



Salud Colectiva

ISSN: 1669-2381

revistasaludcolectiva@yahoo.com.ar

Universidad Nacional de Lanús

Argentina

Di Leo, Pablo Francisco

La promoción de la salud como política de subjetividad: constitución, límites y
potencialidades de su institucionalización en las escuelas

Salud Colectiva, vol. 5, núm. 3, septiembre-diciembre, 2009, pp. 377-389

Universidad Nacional de Lanús

Buenos Aires, Argentina

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=73111844006>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal

Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

La promoción de la salud como política de subjetividad: constitución, límites y potencialidades de su institucionalización en las escuelas

Health promotion as a subjectivity policy:
constitution, limits and potentials of health promotion
institutionalization at schools

Pablo Francisco Di Leo¹

¹Doctor en Ciencias Sociales. Profesor de la Cátedra de Filosofía, Carrera de Sociología, Universidad de Buenos Aires (UBA). Becario Postdoctoral Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET), con sede en el Instituto de Investigaciones Cino Germani, Facultad de Ciencias Sociales, UBA, Argentina. pfdileo@gmail.com

RESUMEN En el artículo se abordan las tensiones, conformación y principales características del campo de la promoción de la salud en las escuelas para indagar en torno a los límites y potencialidades de su institucionalización en Argentina. En primer lugar, se reseñan los principales momentos del proceso de constitución de dicho campo a nivel internacional, sintetizando los factores centrales que dificultan la superación de su actual fase experimental-inicial. A continuación, articulando la bibliografía actual, herramientas de la teoría social contemporánea y nuestros trabajos de investigación/intervención en el campo, se analizan los principales paradigmas actualmente presentes en los abordajes de salud y educación, haciendo especial hincapié en las concepciones de subjetividad presupuestas/reproducidas desde los mismos. Finalmente, se reflexiona en torno a las potencialidades de la institucionalización del paradigma democrático de promoción de la salud en las escuelas para la generación de políticas de subjetividad en el actual contexto de nuestras sociedades.

PALABRAS CLAVE Promoción de la Salud; Educación; Medicina Social.

ABSTRACT This article faces the tension, formation and main characteristics of the field of health promotion at schools to examine the limits, and potentials of its institutionalization in Argentina. Firstly, we state the main phases of the process of constitution of such field at an international level, summarizing the factors that make its experimental phase difficult. Then, and using present bibliography, tools of social contemporary theory and our own works in the field, we analyze the main paradigms present when facing health and education, highlighting the conceptions of presupposed/reproduced subjectivity from them. Finally, we think over the potential of the institutionalization of the health promotion democratic paradigm at schools to generate subjectivity policies in the present context of our societies.

KEY WORDS Health Promotion; Education; Social Medicine.

Hay una (bio)política de significados metafóricos que ha estado aflorando ante nosotros. Si no se capta la dimensión metafórica, seguirá siendo un misterio la política de la salud.

Ágnes Heller y Ferenc Fehér (1 p.73)

INTRODUCCIÓN

Si bien las propuestas, las experiencias y los estudios en el campo de la promoción de la salud (PS) en instituciones educativas se han multiplicado durante los últimos veinticinco años, la escasa reflexión teórica en torno a las mismas ha dificultado la construcción de sólidos puentes entre prácticas y políticas (2-4). La mayoría de las investigaciones y acciones en dicho campo se centran en la transmisión de información como generadora de cambios en las actitudes y prácticas de los sujetos. En este sentido, la escasa correspondencia que tienen muchas de dichas acciones de PS con las problemáticas que pretenden afrontar se debe fundamentalmente a la creciente distancia entre: los saberes y prácticas disciplinarias y moralizadoras hegemónicas en las instituciones de salud y educativas; y la pluralidad de experiencias, modalidades de socialización y de construcción identitaria de los jóvenes. Por ello, las respuestas institucionales dominantes en dicho campo, más que abrir espacios de encuentro con los mismos, los clausuran.

Este desencuentro adquiere una mayor gravedad en el actual contexto de creciente desigualdad, descivilización e individualismo negativo que atraviesan nuestras sociedades. Según las propuestas de Juan Carlos Tedesco (5), hoy la escuela debería constituirse en un espacio público contracultural, no solo desde sus dimensiones curriculares sino, fundamentalmente, desde el nivel ético-político, propiciando los valores de solidaridad, reconocimiento del otro, responsabilidad, diálogo, autonomía y justicia. Poniendo en el centro este tipo de *políticas de subjetividad*, las instituciones educativas podrían ir reconstruyendo su legitimidad y sus puentes con las experiencias juveniles, participando en la transmisión y/o despliegue de las dimensiones genéricas (discursivas, institucionales, críticas, estéticas), imprescindibles para asegurar el acceso al derecho a la subjetividad en el actual contexto de nuestras sociedades democráticas.

Sin embargo, antes de analizar cómo las acciones de PS en instituciones educativas pueden ocupar un lugar estratégico dentro de las políticas de subjetividad, es necesario definir los límites y alcances de esta última categoría. Para ello, resulta productivo recurrir al concepto de *biopolítica*, ya que el mismo nos permite captar, desde las ciencias sociales, las tensiones presentes en las políticas de salud. Michel Foucault define a la biopolítica como

...el modo en que, desde el siglo XVII, la práctica gubernamental ha intentado racionalizar aquellos fenómenos planteados por un conjunto de seres vivos constituidos en población: problemas relativos a la salud, la higiene, la natalidad, la longevidad, las razas y otros. Somos conscientes del papel cada vez más importante que desempeñaron estos problemas a partir del siglo XIX y también de que, desde entonces hasta hoy, se han convertido en asuntos verdaderamente cruciales, tanto desde el punto de vista político como económico. (6 p.367)

En diálogo con esta definición, desde la década de 1970 hasta la actualidad varios autores del campo de las ciencias sociales vienen analizando el acelerado proceso de *medicalización* de las sociedades occidentales y sus articulaciones con las transformaciones económicas y políticas de la segunda modernidad (7). Entre ellos, Ivan Illich ocupa una de las posiciones más radicalmente críticas, señalando en la introducción de su clásico libro *Némesis Médica* que:

...la medicina institucionalizada ha llegado a ser una grave amenaza para la salud. El impacto del control profesional sobre la medicina, que inhabilita a la gente, ha alcanzado las proporciones de una epidemia. (8 p.4)

El autor aplica el concepto de *iatrogénesis* (*iatros*, "médico"; *génesis*, "origen") para analizar este proceso a partir de tres dimensiones principales articuladas entre sí:

- a) *clínica*: generando daños a la salud atribuibles a la falta de seguridad y al abuso de los medicamentos y las tecnologías médicas más avanzadas;

- b) *social*: provocando una creciente dependencia de las poblaciones a los medicamentos, los comportamientos y las medidas prescriptos por la medicina en sus ramas preventiva, curativa, industrial y/o ambiental;
- c) *cultural*: la progresiva destrucción del potencial cultural y político de los individuos y las comunidades para lidiar de forma *autónoma* con la enfermedad, el dolor y la muerte, debido a la subordinación de los sujetos a las técnicas profesionales *heterónomas*.

