

Educación en salud colectiva: un diálogo de saberes

Elsa Meinardi

Universidad de Buenos Aires. Facultad de Ciencias Exactas y Naturales

emeinardi@gmail.com

Las perspectivas de Educación para la Salud y Educación en Salud se sustentan en posiciones ideológicas y políticas distintas. Si sus diferencias nos pasan inadvertidas, se torna difícil reflexionar acerca de las consecuencias que derivan de cada una de ellas. Develar estas diferencias podría ser un primer paso para la toma de decisiones en relación con qué enseñar y para qué, propias de nuestra tarea profesional docente. En este artículo me propongo realizar un breve recorrido por los Modelos de Salud y Educación para la Salud vigentes en las escuelas desde hace varios años y presentar un modelo crítico, el de Salud Colectiva y sus posibles implicancias en la Educación en Salud.

Paradigmas en Salud y en Educación para la Salud

Como parte de los programas de salud pública surgidos en muchos países en el siglo XIX, se inician acciones tendientes a promover la educación sanitaria de la población. Educación que se ve materializada en la escuela a través de la denominada Higiene escolar.

Esta educación sanitaria se estructura a partir de la confluencia de las perspectivas médicas de la época, representadas por el Movimiento Higienista, y pedagógicas, con el conductismo como programa de investigación imperante en psicología y sentado en las bases de una epistemología positivista. Un higienismo muchas veces cercano a la eugenesia o eugenética, y un conductismo para el cual aprender consiste, de manera reduccionista, en lograr un cambio pretendidamente "objetivo" y observable en la conducta.

En Argentina y en muchos otros países, el Higienismo como política de salud pública tuvo su mayor desarrollo entre 1850 y 1950, procurando regular la vida de las personas a través de distintos espacios de actuación. Un ejemplo de esta regulación se evidencia en la promulgación en Argentina, en 1936 (y en fechas próximas en otros países), de la Ley de Profilaxis de las Enfermedades Venéreas, que dió lugar al Examen prenupcial, demandado hasta 2018.

En relación con la salud, la lesión era el elemento definitorio de la enfermedad. Existe una visión fisiopatológica de la misma, por lo que se dirigen los esfuerzos a objetivar las alteraciones funcionales del organismo. La salud y la enfermedad son consideradas cuestiones científicas/objetivas, dignosticables por sus signos anatómicos-fisiológicos. Esta forma de definir la salud implica una visión neutralista: no hay necesidad de recurrir a juicios de valor para su determinación. La salud es un estado objetivo que puede definirse universalmente. Y se define desde el punto de vista biomédico, lo que implica un modelo hegemónico. La salud se restringe a lo físico corporal, salud biologicista (restringida a lo corporal). Y es claramento a-histórica.

Algunas definiciones que hallamos en libros de texto se corresponden con este enfoque biomédico, biologicista:

-El estado del ser orgánico que ejerce normalmente todas las funciones.

-Hallarse dentro de los parámetros físicos, psicológicos y sociales considerados como normales.

-Armónica sincronización funcional de todos los aparatos y sistemas.

-Funcionamiento normal de todos los órganos del cuerpo.

-Ausencia de enfermedad o de invalidez.

-El silencio de los órganos.

Gavidia y Talavera (2012) señalan que "si la normalidad es el estado de salud definido *empíricamente*, el individuo no toma decisiones acerca de su propio cuerpo porque este debe pasar inadvertido. Su rol en relación a la salud se circunscribe a evitar condiciones de riesgo, determinadas por *especialistas*, para no caer en enfermedades".

La educación sanitaria encarnada en la Higiene escolar deviene posteriormente en la Educación para la Salud. En 1945, el médico, historiador y sociólogo, Henry Sigerist, propone el término Promoción de la Salud, incluyendo diferentes herramientas para lograr dicha promoción en la sociedad. Por un lado, a través de la Educación para la Salud, enfatizando la prevención de enfermedades y, por otro lado, por medio de la realización de acciones sociales, políticas y de información y comunicación de la ciudadanía en general.

