

LAS PROMOCIONES DE LA SALUD QUE HACEMOS

MARÍA DEL CONSUELO CHAPELA¹

ADRIÁN ALASINO²

La tarea que nos propusimos para la redacción de este capítulo es la de seleccionar algunos aspectos puntuales de la práctica de la Promoción de la Salud (PS) que nos puedan ayudar en la reflexión sobre la coherencia ética y epistemológica tanto de los discursos institucionales en relación con su práctica, como entre lo que queremos, decimos y hacemos como promoción de la salud (PS) en la cotideaneidad de las universidades Iberoamericanas. Muchos de esos discursos, querer, decir y hacer están presentes entre las páginas de este libro. Particularmente nos interesa que la reflexión sobre esos aspectos ayude a quien piensa y practica la PS desde la intención y voluntad de mejorar las condiciones productoras de sufrimiento humano en nuestro mundo iberoamericano, siendo, en su práctica de PS, a la vez agente y comparsa de otras utopías de derecho y justicia social.

Las preguntas que nos orientaron para la selección de los contenidos de este capítulo fueron: **¿Qué PS estamos haciendo en las universidades latinoamericanas?** y **¿cuál es la intención detrás de la PS que hacemos?** Para la selección de contenidos, auxiliares de la reflexión que esperamos despierte este libro entre sus lectores y lectoras, consideramos nuestra experiencia en el desarrollo conceptual y práctico de la PS a partir de los movimientos populares de salud en América Latina durante la década de 1970, y también el desarrollo de la PS oficial a partir de Ottawa (1986) incluyendo su posterior institucionalización dentro de las políticas públicas en Latinoamérica. Dentro del amplio espectro de elementos para la reflexión sobre nuestras preguntas, la selección de contenidos para este capítulo consideró el diseño general de la obra y también lo que irremediamente

¹ Profesora Investigadora de la Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco, México. Correo Electrónico: conich@correo.xoc.uam.mx

² Profesor titular y Decano de la Escuela Superior de Medicina de la Universidad Nacional de Mar del Plata, Argentina. Correo Electrónico: adrianeduardoalasino@gmail.com

quedaría fuera de este libro: protagonistas, autores, experiencias, análisis, discusiones y reflexiones que, en su conjunto, conforman la trayectoria de la PS Iberoamericana y universitaria.

Para la redacción de este capítulo recurrimos a experiencias de distintas personas, grupos sociales, gobiernos, instituciones y otros autores. También nos apoyamos en nuestras propias experiencias y reflexiones presentes en otros de nuestros trabajos señalados conforme se desenvuelve el texto. Para desarrollar los elementos auxiliares a la reflexión sobre **¿Qué PS estamos haciendo en las universidades latinoamericanas?** y **¿cuál es la intención detrás de la PS que hacemos?** organizamos los contenidos en cuatro partes: Primera: ¿De qué salud estamos hablando? Segunda: ¿Qué palabras son nuestras mejores palabras para promover la salud? Tercera: ¿Qué tan colonizadora es la PS que hacemos? y Cuarta: Lo que caracteriza a los espacios universitarios ¿se extiende a la PS universitaria que hacemos?

Nos interesa resaltar que terminamos la escritura de este capítulo en el remolino de la pandemia ocasionada desde el punto de vista biológico por el virus SARS-CoV-2. El virus no podía hacer solo el caos (o aparente caos) para amplísima parte de los habitantes del planeta por lo que tampoco será responsable de las consecuencias que se extenderán varios años hacia delante. Ese minúsculo ente con rimbombante nombre necesitó de la facilidad de inducción de las palabras del miedo en una población que ha devenido desde la década de 1980 en clasista, narcicista y aburrida, inmersa en la mentira, la incapacidad para profundizar y seleccionar información, que valora lo consumible, inmediato, lo individual, lo divertido, fácil, cómodo, y la fisicalidad, posponiendo así el encuentro con su vida y con su muerte (ver por ejemplo Lipovetsky, 1983; Bauman, 2005; Campuzano, 2020); demasiado acostumbrada a vivir en un perpetuo estado de excepción en donde se controla su vida desde fuera (Agamben, 2003 y 2020). Valga como ejemplo un “meme” que ha circulado por nuestros países en donde dice: “Recuerda, no estás encerrado en casa, estás a salvo en casa”. Todo esto en un contexto geopolítico pre-existente que apunta a la cancelación del modelo económico vigente, en donde escala la desigualdad, la inseguridad, la guerra, las migraciones, los nacionalismos y autoritarismos, el racismo, los homicidios por razón de género, el deterioro

de los servicios públicos, el descrédito de todas las verdades religiosas, científicas o de otro tipo, la injusticia social y la violación a los derechos humanos (ver por ejemplo Harvey , 2020)³. Y a la vez... la digna respuesta social que clama por la solidaridad, por el derecho de las actuales y futuras generaciones por contar con un planeta en donde los seres humanos puedan comer, trabajar, comprender, amar, proponer, vivir como iguales.

Como en los grandes temblores que hacen caer las bardas de barrios y favelas, siguiendo un orden perfectamente acoplado con la rotación del planeta, como la misma salida del sol -Asia-Europa-América-Asia-, cayeron fronteras, telones y escenografías; por unas semanas desfilaron una a una las virtudes y miserias de gobiernos, sistemas, instituciones, población, familias, personas. Al observar más allá del virus, constatamos en la escala más grande que nos es dada a los humanos, la de la humanidad misma, que nuestros problemas de salud los hacemos nosotros mismos día a día a lo largo de la historia, no los microorganismos o los cuerpos deficientes. Como si de una película escatológica futurista se tratara, la observación de esta suerte de macabro experimento biológico, social, histórico, político, económico, despierta pensamientos y emociones que oscilan entre el pavor, lo mórbido, lo doloroso, lo compasivo y lo fascinante. Pueden palpase “en tiempo real” viejas iluminaciones, por ejemplo, cómo se enseorea el biopoder (Foucault, 1979) actuando sin límites y en plenitud o cómo a través de la palabra (Herman y Chomsky, 1988), millones sobre millones de cuerpos-territorio fueron objeto directo de la concreción planetaria del estado de excepción, invadidos en cuestión de días, de horas, de segundos, a través de asaltar sin ninguna resistencia sus significados sobre lo que estaba pasando; puede palpase cómo esa invasión se escribe como enajenamiento, enfermedad y muerte. Así, la mayor cantidad de muertos, pauperización y sufrimiento correrá por parte del miedo y el actuar al acostumbrado estilo “yo primero, tú para mí”, en tanto algunos dirigentes gubernamentales, empresariales, financieros y otros, comienzan a zopilotear los cadáveres, las vacunas, los medicamentos, las acciones financieras y las vulnerabilidades de las naciones. En nuestra observación también aparecen vecinos

³ Las discusiones para generar los Objetivos de Desarrollo del Milenio (https://www.undp.org/content/undp/es/home/sdoverview/mdg_goals.html) y los Objetivos de Desarrollo Sostenible (<https://www.undp.org/content/undp/es/home/sustainable-development-goals.html>), son ejemplo del reconocimiento de esta situación.

atrapados en sus casas que se ayudan y se cantan. Cantará al final el trovador "...y cuando salieron de sus cuevas, de sus nidos y otros escondrijos... el mundo había cambiado".

Nos preguntamos ¿cuál fue la participación de la promoción de la salud y de nuestras universidades en todo esto? ¿cómo utilizamos en estos días nuestras herramientas de PS? ¿qué haremos cuando pase el viento, con su agua y sus virus, dejando detrás una larguísima estela de pobreza, superstición, sumisión y también nuevas solidaridades? ¿qué habremos aprendido? ¿qué habrá cambiado en el mundo, cómo habremos cambiado, cómo habría que cambiar nuestra PS? ¿qué nuevos caminos se abren para una PS que avance hacia perfiles epidemiológicos que cuenten historias de justicia social y para con la naturaleza? ⁴

Dice Aristoteles:

La reflexion, de por si nada mueve, sino la reflexion por causa de algo y practica;pues esta gobierna, incluso, al intelecto creador, porque todo el que hace una cosa la hace con vistas a algo, y la cosa hecha no es fin absolutamente hablando (ya que es fin relativo y de algo), sino la accion misma, porque el hacer bien las cosas es un fin y esto es lo que deseamos. (Ética Nicomáquea, VI: 1139 b)

Para entender cuál es la causa de nuestra PS, qué hacemos, necesitamos reflexionar buscando el sentido de nuestras intenciones y nuestras prácticas. Las preguntas que nos hacemos no son nuevas, como tampoco es nuevo el ejercicio del poder de dominación, el sufrimiento, la enfermedad, y tampoco son nuevas las vocaciones emancipadoras y comunitarias del ser humano. Su formulación en 2020, hace aún más imperiosa la necesidad de reflexionar con atención, honestidad y profundidad para buscar comprensión sobre ¿qué PS estamos haciendo en las universidades latinoamericanas? ¿cuál es la intención detrás de la PS que hacemos?, y que esa comprensión sirva de oriente para decidir qué y cómo reforzamos o cambiamos lo que hacemos. Veamos si las siguientes cuatro elementos para la reflexión nos pudieran ayudar a comprender mejor lo que hacemos.

⁴ Marie-Claude Tremblay (2020), se pregunta ¿Qué puede hacer la PS para contrarestar el extremismo de la derecha?

Primera reflexión: ¿DE QUÉ SALUD ESTAMOS HABLANDO?

Cuatro conceptos fundamentales en este texto: salud, PS, universidades y prácticas, han dado lugar a toneladas de escritos, videos, publicidad, u otros, con dichos que circulan por ámbitos académicos, oficiales, del mercado, las redes sociales, escuelas, salas de espera, barrios, cuartos de baño, o en las mesillas de noche. Esos textos se potencian, se ignoran o se destruyen mutuamente en tanto muestran el esfuerzo que históricamente hacemos los humanos por comprender el mundo en que vivimos y la vida que se vive. Así, la tarea a cumplir en este capítulo es mayúscula en tanto que ni la salud (concepto) ni la promoción de la salud (práctica) ni las universidades (espacio) ni los intereses detrás de las prácticas humanas (intenciones) son unívocos, como tampoco son unívocas las vidas de las personas y los grupos sociales presentes en distintos tiempos y espacios en que se relacionan con discursos y prácticas de distintas PS⁵. Una sola idea de trayectoria de la PS deja fuera muchas más. En el pensar unívoco se desvanece la posibilidad de orientar rumbo a la justicia social y el derecho a la salud tanto a la PS dominante como a todas las demás, amén de comprometer las diferencias entre distintas promociones de la salud para caer en la omnipresente tentación de promulgar a una de ellas como la verdadera o la única (Cerde, 2010). El pensar la PS como una sola, niega las posibles virtudes de otras que actúan de manera simultánea y paralela ya sea como principio elemental y cotidiano de la existencia humana, o como vehículo del ejercicio de intenciones declaradas o no declaradas de distintos agentes y agencias sociales.

