homo sacer*, la impresionante figura del derecho romano antiguo que denominaba de este modo al individuo cuya existencia no es digna de ser vivida, ni ofrecida como sacrificio ritual a los dioses; mas, que podría ser eliminado, sin que ese evento fuese considerado un delito, pues su derecho a la vida no está previsto por la ley. Vale la pena mencionar que la palabra latina *sacer* es curiosa por su ambigüedad, que da margen a muchas significaciones pues puede significar tanto "sagrado", "santificado", como "maldito", "devoto a la destrucción", "horrible"(Ultralingua, 2010).

Tal vez no sea absurdo señalar que, para aquellos que pueden actuar como agentes de consumo, una de las formas de pensar las prácticas de salud dirigidas a la producción de lo que podemos llamar de "sobrevida desnuda" produzca el "individuo devoto a su longevidad", figura generada por la NSP que enfatiza ciertas prácticas individualistas y apolíticas de promoción sanitaria en el que el bien supremo es la prolongación de la vida en términos estrictos de longevidad, de preferencia con el máximo de confort que sea posible adquirir, de acuerdo a las circunstancias de la vida que se presenten.

Bauman (2005) retoma la noción de los *homini sacri* de Agamben y enfatiza con absoluta pertinencia que los procesos de construcción del orden político y económico actual generan las "poblaciones excedentes". Tales grupos se constituirían en una nueva variedad de "basura humana" —personas que a pesar de, en muchos casos, permanecer dentro del primado de las leyes, serían "víctimas colaterales"—, un efecto adverso del presente estado de "progreso económico". No es posible hacer de cuenta que estos seres, aun cuando muchas veces son vistos como "superfluos", no existen, en la medida que su producción no para de crecer. Mientras tanto, los "tratamientos de residuos" propuestos, en general, asumen rasgos tecnicistas, burocráticos, asépticamente distanciados e, inevitable-

mente, insuficientes, frente a la desproporcional magnitud de los procesos generadores de "basura" (Bauman 2005).

La promoción de la salud es uno de los enfoques biopolíticos posibles dentro de las múltiples configuraciones biopolíticas y sus respectivos discursos (ecología, minorías sexuales) existentes. Para Heller y Fehér (1995), el discurso sanitario surgió como reacción radical conservadora a un movimiento, también biopolítico, de la "buena vida" de los años 60, caracterizado por los llamados a la franca manifestación de la sexualidad, al éxtasis y al uso de drogas.

En síntesis, la promoción de la salud hegemónica actual puede ser interpretada como una política de neo-higiene interna, de fuerte contenido moral con miras a la longevidad o, en el límite, como denegación de la muerte. Estamos bajo la perspectiva de que nos mantengamos el máximo tiempo posible bajo la égida globalizada del mundo racional de la productividad y de la generación de riquezas. Y todavía procuramos el imposible equilibrio esquizofrénico entre la búsqueda por la satisfacción de deseos propiciados por las múltiples tentaciones ofrecidas paroxísticamente a nuestro alrededor y una contención responsable para que no nos consumamos en este torbellino.

Saliendo de escena

Longevidad: en busca de cualquier cosa que funcione

Para cerrar, pero no necesariamente concluir, es posible proponer una comparación: la epidemia de peste u otras molestias contagiosas y las respectivas construcciones psicológicas/sociales (CP/S), tal como se manifestaban antiguamente, habrían sido sustituidas de modo predominante no sólo por las enfermedades crónico degenerativas, enfermedades infecciosas llamadas emergentes (o reemergentes) y eventos ligados a la violencia contemporánea (y sus CP/S), sino también serían sustituidas por la "pandemia" de las ideas obsesivas referentes a los riesgos de la ocurrencia de estos daños. ¿Será que este cuadro refleja de hecho, la ampliación del conocimiento sobre los peligros de la vida contemporánea (que por su vez, también se habrían ampliado)? O se constituye en un artefacto simbólico producido por la construcción social de nuestra época: una cultura del riesgo. O, más aun, ¿ambos de modo simultáneo? O sea, ¿cuánto habría de miedo (justificado) y de paranoia (injustificada) en nuestras percepciones?

