

**¿QUÉ SALUD PROMOVEMOS?  
Una reflexión sobre el esquivo concepto de  
salud en las actuales propuestas  
de promoción de salud**

**Carina Carmody<sup>37</sup>**

*...la alegría que circula por la sangre  
es lo que indica la salud...  
Claro, nunca se va a "medir" pero sí percibir en cómo nos sentimos,  
Cómo caminamos, en la luz en el rostro,  
en las estrellas en los ojos.  
Anónimo*

**Introducción**

Quienes nos desempeñamos en el campo de la salud, sea desde la definición de políticas, en los momentos de la implementación, o bien, en el espacio académico o de investigación, nos encontramos con algunas dificultades para conceptualizar el objeto *salud*, en tanto cada una de las disciplinas lo abordamos, lo comprendemos desde distintos repertorios categoriales, vinculados a las tradiciones disciplinares diversas.

<sup>37</sup> Es Licenciada en Trabajo Social FTS-UNER. Docente Adjunta en la asignatura Salud Pública de la Carrera Lic. en TS de la UNER e investigadora y como tal, ha participado en diversos proyectos de investigación y extensión vinculados a la perspectiva de género y al campo de la salud colectiva. Se desempeña como Trabajadora Social en el Hospital «Dr. G. Domagk». Se encuentra cursando la Maestría en Trabajo Social de la UNER. [fcarmody@gmail.com](mailto:fcarmody@gmail.com)

De esta manera, resulta una tarea ardua en los equipos interdisciplinarios de intervención territorial, o en las instancias políticas de definición de problemas y estrategias de intervención, construir un *objeto común*, es decir, la salud.

Almeida Filho señala que justamente es la definición de salud el *punto ciego* del paradigma (biomédico), aquello que no se puede definir, y sin embargo toda la estructuración del campo de la salud remite a este difuso, multidimensional y complejo objeto.

El propósito de este trabajo radica en promover una reflexión crítica acerca del concepto de salud que juega en las actuales políticas públicas enmarcadas en la promoción de hábitos y estilos de vida saludables.

Para ello, se realiza una descripción acerca de los límites para establecer un concepto científico de salud. En esta tarea, se propone una definición de la salud que reconoce su multidimensionalidad y las posibilidades de su aprehensión.

Y luego, se discuten las orientaciones de salud que se sustentan en los programas de promoción de hábitos de vida y estilos saludables y los desafíos para la intervención profesional del trabajo social en el campo de la salud colectiva.

### **Debates actuales en torno al concepto salud**

Ante la pregunta acerca de ¿qué es la salud?, las respuestas pueden ser amplias, diversas, contradictorias entre sí. Sin embargo, es posible afirmar que cualquiera de ellas va a referirse, de una u otra forma, a la idea de bienestar: *sentirse bien; no tener enfermedades; no sufrir; vivir bien*, entre otras. Sin dudas, decir que la salud es sentirse bien no es suficiente a la hora de establecer criterios científicos que validen, midan, observen, describan, estudien esta situación.

Referir la salud a una idea de bienestar no es casual. Desde el año 1948 la Organización Mundial de la Salud (OMS) propone una enunciación, que perdura hasta nuestros días, y que, con el obje-

tivo de superar la idea de salud como mera ausencia de enfermedad, establece que «[...] La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades [...]» (Constitución de la OMS, 1948:01)

Definida ya la salud, resta luego ver cuáles disciplinas se encargarán de garantizar este completo bienestar. Entonces, la medicina velará por el bienestar físico, la psicología por la salud mental y el trabajo social hará lo propio con lo social de la salud, entre otras profesiones. Como resultado, es posible observar una yuxtaposición de miradas sobre distintas problemáticas que amenazan la posibilidad de plenitud de la salud, pero resulta un desafío encontrar un modo epistemológica y metodológicamente posible que las articule en la intervención, como aspectos o dimensiones inherentes (inevitablemente) a la salud.

