

# CONTRADICCIONES DE LOS DISCURSOS QUE DIFICULTAN LA TRANSFORMACIÓN DE LAS PRÁCTICAS DE PROMOCIÓN DE LA SALUD

*Graciela Enria\**  
*Claudio Staffolani\*\**

Recibido en diciembre 3 de 2009, aceptado en abril 16 de 2010

## Resumen

El presente trabajo ha sido realizado durante 2009, condensa la reflexión a partir de años de investigaciones realizadas desde la cátedra Medicina y Sociedad de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Rosario (Argentina), en el territorio de la ciudad de Rosario y la provincia de Santa Fe. El **objetivo** consistió en interpretar las contradicciones a partir de los discursos presentes en la puesta en práctica de la Promoción de la Salud y las normas que los regulan y permean el sentido común, creando valores, muchas veces discordantes con los objetivos de los propios programas. La **metodología** utilizada se basó en la revisión de trabajos de investigación realizados sobre el tema en el territorio y documentos oficiales relativos al Área Salud de la provincia de Santa Fe. Los **resultados** ponen al descubierto el sentido de verdad de los mandatos construidos para alcanzar una vida saludable; discusión instalada dentro del debate Modernidad-Postmodernidad, que en el caso de las Ciencias de la Salud inclina la balanza hacia las prácticas normadas que se apoyan en la “verdad científica”. En las **conclusiones**, se discuten los obstáculos que este modo de accionar presenta para alcanzar las transformaciones epidemiológicas que posibiliten la ansiada meta de Salud para Todos en el territorio analizado.

## Palabras clave

Promoción de la salud, políticas públicas, sistema de salud.

---

\* Médica, Magíster en Salud Pública. Universidad Nacional de Rosario (UNR), Facultad de Ciencias Médicas. Consejo de Investigaciones de la UNR (CIUNR). Rosario, Argentina. E-mail: [medicinaysociedad@yahoo.com.ar](mailto:medicinaysociedad@yahoo.com.ar)

\*\* Licenciado en Filosofía, Magíster en Metodología de la Investigación Científica. Universidad Nacional de Rosario (UNR), Facultad de Ciencias Médicas. Rosario, Argentina. E-mail: [medicinaysociedad@yahoo.com.ar](mailto:medicinaysociedad@yahoo.com.ar)

## DISCOURSE CONTRADICTIONS THAT HINDER THE TRANSFORMATION OF HEALTH PROMOTION PRACTICES

### Abstract

This was carried out in 2009, and it condenses the reflection on the research years carried out by the Faculty of Medical Sciences, Department of Social Medicine, in the National University of Rosario, (UNR - Argentina), in the city of Rosario and the province of Santa Fe. The **objective** was to interpret the contradictions in the discourses present in the implementation of health promotion and the rules that govern them, that permeate common sense by creating values, often in disagreement with the objectives of health programs. The **methodology** was based on the analysis of researches carried out in the Santa Fe province, as well as official documents related to health. The **results** unveil the meaning of truthfulness of mandates constructed to achieve a healthy lifestyle. The latter is discussion within the limits of Modernity - Post-Modernity, that in the case of health sciences, the debate shifts towards normative practices that rely on the “scientific truth”. The **conclusions** discussed obstacles presented by this mode of action in order to achieve epidemiological transformations that enable the longed goal of health for all in the study area.

### Key words

Health promotion, public policies, health system.

## CONTRADIÇÕES DOS DISCURSOS QUE DIFICULTAM A TRANSFORMAÇÃO DAS PRÁTICAS DE PROMOÇÃO DA SAÚDE

### Resumo

O presente estudo tem sido realizado durante 2009, condensada a reflexão a partir de anos de pesquisas realizadas desde a cátedra Medicina e Sociedade da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nacional de Rosário (Argentina), consistiu em interpretar as condições a partir dos discursos presentes na prática da Promoção da Saúde e normas que os regulam, permeável mente o sentido comum, criando valores, muitas vezes discordâncias com os objetivos dos próprios programas. A **metodologia** utilizada se baseou na revisão de estudos de pesquisas realizados sobre o tema no território e documentos oficiais relativos à Área Saúde da província de Santa Fe. Os **resultados** põem ao descoberto o sentido de verdade dos mandatos construídos para alcançar uma vida saudável; discussão instalada dentro do debate Modernidade- Post-modernidade, que no caso das Ciências da Saúde inclina a balança em direção às práticas reguladas que se apoiam na “verdade científica”. Nas **conclusões**, se discutem os obstáculos que este modo de acionar apresenta para alcançar as transformações epidemiológicas que possibilitam a ansiada meta de Saúde para Todos no território analisado.

### Palavras chave

Promoção da saúde, políticas públicas, sistema de saúde.