Es difícil decir esto con certeza. Sea como fuere, hoy en día, implica asumir (voluntariamente o no) modos y/o patrones de exposición a determinados riesgos, individualizados o colectivos, "elegidos" o no, y también implica asumir de modo concomitante

las estrategias psicológicas para lidiar con tal cuadro. Tales estrategias, a partir de Giddens (1991), tomando como foco la realidad del capitalismo avanzado y de los riesgos globalizados, se configuran en cuatro modalidades esenciales:

- Conformismo práctico: en el sentido de "sobrevivir", o incluso, de "resignarse", concentrándose en el movimiento de la vida cotidiana. En este caso se parte del presupuesto de que no se tiene control sobre los determinantes de la calidad de nuestras vidas; así, lo que resta es dedicarse a la esfera de las dimensiones básicas de la "administración" del día a día. El idioma popular dispone de expresiones ilustrativas con respecto a esto: "la vamos llevando" o "empujar con la barriga". Puede haber una dimensión de entorpecimiento, capaz de camuflar un profundo descontento, o sino, la esperanza de que "ya vendrán tiempos mejores"…
- Optimismo sustentado: consiste en la creencia del primado de la razón y del poder de la ciencia para resolver los problemas humanos (inclusive aquellos creados por la propia tecnociencia). Esta es la óptica de los especialistas que creen que la tecnología, a pesar de los "efectos colaterales", existe para mejorar la vida (un argumento muy usado: la ampliación, en términos medios, de la expectativa de vida). Para la óptica lega, implica la fe en el racionalismo científico como fuente de seguridad y sobrevivencia (si bien no cuesta nada encender una velita…).
- Pesimismo cínico: se trata de una estrategia de distanciamiento de las fuentes de ansiedad a través de recursos psicológicos que incluyen la ironía, el sarcasmo, el libertinaje. Se puede tener una postura irónica sin que necesariamente implique pesimismo (no deja de ser un "pragmatismo"). Y viceversa:

los pesimistas "incorregibles", que esperan el "colapso" inevitable.

- Compromiso radical: modo de reacción ligado al activismo político, mediante movimientos populares/sociales, eventualmente ligados a organizaciones no gubernamentales, que traban luchas para interferir en los generadores de riesgos (especialmente desde el punto de vista ambiental, *Greenpeace* es un ejemplo de esta postura).

No hay como negar la gran fuerza presente en la noción de "riesgo" y en sus desarrollos. Las repercusiones son evidentes en innumerables detalles de nuestro día a día, al punto de incorporarse en nuestras preocupaciones de vivir constantemente entre exposiciones y daños. Frente a este alcance, es preciso tener en mente las múltiples dimensiones de la "relatividad" del riesgo: es un concepto producido en una época particular, llamada por algunos de modernidad tardía; la categoría está ligada a determinada visión del mundo y de lo que es la experiencia humana, lo que influencia los correspondientes enfoques teóricos, conceptuales y metodológicos adoptados en su producción, con énfasis en su carácter probabilístico y en sus respectivas consecuencias. Las personas lidian y perciben sus riesgos (y los de los otros) de modos variados, que involucran aspectos de traspasan los saberes científicos y mezclan dimensiones simultáneamente biológicas, psicológicas, socioculturales. En fin, si pude haber una certeza establecida acerca de las verdades sobre los riesgos es que estas son inevitablemente relativas…

Para cerrar: vale resaltar que la ansiedad para evitar de modo intensivo y extensivo los riesgos, en el fondo implica la meta de prolongar el mayor tiempo posible la existencia humana, logrando de modo preferente llegar a la edad centenaria.

Entonces, si entramos en escena con Woody Allen, vamos a salir de la escena con él, adaptando el título de una película de 2009, titulada *Whatever Works*, traducido de modo literal como *Cualquier cosa que funcione*. En este caso, es válida cualquier cosa que funcione como receta en la búsqueda de la longevidad con vitalidad, dando preferencia, dentro del espíritu vigente que orienta el conocimiento actual, a las recomendaciones basadas en investigaciones científicas. Sin embargo, si no cuesta nada, mal no debe hacer utilizar alguna fe en recetas, digamos más "domésticas", no basadas en evidencias.

Mientras tanto, allí viene él de nuevo: el propio Woody Allen se encarga de traer dudas a los emprendimientos que buscan la longevidad al decir que: "Podés vivir para llegar a los 100 años de edad si desistís de todas las cosas que hacen que vos quieras vivir hasta los 100 años" (Phrasessayings, 2010).