La concepción de la Salud sigue siendo fundamentalmente biologicista (salud de los órganos y sistemas), y se considera que la enfermedad es provocada por agentes externos.

Entre 1950-1970, aproximadamente, la conjunción de los enfoques biologicista, psicológico y sociológico permitió la elaboración de concepciones multicausales de la enfermedad. La concepción de Salud va modificándose incorporando aportes sobre todo de la Psicología y de la Ecología. También se incorpora un modelo preventivista centrado en el control de patologías no infecciosas, por disminución de factores de riesgo¹ físicos y sociales (fumar, grasas, ejercicio). Así, se considera que la salud incluye además dimensiones psicológicas y ambientales: es la concepción Ecológica de la Salud. La enfermedad es considerada un desequilibrio resultante de la interacción de aspectos relacionados con el agente, el huésped y el medio ambiente (Quevedo, 1992).

Algunos autores y autoras diferencian los modelos patogénicos (Biomédico preventivista, centrados en la enfermedad) y los modelos salutogénicos (centrados en la promoción de la salud).

-Visión Patogénica: Modelo Biomédico-Biologicista

1 El "concepto factores de riesgo" es propio de esta perspectiva.

La prevención de la enfermedad se define como la aplicación de medidas técnicas que incluyen aspectos médicos y de otras disciplinas que tienen como finalidad impedir la aparición de la enfermedad (prevención primaria), curarla (prevención secundaria) y devolver las capacidades perdidas (prevención terciaria).

-Visión Salutogénica: Modelo Bio-psico-social

La promoción de la Salud se define como el proceso mediante el cual los individuos y las comunidades ejercen un mayor control sobre los determinantes de su salud para mejorar su calidad de vida.

Evolución del concepto de salud

Como mencionamos, la perspectiva biomédica, biologicista, acerca de la salud, fue dando lugar a nuevos enfoques. En una primera etapa: se incorporan los factores psíquicos, lo que llevó a la Salud psicosomática como el ideal de bienestar. Algunas definiciones de salud correspondientes con esta etapa con:

-Salud es disfrutar de un bienestar psicológico y tener un comportamiento adecuado.

-Una persona está sana no sólo porque posee un cierto bienestar físico, sino también por sus disposiciones mentales y por las condiciones sociales en las que se desenvuelve.

En una segunda etapa: se incorpora el contexto. La Salud como equilibrio, ecológica, en la que el entorno cobra importancia. Las definiciones de Salud de acuerdo a esta perspectiva son:

-Capacidad para llevar una vida socialmente productiva, o al menos poder desempeñar un papel social.

-El estado de adaptación diferencial de los individuos al ambiente en el que se encuentran.

-El equilibrio del ser humano en relación con factores biológicos, ambientales, socioculturales y simbólico.

-Estado que se tiene o se pierde. Su posesión implica el pleno uso de las capacidades físicas, mentales, sociales y espirituales.

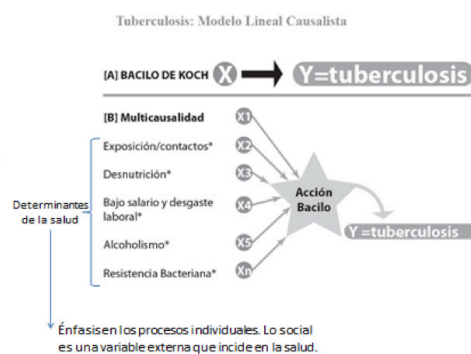


Figura 1: Modelo lineal Unicausal (A) y Modelo multicausal (B) de la Tuberculosis (Breilh, 2013).

En la figura 1 encontramos el Modelo lineal Unicausal (A) y Modelo multicausal (B) de la Tuberculosis (Breilh, 2013). En el primer caso, el determinante de la enfermedad es el agente infeccioso externo. En el segundo caso, los determinantes sociales de la salud (OMS) son externos, contextuales. Y se enfatizan los procesos individuales de cuidado y prevención.