Sin embargo, será una sola de sus dimensiones – biológica-, la que, en nuestra sociedad, va a hegemonizar la conceptualización acerca de la salud, y de esta manera, restringir el ejercicio del arte de curar<sup>38</sup>. Al respecto, nos advierte Breilh que este reduccionismo biologicista propio de la biomedicina expresa:

[...] las restricciones del pensamiento científico convencional, que tiende a reducir a la salud en tres formas a) reducir la salud a la enfermedad y a lo individual; b) reducir la realidad en salud al plano único de los fenómenos empíricamente observables; y c) atribuir el movimiento de esa realidad a la simplicidad unidimensional de un orden mecánicamente determinado por leyes determinísticas [...] (Breilh, 2003: 46)

Denunciado este reduccionismo, y en una apuesta teórica y política que ubica a la salud y las acciones en torno a ella en un sentido emancipador, Breilh advierte sobre la necesidad de reconfigurar la complejidad del objeto salud. Reconocer su complejidad no se refiere al reconocimiento de su carácter polisémico o a la visibilización de concepciones terapéuticas alternativas, cuestiones que sin dudas permiten una reflexión ampliada de los fenó-

<sup>38</sup> Eduardo Menéndez desarrolla ampliamente las características y funciones propias de la biomedicina, las cuales se describen articuladas a un modelo hegemónico de atención de la salud, el modelo médico hegemónico.

menos de salud. Lo que se requiere para el abordaje complejo es el reconocimiento de la múltiple dimensionalidad de la salud desde una perspectiva epistemológica renovada. La complejidad radica entonces en que el objeto salud implica *al mismo tiempo* su reconocimiento como *objeto* que refiere a la dimensión ontológica de la salud (que a su vez contiene en sí la multidimensionalidad de lo general, lo particular y los singular de la salud); como *concepto*, referido a la dimensión epistemológica, a su conceptualización; y como *campo* en el sentido de las prácticas de cuidado de la salud, la dimensión de la praxis.

Tenemos que estar claros de que la triple dimensión de la salud como objeto/concepto/campo no corresponde a tres elementos totalmente separables del análisis, que podemos escoger y bajar por una preferencia, sino que son aspectos que guardan profunda concatenación y conforman un sistema de relaciones [...] (Breilh, 2003:49)

Junto con Breilh, otros teóricos latinoamericanos del movimiento de la salud colectiva se han ocupado de esta cuestión. Almeida Filho y Silva Paim consideran que las teorías de la salud, en su actual estadio de desarrollo conceptual, no consiguen referirse concretamente al objeto salud.

Por ello, los discursos que las fundamentan en tanto práctica de base científica se muestran sinuosos e incompletos; sus formadores dudan, inventan metáforas, descubren maneras indirectas de hablar sobre salud, sin embargo, su objeto continúa siendo la enfermedad (Nájera, 1992). Ni siquiera la colectivización de la enfermedad a través del concepto de morbilidad indica "algo llamado salud". En síntesis, el objeto "salud" constituye un punto ciego de la investigación contemporánea en el área [...] Resultado: un objeto denominado salud que de hecho se refiere a "enfermedad colectiva", todavía así tratado de manera parcial y residual como "el riesgo y sus factores" [...] (Almeida Filho y Silva Paim, 1999:20).

La salud se define por oposición, como distinción de la enfermedad, de la patología y de lo anormal. Se precisa por ausencia de bienestar. Se concreta por el silencio (de los órganos). Se deli-

mita como par salud-enfermedad, aunque luego el peso de las acciones y propuestas se centra en el polo de la enfermedad.

A pesar de esta ceguera, de esta *imposibilidad* de aprehensión, es posible afirmar, siguiendo a Samaja (2004) que cualquiera sea la idea de salud (enfermedad) y el sesgo teórico-práctico que se elabore, todos suponen que la salud es un Bien y que la enfermedad es un estado indeseable que requiere de acciones de curación y recuperación de la salud.