Los términos <salud>, <promoción de la salud> y sus derivaciones, se han usado indistintamente para nombrar prácticas orientadas, entre otras, por la enfermedad, el mercado de la salud, el posicionamiento político y geopolítico, los discursos clientelares o caritativos, o los ocultamientos de otros problemas no atendidos (Chapela, 2010). Estos términos también se han utilizado desde la voluntad de servir y cuidar del Otro⁶, por

⁵ En los trabajos de Hiram Arroyo (2001, 2010), Dolors Juvinyà e Hiram Arroyo (2012) y Consuelo Chapela (ver 2007, 2008, 2012), entre otros, se ha planteado distintas maneras de mirar esas diferencias.

⁶ En este texto nos referimos al "Otro" como la alteridad de "lo mismo", yo soy en tanto no soy todo lo demás. Pero no cualquier otredad, sino una otredad ética, es decir, una persona a la que miro y que me mira, que me piensa y que la pienso, que me valora y a la que valoro, que encuentro en la proximidad de la palabra. La relación

curiosidad científica, necesidad de trascender o buscar un mundo más justo, por hacer válido el derecho a la salud y la justicia social y también por concepciones esotéricas, naturistas y curativas relacionadas con religiones o con la prevención desde distintas medicinas. Algunos ejemplos de esas prácticas, puede haber muchos más, son las de la medicina preventiva, la educación para la salud, el sanitarismo, la propaganda política, la medicina comunitaria, la publicidad sobre productos a la venta (alimentos, cosméticos, aparatos, cursos, etc.), las de la salud colectiva, la salud popular, la promoción de la salud empoderante o la promoción de la salud orientada por una utopía emancipadora (Chapela, 2013). Por increíble que parezca, la capacidad o voluntad para distinguir entre las diferencias éticas y epistemológicas detrás de las múltiples prácticas de PS, aparece disminuida no solamente entre los distintos grupos sociales, sino también entre los profesionistas de la promoción de la salud que dicen atender los problemas de la salud, como mostramos en esta experiencia difícil de olvidar por sus implicaciones con respecto de la PS en nuestros países.

Durante un Congreso de Promoción y Educación en Salud, organizado en México en 2012 por la Secretaría de Salud del Gobierno de México y por la Unión Internacional de Promoción y Educación en Salud (UIHPE, 212), tres ponentes invitados hablaron en una misma sesión desde posiciones radicalmente diferentes. Al primer ponente la audiencia en pleno le aplaudió un discurso que hablaba de lo costoso que son los viejos y de que **ahora sí** vamos a 'darle la vuelta a la medicina curativa para **pasar a la medicina preventiva**'. Además de la aproximación a los problemas del envejecimiento de la población desde una visión de los viejos como "costosos", para entonces, después de 26 años de Ottawa, ya en el discurso oficial de la PS internacional se aseguraba que hemos superado a la medicina preventiva como PS. Al segundo ponente se le festejó, de la misma manera que al primero, haber logrado ganar el **record Guinness** por más personas lavándose las manos simultáneamente en el mundo siendo que, además del dispendio de recursos que se requiere hacer para lograr eso y de que el lavado de manos es una práctica convencional de la medicina preventiva que por sí misma no modifica las condiciones de salud, refuerza las agendas distractoras del mercado.

entre yo y el Otro es el conocimiento que tenemos el uno del otro, es decir, yo y el Otro nos fundimos en el conocimiento mutuo. "El otro como rostro interpelante, revelante, provocante" del que nos habla Enrique Dussel (1977:60).

Fue interesante observar que la iconografía utilizada de telón de fondo para ese evento, incluía como imagen principal a un niño consumiendo el agua contenida en una botella de PET y en ningún lugar aludía, por ejemplo, a la acción comunitaria. A la tercera ponencia, que habló sobre el **empoderamiento** colectivo como objetivo de la PS, se le aplaudió de la misma manera que a las otras dos. Un autor se encuentra intentando “avanzar” hacia la medicina preventiva, otro desea ganar un record Guinness, y el tercero busca formas en que las comunidades se empoderen, contenidos disímbolos que, sin embargo, se reconocen como si hablaran de lo mismo. Las tres ponencias se contradecían entre sí y los aplausos no parecían reparar ni en diferencias ni en contradicciones. El público aplaudidor estaba conformado, además de por académicos y promotores de salud de base, por los líderes de la PS oficial y *mainstream* en América Latina y otras partes del mundo. ¿Qué fue lo que se escuchó? ¿qué fue lo que se aplaudió? ¿cómo entender esto sino como aplausos dormidos, distraídos, convencionales, irreflexivos, desinformados o políticos? Sería interesante analizar esas preguntas y sus posibles respuestas; por el momento valga como ejemplo para mostrar las interpretaciones, el uso diverso que los profesionales de la PS hacemos sobre los conceptos de <salud> y <promoción de la salud> y también para ejemplificar la dificultad para lograr que la PS y sus practicantes reflexionemos sobre el sustento epistemológico y ético de lo que hacemos. Dado que los conceptos y las intenciones anteceden toda práctica humana, esta reflexión no es un mero ejercicio académico o enciclopédico, sino la base indispensable para entender y sustentar la PS que hacemos. La pregunta ¿qué estamos haciendo como PS? es inseparable de las preguntas ¿qué concepto de salud subyace en esta práctica de PS? y ¿qué intención subyace en esta práctica de PS?

Cuando hablamos en o desde las universidades, apelamos a la razón y legitimidad que nos da la pertenencia al mundo académico-científico. El mundo académico dice buscar comprensión de las cosas del mundo, empresa difícil de lograr dada la naturaleza cambiante de las cosas del mundo. Sin embargo necesitamos comprender para vivir. Vivimos siempre en busca de comprensión a partir de crear, contrastar, comparar y avanzar las ideas. Esto no impide que a veces se intente presentar una idea como si se hubiera alcanzado la verdad última. Esto es el caso de la PS cuando se lleva a cabo de manera irreflexiva, prefiriendo adoptar significados que avalen proyectos y programas más o menos estandarizados.

De tiempo en tiempo surgen definiciones de salud que pueden o no originar modificaciones en la manera de hacer PS o impulsar nuevas promociones de salud. Damos aquí solamente unos ejemplos de esas definiciones que en sí mismas muestran sus diferencias. Las definiciones y prácticas ecológicas de la promoción de la salud se refieren a un equilibrio entre el cuerpo físico y el medio ambiente (véase por ejemplo Dubos, 1961; Sargent, 1965; Audy, 1967; Rootman y Raeburn, 1994). La medicina social conservadora ve a la salud como una ausencia de enfermedad y la distribución de la enfermedad como dependiente de las estructuras sociales e infraestructura ambiental como el drenaje, el ingreso, la escolaridad y otras, pero rara vez se refieren a la relación entre salud y poder o entre salud y derechos (véase por ejemplo: Winslow, 1920; Smith y Evans, 1944 o McKeown, 1982). La medicina social latinoamericana y posteriormente la salud colectiva, se desarrollaron a partir de concepciones marxistas de la sociedad en México, América Latina, Italia y España; poniendo en el centro las relaciones de poder y el derecho a la salud, propuso que la salud está relacionada con los sistemas de producción (Garduño, Jarillo, López, Granados, Blanco, et al., 2009; Jarillo y Granados, 2016). Una primera propuesta de esta medicina social es que no existe tal cosa como la salud, sino un proceso de salud-enfermedad (Laurell, 1981, 1994). La propuesta de la Salud Colectiva, con alto potencial de denuncia y reflexión socio-histórica, sigue entendiendo a la salud desde su relación con la enfermedad, por lo que construye los problemas de salud como resultado de las maneras de enfermar, ser atendido y morir condicionadas por la lucha de clases y, más recientemente, por la inclusión del género y de la manera en que se ejerce (o no) el derecho al acceso a atención médica como categorías de análisis. Pese a que en esta manera de entender la salud están presentes las relaciones de poder y el derecho, no genera un estilo de PS.

Las diferencias en el significado de la promoción de la salud también son visibles entre la promoción de la salud en “el papel” y la promoción de la salud en la práctica. Esto se hace evidente cuando se comparan los proyectos y las prácticas institucionales de PS o cuando comparamos la PS diseñada por expertos institucionales y no institucionales. Es inevitable que la concepción de salud defina la intención, concepción y práctica de la PS. Cuando no reflexionamos sobre nuestras concepciones de salud detrás de nuestras prácticas de PS,

podemos pasar por alto qué tan farragosa, poco clara, contradictoria, incoherente, superficial, repetitiva, o imprecisa es nuestra práctica y cuál es el impacto que esto tiene sobre las personas que han sido expuestas a tales prácticas. Identificar los planteamientos ontológicos, epistemológicos y éticos que subyacen detrás de cada programa, práctica o evaluación de PS permitirá, además de revisar la congruencia entre lo que se piensa, dice y hace, identificar las coincidencias y contradicciones entre distintas prácticas de PS y, al revelarse esto, las intenciones detrás de esas prácticas. Mucho ayudaría si normas, proyectos y programas de PS declararan la concepción de salud que les subyace.

Al finalizar la Segunda Guerra Mundial, la Organización Mundial de la Salud, en su creación como agencia de la Organización de las Naciones Unidas, tiene el acierto de hacer una declaración fundante de la salud oficial. A 72 años de distancia, lo que por lo general se conoce como definición oficial de salud en centros de formación, documentos oficiales y académicos, es solamente la segunda frase de la declaración:

LOS ESTADOS partes en esta Constitución declaran, en conformidad con la Carta de las Naciones Unidas, que los siguientes **principios son básicos para la felicidad, las relaciones armoniosas y la seguridad de todos los pueblos:**

La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades.

El goce del grado máximo de salud que se pueda lograr **es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano** sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social.

La salud de todos los pueblos es una **condición fundamental para lograr la paz y la seguridad**, y depende de la más amplia cooperación de las personas y de los Estados.

Los resultados alcanzados por cada Estado en la promoción y protección de la salud **son valiosos para todos.**

La desigualdad de los diversos países en lo relativo al fomento de la salud y el control de las enfermedades, sobre todo las transmisibles, **constituye un peligro común.**

El desarrollo saludable del niño es de importancia fundamental; la **capacidad de vivir en armonía** en un mundo que cambia constantemente es indispensable para este desarrollo.

La **extensión a todos los pueblos de los beneficios de los conocimientos médicos, psicológicos y afines** es esencial para alcanzar el más alto grado de salud.

Una **opinión pública bien informada** y una **cooperación activa** por parte del público son de importancia capital para el mejoramiento de la salud del pueblo.

Los gobiernos tienen responsabilidad en la salud de sus pueblos, la cual sólo puede ser cumplida mediante la adopción de medidas sanitarias y sociales adecuadas. (WHO, 1946)⁷

⁷ Traducción tomada de OMS (2014) *Documentos básicos*. En donde aparece una leyenda que a la letra dice: 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 (*Off. Rec. WldHlth Org.; Actes off. Org. mond. Santé, 2, 100*), y entró en vigor el 7 de abril de 1948.