Posteriormente, en muchos países se buscó una reducción del gasto del Estado en Salud Pública, lo que llevó a priorizar la Educación para la Salud en detrimento de las otras líneas de acción. Rápidamente, la Educación para la Salud se vuelca a la gestión de acciones individuales, poniendo el acento en la responsabilidad individual. En esta etapa, la promoción de la Salud aparece centrada en la consideración de la salud como estilo de vida (salud conductual). Las primeras estrategias y prácticas relacionadas con este enfoque surgen en los años `70 (Canadá, Inglaterra y EE.UU.) debido a:

- la constatación de los límites de las estrategias y prácticas utilizadas hasta esa época,
- las presiones para los recortes en los costos del sistema de atención de la salud,
- un clima social de valorización de temas como la autoayuda y el control individual sobre la salud (Carvalho, 2008).

Uno de los primeros antecedentes en mencionar el compromiso de los sujetos con su propia salud es el informe Lalonde (1974), un documento de trabajo realizado por la OMS. Dentro del enfoque de la Educación para Salud, algunas y algunos autores diferencian una Promoción de la Salud tradicional y una Promoción emancipatoria. Algunas diferencias planteadas para estas vertientes se detallan en la Tabla1.

Tabla 1: Diferencias entre Promoción de la Salud tradicional y Promoción emancipatoria

Características	Educación para la Salud Tradicional	Educación para la Salud Participativo
Finalidad	Conocimiento	Emancipación
Teoría de aprendizaje	Transmisión de conocimientos	Interacción social
Papel del Sujeto	Receptor y constructor de conocimiento	Interacción con los demás en tareas sociales
Papel de la Educación para la Salud	Autoridad	Organización de proyectos para la comunidad

Se trata de estrategias de Educación para la Salud que intentan vincular a las personas con el control sobre su salud y con la responsabilidad sobre su estilo de vida. En 1984, la Organización Mundial de la Salud-OMS define los principios de la Promoción de la salud (Kickbusch, 1996), entre los que se encuentran:

- Asegurar que el ambiente que está más allá del control de los individuos sea favorable a la salud.
- Combinar métodos o planteamientos diversos pero complementarios, incluyendo comunicación, educación, legislación, medidas fiscales, cambio organizativo y desarrollo comunitario.
- Aspirar a la participación efectiva de la población, favoreciendo la autoayuda y animando a las personas a encontrar su manera de promocionar la salud de sus comunidades.

Sin embargo, luego de 36 años de la enunciación de estos principios, actualmente en muchas investigaciones se los critica, entre otros motivos, por ser considerados utópicos e inviables. Esta Educación para la Salud es cuestionada actualmente por numerosos grupos de investigación, asumiéndose que da cuenta de la existencia de un "saber verdadero", producido y custodiado por la comunidad científica. Lleva implícita una visión asimétrica entre educadores y receptores ("positivista", desconociendo las relaciones de poder, de saber).

Cuál es el modelo de salud que se intenta establecer a partir de esta concepción conductual

La salud es o depende de:

- *Vida sana.*
- *Estilos de vida saludable.*
- *Cuerpo saludable.*
- *"La belleza es salud", influida por las ideas sobre la felicidad plena y la calidad de vida. Depende del "estilo de vida".*

Algunas definiciones acordes con esta perspectiva:

- *Aquella manera de vivir cada vez más autónoma, solidaria y gozosa.*
- *La salud es el estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades (Dada por la OMS en 1948; Citado en Scliar, 2007).*
- *Conservar la posibilidad individual y/o colectiva de producir las transformaciones que sean necesarias para revertir las situaciones adversas que presenta la realidad.*
- *Un estado físico y mental razonablemente libre de incomodidad y dolor, que permite a la persona funcionar efectivamente por el más largo tiempo posible en el ambiente donde*

por elección está ubicado.