La salud tiene que ver con el cuerpo y con su fisiología. Pero también con evaluaciones, interpretaciones, preferencias, con signos y decisiones, es decir, con alimentos y provisiones, con refugios y abrigos, con el dolor y el bienestar. La salud, en un sentido amplio pertenece al orden del ser (cosas y causas), pero también al orden del deber ser (representaciones o significados). Por todo esto, la salud es una especie de bien.

Canguilhem (2004) dirá que *no es posible reducir el concepto de salud a un concepto científico. Por el contrario, es un concepto vulgar y una cuestión filosófica*. La salud es inherente a la condición humana, así como lo es el dolor y el sufrimiento. Y por ende, la reflexión sobre estos asuntos nos atraviesa y nos interpela en tanto sujetos sanos y/o enfermos. Aquí, la limitación a una definición científica de un objeto/concepto/campo que trasciende y supera los postulados de la ciencia (médica).

La salud es una vivencia, es una verdad subjetiva. Quien da cuenta de su posesión o de su ausencia es el sujeto. Será la evaluación íntima y subjetiva de sus síntomas lo que informará al/a profesional (quien requiere en primer lugar esta información -y aún en la era de la tecnología diagnóstica-) para que éste/a pueda establecer un diagnóstico. Sin dudas que esta evaluación no se realiza en el vacío, sino que es una valoración situada, que condensa las nociones, valores, sentidos y orientaciones del grupo social y del momento histórico en el que son enunciadas. Los seres humanos somos a la vez y de manera indisoluble seres biológicos, sociales, con emociones, seres espirituales y seres racio-

nales. La salud entonces permea cada una de estas dimensiones, porque nos afecta como un todo, en nuestra integralidad.

Tal como se viene desarrollando, la salud es un objeto complejo, objeto de estudio de diversas disciplinas científicas, objeto de reclamos de los movimientos sociales y grupos articulados en función de determinadas enfermedades, objeto de reflexión de la filosofía, objeto de búsqueda constante de los grupos humanos.

Almeida Filho y Fernández Silva Andrade (2006) esbozan una teoría general de salud-enfermedad a partir del concepto de holopatogénesis. Allí retoman la propuesta de Samaja respecto de la necesidad de construir el objeto salud como un objeto con distintas facetas jerárquicas, que permita dialectizar la salud-enfermedad y las prácticas que la constituyen, dejando espacio al reconocimiento de varios planos de emergencia, en un sistema complejo de procesos de adaptación, tomando a la salud como un valor social de naturaleza compleja, plural y articuladora de múltiples dimensiones. Van a defender la idea de que no se puede hablar de salud en singular, sino de varias saludes, dependiendo de los niveles de complejidad y de los planos de emergencia considerados.

Como refería anteriormente recuperando las propuestas de elaboración de una teoría general científica transdisciplinar de salud, coincido con Breilh cuando propone que es indispensable una mirada transepsistémica, que incluya no solo el conocimiento científico sino los otros conocimientos que se producen y reproducen en la dinámica del vivir cotidiano. Allí también es posible encontrar claves para la construcción de una (o varias) acepciones al término *salud*. Parafraseando a Caponi (2006) es preciso des- plazarse la mirada, aproximarse a esta cuestión no con los instrumentos del científico sino con los argumentos del filósofo.

Considero oportuno citar aquí una acepción de salud *saludable* definida como *alegremia*:

[...] la alegría que circula por la sangre es lo que indica la salud  
[...] Claro, nunca se va a "medir" pero sí percibir en cómo nos  
sentimos, en cómo caminamos, en la luz en el rostro, en las

estrellas en los ojos [...] (Expresión de una doña campesina de la provincia de Neuquén).