Esta definición contempla a la salud como un estado, por lo que ha recibido múltiples, fuertes e importantes críticas que yo comparto. Sin embargo, la declaración completa junto con la lectura del contexto en que se produce esta declaración, permite ver la intención más allá de la definición. Estamos en un contexto de posguerra en plena modernidad, en donde las políticas públicas tienden a buscar la estabilización de las alarmantes pérdidas de vida a causa de guerra y enfermedades infecciosas. Con economías y estabilidad muy frágiles, el crecimiento poblacional es tan necesario como que la gente pueda llevar a cabo prácticas sanitarias de manera en que los Estados puedan hacer más eficientes sus recursos casi agotados por las dos Guerras Mundiales y otros conflictos de guerra en distintos puntos del planeta. En los señalamientos con negritas en el texto arriba citado, podrá el lector o lectora identificar el reconocimiento de la interdependencia entre naciones, la necesidad de la eliminación de conflictos y el énfasis en la importancia de la sobrevivencia de los niños. También en esos textos señalados con negritas, se puede identificar algunos de los elementos constituyentes de la Carta de Ottawa, promulgada en un conexto muy diferente veinte años después. Por otra parte, en el texto subrayado podrá observar el lector o lectora que, pese a la declaración del entonces novel concepto de salud, la práctica se orienta por vía de conocimientos ligados a las enfermedades y verdades del positivismo científico del momento, así como al control de la conducta de la población por parte del Estado. Hacemos este análisis con la intención de mostrar la importancia de declarar los conceptos e intenciones que subyacen en nuestras prácticas de PS.

Contradictoriamente a la declaración de la OMS promulgada en 1948 y ratificada en distintas declaraciones posteriores, setenta años después la declaración de Astaná, producto de la Conferencia Mundial sobre Atención Primaria de Salud (2018), muestra intenciones muy diferentes al intentar actualizar la declaración de Alma Alta (Conferencia Internacional de Atención Primaria de Salud, 1978) para empatar con los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) (PNUD, 2015) e incorporar la necesidad de incluir los avances tecnológicos dentro de las políticas y derechos a la salud. Las “aspiraciones” en Astaná son:

Gobiernos y sociedades que den prioridad a la salud y el bienestar de las personas, y los promuevan y protejan, tanto a nivel poblacional como individual, mediante sistemas de salud sólidos;
Atención primaria de salud y servicios de salud de gran calidad, seguros, integrales, integrados, accesibles, disponibles y asequibles para todos y en todas partes, prestados con compasión, respeto y dignidad por profesionales de la salud bien informados, competentes, motivados y comprometidos;

Entornos propicios y favorables para la salud en los que las personas y comunidades estén empoderadas y colaboren con el mantenimiento y mejora de su salud y bienestar;
Asociados y partes interesadas alineadas en la prestación de apoyo efectivo a las políticas, estrategias y planes de salud nacionales. (Conferencia Mundial sobre Atención Primaria de Salud, 2018:3).

En Astaná se usan todas las palabras democráticas, justas, y convincentes sobre lo mejor que se puede esperar para la salud y el alcance de los ODS, excepto que omite las palabras: reponsabilidad del Estado y salud como derecho e introduce a los “asociados y partes interesadas”, cuya materialización es, por ejemplo, aseguradoras, servicios terciarizados, subrogaciones, etc. En un contexto completamente distinto al de la Constitución de la OMS, en donde las guerras mundiales se tratan como conflictos regionales y favorecen a intereses como los de los grandes consorcios empresariales y los de los bancos internacionales, se minimiza la responsabilidad del Estado para lograr hacer realidad el derecho a la gratuidad y acceso universal a los servicios de salud, a cambio de introducir los paquetes de salud con el concepto de CUS (Cobertura Universal de Salud), que se refiere al aseguramiento sobre problemas de salud acotados, sin regulación estricta de los intereses comerciales (Gobierno de México, 2019).⁸

Revisemos una declaración más, esta vez de una reunión latinoamericana. A sólo un año de Astaná, la voz latinoamericana se alza en el *Informe de la Comisión de Alto Nivel* convocada por la directora de la Organización Panamericana de la Salud y lanzado en México en abril de 2019 (Comisión de Alto Nivel, 2019). En este informe se regresa a la idea del Estado como responsable de la salud y de la cobertura universal de servicios de salud. En el prefacio y el prólogo del Informe, Michelle Bachelet y Néstor Méndez⁹, sostienen que:

...los propios procesos de avance en materia de cobertura y protección social han hecho que, de forma mayoritaria, en otros países de la Región el eje central del proceso de salud sean las enfermedades no transmisibles (ENT), a las que quizás es mejor llamar enfermedades socialmente transmisibles... no podemos seguir predicando y promoviendo democracia, derechos humanos, seguridad y desarrollo integral sin también enfocarnos en un tema tan esencial como la salud de nuestros pueblos. (Méndez, 2019: xiv-xv).

⁸ El documento del Gobierno de México: *Atención primaria de salud integral e integrada APS-I Mx: La propuesta metodológica y operativa* recoge en sus primeros capítulos el desarrollo del pensamiento de la Salud Colectiva Latinoamericana con el liderazgo de Cristina Laurell, Subsecretaria de Integración y Desarrollo del Sector Salud durante el gobierno de Andrés Manuel López Obrador. (Gobierno de México, 2019)

⁹ Michelle Bachelet, Alta Comisionada de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos y Néstor Méndez, Secretario General Adjunto de la Organización de Estados Americanos.

Creemos que [con el informe] se cumplen dos propósitos [...] Segundo, y más importante, demostrar que está en nuestras manos, hacer la diferencia para garantizar a todas las personas las condiciones para el pleno ejercicio de su derecho a la salud [...] La conclusión no admite dudas: ... **Los Estados tienen la responsabilidad principal en la defensa de los derechos humanos; el derecho a la salud no es la excepción.** Porque de nada sirven los saltos tecnológicos, el desarrollo farmacéutico, el aumento de los presupuestos de salud, si no están al servicio del ser humano en toda su diversidad, en toda su riqueza. Es decir, si no son garantías de derechos. (Bachelet, 2019: viii-ix)

En la tabla 1, comparamos los contenidos de estas tres declaraciones.

TABLA 1. TRES DECLARACIONES

DECLARACIÓN	AÑO	SEDE	CONTENIDOS
Constitución OMS	1946	Nueva York, EU	Relaciona felicidad con relaciones armoniosas y seguridad de todos los pueblos La salud es un estado, es un derecho, es una condición para la paz La salud de una nación es condición de la salud de otra La desigualdad es un peligro común El Estado es responsable El conocimiento necesario y válido es el médico científico
Astaná	2018	Kazakhstan	El objetivo es empatar con los ODS Releva el desarrollo tecnológico Desarrollo de sistemas de salud con APS de "gran calidad" Incorpora todas las "buenas palabras" Introduce Asociados y partes interesadas Desaparece el Estado como responsable
Informe de la Comisión de Alto Nivel	2019	Ciudad de México	Reaparece el Estado como responsable Concepto de ENT como enfermedades socialmente transmisibles Invita a lograr coherencia entre desarrollo tecnológico y democracia, seguridad, desarrollo integral y garantía de derecho

Fuente: Elaboración propia

Las declaraciones de las distintas conferencias mundiales, son documentos muy útiles para ver cómo va sucediendo la transformación de los discursos a nivel mundial, y con esta observación ir también comprendiendo hacia dónde se inclinan las intenciones de las organizaciones que finalmente se verán reflejadas en políticas nacionales y prácticas locales. Las declaraciones de la PS oficial a partir de Ottawa, permiten también ver la trayectoria del discurso de PS, sus inclinaciones políticas y sus intenciones.

Siguiendo esta línea de pensamiento, y con vistas en lograr claridad sobre lo que aquí decimos, necesitamos declarar cuál es la concepción de salud que tenemos en mente al escribir este capítulo como parte de un libro colectivo en donde habrá muchas otras concepciones desarrollándose detrás del fructífero despliegue de experiencias y otras aportaciones. Valga entonces la siguiente pequeña declaración. Desde un entendimiento

crítico y reflexivo del ser humano, de su imposibilidad de existencia sin el Otro y los Otros y por tanto existiendo siempre en un contexto de organización social definida por relaciones de poder, Chapela ha afirmado que salud es la capacidad humana corporeizada de concebir, diseñar y avanzar hacia futuros posibles (Chapela, 2007). Desde esta definición se puede afirmar que de cualquier manera que se diga o haga, la salud es la esencia de la vida misma, nuestra capacidad creadora, de pasión, y razón. Asentada en características biológicas del ser humano, la salud es la posibilidad humanizante, de construir futuros, de ejercer nuestra libertad mediante la reflexión (Chapela, 2010) y hacer que el resultado de vivir como ser humano se escriba en el cuerpo. Recordando a Heidegger (1927), es potencia de modificar las situaciones en las que hemos sido arrojados al mundo. Es potencia de vivir de acuerdo con la razón y hacer de cada persona un médico cuya praxis sea impedir para todos el sufrimiento, como lo enseñaron la griega Higea e Imothep el egipcio (Dubos, 1975; Lain-Entralgo, 1978; Chapela, 2019). Es potencia de avanzar hacia la utopía de emancipación y ciudadana en que los griegos buscaron cuidar de sí para cuidar del otro y, en este hacer, construir y habitar en la gran ciudad humana bella, buena, justa y sabia (Foucault, 1984) en donde la abundancia de médicos y jueces, lejos de mostrar su éxito, anuncian el fracaso ciudadano:

¿Podrá, pues, haber un mejor testimonio de la mala y viciosa educación de una ciudad que el hecho de que no ya la gente baja y artesana, sino incluso quienes se precian de haberse educado como personas libres, necesiten de hábiles médicos, y jueces? (Platón, La República III, XIV: 405 b).

Declarar nuestra manera de entender la salud, es una invitación para que el lector o lectora identifique su propio entender y cómo ese entender personal interactúa con los autores de los distintos capítulos de esta obra y con el de los agentes sociales a los que hace referencia cada uno de ellos. Organizar, comprender, declarar y contrastar concepciones de las cosas del mundo es función esencial de la universidad. Para cumplir con esta función, la PS desde las universidades necesita empezar por reflexionar desde qué concepto de salud y práctica de PS y desde qué intención organiza, propone y lleva a cabo sus intervenciones.

Segunda reflexión: ¿QUÉ PALABRAS SON NUESTRAS MEJORES PALABRAS PARA PROMOER LA SALUD?