En textos posteriores, Illich (9,10) profundiza en esta última dimensión, afirmando que, a fines del siglo XX, la principal manifestación de la *iatrogénesis cultural* consiste en la "búsqueda patógena de la salud". Esta verdadera idolatría al propio cuerpo y a su salud no fue generada por una simple expropiación biomédica, sino por la creciente mercantilización del autocuidado, impulsada desde los medios masivos de comunicación, la industria de las "dietas" y las academias de cultura física.

En este mismo sentido, en un trabajo reciente, Ágnes Heller y Ferenc Fehér (1) –dialogando con Hannah Arendt (11) y Foucault (6)–, analizan las biopolíticas de los movimientos sociales en torno a reivindicaciones étnicas, de género y de derechos de salud. Según estos autores, las maneras en las que son hegemonícamente abordadas dichas cuestiones, en lugar de superar, alimentan el proceso, iniciado por la *iatrogénesis* moderna, de *despolitización* de las *biopolíticas*. De esta manera, tal como sintetiza Francisco Ortega:

El pensamiento científico sustituye la opinión por la verdad. Si la política es el campo de la confrontación de las opiniones, del diálogo, de la iniciativa, de lo nuevo, de la espontaneidad y de la acción en libertad, el pensamiento biopolítico legitimado científicamente es el espacio de la verdad, de la certeza, de la necesidad, del determinismo y de la causalidad, en el cual el diálogo es substituido por una política de autoclausura, de amigos y enemigos. La reducción de la pluralidad de opiniones a una única opinión políticamente correcta es otro trazo antipolítico fundamental de los grupos organizados biopolíticamente. (12 p.13)

Sin embargo, en lugar de naturalizar esta situación, renunciando a toda posibilidad de abordar políticamente las cuestiones sociales, Heller propone su *repolitización*, retomando la definición arendtiana de *política* –concretización de la libertad en el espacio público–, según la cual, cualquier asunto se torna político si es decidido, discutido y debatido en la esfera pública (1,12). En este sentido, como analiza Ruben Araujo de Mattos (7), uno de los principales logros político-simbólicos del movimiento de la *medicina social* en Brasil –luego retomado en los documentos de la Organización Mundial de la Salud (OMS)– fue poner en el centro de sus reclamos, análisis y acciones al "derecho de todos a la salud". Desde este marco, el autoritarismo y la mercantilización de las biopolíticas van perdiendo su legitimidad. En cambio, se va reconociendo la solidaridad entre las disputas por el derecho a la salud y las diversas luchas en torno a los derechos a la subjetividad (libertad, autonomía, reconocimiento, justicia, etc.).

Como ya fue mencionado, las tensiones presentes en las biopolíticas de salud también atraviesan el campo de la PS en instituciones educativas. Desde el hegemónico *paradigma moralista* se contribuye a la reproducción de concepciones reificadas de las instituciones y las identidades, contribuyendo a la despolitización de las normas y saberes en torno a la salud y, en general, a la naturalización de las actuales condiciones económico-sociales de desigualdad y/o exclusión de muchos jóvenes en el acceso al derecho a la subjetividad. A pesar de esto, en el campo de la educación para la salud también existe, aunque de manera discontinua, fragmentaria y subordinada, un *paradigma democrático*, centrado en concepciones dialécticas de las instituciones y las subjetividades y en las propuestas de la pedagogía crítica. A nuestro entender, la visibilización, análisis, despliegue y/o institucionalización de este paradigma puede ocupar un lugar estratégico para una repolitización contrahegemónica de las biopolíticas de salud y, en general, para la generación y/o fortalecimiento de políticas de subjetividad en nuestras sociedades democráticas.

Por ende, consideramos que hoy, renunciar a todo tipo de política de PS, invocando su inherente carácter heterónimo y/o medicalizante,

puede contribuir, como una *consecuencia impensada de la acción*, al proceso de naturalización del paradigma moralista y, lo que es más grave, de las actuales condiciones sociopolíticas de acceso al derecho a la salud. En cambio, para realizar una crítica real de la PS en las escuelas desde las ciencias sociales, se requiere analizarlas a partir de sus expresiones histórico-sociales concretas, identificando las tensiones y/o disputas presentes en los discursos y prácticas de los sujetos en cada contexto institucional particular.

En esta línea analítico-política, con nuestro equipo de investigación del Instituto de Investigaciones Gino Germani, de la Universidad de Buenos Aires, venimos desarrollando desde hace varios años diversos trabajos de investigación e intervención desde los cuales buscamos aportar al análisis de los límites y potencialidades de la PS en escuelas medias públicas (13,14). A partir de dichas indagaciones y trabajos anteriores (15), venimos constatando que la salud es un significativo que, cuando se habilita su apertura, interpela a los sujetos –especialmente a los jóvenes– en las escuelas, para participar reflexiva y dialógicamente, asignándole nuevos significados y horizontes al derecho a la salud y transformando las condiciones sociales e institucionales que les impiden acceder al mismo.

PROMOCIÓN DE LA SALUD Y ESCUELA: CRÓNICA DE UNA LARGA FASE EXPERIMENTAL-INICIAL

Como surge del estado del arte realizado por Ian Young (16), en 1985 la OMS organiza un simposio europeo, del que participan 150 delegados de 28 Estados, bajo el título *La escuela promotora de salud*, naciendo dicho nombre desde la organización del evento. Del mismo surge el documento *La escuela saludable* –utilizando esta nueva denominación porque la Oficina Regional de la OMS para Europa tenía interés en conectarla con su proyecto nuevo de las *Ciudades Saludables*–, donde se define a la PS en las instituciones educativas como una "combinación de educación para la salud y de todas las demás acciones que una escuela lleva a cabo para proteger y mejorar la salud de las personas que alberga" (16).