- El logro del más alto nivel de bienestar físico, mental, social, y de capacidad de funcionamiento que permiten los factores sociales en los que viven inmersos el individuo y la colectividad.

Además de ser definiciones consideradas utópicas, se centran en la responsabilidad individual. Así, en esta perspectiva, no hay una causa única de enfermedad (multicausal poniendo énfasis en conductas de riesgo). En la mayor parte de ellas aparecen, como causas, factores que no son estrictamente biológicos sino conductuales, y la salud depende del estilo de vida. En el Congreso de Médicos y Biólogos de lengua catalana, celebrado en 1978, se adoptó como definición de Salud a “aquella manera de vivir que es autónoma, solidaria y profundamente gozosa”. Sitúa al individuo como protagonista de su propia salud, lo hace responsable de las acciones que pueden quebrar o mejorar su estado de salud.

Así, vemos que antiguamente se definía la enfermedad como una lesión orgánica (Modelo biologicista), ahora la salud se define en función de la conducta saludable (Modelo centrado en los estilos de vida).

Este modelo, acusado en muchos casos de conductual, utópico, autoritario (ya que no reconoce otros saberes que no sean los “expertos”; saberes docentes-saberes médicos), descontextualizado (a-histórico) y mercantilista (desaparece la responsabilidad del estado y traslada el gasto a las personas), se centra cada vez más en la responsabilidad individual (culpógeno y meritocrático), llegando a desaparecer en muchos casos la importancia de las obligaciones del Estado en las acciones relacionadas con la consideración de la Salud como un derecho. Este énfasis en el cuidado personal con ausencia del Estado comenzó a cobrar mayor vigencia en muchos países en los últimos 30 años, bajo políticas de corte neoliberal (Figura 2). Baste mirar la problemática de la pandemia que atravesamos y preguntarnos de quién es el gasto principal en los diferentes países (dejaremos este análisis para un próximo artículo).



Figura 2: Modelo de educación para la Salud bajo políticas de corte neoliberal.

Algunas críticas a la Educación para la Salud

Actualmente, son numerosos los trabajos en los que se revisa y critica este enfoque (Educación para la Salud/Promoción de la salud). Mencionaremos solo algunas (se recortaron las citas a los fines de este artículo):

Labonte y Penfold (1981) indican que es posible que al encubrir las enfermedades y estructuras sociales causantes de la no-salud, podría resguardarse la implementación de políticas neoliberales socialmente restrictivas que culpabilicen a las personas por la inequidad social en materia de acceso a la salud.

Fainsod y Busca (2016) mencionan que se intenta trasladar a las personas el control sobre su salud y la responsabilidad por su estilo de vida. De acuerdo con el liberalismo, la salud es responsabilidad individual.

Según Enria et al. (2010), la promoción de la Salud da cuenta de la existencia de un "saber verdadero", producido y custodiado por la comunidad científica, por lo que lleva implícita una visión asimétrica entre educadores y receptores (relaciones de poder, de saber). De esta forma, los/las pacientes ocupan el lugar de no saber, lo que da lugar a que la educación sea vista como una comunicación unidireccional. La gente construye sus representaciones sobre la salud como hecho individual con la educación que se ejerce de manera colectiva a través de todas las formas de comunicación, tanto políticas como sociales.

Para Panier (2009), los dispositivos de seducción permiten el paso a una gestión privada de la Salud. Se vuelven importantes las representaciones de las personas acerca de su propio cuerpo: un cuerpo saludable es el resultado de una vida saludable. La obsesión por el cuidado de la calidad de vida traducida a la necesidad/obligación de "construir" cuerpos sanos, es un dispositivo de seducción/coacción que permite el paso hacia una gestión privada de la salud. El cuerpo es una realidad biopolítica y la medicina una estrategia que sirve para determinar qué es saludable y qué no. Aparecen normas indicativas: consejos prácticos, terapias a medida, anuncios sonrientes. El adiestramiento ocurre por la seducción y pulveriza el sistema social. El cuidado de la salud pasa de lo estatal a lo individual: la salud -y el cuerpo- son bienes de consumo.