De la manera en la que las personas individuales y los distintos grupos sociales perciben y definen el concepto, práctica, espacio e intención de la salud y su promoción en momentos, lugares y contextos diversos en la historia, dependen sus prácticas sociales, los efectos de estas prácticas sobre la vida-que-viven y su capacidad de agencia en el mundo-que-viven. En la manera como se entretajan los conceptos, las prácticas, los intereses y los espacios de la salud, se gestan posibilidades tanto de producción como de alivio de la pobreza, la injusticia social, la desigualdad y el sufrimiento. Cada manera de comprender la salud define sus espacios y sus prácticas y a cada definición antecede una intencionalidad y un interés particular por conocer (Habermas, 1968)¹⁰. Dado que al hablar de salud estamos hablando de la capacidad de vivir y humanizar la vida que se vive, la manera de definir la salud y hacer de esa definición el oriente para la práctica de su promoción tiene consecuencias en todos los aspectos de la vida de las personas, las comunidades, los grupos sociales, las instituciones, y la sociedad en general en espacios y tiempos particulares. De esta manera, en especial a partir de Ottawa (Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud, 1986), en los discursos académicos e institucionales abunda la presencia de conceptos relativos a la organización social y los sitios distintos que las personas ocupan dentro de la misma. *Enable, empowerment, control, policies, advocacy, public participation, lobbying*, son ejemplo de esos conceptos convertidos en términos acuñados originalmente en idioma inglés, modificados de entrada en sus traducciones a otros idiomas y después en su asociación con prácticas específicas. El conjunto de estos conceptos y sus particulares entendimientos, define la naturaleza ética y política de la PS que ejercen las instituciones o los agentes sociales cuyo discurso se adhiere a esa declaración en su búsqueda de cambios con intenciones que se mueven en el espectro entre lo crítico y lo dominante/colonizador. La acción de una intervención de PS sobre la mayor o menor autonomía de las personas y los grupos sociales

¹⁰ Jurgen Habermas (1929-) argumenta que detrás de todo acto por conocer y, por tanto, de todo conocimiento, el ser humano y los distintos grupos sociales tienen intenciones técnica, práctica o emancipadora. La intención técnica se refiere a la satisfacción de las necesidades de la vida cotidiana, la intención práctica se refiere a la práctica comunicativa que es la base de la construcción humana y social, la intención emancipadora que es la posibilidad ética-crítica del ser humano de vivir una vida orientada por la utopía de la libertad.

en relación con su vida, sus cuerpos y su historia, dependen en mucho de la ubicación de determinada práctica de PS dentro de ese espectro. Para comprender mejor esto podemos recordar que en los distintos espacios individuales o sociales, el cuerpo humano físico es el vehículo material del que se valen los intereses de dominación o emancipación para lograr sus fines materiales y de inculcación de conocimiento favorable a esos intereses (Bourdieu y Wacquant, 1992; Chapela, 2013).

Las luchas por la dominación o resistencia a la dominación son luchas por los sentidos y significados que se imponen a las cosas del mundo, en este caso a la salud y a la PS, en donde ganar el significado de las cosas cuenta como poder de dominación de las prácticas objetivas de los agentes sociales (Bourdieu, 1991). En esas luchas, las palabras se pueden desnaturalizar y adoptar significados diferentes que corresponden con fines distintos de los que la palabra enuncia. Por ejemplo, la declaración de Astaná revisada arriba utiliza todas las palabras políticamente correctas en el momento en que se enuncian, sin embargo, en su conjunto, el discurso de Astaná no termina por empatar con sus supuestas aspiraciones de justicia social, entre otras. Con palabras se puede colonizar el cuerpo humano dado que los seres humanos somos lo que decimos o que se dice de nosotros, somos palabras encarnadas. A los continuos cambios que sustentan la vida biológica, se embeben los cambios en las palabras que somos. Así, el cuerpo humano es la vida misma, es continuamente interminado, siempre en proyecto, cambiante e impredecible en un contexto que se inunda de acción humana, de cultura, de tradición, de capacidad de hacer promesas, porque se mira en el futuro, lo que lo hace diferente a otros animales y es por eso mismo que es codiciado por el poder de dominación e invadido con palabras (Chapela, 2010). Nietzsche (2006:156 citado en Yuing y Alfaro, 2017:21) reflexiona :

¿De qué depende aquella condición enfermiza? Pues el hombre está más enfermo, es más inseguro, más alterable, más indeterminado que ningún otro animal, no hay duda de ello -él es el animal enfermo.

Esta impredecibilidad cuenta para que el ser humano cree su proyecto de sí y su proyecto de sí con los Otros. Con la necesidad de proyectarse, nace su posibilidad de resistir al poder de dominación, resignificar, construir sus propias palabras y con ellas construir sus propios futuros cambiando las huellas que su vida va dejando en su cuerpo. Es aquí, en el proyecto,

en su ausencia o existencia, en donde la PS, como promoción de la utopía de la autonomía en la construcción del proyecto individual y colectivo, tiene la capacidad y oportunidad de modificar los perfiles epidemiológicos.

La manera en que las personas (agentes sociales) se enfrentan en los juegos de poder -es decir, en la lucha por los significados de las palabras, las cosas del mundo y la dominación de las prácticas de los agentes-, se inscribe, se marca, se plasma en los cuerpos de distintas maneras, una de ellas, como lo que se ha nombrado 'enfermedad' en momentos y contextos históricos determinados (mal de ojo, tiricia, melancolía, constipación, infarto, diabetes, etc.,). También el resultado de los juegos de poder se inscribe en el entorno físico y biológico del planeta, por ejemplo, como pandemias, sequías, incendios, incertidumbre con respecto de los cambios estacionales, pérdida de especies, escasez de agua para consumo animal y humano, pérdida del suelo, etc., es decir, como deterioro del hábitat en donde vive y desde donde construye su historia el ser humano y sin el cual no podemos ni siquiera concebir su permanencia en el planeta y mucho menos considerar su salud.

De esta manera se establece la relación poder-cuerpo-salud-hábitat humano en donde el cuerpo es el sitio objetivo del ejercicio del poder (Foucault, 1997) y el hábitat humano el sitio objetivo de inscripción de las luchas históricas del poder. De aquí la importancia de entrar con nuestras mejores palabras a esa lucha de significados, de resignificación y construcción de palabras, como práctica sustantiva para promover el ejercicio y desarrollo de la capacidad saludable de los seres humanos, de la construcción de una ciudadanía digna que haga del planeta su ciudad. Cuidar de sí para cuidar del Otro (Foucault, 1984), en donde el cuidado del planeta sea una sola cosa con el cuidado de sí y el cuidado del Otro no como binario promesa-amenaza, no para comprar nuestra entrada al paraíso de los héroes y los buenos, no para deshacernos de lo que nos sobre, no como apropiación del Otro a través de dar para endeudar al Otro esperando pago y cobrando con intereses, sino del cuidado como acto ético y político orientado a la construcción de la ciudad, la atención de la nosotridad o como diría el pueblo tzeltal, del mantenimiento de un solo corazón que somos todos con todo.

Al contar con palabras para decirse y para decir el mundo, el ser humano es consciente de su existencia, de la relación de su existencia con la existencia del entorno material, social, político e histórico y de las consecuencias de su actuar, o dejar de hacerlo, en el mundo. Quizás con la identificación de los intereses de dominación de los cuerpos y sus prácticas - subrepticia e incluso en ocasiones involuntariamente infiltrados en definiciones, prácticas, espacios e intenciones relacionados con la salud-, se abriría la posibilidad de reconformar la, hasta hoy, cada vez más lejana posibilidad de continuación de la especie humana.

La PS, como quiera que se la vea (medicina preventiva, educación en salud, sanitarismo, planeación participativa u otro), es una práctica de creación, recreación, ordenamiento y uso de las palabras. Como ejemplo, y como ya vimos en párrafos anteriores, tenemos las distintas declaraciones, acuerdos y cartas firmadas por agentes sociales con poder institucional que son utilizadas como sustento de prácticas de PS que van desde la imposición del reconocimiento de determinadas entidades mórbidas como prioridad de salud, campañas u otras prácticas en donde lo que interesa es el proyecto de la institución, hasta aquéllas que colaboran con la reconstrucción, construcción y avance de proyectos que se refieren a la vida de personas y grupos sociales particulares; todas ellas materializadas en normas, reglamentos, propaganda, charlas, diálogo, canciones, videos, cartillas, salas de espera, etc., etc., Comprender esto, y desde intenciones de cuidado de sí y cuidado del Otro, nos obliga a seleccionar las mejores palabras para acercarnos a los Otros, palabras que pidan permiso para acceder a ellos, palabras que no permitan la confusión entre estar con el Otro por haber sido aceptados, y hablar por el Otro como falsos expertos de vidas ajenas; palabras que nos inviten a la reflexión sobre la vida que se vive y la vida que se quiere vivir como persona, como comunidad, como sociedad, como planeta, palabras que se inscriban como historias de utopías liberadoras. Palabras que cambien el perfil epidemiológico del sufrimiento sin esperanza a uno con esperanza.

Las palabras de la PS son poderosas y por tanto, peligrosas. Al todas las prácticas de PS utilizar la escurridiza palabra <salud>, en mayor o menor grado conllevan una promesa y una amenaza. Promesa de alivio y amenaza de sufrimiento mayor. La palabra <salud> en boca de agencias y agentes institucionales, particularmente si se trata de universidades, evoca un

servicio que promete aliviar e incluso conjurar alguna causa de sufrimiento humano: el temor a la muerte, al dolor, a la enfermedad u otro. Al otro lado, palabras como <la verdad es>, <debes de>, <si no haces, entonces...>, <lo que te conviene es...>, <haz como te digo> u otras de este corte o equivalentes que de una u otra forma son ampliamente utilizadas por agentes y agencias “promotoras de salud”, amenazan al Otro de eventuales sufrimientos además de culpabilizarlo de su propio sufrimiento o el que pueden infligir a otros (como es el caso de la vacunación). Con palabras es que podemos ayudar en la construcción, reconstrucción y avance en los proyectos de los Otros y también invadir la vida de los Otros sin comprometernos con el tiradero que podamos hacer. Con palabras podemos modificar lo que se inscribe en el cuerpo, además de lograr cambios favorables o desfavorables al Otro en sus patrones y perfiles epidemiológicos. La reflexión sobre las palabras que utilizamos en el diseño, práctica, evaluación o comunicación de lo que hacemos y su contrastación con lo que son nuestras intenciones al hacer PS, puede ayudarnos a identificar y usar **las mejores palabras** y a la vez salvarnos de nuestra propia ignorancia sobre su capacidad de aliviar o condenar al Otro.

Tercera reflexión: ¿QUÉ TAN COLONIZADORA ES LA PS QUE HACEMOS?

La práctica de promoción de la salud planificada o programada desde fuera de las vidas de los Otros, puesto que intenta ganar significados sobre la vida, el mundo y sus cosas, implica intervención, incluso cuando se lleva a cabo en nombre del “empoderamiento”. El término ‘intervención’ denota algo que se pone entre dos cosas, en este caso, las personas y los grupos sociales y la gestión de sus vidas. Para poder intervenir en una situación, se requiere que quien interviene tenga el poder para lograr la intervención, conocimiento y autoridad para convocar a los agentes cuya vidas se interviene, además de controlar, vigilar, impulsar, acotar o revertir la razón de la intervención. Quien interviene utiliza su poder de acuerdo con su capacidad para responder a la razón por la que interviene en primera instancia y con la intención que tenga para intervenir.

