

Educación para la salud:

horizontes y estrategias recurrentes en Argentina (1970-1980)

Carla Reyna^(a)

Reyna C. Education for health: recurring strategies and perspectives in Argentina (1970's-1980's). *Interface (Botucatu)*. 2018; 22(67):1053-64.

This article analyzes the changes that took place in the education for health policy in Argentina, under the Primary Health Care strategy. The objective was to identify the reception of international recommendations and their local circulation and reproduction. The first section analyzes, at the end of the 1960's, the context of the hegemonic crises of the health care model in Latin America, the answers for the legitimacy of the Primary Health Care strategy in international meetings, and the proposal of a new disciplinary perspective in preventive education. The second section focuses on the reception of these ideas in Argentina during the 1970's, according to the editorial characteristics of the *Education for Health* magazine, published by the Education for Health Department, during the 1970's and 1980's.

Keywords: Education for health. Primary health care. Public Health. Public Health in Argentina.

Este artículo analiza las transformaciones de la política de educación para la salud en Argentina, enmarcadas en la estrategia de Atención Primaria de la Salud. El objetivo fue identificar la recepción de las recomendaciones internacionales y su circulación y reproducción local. La primera sección revisa, a fines de los 1960, el contexto de crisis hegemónica del modelo sanitario en América Latina; las respuestas de legitimación de la estrategia de Atención Primaria de la Salud en encuentros internacionales y la propuesta de un nuevo horizonte disciplinar en educación preventiva. El segundo apartado focaliza en la recepción de estas ideas en Argentina en la década de 1970, según las características editoriales de la revista "Educación para la Salud", publicada por el Departamento de Educación para la Salud, durante el período 1970-1980.

Palabras clave: Educación para la salud. Atención primaria de la salud. Salud Pública. Salud Pública Argentina.

^(a) Doctoranda en Estudios Sociales de América Latina, Instituto de Estudios para el Desarrollo Social, Universidad Nacional de Santiago del Estero. Avenida Belgrano Sur 2100, C.P. 4200. Santiago del Estero, Argentina. reynacarla.e82a@gmail.com

Introducción

Luego del golpe militar de 1955, la política de salud pública argentina se caracterizó por la proscripción al peronismo, momento en que cobraron mayor peso las recomendaciones de los organismos sanitarios internacionales. Bajo este influjo, las endemias y los brotes epidémicos fueron vistos como intersticios de inestabilidad social, de modo que la prevención de las enfermedades y el estímulo al desarrollo económico mediante iniciativas comunitarias fueron los dos ejes centrales del modelo sanitario recomendado. La modernización de las sociedades latinoamericanas dependía de una rigurosa planificación y de una eficiente racionalización de los programas en el sector¹⁻⁴.

El impulso otorgado a la educación para la salud en el país durante los años 1960 fue notorio. La impronta de la Organización Mundial de la Salud y de la Organización Panamericana de la Salud se reflejó en las ayudas financieras que se concentraron en el otorgamiento de becas de formación de expertos argentinos en el exterior y de auxiliares en el interior, en la organización de encuentros nacionales e internacionales sobre la disciplina, en la asistencia de consultores, en el desarrollo de investigaciones, de experiencias piloto comunitarias y escolares y en la creación de resortes legales, como la Ley n° 15.767, de "Interés Nacional de la Educación Sanitaria" (1960), y de dispositivos editoriales: informes técnicos, revistas de salud pública y especializadas en instrucción sanitaria⁵.

En 1960 el Departamento de Educación para la Salud, bajo la dependencia del Ministerio de Asistencia Social y Salud Pública de la Nación, comenzó a publicar la revista "Educador Sanitario" y, con una frecuencia trimestral, alcanzó a editar durante la década 30 números. La Revista constituyó un vehículo de divulgación de las prescripciones metodológicas, teóricas y temáticas de los organismos internacionales para docentes, personal de salud y asociaciones civiles, involucrados en actividades de salud comunitaria. Asimismo, sus páginas buscaron proyectar el apoyo financiero recibido de la Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud y las actividades técnicas del Departamento a nivel federal⁵.

En 1970, la Revista tomó un giro editorial. Comenzó a publicarse bajo el título "Educación para la Salud", anunciando las transformaciones técnicas y la pertinencia de una nueva concepción disciplinar en el marco de un emergente modelo internacional en salud pública. No obstante, fue notorio el retiro de las ayudas financieras al Estado, visible en la reducida formación de cuadros técnicos, en la mayor participación de las asociaciones civiles en las campañas preventivas y en la menor frecuencia de las publicaciones de la Revista.