Referencias

Agamben, Giorgio. *Homo sacer: poder soberano e vida nua*. Belo Horizonte: Editora da UFMG, 2002.

Almeida-Filho, Naomar. *La Ciencia Tímida: ensayos de deconstrucción de la epidemiología.* Buenos Aires: Lugar Editorial, 2000.

Ayres, José Ricardo. *Sobre o risco: para compreender a epidemiologia.* Sao Paulo: Hucitec, 2002.

Bauman, Zygmunt . *Vidas desperdiciadas: la modernidad y sus parias.* Barcelona: Paidós, 2005.

Beaufort, Inez. "Whose lifestyle is it anyway?" En *Individual Responsability for Health: moral issues regarding lifestyles*, editado por I D Beaufort y M T Hilhorst. Bruxelas: European Comission, 1996.

Billings, Paul, et al. "Discrimination as a consequence of genetic testing". *American Journal of Human Genetics 50(3)*, (1992): 476-482.

Booth, Frank y Donna Krupa. *Sedentary death syndrome is what resarchers now call America's second largest threat to public health*. Consultado mayo 29, 2001. http://hac.missouri.edu/RID/PressRelease.pdf (último acceso: 9 de diciembre de 2007).

Bunton, Robin y Roger Burrows. "Consumption and health in the "epidemiological" clinic of late modern medicine". En *The Sociology of Health Promotion: critical analyses of consump-*

tion, lifestyle and risk, editado por R Bunton, R Burrows y S Nettleton. New York: Routledge, 1995.

Caponi, Sandra. «A saúde como abertura ao risco.» En *Promoçao da Saúde: conceitos, reflexoes, tendencias*, editado por D Czeresnia y C M Freitas. Río de Janeiro: Fiocruz, 2003.

Carvalho, Sergio Resende. *Saúde Coletiva e Promoçao da Saúde: sujeito e mudança.* Sao Paulo: Hucitec, 2005.

Castiel, Luis David. "Identidades sob risco ou risco como identidade? A saúde dos jovens e a vida contemporânea". *Revista Internacional Interdisciplinar INTERthesis, 4(2)*, (2007): 2-16.

_____. *Moléculas, Moléstias, Metáforas: o senso dos humores.* Sao Paulo: Unimarco, 1996.

Cockerman, William, Alfred Rutten y Thomas Abel. "Conceptualizing contemporary health lifestyles: moving beyond Weber". *The Sociological Quarterly, 38*, (1997): 321-342.

Corrêa, Marilena. "Admirável projeto genoma humano". *Physis - Revista de Saúde Coletiva,12(2)*, (2002): 75-100.

Crawford, Robert. "Healthism and the medicalization of everyday life". *International Journal of Health Services, 10(3)*, (1980): 365-388.

Czeresnia, Dina. "Ciencia, técnica e cultura: relaçoes entre risco e práticas de saúde". *Cadernos de Saúde Pública, 20(2)*, (2004): 447-455.

Featherstone, Michael. *Cultura de Consumo e Pos- Modernismo.* Sao Paulo: Studio Nobel, 1995.

Ferreira, Marcos Santos. *Agite antes de Usar... A promoção da saúde em programas brasileiros de promoção da atividade fisica. O caso do Agita Sao Paulo.* Río de Janeiro: Tese de Doutorado, Escola Nacional de Saúde Pública, Fundacao Oswaldo Cruz, 2008.

Frohlich, Katherine, Ellen Corin, y Louise Potvin. "A theoretical proposal for the relationship between context and disease". *Sociology of Health and Illness, 23(6)*, (2001): 776-797.

Galton, Francis. "Heredity talent and character". *Macmillan's Magazine 12, (*1865)*:157-166.* Consultado septiembre.27, 2010. http://psychchassics.yorku.ca/Galton/talent.htm

Giddens, Anthony. *As consequencias da Modernidade.* Sao Paulo: Editora de Unesp, 1991.

Gordis, Leon. "Estimating risk and inferring causality" En *Epidemiology and Health Risk Assessment*, editado por L Gordis. New York: Oxford University Press, 1988.

Haskell, William. et al. "Physical activity and public health: updated recommendation for adults from de American College of Sports Medicine and the American Heart Association". *Circulation, 116*, (2007): 1081-1093.