Cuando de la vida de las personas se trata, ese poder se puede utilizar en procesos colaborativos que afectan el proceso de la vida que se interviene y también de la vida de quien

interviene. La intervención también es una forma de colonización cuando se lleva a cabo mediante la acción impositiva de un poder mayor sobre algunas o todas las circunstancias y características de la vida de personas que detentan menos poder, con finalidades de apropiación de los significados, prácticas, o propiedades de los otros, en donde las personas que viven la vida que se coloniza no tienen conocimiento y autoridad, para convocar, vigilar, acotar o revertir la intervención. Si consideramos que la imposición de un poder sobre otro requiere de violencia, cada vez que se lleva a cabo una intervención estamos ante un acto violento. La colonización lograda con este último tipo de intervención es notoria en la aceptación pasiva de la medicalización de la vida y de la salud.

Lo que hacemos como promoción de la salud es con demasiada frecuencia intervenir en la vida del 'otro', sin haber sido convocados, sin reconocer ni conceder autoridad al Otro sobre su propia vida, sin lograr zanjar la distancia yo-Otro, sin lograr comprender que en la intervención ya no más el Otro y yo podremos estar inmunes uno del Otro. Con demasiada torpeza nos metemos en la vida de los Otros sin ser convidados, considerando que nosotros sabemos lo que 'es mejor para los otros', que nosotros podremos contaminar con los significados escogidos para inculcar en los Otros, sin contaminarnos nosotros a la vez con los significados de estos últimos. Las intervenciones de PS se llevan a cabo en innumerables ocasiones como producto de prescripciones institucionales o empresariales, en donde no hay cabida, ni voluntad, de dejarse contagiar por lo que los otros piensen, signifiquen, valoren como importante o necesario; se llevan a cabo como invasiones premeditadas, desde un poder mayor a otro, con alevosía y, por tanto, ejerciendo violencia simbólica.

Promover la salud implica distintos sitios de inicio y diferentes complejidades en donde la acción de PS también está inmersa en los mismos contextos de poder que pueden o no ser propicios a los intereses del Otro o de quien lleva a cabo la intervención de promoción de la salud. ¿Es posible lograr intervenciones no colonizantes de PS que consigan cambiar las inscripciones en los cuerpos de las personas, los grupos en la sociedad y sus contextos? ¿Cómo lograr disminuir la violencia *quasi*-inherente a las intervenciones de PS? Quizás un camino para buscar respuesta a esas preguntas, es recordar, como argumentamos en párrafos anteriores y como la experiencia planetaria de la epidemia COVID-19 nos ha

mostrado con creces, que en el mundo humano las palabras son el objeto de la disputa por el poder de controlar la vida de los Otros, sus miedos, deseos y prácticas y que, en el ánimo de modificar la vida de los Otros, el instrumento principal de la PS es la palabra. Veamos qué ha pasado con las palabras de la PS o más bien, de distintas promociones de salud.

A través de la historia, el saber popular y el saber experto coinciden en relacionar al conocimiento con maneras de vivir y controlar la vida. Una de las diferencias entre estos dos saberes, el popular y el experto, es que el primero lo detentan todos los integrantes de un grupo social haciendo énfasis en vivir para beneficio común, en tanto el segundo es propiedad de unas cuantas personas, frecuentemente ajenas al grupo social de referencia, en donde el destinatario del beneficio final de poner en juego el conocimiento está fuera de ese grupo y el énfasis se pone en el control de la vida. Esto último es visible en el surgimiento y desarrollo de la educación en salud, de la que la PS institucionalizada es heredera, ejercida por los gobiernos europeos. Aunque, como Chapela ha dicho antes, promover la salud es una práctica de sobrevivencia y de vida inherente al ser humano, de la PS que aquí hablamos, es esa heredera de la educación en salud europea, que inicia como instrumento institucional (religioso, gubernamental u otro) en el siglo XIX. Esa educación en salud desde su nacimiento se centró en la inculcación y control de las palabras. En su origen buscó el beneficio de los grupos con mayor capital durante el cambio de forma de producción hacia la industrialización. Como manera de control de la vida de la población, principalmente de los pobres, entiende al Otro como “no-educado”, es decir como ser sin palabras a quien se puede llenar de palabras de premio, castigo y obediencia. La obra de Foster (1839) *An essay of the evils of popular ignorance* (Ensayo sobre los males de la ignorancia popular) es un ejemplo de esto. Desde la década de 1880 la educación para la salud se incorporó a la responsabilidad de diferentes gobiernos para lograr el éxito industrial. Esto lo muestra el título y contenidos de la obra de Twining (1882) *Science in popular education: as a means to promote health, well being and industrial success* (La ciencia en la educación popular como medio para promover la salud, el bienestar y el éxito industrial).

La instalación de la ciencia y los científicos como generadores de verdades únicas e irrefutables¹¹ limitaron el acceso de la ciencia al conocimiento y saber popular, con lo que todo el siglo XX se vio gobernado en lo macro por verdades únicas que sin embargo, tuvieron que coexistir con el conocimiento, saber y verdad popular de los mundos micro. A principios de la década de 1900 la educación para la salud se convirtió en parte de las prácticas escolares de la modernidad con un énfasis especial en la higiene, que en ese momento era una de las banderas enarboladas por los gobiernos como resultado del avance de la epidemiología y la microbiología. Ejemplos de esto son las obras de Montellano (1919), entre ellas: *School hygiene, a new way to teach an elementary hygiene* (La higiene escolar, una nueva forma de enseñar la higiene elemental).¹²

Al fin de la Primera Guerra Mundial, con el Tratado de Versalles en 1919, se conformó la Liga de las Naciones. Es en el seno de esta organización que se toma la experiencia de evangelización en países colonizados para construir una pedagogía de educación en salud que respondiera a la necesidad de desahogar los hospitales de heridos y enfermos que pudieran ser atendidos en sus casas. Ya para la década de 1940, la educación en salud se había incorporado como una acción entre otras acciones sanitarias, primordialmente para brindar información e instrumentos prácticos –acerca de enfermedades específicas, vacunas y nutrición– controlados por médicos especializados en salud pública y epidemiología (Oyarbide, 1996; Lowe, 1995).

Con los cambiantes paradigmas de la salud en la década de 1970, en Latinoamérica apareció un nuevo enfoque de educación para la salud paralelo a los enfoques convencionales, en donde se incorporaron las técnicas de la Educación Popular Latinoamericana derivadas del

¹¹ Recordemos que, derivadas de su identificación de tres estadios en el desarrollo de la humanidad, Augusto Comte (1798-1857) clasificó las formas de pensamiento en: teológico, metafísico y científico, considerando que las dos primeras eran primitivas al ser incapaces de dar cuenta de la verdad objetiva del mundo, por lo que solamente el pensamiento científico podría producir verdades verdaderas.

¹² Señala Parker (1986, citado en Ristorto, 2009) que Higea, a quien recordamos como una de las hijas de Asclepio, fue el epíteto cultural que daban los griegos a la venerada Atenea, diosa de la curación. Higea formaba parte del “equipo de salud” de Esculapio. Mientras Epione reducía el dolor, Panacea daba remedios y Telésforo acompañaba hasta la recuperación o el bien morir, Higea ayudaba a “**vivir de acuerdo con la razón**” (Chapela, 2019). En la modernidad se reduce a esta diosa a prácticas sanitarias. Quizás sea tiempo de que la PS se constituya en heredera de la verdadera Higea-Atenea y la libere de su cautiverio como simple “higiene”.

pensamiento de Paulo Freire (Puigross, 1988; Freire, 1972). Estos dos enfoques se siguieron desarrollando de manera paralela. Por un lado, la educación institucionalizada usaba y aún usa un enfoque tecnológico para lograr “cambio en los hábitos, costumbres y estilos de vida”, “un estilo de vida de bienestar”, “una vida más sana” y otras designaciones que además de enfatizar la condición del cuerpo físico individual, se caracterizan por inculcar contenidos morales sobre bien y mal con su consecuente carga potencial de estigmatización social (“es cochino”, “se enfermó por flojo”, “no hizo caso”, “es ignorante”, “se lo dije”, “si hubieras”...). A través de los años, la educación informativa con pedagogías de juego, diversión y distracción, se diseminó en discursos y prácticas de educación para la salud. Por otro lado, los movimientos populares de salud, aunque con temas frecuentemente seleccionados por los “asesores”, se caracterizaron por promover la planeación participativa, la inclusión de saberes, la conciencia de comunidad, los vínculos entre grupos, y la responsabilidad histórica (Chapela, 2010).

Aunque la OMS solamente la auspicia pero no la firma, cuando en 1986 se formula la Carta de Ottawa tras una reunión alimentada por experiencias de la India y Latinoamérica que forma parte de la mitología de la PS en el mundo angloparlante, y a la que no asistieron delegados hispanoparlantes, aparece la posibilidad de una ruptura epistemológica y ética en la manera de formular palabras para promover la salud y así disminuir su fuerza colonizadora: <provisión de condiciones básicas para la vida>, <convergencia de la acción de las instituciones en promover la salud>, <capacitación, participación, abogacía> para ayudar a que el Otro sea agente de su vida, como <responsabilidad de los gobiernos>. Aquí encontramos un giro epistemológico y ético sustentado en palabras que poco se habían incluido en el lenguaje institucional y que podrían representar un avance hacia la posibilidad decolonizadora de la PS. Cuando la OMS finalmente adopta los contenidos de Ottawa en las conferencias globales de Promoción de la Salud en Adelaide, Australia (Conferencia Internacional de Promoción de la Salud, 1988) y Sundsvall, Suiza (1991), su agenda releva el papel de esta práctica a la que impulsa como “La Nueva Salud Pública”. Al enterarse los gobiernos de tal política y práctica, cada quién la toma de distinta manera, aunque un común denominador es que el discurso se subsume en las prácticas que cada gobierno venía desarrollando, así que tenemos por ejemplo, promociones de salud que continúan en

Latinoamérica con la práctica de los SILOS (Sistemas Locales de Salud), adoptada por la Organización Panamericana de la Salud en 1988 en donde tuvo una participación muy importante el Dr. Roberto Capote y el modelo cubano de salud y salud pública que había ya para entonces mostrado gran eficiencia y eficacia en el abordaje y solución a los problemas de salud (Paganini y Capote, 1990). La propuesta de los SILOS hace énfasis en aspectos que hay que desarrollar en la región. Relevo aquí algunos de ellos:

- b. La necesidad de estudiar maneras para el desarrollo de capacidades administrativas y gerenciales a nivel local
- c. La necesidad de tomar en consideración diferentes realidades socioculturales
- f. La importancia de la participación social y la función de la mujer en la prestación de la atención de la salud y el liderazgo en salud. (Comité Directivo OPS, 1988:3)

En otros países de la región el discurso de Ottawa aterrizó en prácticas sanitaristas preexistentes, por ejemplo, en las obligaciones constitucionales municipales, como es el caso de México. Así, los gobiernos en turno fueron utilizando las palabras de la PS con intenciones, interpretaciones, significados y propósitos diferentes. En tanto esto sucedió en países y gobiernos, a nivel mundial las conferencias continuaban elaborando declaraciones y construyendo el discurso oficial de PS. En estas conferencias quedó plasmada la lucha por un lado entre el impulso de las obligaciones del Estado y la participación en las decisiones de salud como derecho, y por el otro el achicamiento del Estado y la incursión de la empresa en la PS. Esto es perfectamente entendible cuando recordamos que la historia de la PS a partir de Ottawa se desarrolla en pleno florecimiento de la forma neoliberal del capitalismo.