Desde la década de 1990, se desarrollan diversos trabajos de investigación y/o intervención, financiados por organismos nacionales o internacionales especializados en la temática, que van fortaleciendo teórica y políticamente la convicción de que la escuela es una institución clave para la realización de programas de PS. Utilizando herramientas de la psicología social y de otras ciencias sociales y de la educación se van construyendo evidencias acerca de que los comportamientos que se instauran en la infancia y en la adolescencia tienen una gran probabilidad de mantenerse en la edad adulta y que el involucramiento de jóvenes en actividades de PS puede reducir notablemente el riesgo de enfermedades prevenibles y consiguientemente incrementar el estado de salud de la población (17-20).

En el continente americano, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) constituye uno de los principales organismos impulsores a nivel intelectual y técnico de esta línea de intervención, utilizando la denominación de *escuelas promotoras de salud* (EPS) (21,22). Con el objetivo de construir nuevos sentidos y consensos que posibiliten su institucionalización en los distintos niveles de los gobiernos nacionales, la OPS lanza en 1995 la *Iniciativa Regional Escuelas Promotoras de Salud*. Asimismo, organiza reuniones regionales y subregionales donde se apoya la constitución de la *Red Latinoamericana y Caribeña de Escuelas Promotoras de Salud* (23) (a).

Poco tiempo después, en las resoluciones de la Primera Conferencia de la Red Europea de Escuelas Promotoras de Salud, organizada por la OMS y desarrollada en Grecia en mayo de 1997, se establecieron los diez ejes centrales que marcarían el horizonte de las políticas en torno a las EPS (Cuadro 1).

Según el estado del arte realizado por Ian Young (16), si bien durante los últimos diez años se han multiplicado a nivel mundial los estudios y experiencias que retoman los documentos y propuestas de la OMS y la OPS, resignificándolos y/o adaptándolos a las diversas realidades regionales y nacionales, la mayoría de las iniciativas en torno a las EPS se encuentran aún en lo que dicho autor denomina *fase experimental inicial* de su proceso de institucionalización, compartiendo las siguientes características:

Cuadro 1. DIEZ EJES PARA EL DESARROLLO DE ESCUELAS PROMOTORAS DE SALUD

1. *Democracia*. La EPS se funda en principios democráticos dirigidos a la promoción del aprendizaje, el desarrollo personal y social, y la salud.
2. *Equidad*. La EPS coloca a la equidad en el centro de la experiencia escolar. Dicho principio garantiza que la escuela está libre de opresión, miedo y ridículo. Provee igual acceso para todos al máximo nivel de oportunidades educativas. Se dirige hacia el fomento del desarrollo emocional y social de cada individuo, habilitándolo para alcanzar su máximo potencial, libre de discriminaciones.
3. *Empowerment y action competence*. La EPS provee a los jóvenes de habilidad para desarrollar acciones y generar cambios. Provee un clima en el que ellos, trabajando juntos con sus docentes y otros, pueden aumentar la sensación de poder alcanzar sus objetivos. El *empowerment* (empoderamiento) de los jóvenes, vinculado a sus visiones e ideas, los habilita para influir en sus vidas y condiciones de vida. Esto se logra a partir de políticas y prácticas educativas de calidad, que proveen oportunidades para la participación en la toma de decisiones críticas.
4. *Clima escolar*. La EPS hace hincapié en el clima escolar, tanto físico como social, como un factor crucial para promover y mantener la salud. El clima escolar es un recurso invaluable para la efectividad de la promoción de la salud, dentro de las políticas dirigidas a promover el bienestar. Incluye la formulación y monitoreo de niveles de salubridad y seguridad y la introducción de adecuadas estructuras de gestión.
5. *Curriculum*. El currículo de la EPS provee oportunidades para los jóvenes de incrementar sus conocimientos y percepciones y adquirir habilidades esenciales para la vida. Debe ser relevante para las necesidades de los jóvenes, tanto presentes como futuras, estimulando su creatividad e impulsándolos a aprender y proveerse de los conocimientos necesarios. Asimismo, es una inspiración para los docentes y otros trabajadores en la escuela y se dirige a estimular sus propios desarrollos profesionales y personales.
6. *Formación docente*. La formación docente es una inversión en salud además de educativa. La legislación, además de los incentivos apropiados, debe guiar la estructura de formación docente, tanto inicial como en servicio, utilizando el marco conceptual de la EPS.
7. *Midiendo los logros*. Las EPS valoran la efectividad de sus acciones en la escuela y la comunidad. La medición de sus logros es una forma de apoyo y empoderamiento y un proceso a través del cual los principios de la EPS pueden ser aplicados en sus máximos potenciales.
8. *Colaboración*. Compartir responsabilidades y la estrecha colaboración entre ministerios, especialmente los de educación y salud, son requisitos centrales en la planificación estratégica de promoción de la salud en el ámbito educativo. La colaboración demostrada a nivel nacional se refleja en los niveles regionales y locales. Todas las partes deben establecer y clarificar sus roles, responsabilidades y mecanismos de control.
9. *Comunidades*. Los padres y la comunidad educativa juegan un rol fundamental, liderando, sustentando y reforzando el concepto de EPS. Trabajando en colaboración, escuelas, padres, ONG y la comunidad local representan una poderosa fuerza para el cambio positivo. Igualmente, los propios jóvenes tienen más posibilidades de convertirse en ciudadanos activos en sus comunidades locales. Juntas, escuela y comunidad tendrán un impacto positivo en la creación de un clima físico y social dirigido a mejorar sus niveles de salud.
10. *Sustentabilidad*. Todos los niveles de gobierno deben comprometer recursos para la promoción de la salud en el ámbito educativo. Esta inversión contribuirá a largo plazo en el desarrollo sustentable de la comunidad en su totalidad. A cambio, las comunidades generarán crecientes recursos para sus escuelas.

Fuente: Elaboración propia en base a World Health Organization (24).