Hayes, Michael. "The risk approach: unassailable logic?" *Social Science and Medicine 33(1)*, (1991): 55-70.

Heller, Agnes, y Ferenc Fehér. *Biopolítica:la modernidad y la liberación del cuerpo.* Barcelona: Península, 1995.

Innerarity, Daniel. *La sociedad invisible.* Madrid: Espasa Calpe, 2004.

Last, John. *A Dictionary of Epidemiology.* Nueva York: Oxford University Press, 1989.

Lauritzen, Sonja Olin, y Lisbeth Sachs. "Normality, risk and the future: implicit communication of threat in health surveillance" *Sociology of Health and Illness, 23(4)*, (2001): 497-516.

Lippman, Abby. "The genetic construction of prenatal testing:choice, consent or conformity for women?". En *Women and Prenatal Testing: facing the challenges of genetic technology*, editado por KH Rothenberg y EJ Thomson. Columbus: Ohio State Press, 1995.

Luhmann, Niklas. *Observations on Modernity.* Stanford: Stanford University Press, 1998.

Lupton, Deborah. *Risk*. London: Routledge, 2004.

_____. *The Imperative of Health: public health and the regulated body.* London: Sage, 1995.

Melzer, David y Ron Zimmern. "Genetics and medicalization". *British Medical Journal, 324*, (2002): 863-864.

Nelkin, Dorothy y Mary Susan Lindee. *DNA Mystique: the gen as a cultural icon.* New York: Freeman and Co., 1995.

Pate, Russell, et al. "Physical activity and public health: a recommendation from de Centers for Disease Control and Prevention and the American College of Sports Medicine". *Jama, 273(5)*, (1995): 402-407.

Paul, Diane y Hamish Spencer. "The hidden science of eugenics". *Nature, 374*, (1995): 302-304.

Petersen, Alan y Deborah Lupton. *The New Public Health: health and self in the age of risk.* Londres: Sage, 1996.

Reed, Sheldon. "A short story of genetic counselling". *Social biology, 21(4)*, (1971): 32-39.

Spink, Mary Jane, et al. "Usos do glossário do risco em revistas: contrastando "tempo" e "públicos". *Psicología: Reflexão e Crítica, 21 (1)*, (2008): 1-10.

Tesh, Sylvia Noble. *Hidden Arguments: political ideology and disease preventivon policy.* New Brunswick: Rutgers University Press, 1990.

Vaz, Paulo, et al. "O fator de risco na mídia". *Interface-Comunicação, Saúde, Educação, 11(21)*, (2007): 145-153.

www.aborto.com.br/gravidez_adolescencia/. 2010.

Aldergroup. www.aldergroup.com/pdf/rethinking_lifestyle.pdf. 2010.

www.folha.uol.com.br/folha/dimenstein/noticias/gd270904a.html.

www.ultralingua.net/index.html?action=define&sub=1&search-type=stemmed&text=sacer&service=latin2english.
www.phrasessayings.com/you-can-live-to-be-a-hundred-if-you-give.

Lecturas sugeridas

Algunos autores han trabajado —desde el punto de vista analítico— la perspectiva del riesgo desde un enfoque sociocultural, más allá de los abordajes técnicos de formato instrumental. Entre ellos se destacan Ulrich Beck quien trata de los riesgos globales como una dimensión vinculada al funcionamiento de las sociedades industriales contemporáneas o sociedades de riesgo. Esto es desarrollado en sus libros *Risk Society: towards a new modernity*. (London: Sage Publications, 1992); *World Risk Society* (Cambridge: Polity Press, 1999) y *World at Risk* (Cambridge: Polity Press, 2009).

En la misma línea de Beck, recomendamos consultar los libros de Anthony Giddens: *Consequences of Modernity* (Stanford: Stanford University Press, 1990) y *Modernity and Self-Identity: self and society in the late modern Age* (Londres: Polity Press, 1991), ambos publicados en portugués.

Los estudios de Mary Douglas y sus colaboradores discuten un abordaje cultural-simbólico del riesgo, basado en trabajos anteriores de esta autora que enfocan las nociones de pureza y contaminación. Pueden ser encontrados en: *Risk and Culture: an essay on the selection of technological and environmental dangers* (Londres: University of California Press, 1982); *Risk Acceptability According to the Social Sciences* (Nueva York: Russel Sage Foundations, 1985) y *Risk and Blame: essays in cultural theory* (Londres: Routledge, 1994).