Según Foucault (1977, 1978), la promoción de la salud justifica y legitima reglas y normas que instalan las fuerzas del *bien* para constituir un régimen de verdad dirigido a estilos de vida. El propósito es administrar las conductas de los individuos. Se percibe la configuración de un poder de gubernamentalidad² operado a partir de la medicalización de las conductas y los discursos. Los individuos son regulados desde adentro. Las instituciones (familia, escuela, estado, iglesia) contribuyen con la autorregulación. El control de la sociedad no opera solo a nivel de la conciencia o la ideología, sino que se ejerce desde lo corporal.

² Gubernamentalidad: refiere a las sociedades en que sus miembros juegan un rol activo en su propio autogobierno

Gazzinelli et al. (2005), señalan que en educación se continúan utilizando métodos y estrategias de los modelos teóricos de la Psicología Comportamental y permanece pautada en concepciones behavioristas y deterministas. Se parte de la hipótesis de que varios problemas de salud son resultantes de la precaria situación educacional de la población. Comportamientos inadecuados son explicados como provenientes de un déficit cognitivo y cultural, cuya superación puede darse por medio de informaciones científicas y saberes provenientes del exterior. Carmona Moreno y col. (2015) mencionan que puede resultar difícil visualizar que detrás de la promoción se encuentran políticas de reducción del papel del Estado. La Salud es, así, una construcción colectiva de control individual. Dado que el riesgo se encuentra en el estilo de vida, se debe procurar el autocuidado mediante la vigilancia de uno mismo.

En su trabajo de investigación, Peñaranga-Correa (2011) relata que, al analizar las prácticas educativas y los discursos de los educadores, se encontró un modelo de educación conductista dirigido a producir cambios en los comportamientos, con las siguientes características:

- Imposición de contenidos e intereses a las personas.
- Relaciones asimétricas con participación restringida de las personas.
- El proceso impositivo no es percibido como tal por los educadores.
- Tensión entre un educando activo y participativo y uno pasivo, necesario para la "transformación del comportamiento".
- Dificultades para comprender las situaciones y necesidades de las personas, sus dimensiones afectivas y socioculturales que se traducen en mensajes no pertinentes.

Finalmente, nos preguntamos: ¿Qué cambió respecto del higienismo? Cambiaron las técnicas disciplinadoras. Se pasó de la intervención focalizada en el control de enfermedades (prevención) a la configuración de un modo de vida saludable (promoción). De esta forma, muchas veces encaramos la educación con la convicción de que los problemas sociales, de salud o ambientales, se deben a la falta de conocimiento de las personas. Las enfermedades se deben a la ignorancia de la población ("es su culpa"). Por tanto, la "misión" del que sabe, tanto docente como profesional de la salud, es distribuir información, de manera unidireccional, de "arriba hacia abajo", para llenar los vacíos. Las personas no poseen conocimientos útiles que valga la pena conocer. La función docente puede quedar entonces delimitada a entregar información de manera unidireccional, "para que la población alcance una vida eficiente y saludable, resultado del esfuerzo individual".

Este enfoque difiere fuertemente de las perspectivas más actuales, centradas en la Educación en Salud, que comentaremos a continuación.

Algunos aportes a la construcción de una Educación en salud colectiva

En los últimos años, se ha producido un verdadero cambio en las perspectivas en relación con la salud y su educación. Muchas investigaciones confluyen en discutir la

validez de las definiciones que se vienen manejando acerca de la salud, sobre todo su consagración de modelos hegemónicos y a-históricos, y proponen una educación en salud a partir de un proceso que promueva el diálogo de los saberes de las comunidades con las y los científicos.