## INTRODUCCIÓN

Los acuerdos internacionales que determinan las Políticas Públicas destinadas a la conservación de la salud, han puesto en la agenda de los gobiernos la Promoción de la Salud como la herramienta que permitirá disminuir el riesgo de enfermar-morir y alcanzar la Salud para Todos (1). El documento fundacional que ubica a la Promoción de la Salud en el escenario y en las agendas de los gobiernos, es la denominada Carta de Ottawa (2). Hoy, transcurridos más de treinta años de la Conferencia de la Organización Mundial de la Salud (OMS) que propusiera la meta de “Salud para Todos”, y a un cuarto de siglo de la Conferencia de Ottawa, en la provincia de Santa Fe, no se han podido alcanzar las metas definidas internacionalmente, hecho que amerita la presente reflexión.

Siguiendo los lineamientos internacionales, producto de los acuerdos alcanzados, que se han instalado como modelo, se plantea que:

la Promoción de la salud consiste en proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma. Para alcanzar un estado adecuado de bienestar físico, mental y social un individuo o grupo debe ser capaz de identificar y realizar sus aspiraciones, de satisfacer sus necesidades y de cambiar o adaptarse al medio ambiente. (3)

Desde esta propuesta, la población destinataria, debe participar del reconocimiento y priorización de sus necesidades y de los satisfactores, en cambio el Estado, desde sus distintos organismos, incluido el Sistema de Salud, como se propone desde la

Declaración de Alma Ata (4)<sup>1</sup>, sería el responsable de proveer las herramientas necesarias para satisfacer las necesidades objetivas reconocidas.

En el momento de la aceptación e implementación, los acuerdos internacionales son tomados por los países según sus propios objetivos políticos y condicionamientos sociales. Es así que la propia Organización Panamericana de la Salud (OPS) reconoce diversas formas de implementación de la Atención Primaria de la Salud (APS), que define desde sus comienzos, los alcances y limitaciones de la ansiada meta de Salud para Todos (5).

Para debatir sobre las dificultades que debe sortear la Promoción de la Salud en su búsqueda de las transformaciones, proponemos un análisis a través del recorrido de tres tesis, utilizando una metodología basada en el análisis de documentos oficiales y en investigaciones realizadas sobre los Programas de Salud, que se desarrollan en la provincia de Santa Fe (Argentina).

## METODOLOGÍA

La reflexión es el fruto de diez años de investigación sobre temáticas relacionadas con la Salud Pública, Programas de Salud, APS, Promoción de la Salud, Prevención de las Enfermedades y Educación en Salud, que a pesar de haber encontrado suficiente evidencia sobre las dificultades que obstaculizan el logro de las metas de salud, reclaman nuevos señalamientos que se van sumando a los históricos que han sido hechos por parte de autores en nuestro país como Mario Testa (6, 7, 8), Mario

<sup>1</sup> Expresamente en la Declaración de Alma Ata, en el Parágrafo 13 destinado al tema Coordinación con otros sectores, dice: “El sector sanitario, por sí solo, no puede alcanzar la salud. En los países en desarrollo, en particular, el progreso económico, las medidas de lucha contra la miseria, la producción de alimentos, el agua, el saneamiento, la vivienda, la protección del medio y la educación, contribuyen a la salud y tienen el mismo objetivo de desarrollo humano. La atención primaria de salud, como parte del sistema de salud y del desarrollo social y económico en general, debe apoyarse necesariamente en la debida coordinación, en todos los niveles, entre el sector sanitario y todos los demás sectores interesados”.

Róvere (9, 10), Carlos Bloch, María del Carmen Troncoso, Ena Richiger, Laura Hachuel (11) y los realizados desde nuestro equipo de investigación e investigadores relacionados (12-27). El criterio de inclusión de estos trabajos ha sido su abordaje temático, cuyos alcances se limitan al territorio de la provincia de Santa Fe. Además, se han tenido en cuenta los documentos oficiales del Ministerio de Salud, el Poder Ejecutivo y Legislativo de la Provincia de Santa Fe y de la Municipalidad de Rosario (27-41) siguiendo el criterio de inclusión ya expuestos.

El proceso de análisis de la información se basó en la reflexión de las continuidades y discontinuidades de los discursos y su contraste con las realidades expresadas desde las evaluaciones de las políticas de salud implementadas, a través de los Programas de Salud desplegados en el territorio de la provincia de Santa Fe, como: Programa de APS, Programas Maternoinfantiles, Programa de Tuberculosis, Programa de Chagas, Programa de Dengue, Programa de Hipertensión Arterial, Diabetes y Obesidad (HADOB).