Están las dos obras organizadas por Alan Petersen y Robin Bunton, que abordan la contribución del pensamiento foucaultiano al análisis de la producción de conocimiento y de las prácticas en el área de salud: 1) *Foucault, Health and Medicine* (Londres: Routledge, 1997). A lo largo de 12 capítulos, sociólogos alineados en la perspectiva teórica de Michel Foucault actualizan su discusión por medio de temas fuertemente asociados al riesgo, como educación en salud, promoción de la salud y medicalización social. Destacamos los capítulos de Sarah Nettleton: "*Governing the risky self: hoy to became healthy, wealthy and wise*", y de Alan Petersen: "*Risk, governance and the new public health*"; 2) En el campo de la genética, la compilación *Genetic Governance: health, risk and ethics in a biotech era* (London: Routledge, 2005).

Deborah Lupton es otra autora importante en esta discusión del campo de la biomedicina y de la salud pública. Ella adopta una perspectiva crítica y también discute elaboraciones foucaultianas en esta temática. Produjo varias obras que mencionan el riesgo, siendo las más específicas: *The New Public Health: health and self in the age of risk* (Londres: Sage Publications, 1996), como coautora: *Risk and Sociocultural Theory: new directions and perspectives* (Cambridge: Cambridge University Press, 1999); como organizadora: *Risk: key ideas* (London: Routledge, 1999); y *Risk and Everyday Life* (Londres: Sage Publications, 2003), como coorganizadora.

Y también deben ser señalados algunos autores brasileños que produjeron artículos y libros sobre la temática: Naomar de Almeida-Filho, José Ricardo Mesquita Ayres, Sandra Caponi, Luis David Castiel, Dina Czeresnia, Mary Jane Spink, Paulo Vaz, entre otros.

Sobre los autores y la traducción

Luis David Castiel

Graduado en Medicina en la Universidad Federal de Río Grande do Sul (UFRGS) y posdoctorado en el Departamento de Enfermería Comunitaria, Salud Pública e Historia de la Ciencia de la Universidad de Alicante (UA), España. Actualmente es investigador titular del Departamento de Epidemiología y Métodos Cuantitativos en Salud de la Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca de la Fundación Oswaldo Cruz (Ensp/Fiocruz), profesor permanente del Programa de Posgrado en Salud Pública y del Programa de Posgrado de Epidemiología en Salud Pública de la Ensp/Fiocruz y representante en la Ensp de la Red para el Estudio de la Malnutrición en Iberoamérica (Red MeI) del Programa Iberoamericano de Ciencia y Tecnología para el Desarrollo (Cyted).

María Cristina Rodrigues Guilam

Graduada en Medicina en la Universidad del Estado de Río de Janeiro (UERJ) y doctora en Salud Colectiva del Instituto de Medicina Social (IMS) de la UERJ. Actualmente es coordinadora y docente permanente del programa de Posgrado en Salud Pública de la Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca de la Fundación Oswaldo Cruz (Ensp/Fiocruz).

Marcos Santos Ferreira

Licenciado en Educación Física de la Universidad del Estado de Río de Janeiro (UERJ) y doctor en Salud Pública de la Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca de la Fundación Oswaldo Cruz (Ensp/Fiocruz). Actualmente es profesor adjunto de la UERJ y de la Posgrado *stricto sensu* de la Universidad Gama Filho (UGF).

Silvana Weller - Traducción al español

Lic. en Psicología (UBA). Máster en Salud y Servicios de Salud (FLACSO). Doctora en Salud Colectiva (UNICAMP). Investigadora y autora de numerosas publicaciones sobre salud y subjetividad, lineamientos para trabajo en equipo sobre temáticas de VIH y salud reproductiva y evaluaciones de programas de salud. Es investigadora independiente e integra el equipo del CESAC 33 del Área Programática del Hospital Tornú. Ministerio de Salud del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires.

Este libro fue compuesto en caracteres Minion Pro
11 puntos, impreso sobre propal de 70 gramos y encuadernado con método *Hot Melt*, en junio de 2015,
en Bogotá D. C., Colombia