- Los primeros innovadores (organismos internacionales, ONG, instituciones académicas) presentan la cuestión de la PS a los agentes del sector educativo.
- El sector de la enseñanza al principio tiende a percibir la salud en términos biomédicos más que como un modelo social, lo que constituye un obstáculo en la articulación entre el sector educativo y el sanitario.
- Los servicios de salud escolares responden principalmente a un modelo de prevención tradicional.
- Las ONG trabajan temas de salud puntuales con escuelas concretas y con autoridades educativas específicas.
- Pueden producirse de vez en cuando algunos cambios rápidos, impulsados (y alimentados) por intereses políticos relacionados con temas específicos como el VIH/sida, embarazos adolescentes o las toxicomanías.
- Las iniciativas relacionadas con las propuestas de EPS, como, por ejemplo, las *Escuelas Comunitarias* o las *Ecoescuelas*, no son percibidas por la comunidad educativa como algo que tenga que ver con las EPS debido a la hegemonía del modelo biomédico de salud dentro del sector de la enseñanza.
- La adopción de terminología utilizada por las EPS suele no encontrar su equivalente en los cambios reales en la práctica.

PONIENDO EL FOCO EN LA DIALÉCTICA ENTRE SUJETOS E INSTITUCIONES

Tomando como base los principios enunciados a partir de la citada Primera Conferencia de la *Red Europea de Escuelas Promotoras de Salud* (ver Cuadro 1), Bjarne Bruun Jensen (25) realiza un análisis comparativo de un gran número de experiencias de PS en instituciones educativas. A partir del mismo, identifica la coexistencia de dos grandes paradigmas bien diferenciados, presentes en los abordajes que articulan educación y salud. Consideramos que su análisis se encuentra en la misma línea de las citadas críticas sociológicas a la PS en general y, en particular, identifica la principal fuente de debilidad que impide que la mayoría de propuestas y experiencias de EPS superen la fase experimental inicial de su institucionalización.

A continuación, sintetizamos las principales características de los dos paradigmas identificados por Jensen (25), el *moralista* y el *democrático*, en torno a las siguientes dimensiones teórico-prácticas: a) *concepción de salud*, b) *marco pedagógico*, c) *marco operativo*, d) *evaluación*. Asimismo, retomando aportes de la teoría social, la pedagogía y reflexiones recientes del campo de la PS, incorporamos una quinta dimensión analítica: e) *concepción de subjetividad*, desde la que pueden articularse las anteriores, contribuyendo al análisis de los límites y potencialidades de las biopolíticas de PS en la actualidad.

PARADIGMA MORALISTA

Como se ilustra en el Cuadro 2, desde el *paradigma moralista* –actualmente dominante en los abordajes que articulan educación y salud–, se reproduce una concepción de salud definida y normativizada desde los discursos biomédicos: orientada hacia la enfermedad como un problema individual, bloqueando su apertura hacia la problematización y/o transformación de sus dimensiones sociopolíticas y de las condiciones estructurales en las que se enmarcan. Esto explica en parte el retroceso que éstas significan con relación a las definiciones más complejas, sociopolíticas y holistas del bienestar individual y

colectivo, que fueron surgiendo a partir de las diversas críticas y experiencias desarrolladas desde la medicina social y que fueron parcialmente plasmadas en los documentos de la OMS (3,4,7,32). Por ende, desde este paradigma se contribuye a los procesos de naturalización y reproducción de las actuales condiciones de desigualdad e inequidad en el acceso a los derechos humanos, en general, y de la salud, en particular (25,26).

Asimismo, el marco pedagógico, el currículum oculto y el tipo de relación docente-estudiante retomados en este paradigma están basados en el *modelo bancario*: la imposición de normas y saberes sancionados científicamente sobre los *cuerpos dóciles* de los estudiantes, evaluables *objetivamente* a partir de diversos dispositivos institucionales (13,28). Desde este tipo de dispositivos, las biopolíticas de PS en las instituciones educativas buscan imponer *concepciones racionales del bienestar* y de las *conductas saludables* sin tener en cuenta las definiciones, experiencias y reflexividades de los sujetos implicados.

Desde el paradigma hegemónico, las dimensiones que definirían a una *escuela saludable* serían mensurables solo a partir de *datos objetivos*: cambios observables en las conductas de sus agentes, mejoramiento en las condiciones físicas del ambiente escolar, etc. (ver Cuadro 2). Asimismo, recurre a conceptos como "factor", "grupo" y "comportamiento de riesgo", utilizados especialmente en estrategias de investigación e intervención en prevención de VIH/sida e infecciones de transmisión sexual. Sin embargo, como se ha demostrado en numerosos estudios, estas categorías generan mayores consecuencias negativas, en términos técnicos, sociales y políticos, que beneficios. Los prejuicios contra los denominados "grupos de riesgo", la despreocupación de los que no encuadran en ellos y la culpabilización de los individuos que se infectan por, supuestamente, "adoptar comportamientos de riesgo", son algunos ejemplos de los efectos negativos generados por el uso de estos conceptos. Asimismo, al aplicárselos habitualmente a los jóvenes, contribuyen a la *negativización* de las juventudes (4,13,14).

Finalmente, partiendo de la concepción moderna clásica del individuo, se concibe a las conductas como elegidas, mantenidas y cambiables individualmente, responsabilizando a los

Cuadro 2. DOS PARADIGMAS EN LOS ABORDAJES DE EDUCACIÓN Y SALUD (EPS).