## RESULTADOS

### **TESIS 1: La Promoción de la Salud no es viable sin condiciones objetivas que la hagan posible**

En el año 1984, luego de profundas discusiones sobre cómo alcanzar la meta de “Salud para Todos en el año 2000” enunciada siete años antes, 36 países “desarrollados” dieron a conocer un acuerdo conocido como Carta de Ottawa. En ella se entroniza a la Promoción de la Salud como la herramienta fundamental. Fruto del consenso entre una diversidad de criterios y condiciones, la propuesta, destinada a los países firmantes, pero con ambiciones de ser implementada en los denominados “subdesarrollados”, se plantea vaga y ambigua, hecho que viabiliza que la palabra

‘Promoción’ sea declarada en una amplia variedad de discursos expresados en documentos oficiales y propuestas políticas, mostrando una polisemia que con el tiempo se diluye en acciones de escasa efectividad.

En el documento se explicita que “la Promoción de la Salud consiste en proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma” (42) para ello cada “grupo debe ser capaz de identificar y realizar sus aspiraciones, de satisfacer sus necesidades y de cambiar o adaptarse al medio ambiente”. Haciendo gala de una concepción de salud entendida como un proceso en el que las poblaciones viven “comprendiendo y luchando ante los conflictos” (43), en una “perpetua tensión entre la adaptación a la vida y al ambiente” (44), y dejan muy claro que “Cualquier mejora de la salud ha de basarse necesariamente en estos prerequisites: [...] la paz, la educación, la vivienda, la alimentación, la renta, un ecosistema estable, la justicia social y la equidad” (45).

Otro elemento que podríamos agregar son las relaciones de dependencia entre dos mundos (desarrollado y subdesarrollado), así como en cada país (ricos y pobres). La situación histórica que todavía obstaculiza ciertas interpretaciones sobre las acciones que competen a la Promoción de la Salud, deviene de su mismo origen en las observaciones de los educadores en salud, quienes advirtieron la necesidad de trabajar sobre las condiciones estructurales de las organizaciones sociales para que pueda tener viabilidad la formación sanitaria que promueva hábitos adecuados para la salud. A su vez, esta advertencia pone sobre el tapete el determinante más importante que obstaculiza la Promoción de la Salud: la pobreza y un complejo proceso de dependencia entre los países del mundo. Desarrollo y subdesarrollo, hoy como ayer, siguen interviniendo positivamente sobre las cuestiones estructurales. Agua potable, control adecuado de excretas y basura, vivienda digna, normativas claras sobre contaminación,

desertización, medicamentos, urbanidad; son situaciones para las cuales los países más pobres no han podido tomar decisiones adecuadas, en la mayoría de los casos, por la presión ejercida desde los países desarrollados hacia quienes quieren emprender el camino del progreso económico.

Pero además, en los países existen estructuras de poder que obstaculizan la posibilidad de promover cambios, dificultades que llevan a la planificación de acciones, implementadas mayoritariamente por la presión de las modas o discursos con alta adherencia internacional, que no pueden revertir aquellas situaciones que fundan los problemas de salud. Economías cuasi feudales, multinacionales, presiones sectoriales, son aquellos niveles de determinación donde las advertencias o propuestas de los organismos internacionales de salud no han podido tener eco.

La Promoción de la Salud como “proceso que permite a las personas adquirir mayor control sobre su propia salud y, al mismo tiempo, mejorar esa salud” (46), se vuelve más utópica en vista de las condiciones objetivas descritas anteriormente. Pocas son las posibilidades que tienen los integrantes de una sociedad para intervenir positivamente sobre el control de su propia salud, sobre todo si depositamos desmesuradamente la confianza en la adquisición de información y no en la transformación de las condiciones objetivas de existencia que hagan viable contar con esa información. De poco sirve el saber sobre la importancia para la salud del agua potable, si ella no es accesible; saber que tomar sol en horas inadecuadas aumenta las posibilidades de problemas dermatológicos, si somos bombardeados por un modelo estético que prioriza los cuerpos bronceados; o cambiar el hábito de fumar cuando el negocio de tabaco mantiene o aumenta su rentabilidad (47).

La propuesta de Promoción de la Salud que surge de la Carta de Ottawa, continuidad en estos temas de la declaración de Alma Ata sobre APS respecto

de las responsabilidades intersectoriales sobre la salud, no ha sido respetada por los mismos organismos internacionales, quienes durante las décadas 80 y 90, ataron el financiamiento de Programas de Salud, preponderantemente destinados a la atención de la enfermedad que fueran implementados en los países subdesarrollados, a créditos pactados con las entidades monetarias multilaterales, que con el tiempo pasaron a engrosar las deudas externas de los países subdesarrollados, situación que aumentó aún más su dependencia y el proceso de empobrecimiento. Quizás el ejemplo más demostrativo haya sido el Programa Materno-infantil y Nutrición (PROMIN), implementado a través de préstamos del Banco Mundial (BM) y el Fondo Monetario Internacional (FMI), gestionado normativamente con la intervención de UNICEF, cuya implementación no alcanzó el impacto esperado en nuestro medio (48, 49, 50).