## La Salud y la Promoción

Habiendo presentado algunas referencias –y limitaciones– insoslayables para el abordaje de la salud como objeto científico, me interesa apuntar enunciaciones que se puedan tensionar y /o articular a las propuestas actuales de promoción de la salud.

Asumo las perspectivas que recuperan la idea de salud como normatividad, como posibilidad de enfrentar situaciones nuevas, por el margen de tolerancia (o de seguridad) que cada uno posee para afrontar y superar las infidelidades de su medio. La posibilidad de poder caer enfermo/a y recuperarse (Caponi, 2006).

[...] es en el interior de un medio capaz de garantizar una existencia saludable donde el individuo puede constituirse como un sujeto capaz de tolerar las infracciones e infidelidades a las que todos estamos expuestos [...] . (Caponi, 2006:76)

Y agrega que es mucho más que la posibilidad de vivir en conformidad con el medio, sino de instituir nuevas normas. De esta manera, la salud no puede ser pensada como carencia de errores, como salud perfecta, como ausencia de riesgos, sino justamente, como la capacidad de enfrentar esos errores, riesgos, malestares con los que, inevitablemente todos debemos convivir.

Ahora bien, si la salud se presenta entonces como objeto complejo, multidimensional y transepsistémico, podremos rastrear, en las políticas de promoción de la salud y hábitos de vida saludables, cuál es *el ser* de la salud, su definición y su ámbito de prácticas.

Recuperando las tradiciones más críticas del campo, a partir de los desarrollos de la medicina social en América Latina, podemos comprender que estamos frente a procesos de salud-enfermedad-atención-cuidado, es decir, que no podemos hablar en términos absolutos, de total estado de salud o total estado de enfermedad.

Sin embargo, nos resulta más claro establecer características, signos, síntomas, variables, indicadores para dar cuenta de los procesos del enfermar, o de los procesos que fragilizan la salud (Breilh 2003). Hablamos de enfermedad cuando hay síntomas y signos que remiten en general, a la dimensión biológica (física o mental) y en cambio, cuando queremos definir aspectos para identificar procesos saludables, es posible observar una ambivalencia entre apelaciones a la responsabilidad individual en el cuidado de la salud, a dimensiones biologizantes, o a cuestiones estructurales vinculadas a la educación, el trabajo, la vivienda, encontrando dificultades y escollos para asumir conceptual y metodológicamente un abordaje complejo « [...] ¿Cómo abordamos el objeto complejo salud-enfermedad-cuidado, respetando su integralidad e historicidad? [...]» (Almeida Filho y Silva Paim, 1999:18).

En el campo de la salud pública, encontramos una bisagra entre aquellos discursos referidos a la prevención (de la enfermedad) y las nuevas (ya no tan nuevas) referencias que hablan de promoción (de la salud). Nos referimos a la Carta de Otawa para la Promoción de la Salud, emitida en el año 1986 y que se constituye en el documento público de la primera Conferencia Internacional sobre el tema.

Esta conferencia fue, ante todo, una respuesta a la creciente demanda de una nueva concepción de la salud pública en el mundo [...] La conferencia tomó como punto de partida los progresos alcanzados como consecuencia de la Declaración de Alma Ata sobre la atención primaria, el documento "Los Objetivos de la Salud para Todos" de la Organización Mundial de la Salud, y el debate sobre la acción intersectorial para la salud sostenido recientemente en la Asamblea Mundial de la Salud. (Carta de Otawa, 1986:1).

A partir de aquí, encontramos una nutrida elaboración de documentos y programas que se sustentan en las ideas allí vertidas, haciendo especial énfasis en la responsabilidad política intersectorial para generar acciones que impacten en los determinantes de la salud<sup>39</sup>.