| DIMENSIONES | PARADIGMA MORALISTA | PARADIGMA DEMOCRÁTICO |
|----------------------------|---|---|
| CONCEPCIÓN DE SALUD | <ul style="list-style-type: none"> ■ Categoría cerrada: modelo médico hegemónico. ■ Orientado hacia la enfermedad como problema individual. | <ul style="list-style-type: none"> ■ Categoría abierta: crítica al modelo médico hegemónico. ■ Condiciones y experiencias personales. ■ Bien común - derecho de ser. |
| MARCO PEDAGÓGICO | <ul style="list-style-type: none"> ■ Objetivo: cambio de conductas. ■ Moralista/totalitario/bancario. ■ Escuelas saludables. | <ul style="list-style-type: none"> ■ Objetivo: acción-competencia. ■ Democrático/participativo/dialógico. ■ Escuela promotora de salud. |
| MARCO OPERATIVO | <ul style="list-style-type: none"> ■ Docente como modelo de rol (fumar, alcohol, nutrición). ■ Ambiente escolar: comida de buffet, áreas libres de tabaco, etc. ■ Escuela-comunidad: profesionales médicos participan en la escuela y las actividades áulicas. | <ul style="list-style-type: none"> ■ Docente abierto, democrático, escuchando y cooperativo. ■ Ambiente escolar: estimulante, proyectos participativos. ■ Escuela-comunidad: agentes escolares y estudiantes como sujetos críticos/transformadores de sus condiciones de vida personales y sociopolíticas. |
| EVALUACIÓN | <ul style="list-style-type: none"> ■ Medición de cambios en las conductas de los estudiantes (sancionadas científicamente). | <ul style="list-style-type: none"> ■ Análisis de las competencias de los estudiantes (reflexividades, críticas, proyectos, compromiso). |
| CONCEPCIÓN DE SUBJETIVIDAD | <ul style="list-style-type: none"> ■ <i>Identidad-idem</i>: sustancialista: individuo-autocentrado, racional. ■ Escisión mente-cuerpo. ■ Moral basada en el deber: subordinación de la voluntad a la razón expresada en normas instituidas. | <ul style="list-style-type: none"> ■ <i>Identidad-ipse</i>: dialéctica, intersubjetiva, otro constitutivo. ■ Totalidad dialéctica teoría-práctica. ■ Ética como proceso político: autonomía basada en las reflexividades y el poder instituyente de los sujetos. |

Fuente: Elaboración propia en base a Ayres (3,4), Jensen (25,26), Menéndez (27), Freire (28), Ricoeur (29), Castoriadis (30), Mogensen (31).

agentes por las consecuencias negativas que las mismas puedan tener en relación a parámetros de "conductas saludables" establecidos científicamente (4,7-9,25). En este sentido, el investigador y médico sanitarista José Ricardo Ayres (4) considera que uno de los obstáculos principales para la transformación del campo de la PS en la actualidad es la persistencia de concepciones de sujeto ancladas en la definición clásica de la modernidad: individuo racional, autocentrado y autosuficiente, cuya moral se haría autónoma al someter la propia voluntad a los imperativos de la razón (materializados en saberes científicamente sancionados y en normas institucionales). Desde aquí podemos criticar la definición de *empoderamiento* propuesta por la OMS:

...un proceso social, cultural, psicológico o político mediante el cual los individuos y los grupos sociales son capaces de expresar sus necesidades, plantear sus preocupaciones, diseñar estrategias de participación en la toma de decisiones y llevar a cabo acciones políticas, sociales y culturales para hacer frente a sus necesidades. (32 p.16)

A nuestro entender, esta definición da cuenta de una concepción incompleta del empoderamiento, orientada hacia el cambio de las prácticas de los individuos, considerados como ya constituidos (desde una definición esencialista), y a los que solo hay que orientar para que obtengan el control sobre sí mismos. Por otro lado, se considera a las "necesidades" como

dadas, en lugar de entenderlas como productos históricos, sociales y culturales. Por ende, las propuestas de "mayor acción política" se presentan como desconectadas y posteriores al proceso de constitución de las identidades y necesidades subjetivas (13) (b).

Desde este paradigma, las biopolíticas de PS y prevención de enfermedades desarrolladas en instituciones de salud y educativas tienden a estar subordinadas a normatividades técnicas validadas por saberes y poderes biomédicos hegemónicos, contribuyendo a la reproducción de una concepción empobrecida y reificada de las subjetividades, a la que Ayres (3), retomando a Paul Ricoeur (29), denomina *identidad-idem, mismidad*. Esta definición esencialista de sujeto tiende a colocar a las prácticas de los individuos como repeticiones de normas y saberes construidos y legitimados por las instituciones y transmitidos como información normativa. De esta manera, se tienden a naturalizar dichas normas –ocultando su carácter histórico-político– reificándose en los imaginarios efectivos institucionales e imponiéndose a los sujetos (*heteronomía*) (13,30). La hegemonía del paradigma moralista tiende a profundizar las barreras tanto epistemológicas como, fundamentalmente, simbólicas y políticas, que actualmente obstaculizan las transformaciones de las representaciones, prácticas y relaciones entre los agentes de los campos de la salud y la educación.

PARADIGMA DEMOCRÁTICO

Sin embargo, como surge tanto de los análisis y propuestas de Jensen (25,26) como de nuestros recientes trabajos de investigación/intervención (13,14), en muchas experiencias de PS en escuelas actualmente se presenta un segundo paradigma al que dicho autor, retomando el primero de los ejes del citado documento de la OMS (ver Cuadro 1), denomina como *democrático*. Aunque el mismo tiene una presencia discontinua, fragmentaria y subordinada en relación al paradigma moralista-normativo, marca el horizonte hacia el cual deberían dirigirse las diversas políticas tendientes a la institucionalización y superación de la actual fase experimental inicial de las EPS.

Como se observa en el Cuadro 2, el paradigma democrático retoma la concepción holista y abierta de salud, desarrollada por el movimiento de la medicina social y postulada a nivel internacional por la OMS –dialéctica entre condiciones socioestructurales y las experiencias personales–, habilitando a los sujetos (tanto individuales como colectivos) para participar activamente en su redefinición. A partir del proceso de desnaturalización y reconocimiento reflexivo de las determinantes socioestructurales y sus influencias sobre las prácticas y representaciones individuales, los sujetos comienzan a desarrollar sus potencialidades para modificar ambas condiciones hacia horizontes de bienestar deseados, proyectados y creados a partir de sus propias experiencias (3,4,13,14,25,26).

En este sentido, el paradigma democrático retoma las corrientes pedagógicas críticas desarrolladas por Paulo Freire (28) (ver Cuadro 2). Para ir superando la concepción educativa bancaria, la construcción de espacios democráticos, dialógicos y participativos en las escuelas requiere ir desarrollando profundos cambios en el tipo de relación docente-estudiante y, en general, en los tipos de *climas sociales* escolares hegemónicos (15). De esta manera, a partir de una dialéctica atravesada por los conflictos sociocognitivos, se van desnaturalizando las normas y saberes institucionales, redefiniendo los vínculos entre los agentes escolares y de éstos con el resto de la comunidad (3,4,13,25,26,31).