Si bien no existe una única propuesta relacionada con la educación en Salud (esto más que una deficiencia es una consecuencia lógica y esperable del enfoque situado), algunos autores y autoras refieren a la promoción crítica de la salud, la corriente emancipadora en educación en Salud, la Salud Integral, el Modelo Integral Comunitario, entre otros, como alternativas al modelo tradicional de promoción de la salud. Daremos a continuación algunas características de las mismas.

Merhy (2016), refiriéndose a la Salud colectiva, señala: "*Proponemos la idea de que la enfermedad es un fenómeno social, más que un fenómeno biológico*". Nos alejamos de la idea de la Salud Pública y empezamos a hablar de salud colectiva, nos preguntamos cómo la enfermedad se da en los colectivos, qué relación tiene la enfermedad con los grupos sociales y cómo la sociedad produce enfermos.

Alicia Stolkiner (1987) señala: "Entendemos que la salud es fundamentalmente una práctica social, o sea, un entramado de ideologías, teorías, acciones, formas institucionales y recursos que adquieren una forma particular en cada momento socio-histórico. La salud es una noción a reconstruir permanentemente junto a sus prácticas; es una definición teórica-ideológica-política, historizada".

Para Gazzinelli et al. (2005), la educación en salud se vuelve una construcción compartida de conocimiento. Parte de la experiencia y prácticas de los sujetos involucrados, buscando intervenir en las relaciones sociales que van a influir en la calidad de sus vidas y consecuentemente van a producir otras representaciones.

En esta misma línea, Camarotti et al. (2018) en su trabajo Modelo Integral comunitario para prevenir y abordar problemáticas de salud adolescente, proponen *Ejes conceptuales y Principios* que resultan relevantes para alentar el derecho de los y las adolescentes a ejercer niveles cada vez mayores de responsabilidad y autonomía, sin reducir las obligaciones de los Estados ni promover la hiper responsabilización de los sujetos.

En nuestra propia práctica, en el marco de una experiencia de educación en salud colectiva, trabajamos en un proyecto realizado en el Bachillerato Popular Simón Rodríguez en Argentina (situado en El Talar de Pacheco, provincia de Buenos Aires, Argentina), con la finalidad de construir una perspectiva crítica para el análisis de problemáticas ecosanitarias barriales (Caraballo et al., 2015). Para una descripción de la estructura y funcionamiento de los Bachilleratos Populares en Argentina se puede consultar el texto de Kohen y Meinardi (2011).

Resumiendo, podríamos decir que la salud colectiva implica:

-La existencia de una determinación social de la salud (proceso dialéctico a diferencia de los determinantes sociales propuestos por la OMS) (Breilh, 2013).

-La imposibilidad de divorciar el análisis de la salud-enfermedad de las relaciones de poder.

-La ausencia de una definición de salud universalmente válida.

-Una educación en salud que involucre un diálogo de saberes.

Algunas dimensiones de la salud colectiva se ilustran en la Figura 3.

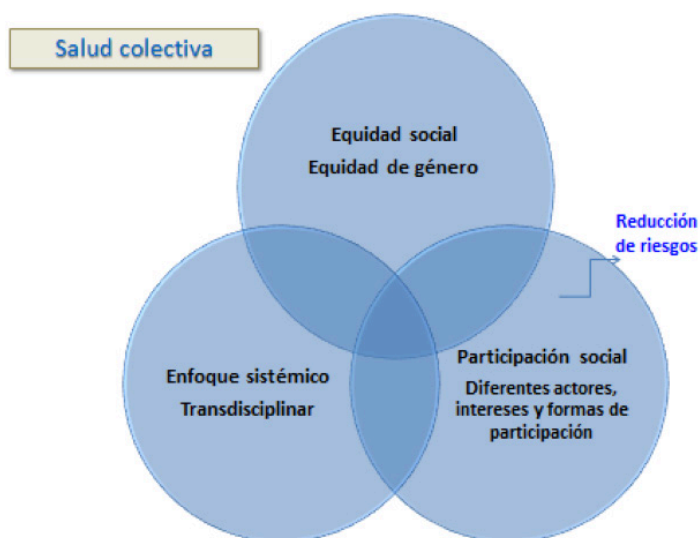


Figura 3: Dimensiones de la salud colectiva.