<sup>39</sup> Conferencias mundiales sobre Promoción de la salud: Adelaida (1988),

La carta de Otawa expresa una serie de preocupaciones y lineamientos encaminados al logro de salud para todos. Promover salud implica que un individuo o grupo cuente con los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer mayor control sobre la misma, que sean capaces de realizar sus aspiraciones, satisfacer sus necesidades y cambiar o adaptarse al medio ambiente. Pre-tende constituirse en un concepto positivo que acentúa los recursos sociales y personales así como las aptitudes físicas. Establece que la paz, la vivienda, la alimentación, la educación, la renta, un ecosistema saludable, son pre requisitos indispensables para la salud. Y más adelante que:

[...] esto implica una base firme en un medio que la apoye, acceso a la información y poseer las aptitudes y oportunidades que la lleven a hacer sus opciones en términos de salud. Las gentes no podrán alcanzar su plena salud potencial a menos que sean capaces de asumir el control de todo lo que determine su estado de salud. Esto se aplica igualmente a hombres y mujeres [...] (Carta de Otawa, 1986:1).

Las acciones de promoción enumeradas se ordenan en función de distintos ámbitos que deben interactuar, en los que el sector sanitario interviene como mediador. La política, que debe orientar sus decisiones y promover legislaciones favorables a la salud, los ambientes favorables a la salud (de trabajo, ocio, vida cotidiana); la acción comunitaria a través de la participación social y la instrucción sanitaria; las aptitudes personales saludables a partir de la educación en salud y de esta manera, la posibilidad de elegir opciones saludables; y la reorientación de los servicios de salud.

Promocionar la salud entonces implica acciones en estas esferas (política, institucional, comunitaria e individual) con impacto en los determinantes y condicionantes de la salud identificados como los modos de vida, la salud ambiental, las variables socio-económicas y los servicios de atención de la salud. Podríamos decir que esta enunciación se hermana con la referida por Caponi

Sundsvall (1991), Yakarta (1997), Ciudad de México (2000), Bangkok (2005), Nairobi (2009) y, más recientemente, Helsinki (2013). En 2016 está prevista la realización de la 9ª conferencia mundial en Shangai, China.

(2006) respecto de los márgenes de seguridad, en tanto tendríamos más recursos para garantizar el devenir cotidiano.

Y desde estos argumentos, asumidos de alguna manera como horizontes de sentido, se construyen las propuestas actuales de promoción de hábitos y estilos de vida saludables, como componentes del determinante *modos de vida* (promoción de la actividad física, control del consumo de tabaco, promoción de la seguridad vial, promoción de la alimentación saludable y control de alcohol y otras sustancias adictivas).

El eje de los procesos de salud está puesto principalmente en la redefinición de calidad de vida y promoción de salud, a través de la producción de ambientes, comunidades y estilos de vida saludables; sin embargo, las acciones están dirigidas casi de manera exclusiva a la concientización, información, educación de los individuos sobre la salud, o mejor, sobre los riesgos de enfermedad.

Por ejemplo, los programas diseñados desde la Dirección Nacional de Promoción de la Salud y control de enfermedades no transmisibles del Ministerio de Salud de la Nación proponen acciones dirigidas al control del tabaco; de diabetes; de enfermedades cardiovasculares; programa de lucha contra el sedentarismo, entre otras. *El proyecto de protección de la población contra las enfermedades crónicas no transmisibles* que se propone como objetivos mejorar las condiciones de los centros públicos de atención ambulatoria para brindar servicios de alta calidad en las ENT para los grupos de población vulnerable; y Proteger a los grupos de población vulnerable de los factores de riesgo para las Enfermedades Crónicas No Transmisibles de mayor prevalencia. Como una de las estrategias que define para lograr los objetivos se propone la promoción de actividad física; dé hábitos de alimentación saludables; y de ambientes libres de humo de tabaco.