Con la ayuda de sus declaraciones, en la Tabla 2 buscamos en las palabras utilizadas, equivalencia entre algunas conferencias de PS y las de la Constitución de la OMS (1946), la conferencia de Astaná (2018) y el Informe de la Comisión de Alto Nivel (2019) que ya hemos descrito antes en este capítulo. Por las limitaciones de este texto y la intención de solamente mostrar las diferentes intenciones detrás de las declaraciones, no estamos considerando aquí ninguna de las 23 Conferencias Mundiales de la Unión Internacional de Promoción y Educación para la Salud, desde París, Francia, en 1951, hasta Rotorua, Nueva Zelanda, en

2019¹³, mismas que han enriquecido el discurso internacional en PS. A manera de muestra, solamente utilizamos algunos ejemplos del contenido total de los documentos.

TABLA 2. EQUIVALENCIA ENTRE DECLARACIONES

	EQUIVALENTES	PALABRAS
OMS 1946	Ottawa 1986	Enfoque en países "desarrollados". Salud es un recurso de la vida cotidiana, no el objetivo de vivir. Promoción de la salud es el proceso de proporcionar a los pueblos los medios para mejorar su salud. Son requisitos fundamentales de la salud son: paz, cobijo, educación, comida, ingreso, un ecosistema estable, recursos sostenibles, justicia social y equidad. Mejorar la salud requiere asegurar esos prerrequisitos. La OMS auspicia la conferencia, aunque no firma la declaración.
	Sundsvall 1991	Enfoque global. Entornos propicios para la Salud. Solicita a los pueblos que tomen medidas enérgicas para hacer que los entornos sean más propicios a la salud. Concluye que millones de personas viven en condiciones de extrema pobreza en un medio ambiente cada vez más deteriorado. Llama a velar porque el medio ambiente - físico, social, económico y político- favorezca la salud, en vez de perjudicarla. Identificó numerosos ejemplos y enfoques que podrían poner en práctica los responsables de las políticas, los niveles de toma de decisiones y los agentes comunitarios de salud y del medio ambiente para crear entornos propicios. La Conferencia reconoció que todos tenemos un papel que desempeñar.
Astaná 2018	Jakarta 1997	La promoción de la salud en el siglo XXI. Tras 11 años de Ottawa, Jackarta es la primera que se lleva a cabo en un "país en desarrollo" por lo que se vio como la apertura hacia un discurso más incluyente, sin embargo, es la primera en incluir al sector privado como "aliado" importante para el apoyo a la PS e introducir conceptos como: "La PS es una inversión para crear la mayor ganancia para la gente... para la construcción de capital social" (vis a vis "comunidad")
	Helsinki 2013	Salud para todos es un objetivo social principal de los gobiernos y el basamento del desarrollo sostenible. Reconocemos que los gobiernos tienen UNA (vis a vis "SON RESPONSABLES") responsabilidad por la salud... Los intereses de la empresa y el poder del mercado pueden afectar la posibilidad de los gobiernos y sistemas de salud para promover y proteger la salud... Salud en Todas las Políticas es una respuesta práctica a ese reto.
	Shangai 2016	Se compromete a trabajar por los ODS como primer principio. Establece compromisos: Fortalecer las leyes, reglamentos e impuestos para la mercancía anti-salud; implementar políticas fiscales como potente herramienta para inducir la inversión en salud y bienestar, lo que incluye sistemas de salud fortalecidos; introducción de cobertura universal en salud como protección a la salud y a las finanzas; asegurar transparencia y rendición de cuentas y propiciar la participación amplia de la sociedad civil; fortalecer la gobernanza global para responder mejor a problemas más allá de las fronteras de los países; considerar la importancia creciente y el valor de la medicina tradicional.
	¿Berlín 2021?	Reconocer los determinantes comerciales de la salud y buscar un acercamiento inteligente para relacionarse con el sector privado. Facultar personas empoderadas y resilientes para responder a la penetrante cultura del consumismo y la influencia sin precedentes de la sociedad digital. Optimización de las inversiones en sistemas de salud para apoyar la cobertura universal e intervenciones que sabemos que funcionan.
Informe de la Comisión de Alto Nivel 2019	Santa Fé de Bogotá 1992	Supeditar intereses económicos a los propósitos sociales; incentivar políticas públicas que garanticen la equidad; fortalecer las capacidades para participar en las decisiones que afectan su vida; estimular el diálogo de saberes diversos; reconocer como trabajadores y agentes de la salud a las personas comprometidas con los procesos de PS, de la misma manera que a los profesionales
	Bangkok 2005	Las políticas y alianzas para empoderar a las comunidades y para mejorar la salud y la equidad en salud tendrían que estar en el centro del desarrollo global y nacional. La acción intersectorial y las políticas públicas saludables son elementos centrales para la PS, el logro de la equidad en salud, y la realización de la salud como derecho humano. En la Carta de Bagkok aparece una leyenda en donde la OMS se deslinda de sus contenidos.
	Nairobi 2009	Utilizar la evidencia existente para mostrar a los hacedores de políticas que la PS es fundamental para enfrentar los retos nacionales y globales. Revitalización de la APS mediante el impulso de la participación comunitaria, las políticas públicas saludables y poniendo a la gente en el centro de la atención. Llamamos a los gobiernos a ejercer su responsabilidad con la salud pública.

FUENTE: Elaboración propia

¹³ Estas conferencias fueron posibles en gran parte al trabajo sostenido, inteligente, paciente, amoroso, alegre y comprometido de Marie-Claude Lamarre, Secretaria Ejecutiva de la International Union of Health Promotion and Education (IUHPE-UIPES) hasta 2019.

Esta comparación tiene que ver con aspectos centrales sobre la posición ética y política de cada una de las conferencias. Aunque, dado que toda PS programada desde las instituciones es invasiva, el tinte colonizante no se puede quitar de ninguna de ellas, sin embargo, en un espectro imaginario entre la intención colonizante y la utopía emancipadora, saltan las diferencias. A lo mejor el lector o lectora tiene otra apreciación sobre las palabras de las declaraciones, lo importante es que acepte la invitación a reflexionar sobre esto como ejercicio para continuar el ejercicio reflexivo en relación con su propia práctica y sobre las riquísimas experiencias que se presentan en este libro.

Si pretendemos promover la salud con la intención de acatar instrucciones institucionales u otras, en donde planes, programas, técnicas, materiales, etc., se producen alejados del Otro, no será necesaria demasiada reflexión. Si lo que buscamos es aliviar el sufrimiento humano y avanzar hacia el logro de la salud y la justicia social como derecho, lo primero que necesitamos es analizar las palabras con las que concebimos y hacemos la PS. Sólo en ese análisis descubriremos los contenidos colonizadores de nuestra práctica y las palabras que podemos cambiar.

Para ayudarnos a leer los discursos de la PS y reflexionar sobre lo que hacemos, nos dimos a la tarea de identificar algunas preguntas que, al contestarlas, nos permitirán observar más allá de lo inmediato. Lo importante no es llegar a una respuesta, sino buscar una respuesta, porque en ese buscar es en donde surge la reflexión. A manera de ejemplo, en la Tabla 3 hacemos el ejercicio de contestar esas preguntas desde tres “estilos” de Promoción de la Salud.

TABLA 3. EJEMPLO DE RESPUESTAS EN TRES “ESTILOS” DE PS

	PS CONVENCIONAL	PS EMPODERANTE	PSE
¿Qué es salud?	Estado	Estilos de vida	Capacidad
¿Qué es cuerpo?	El sitio de la enfermedad	El sitio de la enfermedad	Es el ser encarnado
¿Cómo es posible el cuerpo humano?	Resultado genético	Por procesos biológicos y educativos	En su paso por el útero biológico y el útero social en donde adquiere las palabras como genes sociales
¿Qué es la enfermedad?	En discurso: estado de bienestar En la práctica: no enfermedad	El resultado de estilos de vida patogénicos	Una de las múltiples inscripciones en el cuerpo que, sobre una base biológica, resulta de la manera de contender en los juegos de poder
¿Qué es la muerte?	La terminación de la vida, más o menos evitable mediante la implementación de los avances científico-tecnológicos Una cifra estadística	El resultado de estilos de vida patogénicos	La culminación de la vida
¿Cuándo sucede la muerte?	Cuando no hay signos vitales registrables	Cuando no hay signos vitales registrables	Cuando cesa el ejercicio y desarrollo de las capacidades humanas
¿Quién es “el otro”?	Población en riesgo de enfermar y morir	Ciente, gente con capacidad de gestión en las localidades que enferma y muere	Es un ser ético, agente de su propia existencia
¿Qué significa cuidar del Otro?	Prometer/amenazar Atender dando, otorgando, endeudando, apropiando	Promover la apropiación por parte de la gente de hábitos, costumbres, estilos de vida, saberes, prácticas definidos por los expertos como “saludables”	Acto ético y político orientado por el proyecto emancipador individual y colectivo
¿Cómo clasifica el conocimiento de las cosas del mundo?	Clasificación cerrada, orientada por concepciones binarias y verdades únicas	Clasificación semicerrada, que admite formas distintas de verdad, aunque no las incorpora	Clasificación abierta a distintas posibilidades de clasificación
¿Qué metodología utiliza para dar cuenta de las cosas del mundo?	Positiva, cartesiana, cerrada	Participativa, para llegar a conclusiones pre-hechas por la o el experto	Hermenéutica, rizomática, abierta, respondiendo a la naturaleza de la cosa de la que pretende dar cuenta
¿Para qué quiere el poder que detenta?	Para conservar el orden preestablecido o imponer el control hegemónico	Para cumplir objetivos de los expertos o asesores	Para avanzar rumbo a la construcción del poder ciudadano
¿Qué ordena su comportamiento?	Derecho, normas y leyes, sanciones materiales	Moral, deontología, normas sociales, sanción social	Ética, construcción de axiología, prácticas reflexivas de la libertad, satisfacción
¿Cuál es el centro de atención?	El perfil epidemiológico	La gestión local de las decisiones de los expertos	La concepción, diseño y consecución del proyecto autónomo
¿Cuál es el objetivo?	Modificar las prácticas de vida de la población hacia aquéllas que la institución considera mejores para avanzar en las políticas públicas	Lograr que las personas asuman como decisión propia las decisiones de los expertos	El ejercicio y desarrollo de la capacidad saludable de las personas y sus colectivos, que se exprese en perfiles epidemiológicos que resulten de una manera más justa, libre, buena, bella y sabia de existir en sociedad
¿Cómo enfrenta el dilema moral de la invasión de la vida de los otros?	No lo cuestiona, por lo que no hay dilema que resolver	A través del agradecimiento de la gente por haber llevado una práctica o conocimiento experto	Reconociendo la ignorancia propia en relación con el sufrimiento del Otro, pidiendo permiso, escuchando, intuyendo cuándo retirarse
¿Qué hace?	Campañas, educación en salud, medicina preventiva, sanitarismo, higienismo	Dinámicas, juegos	Investigación, planificación y acción para poner los instrumentos en manos de la gente
¿Quién es el protagonista?	La institución	La asesora o el asesor externo	El Otro
¿Con qué recursos?	Institucionales	Institucionales y locales	Organizacionales y locales
¿Para qué evalúa?	Para observar el avance en las metas institucionales y la utilización eficiente de los recursos	Para observar la asimilación del saber experto Para dar cuenta a la organización financiera	Para avanzar en el proyecto colectivo, la investigación y la planificación

¿Cómo evalúa?	Indicadores "duros" Estudios costo-beneficio	Evaluación participativa dirigida por el experto	Observación, reflexión, diálogo y rendición de cuentas continuos
¿Cuándo termina?	Cuando termina el programa	Cuando el asesor o asesora ya no puede seguir asistiendo	Cuando el promotor o promotora deja de serlo para convertirse en acompañante de los procesos locales o se retira por no ser necesarios sus servicios

¿Cuáles preguntas nos están faltando para buscar maneras de promover la salud e invadir menos? Creemos que, al menos, todas aquellas que faltan de formular en nuestro trabajo con los Otros. Estas que hoy formulamos, son solamente las que surgen desde nuestra intención de hacer una PS que ayude en el alivio del sufrimiento de los Otros, en la lucha por la justicia social y, como consecuencia de eso, en el cambio de los perfiles epidemiológicos en donde se muestre una manera distinta de participar en las decisiones sobre la vida propia, la vida comunitaria y la vida de nuestro planeta.