En el marco de este paradigma, Jensen (25,26) propone que las actividades de PS en las instituciones educativas, en lugar de partir de la subordinación de las prácticas y perspectivas de los agentes a los saberes y normas institucionalizadas, deben partir de la primacía de sus acciones (*action-oriented approach*) y sus potencialidades instituyentes (ver Cuadro 2). Según estas definiciones, las acciones parten de la identificación y desnaturalización de los problemas presentes en las condiciones objetivas y subjetivas de los sujetos individuales y colectivos, dirigiéndose a su transformación a partir de cuatro momentos, que se retroalimentan permanentemente:

- a. *Conocimiento/insight*: se propicia la construcción participativa de un conocimiento coherente acerca de la naturaleza y complejidad

del problema visualizado por los sujetos: su surgimiento, desarrollo, consecuencias y posibilidades de superación. A diferencia de la mera adquisición pasiva de información, esta definición retoma el sentido constructivo y abierto de la educación, para el cual es fundamental partir de las experiencias y conocimientos anteriores de los sujetos.

- b. *Compromiso*: se encuentra articulado con el anterior y constituye un puente fundamental para lograr la dialéctica entre conocimientos y práctica. Por ello, el nivel de involucramiento y *participación genuina* de los agentes en las actividades de las EPS es uno de los principales objetivos que deben evaluarse, más que los cambios de actitudes o niveles de información.
- c. *Visiones/imágenes de futuro*: resulta fundamental incorporar desde el inicio de las actividades las diversas visiones que tienen los sujetos en torno a cómo desearían que fueran sus vidas y las condiciones socioestructurales en las que ellas se desarrollan. El desarrollo y complejización de estas imágenes de futuro son imprescindibles para lograr el involucramiento de los agentes.
- d. *Experiencias de acción*: para ir profundizando y articulando las problematizaciones y conocimientos construidos con las visiones de futuro, aumentando el compromiso de los sujetos, resulta nodal, durante todo el proceso de aprendizaje, desarrollar acciones concretas dirigidas al cambio de las condiciones socioestructurales y personales identificadas como límites para el bienestar. Si bien dichas experiencias se irán encontrando con diversos tipos de límites (condiciones que exceden las posibilidades de los agentes), servirán para ir reformulando, en un proceso dialéctico, los otros momentos de la acción, concretizándolos y mejorando sus posibilidades de generar cambios reales (25,26).

Retomando a Jensen, el especialista danés Finn Mogensen (31), profundiza esta última dimensión por considerarla central para la institucionalización del paradigma democrático de PS en las escuelas. Según este autor, la educación para la salud debe tener como responsabilidad fundamental desarrollar las habilidades, compromisos y motivaciones de los estudiantes

para enfrentar futuros problemas vinculados con sus condiciones de vida personales y sociopolíticas. Para acceder a dicho objetivo, es necesario promover en los jóvenes un *pensamiento crítico, reflexivo*, definido por cuatro dimensiones interrelacionadas:

- a. *Epistemológica*: la comprensión de la realidad por parte del sujeto sólo es posible a partir del proceso de examen y cuestionamiento de las diversas dimensiones que la constituyen. Requiere identificar, entre otros, los aspectos factuales y normativos de un problema, analizando y comprendiéndolos en un contexto histórico y estructural y desarrollando visiones de posibles estrategias de acción para enfrentarlos.
- b. *Transformativa*: los cambios involucran de manera interrelacionada tanto las dimensiones individuales de los sujetos –sus valores y prácticas–, como las colectivas y estructurales. Si bien las primeras pueden influir en el proceso de desnaturalización y en cambios parciales de las segundas, su transformación real requiere de cambios políticos y económico-sociales profundos. Poner el foco en la comunidad (educativa, local) es una mediación productiva para vincular ambos niveles, evitando la resignación y la sensación de impotencia.
- c. *Dialéctica*: se despliega en dos sentidos interrelacionados. Por un lado, requiere ver una situación desde múltiples puntos de vista, escuchando, comprendiendo y respetando a otros sujetos. Por otro lado, se vincula a una visión dinámica de la realidad, según la cual el progreso y desarrollo es posible por el cuestionamiento, crítica y modificación permanente de las prácticas actuales de los agentes buscando la reconstrucción de nuevas prácticas que no contengan las deficiencias y errores identificados. Desde la interacción entre ambos sentidos, los individuos van percibiendo sus propios límites y acrecentando su deseo de persistir en los cambios a pesar de las barreras y frustraciones.
- d. *Holista*: abarca tanto los sentimientos como la razón. Se distancia de las concepciones que definen al pensamiento solo desde sus dimensiones cognitivas e intelectuales, desplazando las emociones, sentimientos e intuiciones de los sujetos. Esta perspectiva es fundamental

para transformar la intención de actuar en una acción real, a partir de un compromiso con la misma (c).

Por ende, el paradigma democrático retoma las críticas a la definición clásica dualista del sujeto moderno (ver Cuadro 2). En la misma línea de los actuales aportes de la medicina social, a partir de un trabajo de ruptura epistemológico-práctica con el paradigma moralista hegemónico, se propone recuperar una redefinición de la subjetividad en torno a una concepción holista, dialéctica e intersubjetiva, que integre el carácter co-constitutivo de los otros en la definición de las identidades individuales y colectivas. En un proceso que necesariamente es tanto teórico como práctico, filosófico como político, se propone desplazar los sentidos actualmente hegemónicos de la *identidad-idem* hacia una (re)conceptualización de la subjetividad como un proceso de identificación nunca cerrado, en el que ocupan un lugar fundamental las relaciones cotidianas del sí mismo con los otros (*identidad-ipse*) (3,4,13,29).

Como analiza Ayres (3,4), a medida que se propicien desde las instituciones de salud y educativas los trabajos de subjetivación centrados en la *identidad-ipse*, se abren nuevas posibilidad para la construcción de un *diálogo* entre los diversos agentes que participan cotidianamente en las mismas. Este diálogo necesariamente parte de una explicitación clara y positiva del *horizonte normativo* que orienta a los sujetos, por intermedio de los aspectos contextuales y valorativos, objetivos y subjetivos, que los mismos ponen en escena (*conocimiento/insight*). Desde esta matriz del encuentro dialógico y deseante entre el sí mismo y el otro, se abre la posibilidad de generar profundas transformaciones en las relaciones entre los adultos –docentes, profesionales de la salud– y los jóvenes, ya no centradas meramente en la racionalidad científico-técnica, sino dirigiéndose hacia los diversos horizontes de *felicidad*, que incorporan también las dimensiones éticas y estéticas de la existencia (*visiones/imágenes de futuro*) (3,4,25,26) (d).