Está demostrado que pequeñas modificaciones del nivel de estos factores de riesgo, a nivel poblacional, producen grandes beneficios en la salud pública en relación a la disminución de la enfermedad cardiovascular, diabetes y algunos tipos de cáncer [...] (Ministerio de Salud de la Nación)

Allí termina la promoción de la salud (como normatividad, como ampliación de los márgenes de seguridad para que cada grupo y comunidad pueda desarrollarse plenamente) y se retoma la tradición sanitaria de prevenir enfermedades y/o disminuir los riesgos (como normalización). Las líneas propuestas se articulan mayoritariamente en tres ejes (alimentación saludable, ejercicio físico y ambientes libres de humo) definidos en función de variables biomédicas (en base a la información epidemiológica que determina que el 70% de las muertes en el país se deben a causas prevenibles, a enfermedades no transmisibles). Lo que se abordan son factores de riesgo identificables en conductas individuales- de riesgo. Se definen áreas u objetivos a promover que implican en verdad la prevención de daños, prevención de patologías. Y para ello, se establecen criterios de abordaje homogéneos para toda la población argentina.

El eje se sigue situando en el polo de la enfermedad entendida en su dimensión biológica e individual, descontextualizada y a-política.

Además de esta concepción restrictiva de la enfermedad y en ausencia de una mirada positiva sobre la salud, es posible observar la traducción, en los niveles de intervención singular, de una tendencia a responsabilizar al individuo por la superación de la enfermedad, evaluando su compromiso con la recuperación de una salud (en su dimensión individual y biológica) perdida. Sujetos expuestos -¿deliberadamente?- al riesgo en vez de condiciones de vulnerabilidad que imponen los riesgos (Breilh).

Y nuevamente la pregunta de Almeida Filho por el abordaje de la complejidad del objeto salud, del reconocimiento de su historicidad, o en términos de Caponi (2006), el derecho al riesgo:

[...] pero, si partimos de la certeza de que los riesgos, las infidelidades y aún las enfermedades forman parte de nuestras vidas, será preciso que nos interroguemos por el alcance del concepto de riesgo. Decir que la búsqueda de la salud perfecta es un objetivo ilegítimo para la salud pública, significa afirmar que los riesgos forman parte de la salud [...] (Caponi, 2006:85)

Podemos reconocer aquí trazos del proceso de medicalización de la biomedicina, por el cual se convierte en enfermedad (patología) toda una serie de episodios vitales que son parte de los comportamientos de la vida cotidiana de los sujetos, y que pasan a ser explicados y tratados como enfermedades cuando previamente sólo eran acontecimientos ciudadanos.

[...] Este proceso implica no sólo que los sujetos y grupos vayan asumiendo dichos acontecimientos ciudadanos en términos de enfermedad y no de lo que tradicionalmente han sido, es decir, conflictos y padeceres, sino que pasen a explicarlos y atenderlos en gran medida a través de técnicas y concepciones biomédicas [...] (Menéndez, 2004: 23).

Medicalización de la vida cotidiana, uno de los más importantes procesos culturales por el cual se impone el saber biomédico en la construcción de los problemas sociales en términos sanitarios y medicalizados, abarcando todas las esferas de la vida humana, como las referidas al ciclo vital y al estilo de vida las que se ven pautadas por el sistema de salud en torno al valor supremo de la prevención de la ocurrencia de la enfermedad.

Será la noción de riesgo la que articula las estrategias de prevención (y consumo). Desde esta lógica se pauta la selección de prioridades en salud y en la medida que se proclaman mayores intervenciones a nivel preventivo la medicina también ha mercantilizado la prevención.

La salud como bien social se convierte en una responsabilidad individual justificada en esta racionalidad del riesgo. Se privatiza la salud, se privatiza la vida social. La privatización de las problemáticas de salud producto de esta racionalidad se percibe, dirá De Martino (2011) como un fuerte retorno de la justificación de la pobreza como cuestión natural y de compromiso individual.

La obesidad, la diabetes, la hipertensión se convierten en re-veladores de las conductas insalubres de los individuos, y se invisibilizan los ordenamientos políticos, sociales y económicos que, por ejemplo pautan la calidad y distribución de los alimentos, las

exigencias de trabajo, el valor supremo del consumo (de todo, de cualquier manera, ilimitado, inaccesible), la exclusión.