Pensando en la grandeza del ser humano y nuestra obligación de disminuir la colonización desde las universidades, podemos guiarnos por esta profunda fórmula atribuida a Jorge Mario Bergoglio: "Quitarse las sandalias y pedir permiso antes de entrar al sagrado santuario del Otro".

Cuarta reflexión: LO QUE CARACTERIZA AL ESPACIO UNIVERSITARIO ¿SE EXTIENDE A LA PS UNIVERSITARIA QUE HACEMOS?

Habiendo hablado de la definición de salud, la práctica y las intenciones de la promoción de la salud, nos queda pendiente hablar de la universidad como espacio de la salud y de la promoción de la salud. Entre las universidades iberoamericanas el espectro de intenciones va, desde aquellas que se refieren a la socialización de los nuevos miembros de una clase social particular con funciones sociales particulares en los juegos de poder, hasta las que se adhieren a los principios y utopías de la Universidad Pública Latinoamericana gestada en 1918 en Córdoba, Argentina que oponen la fuerza de la reflexión y el conocimiento a las intenciones de monopolizar el poder. Las intenciones configuran prácticas y espacios que frecuentemente se quieren entender como uno solo cuando se habla de "las universidades iberoamericanas". Nombrar genéricamente impide identificar que los idearios que se convierten en prácticas varían de una universidad a otra. Por ejemplo la práctica de algunas

universidades de recibir a cualquier persona sin distinción de clase, etaria, género u otra, se diferencia cuando en algunas universidades se imponen cuotas de admisión, de edad, de procedencia, u otras que, aunque no estén escritas, en la práctica funcionan como barreras invisibles, doxáticas diría Bourdieu (1998). En este ejemplo, los espacios generados por una universidad u otra, no son uno solo.

Cuando hablamos aquí de “La Universidad” nos estamos refiriendo a un ente con ciertas características objetivas, subjetivas, históricas y sociales que definen un espacio público constituido y aceptado como el alma de la sociedad; que se compromete a mirarse como ente social y preguntarse por las cosas de la naturaleza, la historia, el conocimiento, la técnica, el arte y la sociedad de manera tal que pueda constituirse en ente ético del que la sociedad se puede valer para avanzar hacia la utopía ciudadana de justicia, libertad, belleza, bondad, sabiduría y felicidad. La Universidad existe como constructo conceptual, técnico y práctico que responde a las maneras como el ser humano se relaciona con la realidad, a las maneras de conocer. En algunas ocasiones, con voluntad y autonomía, la Universidad se unió a otras voluntades para nombrar y avanzar el entendimiento sobre todo lo que ha sido nombrado a partir de los mejores valores que hoy hacen posible pensar en lo impensable. En otras ocasiones, se subordinó y encadenó al mandato de engeñecer y participó, con voluntad o sin ella, en el refinamiento de los peores valores que empequeñecen las posibilidades infinitas de la mente y la libertad humanas (Chaplea, 2004). El espacio de La Universidad entonces, será una de las conciencias de la ciudad misma. Algunas universidades podrán adoptar la utopía y las prácticas de La Universidad, otras crearán sus propias utopías, otras optarán por otras cosas.

La institucionalización en universidades resulta en la conformación de la universidad como un instrumento para lograr los fines de ciertos grupos en la sociedad. En esta situación funciona como cualquier otra institución para atender los problemas de la sociedad. La universidad entonces se puede aliar o ser utilizada para potenciar la acción de distintas instituciones. Por ejemplo, atendiendo la institución de salud principalmente la dimensión biológica del cuerpo humano, y la institución universitaria su dimensión de conocimiento y subjetividad, en conjunto se constituyen en una poderosa pinza para la difusión e inculcación

de significados e identidades. Esta explosiva combinación universidad-salud, finca la dimensión de responsabilidad de las universidades en el desarrollo o limitación de la capacidad saludable de las personas y los grupos sociales en donde pretenda hacer intervenciones a nombre de la promoción de la salud.

El carácter universal de La Universidad lo podemos identificar en el sentido inclusivo con el que busca entender las palabras con las que ha nombrado y ayudado a dar sentido al mundo y sus contradicciones. También podemos identificar el carácter universal de La Universidad en que sólo existe en colectivo, en el diálogo y la relación entre sujetos reflexivos, autónomos, responsables y amorosos, presentes diacrónica y sincrónicamente en el tiempo histórico. La Universidad busca y se alimenta de lo universal, entiende a los sujetos y los problemas como universos; se reconoce vinculada al tiempo y a la historia; se asombra cada vez que mira y entiende o no entiende; se responsabiliza porque se sabe escucha, voz, espejo y parte del conjunto y las contradicciones humanas. Es de este complejo de características de donde La Universidad toma sus funciones sustantivas, sus maneras de existir en el mundo: la **investigación, el servicio y la docencia**. Para darse cuerpo, La Universidad necesita de las y los universitarios; sus aulas, patios, laboratorios, bibliotecas o auditorios, no son La Universidad, son solamente recursos que facilitan la congregación de los universitarios para la reflexión sobre los problemas de la realidad y de conocimiento que se formulan. Es en el espacio social, en la escucha, observación y atención en donde la o el universistario se provee de la información para poder formular esos problemas. Es “ahí afuera”, “en la calle”, en donde se concreta la vinculación de las tres funciones sustantivas de La Universidad. Es ahí en donde las y los universitarios se pueden reconocer como tales.

¿Cuál es nuestra intención como universidad, como universitarias y universitarios al proponernos practicar la PS que practicamos? ¿Cuáles son sus espacios? ¿Cómo la hacemos? ¿Qué de los principios y funciones sustantivas de La Universidad adoptamos en nuestras prácticas de PS? Analizar los conceptos y prácticas de PS que se generan en distintos espacios sociales, locales, regionales o planetarios, públicos y privados, formales y populares, comunitarios e institucionales, etarios y de género, u otros, en busca de sus significados profundos y los intereses detrás de ellos, se constituye en una tarea a desarrollar desde las

universidades como parte del cumplimiento de sus funciones de investigación, servicio y docencia. La intención detrás de las prácticas de PS de las y los universitarios puede o no decantarse en mayor o menor medida por la vida de las generaciones presentes y futuras, por la justicia social y el alivio del sufrimiento humano. La decisión que tomemos sobre qué PS hacer puede incidir en mayor o menor medida tanto en la continuidad del deterioro de los seres humanos y su hábitat, como en la “humanización de los humanos” con el consecuente cambio en sus perfiles epidemiológicos y en la manera de relacionarse con las demás especies del planeta; cambio que llevará al regreso de la esperanza por la continuación de una especie capaz de percibir y amar a otras especies como una sola cosa, convivir con ellas agradeciendo sus aportes a la vida humana, cuidando de sí, del Otro y de los Otros.

Terminamos este capítulo reiterando la invitación para, en la lectura de este libro, reflexionar de manera general sobre ¿Qué PS estamos haciendo en las universidades latinoamericanas? y ¿cuál es la intención detrás de la PS que hacemos? Insistimos en que no se trata de hacer “UNA promoción de la salud” o una “promoción de la salud ejemplar”, sino una PS epistemológica y éticamente congruente. Dejamos además a lectoras y lectores algunas preguntas que derivan de la manera diferente de enfrentarse los gobiernos, los grupos sociales y las personas a la pandemia socio-histórica de 2020: ¿cuál es la participación de la PS y de nuestras universidades en la manera en que se definen y atienden los problemas de Salud Pública? ¿cómo utilizamos en momentos críticos nuestras herramientas de PS? ¿cómo hacemos, o no hacemos, de la PS universitaria un instrumento para que la población pueda resistir a los embates de palabras colonizantes? ¿hacia dónde, cómo habría que cambiar nuestra PS universitaria?

REFERENCIAS

Agamben, G. (2014). *Estado de excepción*. Buenos Aires, Argentina: Adriana Hidalgo Editora, SA.

Agamben, G. (2020). L'invenzione di un'epidemia. *Quodlibet*, Marzo 11 de 2020. Consultado el 24 de marzo en: <https://www.quodlibet.it/giorgio-agamben-l-invenzione-di-un-epidemia>

Aristoteles (Edición 1985). *Ética Nicomáquea. Ética Eudemia*. Madrid: Editorial Gredos. Introducción por Emilio Lledo Inigo. Traducción y notas por Julio Palli Bonet.

Arroyo, H. (2001). *Formación e recursos humanos en educación para la salud y promoción de la salud. Modelos y prácticas en las Américas*. Puerto Rico: Universidad de Puerto Rico.

Arroyo, H. (editor) (2010). *Promoción de la salud. Modelos y experiencias de formación académica-profesional en Iberoamérica*. San Juan de Puerto Rico: CIUEPS.

Audy, R. (1967). *La promoción de la salud, un nuevo concepto para una nueva sanidad. Las ciudades sanas, una iniciativa de la nueva sanidad*. España: Generalitat Valenciana, Conselleria de Sanitat y Consum.

Bachelet, M. (2019). Introducción. En: Comisión de Alto Nivel, *Informe de la Comisión de Alto Nivel "Salud universal para el siglo XXI: 40 años de Alma-Ata"*. Washington: OPS. vi-ix.

Bauman, Z. (2005). *Amor líquido. Acerca de la fragilidad de los vínculos humanos*. México: Fondo de Cultura Económica.

Bourdieu, P. (1991). *Language and symbolic power*. United Kingdom: Polity Press.

Bourdieu, P. y Wacquant, L. (1992). *An invitation to reflexive sociology*. Chicago: The University of Chicago Press.

Bourdieu, P. (1998). *Practical Reason*. Cambridge, Reino Unido: Polity Press.