Desde aquí es posible redefinir la categoría de empoderamiento en el campo de la PS, retomando la definición de *autonomía* propuesta por Cornelius Castoriadis (30): posibilidad de los

individuos de reflexionar sobre sus relaciones co-constitutivas con las normas sociales que, si bien emanan de instituciones que tienden a reproducirlas como *imaginarios efectivos*, pueden ser desnaturalizadas y/o recreadas por los agentes, disputando sus significados a partir de sus *imaginarios radicales* (*poder instituyente*). En un proceso dialéctico y político nunca cerrado, los sujetos individuales y colectivos van apropiándose reflexivamente de los saberes que necesitan y con ellos van resignificando y/o transformando sus condiciones objetivas y subjetivas de vida. Por ende, este proceso de construcción de la autonomía –horizonte nunca alcanzable totalmente– solo se va posibilitando a partir de la transformación simultánea de las instituciones que co-constituyen a los individuos en todos los momentos de su vida (30).

A MODO DE CIERRE Y APERTURA: REPOLITIZANDO LAS BIOPOLÍTICAS DE SALUD Y EDUCACIÓN

A partir de los desplazamientos en las concepciones de subjetividad y autonomía presentes en el paradigma democrático es posible una redefinición teórico-práctica del campo de la PS como un abordaje ético-político integral cuyos sentidos se dirigen hacia la comprensión de la salud como *derecho de ser*. Con esta última categoría, la investigadora Roseni Pinheiro (34), retomando la filosofía política arendtiana, pone en el centro de las políticas de salud el derecho a ser diferente y el respeto público de esas diferencias. De esta manera, si toda vida es fuente de valor, la salud es un bien común, por lo que es fundamental para su cuidado y promoción el reconocimiento del *ethos*, entendido como el mundo que habitan los seres humanos, es decir, el modo como los sujetos organizan y valorizan su propia vida, tanto en la esfera privada como en las singularidades producidas colectivamente.

Por ende, en la línea de las citadas reflexiones de Heller y Fehér (1,12), desde el paradigma democrático se abre la posibilidad a una *repolitización de las biopolíticas* en los campos de la salud y la educación, redefiniéndolas como *prácticas de libertad* que, según Arendt (11), solo pueden emerger en un *espacio público*:

...un espacio entre los hombres, que puede surgir en cualquier lugar, no existiendo un *locus* privilegiado. Es el espacio en el que los sujetos se vinculan a través de los discursos y de las acciones: actuar es comenzar, crear algo nuevo. (35 p.23)

En este sentido, desde dicho paradigma emergente es posible contribuir, simultáneamente, a la articulación, recuperación crítica e institucionalización de la PS en general y en las instituciones educativas en particular, a partir de las siguientes dimensiones centrales:

- Colocando a la salud como un campo problemático, abriendo sus sentidos al permanente proceso histórico-político de crítica, disputa y diálogo entre diversos discursos provenientes de múltiples instituciones, saberes, poderes, experiencias y situaciones individuales y colectivas.
- Retomando una concepción de la subjetividad desde la que es posible superar las definiciones esencialistas y dualistas del individuo, abriéndola a la complejidad y dinámica entre las condiciones socioestructurales y personales y habilitando a una concepción de autonomía que incorpore el carácter constitutivo de los otros.

→ Buscando potenciar el movimiento dialéctico de la experiencia social del sujeto –superando las reificaciones y dualismos del individuo autocentrado clásico–, en su permanente devenir otro consigo mismo, en su apertura desde lo *posible* en la acción hacia una novedad *imposible*.

Finalmente, articulando las dimensiones anteriores, desde este paradigma es posible recuperar el lugar estratégico de la escuela pública para la reformulación de políticas de subjetividad en el actual contexto de nuestras sociedades democráticas. Las citadas concepciones de salud y subjetividad establecen una ruptura con las concepciones individualistas que piensan el éxito de las acciones educativas y/o de PS solo desde la adquisición de información y/o el cambio de actitudes, evidenciando la importancia fundamental que tienen las instituciones en general, y en especial las educativas, en la dialéctica constitutiva de las identidades individuales y colectivas y, por ende, en la promoción de subjetividades democráticas, reflexivas y críticas, tanto en relación a sí mismas como en sus vínculos con los otros y con sus condiciones sociopolíticas de vida.

NOTAS FINALES

a. Las reuniones de la *Red Latinoamericana de Escuelas Promotoras de la Salud* fueron: I) 1996, en Costa Rica, con una afiliación inicial de 10 países; II) 1998, en la ciudad de México; III) 2002, en Quito; IV) 2004, en San Juan, Puerto Rico, de la que participaron 115 asistentes provenientes de 26 países; V) 2007, en Palmas, Brasil. La *I Reunión de la Red Caribeña de Escuelas Promotoras de la Salud* se realizó en 2001 y la II en 2006.

b. Para una revisión crítica de los múltiples sentidos de la categoría *empowerment* en el campo de la promoción de la salud, ver Carvalho (33).

c. Para una revisión y aplicación de las propuestas de Jensen y Mogensen a estrategias de educa-

ción sexual y prevención de VIH/sida desarrolladas por nuestro equipo en escuelas medias públicas de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y la ciudad de Junín (provincia de Buenos Aires), ver 13,14,15.

d. "Nosotros, efectivamente, no nos hemos preguntado, cuando dialogamos sobre la salud, sobre lo que sueñan las personas (nosotros mismos) para la vida, para el buen vivir, para la salud. Al fin y al cabo, ¿cuál es nuestro "vacío" soñado, cuando nos hallamos lidiando con cada uno de los diferentes obstáculos que encontramos en nuestro camino hacia la salud? Sin dedicarnos consecuentemente a esta reflexión, nos vemos condenados a la negatividad de la enfermedad para definir la salud y al conocimiento de sus regularidades para saber como controlarlas" (3 p.10).