En este sentido, es imposible pensar que:

La Promoción de la Salud radica en la participación efectiva y concreta de la comunidad en la fijación de prioridades, la toma de decisiones y la elaboración y puesta en marcha de estrategias de planificación para alcanzar un mejor nivel de salud. La fuerza motriz de este proceso proviene del poder real de las comunidades, de la posesión y del control que tengan sobre sus propios empeños y destinos. (51)

Ese poder real, o participación efectiva y concreta de la comunidad, que hoy se traduce como empoderamiento de la población, lejos de ser un derecho, parece más una estrategia de responsabilizar a la comunidad por la no intención o imposibilidad de llevar adelante aquellas acciones aconsejadas que producirían las transformaciones. La utopía de la libre elección o desarrollo de hábitos en un contexto desfavorable o de dependencia, es un romanticismo que no

ayuda a la Promoción de la Salud, tanto en el campo de los hábitos individuales, en el colectivo-comunitario, así como en las decisiones políticas a nivel del Estado.

El enfoque que privilegia la modificación de conductas de “autocuidado” normando las consideradas de riesgo en el nivel individual y la adopción de “estilos de vida” teóricamente saludables por medio del disciplinamiento, muestra enormes dificultades en el territorio analizado en su intención de mejorar las condiciones de salud y de bienestar de la población<sup>2</sup>. Sin embargo, dicha interpretación de la Promoción de la Salud no pierde vigencia, ya que genera un lucrativo mercado de consumo “saludable”<sup>3</sup> y deslinda la responsabilidad que tiene el Estado en el mejoramiento de la salud de su población, culpabilizando al propio enfermo de su situación.

Las desigualdades sociales reconocidas en la mayoría de los países desarrollados y subdesarrollados muestran que para una gran proporción de la población, no están dadas las condiciones de cumplimiento de los prerequisites enunciados en la Carta de Ottawa.

**TESIS 2: Todo ordenamiento del bien tiene sus límites. Por más control que se imponga no hay riesgo cero, siempre por debajo aparece algo nuevo, emergente, producto de la acción de los hombres.**

En la búsqueda de la prevención total, las sociedades del primer mundo, muestran una actitud obsesiva encaminada a evitar todos los riesgos conocidos, siguiendo la utopía moderna de alcanzar a través

<sup>2</sup> Basten como ejemplos los esfuerzos para introducir el uso del preservativo como prevención de las infecciones de transmisión sexual, el mandato de no fumar como prevención del cáncer de pulmón, la introducción del ejercicio físico y la disminución de la ingesta de sal para prevenir la obesidad, diabetes e hipertensión arterial.

<sup>3</sup> Apertura indiscriminada de gimnasios sin evaluación de sus actividades, propagandas y programas por medios masivos de comunicación que generan valores y prácticas sobre: sexualidad, modos de alimentación y estilos de vida exitosos.

de las normas científicas la solución de todos los problemas sanitarios. Sin embargo, más allá de la declaración mundial de la erradicación de las patologías infecciosas a principios de la década del 80 del siglo pasado, emergen nuevas enfermedades con características pandémicas y re-emergen antiguas patologías que se creían controladas en los países subdesarrollados.

En esos mismos tiempos, se producen profundas transformaciones a nivel global, la más importante es la económica, que se expresa a partir del monetarismo y las nuevas estrategias de producción, deslizando el intento de satisfacer una demanda creciente fruto del desarrollo de los países, a una creación de demanda artificial facilitada por el avance tecnológico, habilitando una producción que se presenta *a priori* como ilimitada.

El riesgo cero, suponía el control de todo lo pernicioso conocido, pero fruto del nuevo eje de acción económico, surge un ordenamiento social y cultural que da base a diferentes miasmas, que ya no son las que mencionara Rawson en su discurso ante el Congreso Nacional Argentino, con el que incitara a reducir *hábitus* injuriosos de los pobres que constituyen riesgo de contagio para los ricos, anunciando que, desde “aquellas fétidas pocilgas cuyo aire jamás se renueva y en cuyo ambiente se cultivan gérmenes de las más terribles enfermedades, salen emanaciones, se incorporan a la atmósfera circunvecina y son conducidas por ella, tal vez, hasta los lujosos palacios de los ricos” (52). Estas palabras que datan del año 1871, estaban destinadas a combatir el *Aedes aegypti* en ocasión de una epidemia de fiebre amarilla. Hoy, de otra manera, se reproduce la misma acción ante la epidemia de dengue, sindicando a los pobres como los cultivadores del vector en sus propios domicilios, ya que todas las acciones programadas sobre la descacharrización<sup>4</sup> se efectivizan sólo en las barriadas pobres.