El carácter determinista de lo social se conjuga aquí con el autotcontrol y el autogobierno, la gestión adecuada de los riesgos no está asegurada y depende estrictamente de la capacidad del individuo, o de la familia, de llevarla a cabo.

El riesgo individualizado ya no requiere de una instancia de intervención que actúe sobre la totalidad del cuerpo social, ya se conoce cuáles son los individuos o poblaciones que están genéticamente determinados a vivir menos años, contraer determinadas enfermedades, etc. Ya no es necesario implementar mecanismos regulares de adiestramiento y control, el individuo, libre de las ataduras de los dispositivos que lo regulaban, controlaban, adiestran y normalizaban, se encuentra libre para decidir de qué modo resuelve su destino: libre para elegir y abandonado a su elección. ¿Libre para elegir?. Resultan categóricas las palabras de Castiel y Alvarez Dardet:

La promoción de la salud hegemónica puede ser interpretada como una política persecutoria de neohigiene, de fuerte contenido moral con vistas a la longevidad, bajo la perspectiva de que nos mantengamos en el interior de la economía globalizada de acuerdo con la perspectiva del mundo racional de la productividad, de la generación de riquezas y del consumo. Además, procurando el imposible equilibrio esquizofrénico entre la búsqueda de satisfacción de deseos generados por las múltiples tentaciones existentes al nuestro alrededor y una moderación responsable para que no seamos consumidos en este proceso [...] (2006:1)

### **Reflexiones finales**

El trabajo de elucidación de los conceptos es un esfuerzo teórico y una exigencia política para el ejercicio de las profesiones del campo de la salud. En el caso particular del Trabajo Social, su objeto de intervención se configura en los procesos de producción y reproducción de la vida cotidiana. En sus contradicciones, relaciones, tensiones, se proyectan las acciones de salud:

[...] como una ruptura contra los procesos que destruyen nuestra salud y nos impiden emanciparnos (prevención) y a favor de los procesos que nos protegen y perfeccionan, tanto colectiva como individualmente (promoción) [...] (Breilh 2003: 40).

De esta manera, el campo de las problemáticas en salud se entreteteje con el campo de intervención del Trabajo social. Revisar, reinventar, discutir categorías teóricas que superen los reduccionismos fiscalistas y holistas presentes en la praxis del campo de la salud, es una condición ineludible para lograr una comprensión fundada de la complejidad de los hechos y saberes del campo de la salud-atención, entendida como mediación que de sentido a los objetivos de transformación.

Pensar los problemas de salud como parte de la cuestión general de la convivencialidad. La salud siempre en *intersección*. Con las voces de todos, en una perspectiva compleja.

Asumir la tensión presente en la noción polisémica del riesgo enmarcada en las condiciones de posibilidad, y la promoción de la salud como acciones positivas tendientes a ampliar los recursos indispensables para poder desarrollar la potencia de los sujetos (singulares y colectivos), lo que, en la Carta de Otawa se definían como *pre-requisitos*.

A modo de cierre, resulta oportuna la cita de Ayres,

[...] No se trata aquí, obviamente, de aceptar el riesgo como condición constitutiva de la pobreza, de la miseria, de la falta de recursos, sino, al contrario, se trata de no comportarse con la falta de alternativa, de la que el riesgo de los comportamientos es, entonces, sólo una expresión. Se trata de recusar esa comprensión parcial e individual de las listas de oportunidades de infección y muerte por el hiv como un riesgo que las personas "deciden" correr ya sea por cualquier razón, y por consiguiente, recusar también como estrategia exclusiva o privilegiada de prevención el "convencimiento" de cada individuo de que "precisa actuar de modo diferente" [...] Cuando sólo se puede escoger entre ser feliz corriendo riesgo o no ser feliz, ¿qué escogería la mayoría de nosotros? [...] (2006: 145).