Conclusiones

Podríamos preguntarnos qué cambios se produjeron en el paso del Higienismo y la prevención de las enfermedades hasta llegar a la promoción de la salud, el paradigma aún vigente en las escuelas. Según investigaciones recientes, autores y autoras mencionan que cambiaron las técnicas disciplinadoras. Se pasó de la intervención focalizada en el control de enfermedades (prevención) a la configuración de un estilo de vida saludable (promoción). Para López Louro (2000), todos los procesos de escolarización siempre estuvieron –y aún están– preocupados en vigilar, controlar, modelar, corregir, construir los cuerpos de niños y niñas, de jóvenes hombres y mujeres. La autora afirma que en la obra de Michel Foucault, *Vigilar y castigar*, es posible percibir las innumerables estrategias y técnicas inventadas para escudriñar los cuerpos, para conocerlos y escolarizarlos; para producir gestos, posturas y movimientos educados, cristianos, civilizados, urbanizados, dóciles; para construir hábitos saludables, higiénicos, adecuados, dignos.

Se continúan utilizando métodos y estrategias de los modelos teóricos de la Psicología Comportamental, por lo que permanecen pautadas en concepciones conductistas y deterministas. Se parte de la hipótesis de que varios problemas de salud resultan de la precaria situación educacional de la población. Los comportamientos inadecuados

desde el punto de vista de la promoción de la Salud son, entonces, explicados como resultado de un déficit cognitivo y cultural, cuya superación solo puede darse por medio de informaciones científicas y saberes provenientes del exterior. La frase que podría sintetizar esta concepción sería: *Lo que mata no son las enfermedades, sino la ignorancia*. El o la profesional de la salud, el o la docente, muchas veces ocupamos el lugar del saber, de allí que la comunicación de la información sea unidireccional, del experto al ignorante, y que como tal, este último no posee saberes valiosos y relevantes. Los saberes de la comunidad no juegan un papel importante en esta comunicación, por lo que frecuentemente son ignorados.

Cambiar las prácticas de Educación para la Salud a Educación en Salud implica no solamente un cambio de nombre, sino un cambio de perspectiva, de actitud y de expectativa en relación con la educación.

Al mismo tiempo, las políticas que defienden la meritocracia y ponen el acento en la responsabilidad individual, con la consiguiente negación de los saberes y construcciones culturales colectivas, pueden ser la excusa que esconde un corrimiento de la responsabilidad del Estado en la educación y, sobre todo, en la construcción de una concepción de la salud como derecho humano universal (Meinardi, 2019).

Bibliografía

- Breilh, J. (2013) La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (colectiva). *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 31(supl 1): S13-S27.
- Camarotti, A., Wald, G., Capriati, A., Kornblit, A. L. (2018) Modelo Integral comunitario para prevenir y abordar problemáticas de salud adolescente. *Salud colectiva* 14(3): 545-562.
- Caraballo, D., Dodes, M., Imberti, M. y Meinardi, E. (2015). Análisis de problemáticas ecosanitarias barriales. Proyecto para la construcción de una perspectiva crítica. En A.A. Gómez Galindo y M. Quintanilla Gatica. *Enseñanza de las ciencias naturales basada en proyectos. Qué es un proyecto y cómo trabajarlo en el aula*. (pp. 125-154) (Editores). Santiago de Chile: Editorial Bellaterra. <http://laboratoriogrecia.cl/wp-content/uploads/2015/12/CS-Nats-y-Trabajo-por-Proyectos-Version-digital.pdf>
- Carmona Moreno, L., Roza Reyes, C. y Mogollón Pérez, A. (2005). La salud y la promoción de la salud: una aproximación a su desarrollo histórico y social. *Revista Ciencias de la Salud*, 3 (1).
- Carvalho, R.S. (2008). Promoción de la salud "empowerment" y educación: una reflexión crítica como contribución a la reforma sanitaria. *Salud Colectiva*, 4 (3): 335-347.
- Enria, G., Fleitas, M. y Staffolani, C. (2010). El lugar de la educación en salud dentro de los programas de salud. *Ciencia, Docencia y Tecnología*, 21(41): 49-71.
- Fainsod, P. y Busca, M. (2016). *Educación para la salud y género*. Buenos Aires: Homo Sapiens.
- Foucault, M. (1977). Historia de la medicalización. *Educación Médica y Salud*, 11(1): 3-25.