<sup>4</sup> Entendida como acción de eliminar el agua acumulada de cacharros ubicados en el interior del terreno de las viviendas particulares.

En el nuevo orden, los pobres tienen existencia concreta en guetos denominados villas miserias, nómades urbanos, etc. constituyendo tribus, que circulan y habitan en el interior de las ciudades, incluso del primer mundo, a partir de un proceso de expulsión motivado por los modos de producción basados en tecnologías intensivas y contaminantes que se han impuesto en el territorio de la provincia de Santa Fe. Desde la implementación de la política de APS y con el enclave de los denominados Centros de Salud en sitios estratégicamente ubicados en los asentamientos, ya no hay que correrlos a las afueras, como era la estrategia tradicional, sino controlarlos dentro de los guetos desde los mismos efectores de salud (11).

Las nuevas enfermedades infecciosas, devienen de modos de producción intensivos que integran en un mismo espacio animales y seres humanos hacinados<sup>5</sup>. Las enfermedades que antes surgían de la pobreza de los países subdesarrollados hoy emergen de los países desarrollados y la globalización las esparce como pandemias a través de los medios de transporte y los modos de producción que favorecen su replicación (Gripe Aviar, Gripe AH1N1).

De la lucha entre los dos órdenes, emergen la violencia y las adicciones en todas sus formas, constituidas en patologías, poniendo a los “victimarios” en el lugar de los sin normas que buscan nuevas formas de sobrevivir, y a las “víctimas” tras los paredones y rejas que construyen para protegerse. Pero todo fluye, la droga atraviesa todos los espacios y hace de los ricos y pobres nuevas víctimas-victimarios en la búsqueda del dinero para conseguirla. Esta lucha es descrita por Maffesoli como:

una sociedad aséptica, plena de fastidio, que resulta en algunos casos en una elevada tasa de suicidios. [y] Por otro lado, en sociedades arcaicas,

posmodernas o trágicas, [donde] la despreocupación de los riesgos de la vida provoca muertes absurdas, repentinas, sin coherencia. En todo caso, una y otra dinámicas encuentran una homeostasis entre vida y muerte. (53)

La utopía de construir una sociedad con riesgo cero, que impregna las acciones que se llevan adelante en nombre de la Promoción de la Salud, en el intento de mostrar la eficacia de las propuestas que se planifican desde el Estado, se implementan en forma de mandatos, responsabilizando a los individuos, que habitan en un territorio, de su cumplimiento. Ante el fracaso, se culpabiliza a aquellos que no adhirieron a las normas impuestas, sin evaluar que la misma proclama era inviable por razones estructurales de política económica.

**TESIS 3: No hay normas universales para ser aplicadas Para establecer lo qué hay que hacer es necesario comprender a la población. La lucha del orden de unos, no siempre produce efectos positivos en el orden de otros.**

La Promoción de la Salud vio su origen en los Educadores para la Salud (54), específicamente en la observación de las consecuencias de la propuesta de los Higienistas, que provocaron cambios en el perfil patológico, luego reconocido como la “Revolución Epidemiológica”. Cabe destacar que todos estos cambios se produjeron por acciones impulsadas desde el Estado, que abarcaron niveles colectivos de saneamiento medioambiental. El paso del nivel colectivo al individual que se centra en los cambios de hábitos y costumbres, reconocidos como riesgosos, choca con obstáculos culturales imprimiendo estrategias de vida enfrentadas con las normas que se intentan imponer; no sólo por ser diferentes sino porque no se cuenta con las condiciones básicas que las

<sup>5</sup> Producción intensiva avícola, porcina y bovina; cultivos intensivos de oleaginosas (soja) y desertización.

harían factibles<sup>6</sup> (55). En sociedades donde la desigualdad social es moneda corriente se vuelve complejo hablar de acciones de Promoción de la Salud.

Uno de los obstáculos de la implementación de la Promoción de la Salud como eje de la Salud Pública, es la creencia de que aquellos cambios o propuestas de transformación en la esfera privada y pública, que forman parte de sus propuestas de acción, son inocuas y verdaderas, y sólo producen efectos positivos, llevando a la replicación automática de estrategias muchas veces no adecuadas para las poblaciones destinatarias.

Hoy asistimos a la recomendación de no mantener reservorios de agua limpia, allí donde el mosquito deposita sus huevos provocando epidemias de dengue o fiebre amarilla. En Argentina y en la provincia de Santa Fe, casi el 30% de los hogares no tienen acceso al agua potable por una vía segura (56), de esta forma las poblaciones implementan estrategias de acceso al agua no siempre recomendables desde las normas internacionales de salud (grandes tanques de agua, tajamares, cacharros, etc.); que los lleva necesariamente, en el mejor de los casos, a ignorar las normas, en otros a aumentar la confusión, y en la peor de las situaciones a producir efectos no deseados o no previstos.