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Heller A, Fehér F. Biopolítica. La modernidad y la liberación del cuerpo. Barcelona: Península; 1995.
2. Watson J, Platt S. Connecting policy and practice. The challenge for health promotion research. En: Watson J, editor. Researching Health Promotion. Londres: Routledge; 2000.
3. Ayres JRCM. Conceptos y prácticas en salud pública: algunas reflexiones. Revista de La Facultad Nacional de Salud Pública. 2002;20(2):67-82.
4. Ayres JRCM. Adolescência e vulnerabilidade ao HIV/aids: avaliação de uma estratégia de prevenção entre escolares de baixa renda na cidade de São Paulo. Divulgação em Saúde para Debate. 2003;(29):93-114.
5. Tedesco JC. ¿Son posibles las políticas de subjetividad? En: Tenti Fanfani E, compilador. Nuevos temas en la agenda de política educativa. Buenos Aires: IIPE, UNESCO, Siglo XXI; 2008.
6. Foucault M. Naissance de la biopolitique. En: Annuaire du collège de France, 79e année. Histoire des systèmes de pensée, année 1978-1979. París: Collège de France; 1979. p. 367-372.
7. Mattos RA. Cuidado prudente para una vida decente. En: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. Cuidado. As fronteiras da integralidade. Río de Janeiro: IMS/UERJ, CEPESC, ABRASCO; 2005.
8. Illich I. Némesis Médica. México DF: Joaquín Mortiz; 1978.
9. Illich I. In the mirror of the past, lectures and addresses, 1978-1990. Nueva York: Marion Boyars; 1992.
10. Nogueira RP. A segunda crítica social da Saúde de Ivan Illich. Interface - Comunicação, Saúde, Educação. 2003;7(12):185-190.
11. Arendt H. ¿Qué es política? Barcelona: Paidós; 1997.
12. Ortega F. Biopolíticas da saúde: reflexões a partir de Michel Foucault, Agnes Heller e Hannah Arendt. Interface - Comunicação, Saúde, Educação. Sep.2003-feb.2004;8(14):9-20.
13. Kornblit AL, Mendes Diz AM, Di Leo PF, Camarotti AC. Entre la teoría y la práctica: algunas reflexiones en torno al sujeto en el campo de la promoción de la salud. Revista Argentina de Sociología. 2007;5(8):11-27.
14. Mendes Diz AM, Camarotti AC, Di Leo PF, Godio C. Previnendo la transmisión del VIH/sida entre jóvenes en escuelas medias de la ciudad de Junín. Tramas. 2007;(28):195-220.
15. Di Leo PF. Subjetivación, violencias y climas sociales escolares. Un análisis de sus vinculaciones con experiencias de promoción de la salud en escuelas medias públicas de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. [Tesis Doctoral en Ciencias Sociales]. Buenos Aires: Facultad de Ciencias Sociales; UBA; 2009.
16. Young I. Health promotion in schools - a historical perspective. Promotion & Education. 2005;12(3-4): 112-117.
17. Allensworth D. Health Education: State of the Art. Journal of School Health. 1993;63(1):14-20.
18. Cerqueira MT. Las escuelas promotoras de salud en las Américas. Salud Mundial. 1996; año 49.
19. Hamburg MV. School health educations: what are the possibilities? En: Cortese P, Middleton K, editores. The comprehensive school health challenge: promoting health through education. Santa Cruz, California: ETR Associates; 1994. vol. 1.
20. Henderson AC. The importance of a healthy school environment. En: Cortese P, Middleton K, editores. The comprehensive school health challenge: promoting health through education. Santa Cruz, California: ETR Associates; 1994. vol. 1.
21. Organización Panamericana de la Salud. Educación para la salud en el ámbito escolar: una perspectiva integral. Washington DC: OPS; 1995. (HSS/SILOS-37).
22. Organización Panamericana de la Salud. Escuelas promotoras de salud: modelo y guía para la acción. Washington DC: OPS; 1996. (HSP/SILOS-36).
23. Organización Panamericana de la Salud. Escuelas promotoras de salud. Entornos saludables y mejor salud para las generaciones futuras. Washington DC: OPS; 1998 (Comunicación para la Salud 13).
24. World Health Organization. First Conference of the European Network of Health Promoting Schools "The Health promoting school an investment in education, health and democracy";

- Conference Report; 1-5 de mayo de 1997; Thessaloniki-Halkidiki, Grecia [En línea] World Health Organization, Regional Office for Europe [fecha de acceso 23 de octubre de 2009]. URL disponible en: <http://www.euro.who.int/document/e72971.pdf>
25. Jensen BB. A case of two paradigms within health education. *Health Education Research. Theory & Practice*. 1997;12(4):419-428.
26. Jensen BB, Simovska V. Involving students in learning and health promotion processes - clarifying why? what? and how?. *Promotion & Education*. 2005;12(3-4):150-156.
27. Menéndez EL. El modelo médico y la salud de los trabajadores. *Salud Colectiva*. 2005;1(1):9-32.
28. Freire P. *Pedagogía del oprimido*. Madrid: Siglo XXI Editores; 1997.
29. Ricoeur P. *Sí mismo como otro*. México DF: Siglo XXI Editores; 1996.
30. Castoriadis C. Poder, política, autonomía. En: Castoriadis C. *Un mundo fragmentado*. Buenos Aires: Altamira; 1997.
31. Mogensen F. Critical thinking: a central element in developing action competence in health and environmental education. *Health Education Research. Theory & Practice*. 1997;12(4):429-436.
32. Organización Mundial de la Salud. *Promoción de la Salud. Glosario* [En línea] Ginebra: WHO; 1998 [fecha de acceso 23 de octubre de 2009] WHO/HPR/HEP/98.1. URL disponible en: http://www.bvs.org.ar/pdf/glosario_sp.pdf
33. Carvalho SR. Promoción de la Salud, "empowerment" y educación: una reflexión crítica como contribución a la reforma sanitaria. *Salud Colectiva*. 2008;4(3):335-347.
34. Pinheiro R. Cuidado como um valor: um ensaio sobre o (re)pensar a ação na construção de práticas eficazes de integralidade em saúde". Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. *Razões públicas para a integralidade em saúde: o cuidado como valor*. Río de Janeiro: CEPESC, IMS/UERJ, ABRASCO; 2007.
35. Ortega F. *Para uma política da amizade: Arendt, Derrida e Foucault*. Río de Janeiro: Relume Dumará; 2000.

FORMA DE CITAR

Di Leo PF. La promoción de la salud como política de subjetividad: constitución, límites y potencialidades de su institucionalización en las escuelas. *Salud Colectiva*. 2009;5(3):377-389.

Recibido el 20 de marzo de 2009

Versión final presentada el 6 de julio de 2009

Aprobado el 22 de julio de 2009