Campuzano, M. (2020). *Subjetividad, vínculos y violencia. El neoliberalismo y las consecuencias psíquicas de las nuevas formas de dominación*. México: Universidad Autónoma Metropolitana.

Cerda, A. (2010). Políticas dominantes en promoción de la salud: caracterización y cuestionamientos. En Chapela y Cerda, *Promoción de la salud y poder. Reformulaciones desde el cuerpo-territorio y la exigibilidad de derechos*. México: Universidad Autónoma Metropolitana- Xochimilco. 70-95.

Comisión de Alto Nivel (2019). *Informe de la Comisión de Alto Nivel "Salud universal para el siglo XXI: 40 años de Alma-Ata"*. Washington: OPS.

Chapela, MC. (2004). La universidad – sujeto. Utopía para el reencuentro. *Reencuentro. Análisis de Problemas Universitarios*, 41:25-30.

Chapela, MC. (2007). Promoción de la salud. Un instrumento del poder y una alternativa emancipadora. En Jarillo, EC y Guinsberg, E. (editores), *Temas y desafíos en Salud Colectiva*. Buenos Aires, Argentina: Lugar Editorial. 347-373.

Chapela, MC. (2008). Promoción de la salud para la disminución del riesgo y el cuidado de las enfermedades crónicas. En Mendoza-Núñez, VM; Sánchez-Rodríguez, MA y Correa.Muñoz, E. (editores), *Estrategias para el control de enfermedades crónico-degenerativas a nivel comunitario*. México, Facultad de Estudios Superiores Zaragoza. 23-45.

Chapela, MC. (2010). *Promoción de la salud y poder*. México: Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco.

Chapela, MC. (2012). 25 años de conceptos y estrategias para promover la salud. En Juvinyà, D. y Arroyo, H. (editores). *La promoción de la salud 25 años después/ Health promotion 25 years after*. Girona, España: Càtedra de Promoció de la Salut de la Unicersitat de Girona. 43-78.

Chapela, MC. (2013). *Promoción de la salud y emancipación*. México: Universidad Autónoma Metropolitana. Xochimilco.

- Chapela, MC. (2019). Exoducción. Indagando sobre las cualidades del médico alópata occidental y la elusiva esencia de médico. En Chapela, MC., *¿Qué es ser médico?* México: Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco. 267-235.
- Dubos, R. (1961). *Man adapting*. New Haven: Yale University Press.
- Dubos, R. (1975). *El espejismo de la salud*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Dussel, E. ([1977] 1996). *Filosofía de la liberación*. Bogotá: Nueva América. Edición de CLACSO Biblioteca Virtual. Consultada en febrero 10 de 2020 en: <http://bibliotecavirtual.clacso.org.ar/clacso/otros/20120227024607>
- Foster, J. (1839). *An essay of the evils pf popular ignorance*. Consultado en 1998 en la Colección de materiales Misceláneos del Institute of Education, University of London.
- Foucault, M. ([1984]1994). La ética del cuidado de uno mismo como práctica de la libertad. En Foucault, M. *Hermenéutica del sujeto*. Madrid: Ediciones de la Piqueta.
- Foucault, M. (1997). *Vigilar y castigar*. México: Siglo XXI.
- Freire, P. (1972). *Pedagogía del oprimido*. México: Siglo XXI Editores.
- Garduño, MA.; Jarillo, E.; López, O.; Granados, A.; Blanco, J.; Castro, JM.; Tetelboin, C.; Tivera, JA. Y López-Moreno, S. (2009). La perspectiva médico-social y su contribución al quehacer científico en salud. En Chaplea, MC. y Mosqueda, A. (editores), *De la clínica a lo social. Luces y sombras a 35 años*. México: Universidad Autónoma Metropolitana- Xochimilco. Capítulo 1:11-24.
- Gobierno de México (2019). *Atención primaria de salud integral e integrada APS-I Mx: La propuesta metodológica y opertiva*. Ciudad de México: Gobierno de México/Secretaría de Salud.
- Habermas, J. ([1969]1987). *Knowledge and Human Interests*. Reino Unido: Polity Press (1987).
- Harvey, D. (2020). Anti-Capitalist politics in the time of COVID-19. *Jacobin*, 03.20.2020. Consultado el 26 de marzo en <https://jacobinmag.com/2020/03/david-harvey-coronavirus-political-economy-disruptions>
- Heidegger, M. (1927]1971). *El ser y el tiempo*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Herman, E. y Chomsky, N. (1988). *Manufacturing consent. The political economy of the Mass Media*. Nueva York, EU: Pantheon Books.
- Jarillo, EC. y Granados, A. (2016). *La medicina social en México*. México: Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco.
- Juvinyà, D. y Arroyo, H. (editores). *La promoción de la salud 25 años después/ Health promotion 25 years after*. Girona, España: Càtedra de Promoció de la Salut de la Universitat de Girona.
- Laín-Entralgo, P. (1978). *Historia de la medicina*. Madrid: Salvat Editores.
- Laurell, AC. (1981). La salud-enfermedad como proceso social. *Revista latinoamericana de salud*, 1:2(7-25).
- Laurell, AC. (1994). Sobre la concepción biológica y social del proceso salud-enfermedad. En Rodríguez, MI. (coordinadora), *Lo biológico y lo social. Serie Desarrollo de Recursos Humanos*. Washington: OPS/OMS, No 101:216-258.
- Lipovetsky, G. ([1983]2002). *La era del vacío*. Barcelona, España: Anagrama.

- Lowe, D. (1995). *The body in late capitalist USA*. North Carolina: Durham.
- McKeown, T. (1982). *El papel de la medicina; ¿sueño, espejismo o némesis?* México: Siglo XXI Editores.
- Méndez, N. (2019). Prefacio. En: Comisión de Alto Nivel, *Informe de la Comisión de Alto Nivel "Salud universal para el siglo XXI: 40 años de Alma-Ata"*. Washington: OPS. x-xv.
- Montellano, J. (1919). *Higiene escolar. Nueva forma para la enseñanza de una higiene elemental. La semántica médica*. Abril 10 de 1919:374-378. Consultado en 1998 en la Colección de materiales Misceláneos del Institute of Education, University of London.
- Nietzsche, F. ([1887]2006). *La genealogía de la moral*. Buenos Aires: Alianza Editorial.
- Oyarbide, JM. (1996). *Educación y curar. El diálogo cultural en la atención primaria*. Navarra: Ministerio de Cultura.
- Paganini, JM, y Capote, R. (1990). *Los sistemas locales de salud: conceptos, métodos y experiencias*. Washington, D.C.: OPS. Publicación Científica No. 519: xvi, 742.
- Parker, R. (1983). *Miasma: Pollution and purification in early Greek Religion*. Oxford, Reino Unido: Oxford University Press.
- Platón (2012). *La República*. Madrid: Alianza Editorial. Introducción de Manuel Fernández-Galiano. Traducción de José Manuel Pabón y Manuel Fernández- Galiano.
- PNUD. *Objetivos de Desarrollo Sostenible para 2030*. Nueva York: ONU/ Programa de las Naciones Unidas Para el Desarrollo, 2015.
- Puigrós, A. (1988). *La educación popular en América Latina. Orígenes, polémicas y perspectivas*. México: Nueva Imagen.
- Ristorio, MC. (2009). La función del himno a Apolo, Artemisa y Dionisios (VV. 151-215) en Edipo Rey de Sófocles. *AFC*, 22:103-116.
- Rootman, I. y Raeburn, J. (1994). *The concept of health*. En Pederson, A., Health promotion in Canada. Canadá: Sanders Editors. 1ª. Edición.
- Sargent, F. y Barr, M. (1965). *Health and the fitness of the ecosystem*. En Sargent, F., environment and man. Illinois: Traveler's Research Centre, Inc.
- Smith, G. y Evans, L. (1944). *Preventive medicine, attempt at a definition*. Science, 100:39.
- Tremblay, M-C. (2020). The wicked interplay of hate rethoric, politics and the Internet: what can health promotion do to counter right-wing extremism? *Health Promotion International*, 35:1-4. Doi: 10.1093/heapro/daz124
- Twining, T. (1982). *Science in popular education; as a means to promote health, wellbeing and industrial success*. Impreso para el autor por HC Franklin, Wickenham. Consultado en 1998 en la Colección de materiales Misceláneos del Institute of Education, University of London.
- WHO (1946). Documentos básicos. *Actes off. Org. mond. Santé*, 2, 100.
- Winslow, C. (1920). The untilled field of Public Health. *Modern Medicine*, 2:183.

Yuing, T. y Ávila, M. (2017). *Foucault, el cuerpo y la vida: hacia una fisiología del límite*. Estudios Avanzados, 27:20-36.

CONFERENCIAS Y REUNIONES INTERNACIONALES REFERIDAS EN EL TEXTO. Ordenadas cronológicamente

Conferencia Internacional de Atención Primaria de Salud. Alma Ata, Rusia, 6 al 12 de septiembre de 1978.

Conferencia Internacional para la Promoción de la Salud en Países Industrializados. Ottawa Charter for Health Promotion. Ottawa, Canadá. 17 - 21 de noviembre, 1986.

Comité Directivo OPS. *Desarrollo y fortalecimiento de los Sistemas locales de Salud en la transformación de los Sistemas Nacionales de Salud*. Documento CD33/14. Resolución XV. XXXIII del comité Directivo, Washington, D.C., 30 de septiembre de 1988.

Second International Conference on Health Promotion. *Public Policies for Health*. Adelaide, South Australia, 5-9 de abril de 1988.

Third International Conference on Health Promotion. *Supportive Environments for Health*. Sundsvall, Sweden, 9-15 de junio de 1991.

Conferencia Internacional de Promoción de la Salud. *Declaración de la conferencia*. Santa Fé de Bogotá, Colombia. 9-12 de noviembre de 1992.

The Fourth International Conference on Health Promotion. *New Players for a New Era - Leading Health Promotion into the 21st Century*. Jakarta, Indonesia, 21 - 25 de noviembre de 1997.

The Sixth International Conference on Health Promotion. *The Bangkok Charter for Health Promotion in a Globalized World*. Bangkok, Tailandia. 7-11 de agosto de 2005.

The Seventh Global Conference on Health Promotion. *Call to action*. Nairobi, Kenya, octubre de 2009.

IUHPE 5th Latin-American and 4th Inter-American Health Promotion and Health Education Conference in Mexico City 2012.

The Eight Global Conference on Health Promotion. *The Helsinki Statement on Health in All Policies*. Helsinki, Finlandia. 10-14 de junio 2013.

The Ninth Global Conference on Health Promotion. *Shanghai Declaration on promoting health in the 2030 Agenda for Sustainable Development*. Shangai, China. 21-24 de noviembre de 2016.

Conferencia Mundial sobre Atención Primaria de Salud (2018). *Desde Alma-Ata hacia la cobertura sanitaria universal y los Objetivos de Desarrollo Sostenible*. Astaná, Kazajstán, 25 y 26 de octubre de 2018: ONU/OPS.

WHO. *Health Promotion focal points meeting to decide about the scoping paper for the 10th Global Conference on Health Promotion to be held in ¿Berlin 2020?* Ginebra, Suiza. 25-26 de febrero de 2019.