La Promoción de la Salud no es una simple comunicación por la que se informa cómo producir conductas saludables, ni la inclusión de los temas descontextualizados en la instrucción formal.

La Promoción de la Salud radica en la participación efectiva y concreta de la comunidad en la fijación de prioridades, la toma de decisiones y la elaboración y puesta en marcha de estrategias de planificación para alcanzar un mejor nivel de salud. La fuerza motriz de este proceso proviene

del poder real de las comunidades, de la posesión y del control que tengan sobre sus propios empeños y destinos.  
(57)

Por lo tanto, cuando se planifica una estrategia de Promoción de la Salud, las cualidades que caracterizan a cada comunidad son el sustento que vuelve viable toda actividad en tal sentido.

La forma que ha adoptado la Promoción de la Salud en estos tiempos, se asemeja más a una batalla entre “el bien y el mal”, constituido por un lenguaje con fuerza científica que da significado y sentido a valores impuestos por grupos de poder que culpabilizan a otros grupos subordinados y marginados de la sociedad, representantes del “mal”. Como ejemplo basta relatar lo ocurrido en la última “campaña” contra el dengue en la ciudad de Rosario (provincia de Santa Fe), donde quien encabezara uno de los equipos de Promotores en un barrio en el que se ha ubicado una población de pueblos originarios, espetó sin más a las mujeres reunidas por la preocupación de la enfermedad, nacida autóctona en la ciudad en el seno de esa comunidad, que “*la culpa era de ellas por ser mugrientas*”. Ante la sorpresa, que llegó hasta el llanto, las mujeres exclamaban haber limpiado todo con cloro (hábito aprendido en otras campañas). No obstante ello, la imbuida promotora, dejó pasar contenedores de agua llenos de larvas porque eran bebida de los animales y no de seres humanos, así como la notificación a las autoridades de la futura peregrinación masiva hacia el Chaco<sup>7</sup>, por realizarse un encuentro de la iglesia Pentecostal, hecho que ameritaría efectivizar medidas preventivas aceptables por la población.

En nombre de la Promoción de la Salud, se justifican y legitiman reglas y normas, que instalan las fuerzas del “bien” para controlar desde el Estado y las instituciones de salud, no problemas

<sup>6</sup> Prerrequisitos para la implementación de la Promoción de la Salud citados en la Carta de Ottawa.

<sup>7</sup> Provincia argentina que cuenta con la mayor tasa de incidencia de dengue.

sanitarios sino estilos de vida discordantes con los valores hegemónicos.

## CONCLUSIONES

Como encendidos defensores de la Promoción de la Salud, luego de esta reflexión que intenta llamar la atención sobre los modos en que se está llevando adelante, se hace necesario remarcar aquellas situaciones que la desvalorizan como herramienta de Salud Pública, por habersele pedido logros utópicos que la realidad nunca ha podido, ni podrá reflejar; siguiendo una tradición moderna que otorga a la ciencia y a las profesiones que se basan en ella y la ejecutan, un poder de control absoluto de todas las variables presentes en la realidad.

Desde su nueva enunciación en la Carta de Ottawa, se especifica la necesidad del cumplimiento de prerequisites imprescindibles para que la Promoción de la Salud pueda darse. Estos podrían resumirse y no son otra cosa, sino el cerrar la brecha entre ricos y pobres, garantizando condiciones objetivas de vida, que los higienistas postularan ya en el siglo XIX. El doble discurso de los países centrales profundizó la pobreza en aquellos en los que se aplicaron las políticas de los organismos internacionales con créditos asistencialistas; cuyos resultados profundizaron aún más las desigualdades sociales y transformaron negativamente el medio ambiente.

La Promoción de la Salud no es una campaña, ni una lucha, sino una acción permanente destinada a intervenir sobre los determinantes que definen en cada momento las relaciones culturales, económicas, políticas y sociales. Se trata de un trabajo interdisciplinario que debe plantearse desde los postulados de la Planificación Estratégica (58), desde los que se sitúa como central el reconocimiento de cada grupo poblacional, cuya participación no debería quedar sólo en los enunciados, sino expresarse en la constitución de cada población como actores principales del proceso permanente de transformación, capaces de reconocer los problemas, tomar las decisiones, llevarlas adelante, evaluarlas y direccionar el proceso. El rol del profesional promotor queda así definido como el de estimulador de movimientos, que además acerca herramientas adecuadas y aceptables por la comunidad, generando un proceso permanente.

Revalorizar la importancia de la Promoción de la Salud implica quitarle el peso de las verdades absolutas instadas desde una mirada moderna del saber científico, correrla del lugar de único saber y del orden que se impone desde un espacio a otro. Fortalecer la interdisciplina, la formación en Planificación Estratégica y la realización efectiva de las políticas declamadas por la APS: asistencia sanitaria puesta al alcance de todos, y la plena participación (59).