## Bibliografía

- Almeida Filho, N. y Jairnilson Silva Paim. (1999) «La crisis de la salud pública y el movimiento de la salud colectiva en Latinoamérica». Cuadernos Médico Sociales Nro. 75.-
- Almeida Filho, Naomar y Fernandez Silva Andrade, R. (2006) «Holopatogénesis: esbozo de una teoría general de salud-enfermedad como base para la promoción de la salud» en *Promoción de la Salud*. Dina Czeresnia y Carlos Machado de Freitas (organizadores). Buenos Aires. Lugar Editorial.
- Ayres, Jrcm (2006) «El concepto de vulnerabilidad y las prácticas de salud: nuevas perspectivas y desafíos» en *Promoción de la Salud*. Dina Czeresnia y Carlos Machado de Freitas (organizadores). Buenos Aires. Lugar Editorial.
- Breilh, J. (2003) *Epidemiología Crítica. Ciencia emancipadora e interculturalidad*. Buenos Aires. Lugar Editorial.
- Canguilhem, G. (1971). *Lo normal y lo patológico*. Buenos Aires. Siglo veintiuno argentina editores.
- Canguilhem, G. (2004) «La salud: concepto vulgar y cuestión filosófica» en Canguilhem, G *Escritos sobre la Medicina*. Buenos Aires. Amorrortu editores.
- Caponi, Sandra (2006) "La salud como abertura al riesgo" en *Pro-moción De La Salud. Conceptos, reflexiones, tendencias*. Buenos Aires. Lugar Editorial.
- Castiel, D y Alvarez-Dardet, Carlos (2006) «La salud persecutoria» Departamento de Epidemiología – Rio de Janeiro.-
- Constitución de la Organización Mundial de la Salud. La Constitución fue adoptada por la Conferencia Sanitaria Internacional, celebrada en Nueva York del 19 de junio al 22 de julio de 1946, firmada el 22 de julio de 1946 por los representantes de 61 Estados y entró en vigor el 7 de abril de 1948. Las reformas posteriores se han incorporado al texto actual.

Contandriopoulos André-Pierre (2006) «Elementos para una "topografía" de concepto de la Salud» En Rupturas, Revista Interdisciplinaria de la Salud, Vol 11 No 1, 2006, pp.86-99, Traducido por Miguel Orozco (CIES, Nicaragua) para uso exclusivo de la Red de Determinantes de la Salud.

Cortes, Beatriz (1997) «Experiencia de enfermedad y narración: el malentendido de la cura». En Revista Nueva Antropología, agosto, año/vol. XVI, número 53-52. México Nueva Antropología.

De Martino, Mónica (2011) «Trabajo Social, Infancia y Familia. Notas sobre riesgo, vulnerabilidad, ejercicio del poder y economización de lo social». En Entramados Conceptuales en Trabajo Social. Gazzaniga (comp.) Paraná. Editorial Fundación La Hendija.

García García, José Luis. (1985) *Enfermedad y cultura*. Rev. JANO. España.

Good, Byron J. (1994) «How medicine constructs its objects» En: Medicine, rationality, and experience. An anthropological perspective. Cambridge University Press. Traducción: Silvio Najt

Menendez, E. (2004) «Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas». En Spinelli, H. (Comp.) Salud Colectiva. Buenos Aires Lugar Editorial.

Samaja J. (2004) Epistemología de la Salud. Buenos Aires. Lugar Editorial.

### Sitios

Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud (1986) Disponible en la web <http://www.fmed.uba.ar/depto/toxico1/carta.pdf> (vista el 15/07/2016)

Ministerio de Salud de la Nación – [www.msal.gov.ar/](http://www.msal.gov.ar/)

[www.altaalegremia.com.ar](http://www.altaalegremia.com.ar)