- Foucault, M. (1978). *La gubernamentalidad. Estética, ética y hermenéutica*. Barcelona: Paidós.
- Gavidia, V. y Talavera, M. (2012). La construcción del concepto de salud. *Didáctica de las Ciencias Experimentales y Sociales*, 26: 161-175
- Gazzinelli A. Gazzinelli D., Reis, D.C. y Penna, C.M. (2005). Educação em saúde: conhecimentos, representações sociais e experiências da doença. *Cadernos Saúde Pública*, 21(1):200-206.
- Kickbusch, L. (1996) Promoción de la salud: una perspectiva mundial. En *Promoción de la Salud: una antología*. Publicación N° 557. Washington, D.C.: OPS-Organización Panamericana de la Salud.
- Kohen, M. y Meinardi, E. (2011) Bachilleratos populares en Argentina: aportes de un proyecto político pedagógico innovador a la formación docente. *Revista Educyct* 3: 77-83. <http://bibliotecadigital.univalle.edu.co/handle/10893/8625>
- Labonte R. y Penfold S. (1981). Canadian perspectives in health promotion: a critique. *Health education*, 19(3/4): 4-9.
- Lalonde, M.A. (1974). *New Perspective on the Health of Canadians*. Ottawa, Information Canada, 1974.
- Lopes Louro, G. (2000). La construcción escolar de las diferencias sexuales y de género. En P, Gentili (coord.). *Códigos para la ciudadanía. La formación ética como práctica de la libertad*. Buenos Aires: Santillana.
- Meinardi, E. (2019). El impacto del proyecto neoliberal en la educación en ciencias. Positivismo, individualismo y culpa. En E. Meinardi. *Prácticas, problemáticas y desafíos contemporáneos de la Universidad y el Nivel Superior*, pp. 324-334. Mar del Plata: Universidad Nacional de Mar del Plata.
- Merhy, E. (2016). La enfermedad es un fenómeno social, no es un fenómeno biológico. Entrevista de Verónica Engler. Página12. Fecha 19/09/2016. <https://www.pagina12.com.ar/diario/dialogos/21-309729-2016-09-19.html>
- Scliar, M. (2007). História do Conceito de Saúde. *História do Conceito de Saúde. PHYSIS: Revista Saúde Coletiva*, 17(1): 29-41.
- Panier, H. (2009). La salud como consumo. La construcción del cuerpo saludable como dispositivo biopolítico de la sociedad de control. *V Jornadas de Jóvenes Investigadores*. Instituto Gino Germani, Facultad de Ciencias Sociales, UBA.
- Peñaranga-Correa, F. (2011). La crianza como complejo histórico, sociocultural y ontológico: una aproximación sobre educación en salud. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 9(2):945 – 956.
- Quevedo, E. (1992) *El proceso salud-enfermedad: hacia una clínica y una epidemiología no positivista*. Bogotá: Zeus Asesores Ltda.
- Stolkiner, A. (1987). Supuestos epistemológicos comunes en salud y educación. En N. Elichiry. *El niño y la escuela. Reflexiones sobre lo obvio*. Buenos Aires: Nueva Visión.