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. World Health Organization (WHO). Global Strategy for Health for All by the Year 2000. Geneva: WHO; 1981.
2. Organización Panamericana de la Salud (OPS) / Organización Mundial de la Salud (OMS). Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud. Ottawa: OPS/OMS; 1984.
3. Organización Panamericana de la Salud (OPS) / Organización Mundial de la Salud (OMS). Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud. Ottawa: OPS/OMS; 1984. p. 1.
4. Organización Panamericana de la Salud (OPS) / Organización Mundial de la Salud (OMS). Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud. Alma Ata: OMS/UNICEF; 1978. p. 11.
5. Organización Panamericana de la Salud (OPS) / Organización Mundial de la Salud (OMS). Renovación de la Atención Primaria de la Salud en las Américas. Washington: OPS/OMS; 2005. p. 3.
6. Testa M. Pensar en salud. Buenos Aires: OPS; 1990.
7. Testa M. Estrategia, coherencia y poder en las propuestas de salud. Rosario: Cuadernos Médicos Sociales 1986.
8. Testa M. Pensamiento estratégico y lógica de programación. Buenos Aires: OPS/OMS; 1989.
9. Róvere M. Planificación estratégica de recursos humanos en salud. Washington: OPS/OMS; 1993.
10. Róvere M. Planificación estratégica en salud: acompañando la democratización de un sector en crisis. Rosario: Cuadernos Médicos Sociales 1999;75.
11. Bloch C, Troncoso M C, Richiger E, Hachuel L. Evaluación del programa de Atención Primaria en el Área I de Rosario. Rosario: Cuadernos Médicos Sociales abril 1987;41.
12. Enria G. Tuberculosis. Historia de una lucha prolongada (Tesis de Maestría). Centros de Estudios Interdisciplinarios, Universidad Nacional de Rosario; 2000.
13. Staffolani C. Planificación estratégica en Atención Primaria de la Salud. Encuentro de los dichos, desencuentro de los hechos (tesis de Maestría). Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Entre Ríos; 2006.
14. Gómez, M, Representaciones y prácticas de la enfermedad Tuberculosis y su trayectoria curativa (tesis de Maestría). Centros de Estudios Interdisciplinarios, Universidad Nacional de Rosario; 2006.
15. Aronna A. Evaluación del Programa Materno-infantil y Nutrición (Promin) Rosario (tesis de Maestría). Centros de Estudios Interdisciplinarios, Universidad Nacional de Rosario; 2004.
16. Aronna A, Enria G, Fleitas M, Godoy C, Gómez, M, Moyano C, Soñez R. Condiciones Ambientales en Salud en la Ciudad de Rosario. Rosario: Fundación Banco Municipal de Rosario; 1994.
17. Enria G, Staffolani C. Participación Comunitaria en Salud ¿Utopía o compromiso político? Rosario: Anuario de la Fundación Dr. J. Roberto Villavicencio; 2001.
18. Enria G, Staffolani C. La fragmentación de la comunidad como obstáculo para la atención primaria. Rosario: Anuario de la Fundación Dr. J. Roberto Villavicencio; 2003.
19. Enria G, Staffolani C. Obstáculos sociales y de organización para la planificación estratégica en la Atención Primaria de la Salud (APS). Rosario: Anuario de la Fundación Dr. J. Roberto Villavicencio; 2004.
20. Enria G, Staffolani C. Extensión Universitaria o desde la Comunidad a la Universidad. Rosario, Revista de la Facultad de Ciencias Médicas de la UNR 2006;(1):21.
21. Carrera L, Enria G, D'Ottavio A. La atención primaria de la salud y la especialización Médica.

- ¿Categorías opuestas o complementarias? Buenos Aires, Revista Educación Médica 2000;(7):4.
22. Enria G, Staffolani C. El ethos del funcionario público en salud. Obstáculos para el cambio. Buenos Aires, Revista Biophronesis 2009;(1):4.
  23. Enria G, Staffolani C. La promoción de la salud en el ámbito médico y en los integrantes de la comunidad: análisis y propuestas educativas. Madrid, Revista Medicina General 2005.
  24. Enria G, Staffolani C. El desafío de la educación para la salud como herramienta de transformación social. México, Revista de Ciencias Sociales Universidad Autónoma de México 2005.
  25. Enria G, Staffolani C. La incorporación del concepto de interdisciplina en los Programas de Salud. México, Revista Sabia Universidad de Sonora 2008;6.
  26. Enria G, Staffolani C. Programas de Salud y Género. Mujeres con Vih/Sida. México, Revista Estudios Sociales de la Universidad Hermosillo Sonora México 2010;35: XVII. 276-16.
  27. Temporetti F, Bertolan, L, Augsburguer C, Enria G. Salud mental en la Infancia. Estudio Epidemiológico de la población de 3 a 13 años en la ciudad de Rosario. Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación; 2008.
  28. Decreto 0658. Intendencia Municipal de Rosario; 1993.
  29. Decreto 0769. Intendencia Municipal de Rosario; 1990.
  30. Decreto 2588. Poder Ejecutivo de la Provincia de Santa Fe; 1987.
  31. Decreto 3991. Poder Ejecutivo de la Provincia de Santa Fe; 1980.
  32. Ley 6401. Estatuto y Escalafón para Profesionales Universitarios de la Sanidad. Poder Ejecutivo de la Provincia de Santa Fe; 1968.
  33. La Salud un derecho de Todos. Secretaría de Salud pública de la ciudad de Rosario; 1997.
  34. Ley 19608. Cámara de Diputados de la Provincia de Santa Fe; 1991.
  35. Ley 8525. Cámara de Diputados de la Provincia de Santa Fe; 1986.
  36. Resolución 1971. Ministerio de Salud, Medio Ambiente y Acción Social de Santa Fe; 1985.
  37. Resolución 2612. Ministerio de Salud, Medio Ambiente y Acción Social de Santa Fe; 1984.
  38. Resolución 3053. Ministerio de Salud, Medio Ambiente y Acción Social de Santa Fe; 1986.
  39. Resolución 804. Ministerio de Salud y Medio Ambiente de Santa Fe; 1988.
  40. Servicio para la atención médica de la comunidad. Ley 6312. Poder Ejecutivo de la Provincia de Santa Fe; 1967.
  41. Síntesis de las Acciones Desarrolladas desde el 1º de Julio de 1982. Ministerio de Salud, Medio Ambiente y Acción Social de la Provincia de Santa Fe; octubre de 1983.
  42. Organización Panamericana de la Salud (OPS) / Organización Mundial de la Salud (OMS). Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud, Ottawa: OPS/OMS; 1984. p. 1.
  43. Ferrara F, Acebal E, Paganini J. Medicina de la Comunidad. Buenos Aires: Editorial Intramédica; 1972. p. 7.
  44. Contandriopoulos A. P. La salud entre la ciencia de la vida y las ciencias sociales. Cuadernos Médico Sociales abril 2000;(77):8.
  45. Organización Panamericana de la Salud (OPS) / Organización Mundial de la Salud (OMS). Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud. Ottawa: OPS/OMS: 1984. p. 1.
  46. Kickbusch I. Promoción de la salud: una perspectiva mundial. En: OPS. Promoción de la Salud. Una Antología. POS. Washington, Publicación Científica 1996;557:16.
  47. Enria G, Staffolani C, Dolce V, Roitman D. Hábito de fumar en estudiantes universitarios de la ciudad de Rosario. Rosario: Anuario de la Fundación Dr. J. Roberto Villavicencio; 2003.
  48. Aronna A, Luppi I. Evaluación de servicios de salud: aportes preliminares desde una perspectiva epidemiológica. Revista Investigación en Salud 2006;(1 y 2):7. (Versión CD).

49. Aronna A. Evaluación de un programa social. *Cadernos de Saúde Pública* 2006;22(2):335-10.
50. Aronna A. Evaluación del Programa Materno Infantil y Nutrición Promin Rosario. *Revista Investigación en Salud* 2002;5(1 y 2):19-19.
51. Organización Panamericana de la Salud (OPS) / Organización Mundial de la Salud (OMS). Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud. Ottawa: OPS/OMS; 1984. p. 3.
52. Rawson G. Discurso ante el parlamento argentino. En: Vezzetti H. *La locura en la Argentina*. Buenos Aires: Editorial Paidós; 1985. p. 9.
53. Maffesoli M. La tajada del diablo. *Compendio de subversión postmoderna*. México: Editorial Siglo XXI; 2005. p. 19.
54. Kickbusch I. Promoción de la salud: una perspectiva mundial. En: OPS. *Promoción de la Salud. Una Antología*. OPS. Washington, Publicación Científica 1996;557:17.
55. Organización Panamericana de la Salud (OPS) / Organización Mundial de la Salud (OMS). Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud. Ottawa: OPS/OMS; 1984. p. 1.
56. Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INDEC). Argentina. Censo 2001.
57. Epp. J. Lograr la salud para todos: un marco para la promoción de la salud. En: *Promoción de la Salud. Una Antología*. OPS. Washington, Publicación Científica 1996;557:29.
58. Matus. C. *Estrategia y plan*. México: Editorial Siglo XXI; 1993.
59. Organización Panamericana de la Salud (OPS) / Organización Mundial de la Salud (OMS). *Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud*. Alma Ata: OMS/ UNICEF; 1978. p. 2.