Las rupturas en la política argentina de educación para la salud durante la década se precipitaron no sólo por la actitud refractaria de las agencias sanitarias internacionales, sino también por el clima de hostilidad institucional que atravesaba el país. Las intermitencias democráticas, inauguradas por el Golpe de Estado encabezado por Juan Carlos Onganía (1966-1969), generaron un frecuente recambio burocrático y la progresiva desjerarquización del Departamento a Sección de Educación para la Salud, que pasó a depender de la Subárea de Promoción y Protección de la Salud de la Secretaría de Salud Pública de la Nación. Estos vaivenes institucionales causaron la remoción y reducción habitual de los equipos de redacción de la Revista y le imprimieron un perfil corporativo.

En esta línea, el presente trabajo tiene una doble inscripción epistemológica. En primer lugar, se ubica en el campo de la historia de la salud pública en América Latina⁶⁻¹⁵. En segundo lugar, integra un grupo de estudios que emergieron en la última década en la región, ligados al heterogéneo universo de formatos, dispositivos y actores en la enseñanza de prácticas vinculadas a la salud desde la esfera estatal^{5,16-19}.

Dentro del corpus de investigaciones que tomamos como referencia, se encuentran los trabajos que abordan la circulación transnacional de saberes, ideas y expertos. Éstos puntualizan en la conformación de elites estatales que, en coyunturas particulares, funcionan como bisagras entre las potencias hegemónicas y los países en desarrollo. Exploran también los mecanismos de estandarización de los saberes expertos: la legitimación de discursos, la movilización de dispositivos y de recursos técnicos y el desplazamiento de los expertos desde la esfera política/estatal para llegar a la sociedad a través de la notoriedad mediática. No obstante, el influjo de estos saberes supone una reformulación creativa atravesada por los mecanismos y argumentos de legitimación locales^{20,21}. Un segundo grupo de

estudios que nutren nuestro análisis son los de Mónica Petracci y Silvio Waisbord sobre la histórica relación entre comunicación, educación y promoción de la salud y su constitución como esferas casi indiferenciadas. Sostienen que la confluencia de estas áreas disciplinares refleja “[...] la visión instrumental imperante en ópticas de salud y en ámbitos destinados a la formulación e implementación de políticas públicas de salud”²² (p. 11).

En línea con estas ideas, el objetivo de este artículo es estimular la reflexión sobre la participación de los Estados miembro en las “convenciones” sanitarias mundiales durante la era desarrollista y, en este marco, identificar en el país las rupturas y las continuidades de la política de educación para la salud. El trabajo se organiza –temática y metodológicamente– en dos secciones. En la primera se revisa, a fines de los sesenta del siglo XX, el contexto de crisis hegemónica del modelo sanitario en América Latina; las respuestas de legitimación de la estrategia de Atención Primaria de la Salud (de ahora en adelante, APS) y la propuesta de un nuevo horizonte disciplinario en educación preventiva. Se analizan documentos oficiales de la Organización Mundial de la Salud (de ahora en adelante, OMS) y de la Organización Panamericana de la Salud (de ahora en adelante, OPS) emitidos en encuentros internacionales. La segunda sección se centra en la recepción de aquellas ideas en Argentina en la década de 1970. Con este propósito, se examinan las características editoriales de la revista “Educación para la Salud”^(b).

^(b) El cambio de titulación de la Revista, de la repartición, de los integrantes de su equipo de redacción durante el período 1960-1980 dificultan el ejercicio de escritura y pueden confundir al lector en la interpretación del análisis editorial. Por este motivo, de aquí en adelante, se opta por el término Revista para hacer referencia en forma genérica a la editorial publicada en forma oficial por la cartera sanitaria en Educación para la Salud a nivel central.

La crisis hegemónica y la legitimación de un “nuevo consenso internacional”

El Plan Decenal de Salud Pública 1962-1971 rubricado en la Alianza para el Progreso (Punta del Este, 1961) se constituyó en la credencial para el financiamiento y las inversiones que lograrían modernizar a las naciones latinoamericanas. La adopción de una perspectiva pretendidamente tecnocrática sería el garante operativo del desarrollo socio-económico^{3,23}. No obstante, los regímenes dictatoriales en diferentes países de la región estimularon la volatilidad de los elencos burocráticos y la discontinuidad de las políticas públicas. Como señala Marcos Cueto, este escenario marcó la brecha entre los objetivos de la Alianza y los resultados alcanzados, provocando la suspensión de las ayudas financieras y de los programas en curso⁴.

La búsqueda de un “nuevo consenso mundial” en la segunda mitad de los sesenta en el siglo pasado fue una clara evidencia de la crisis hegemónica del modelo sanitario. Los organismos internacionales emplearon como argumentos de peso el éxito de arquetipos alternativos de salud en países en desarrollo, propiciados por la alianza de las iniciativas privadas, las escuelas y las comunidades para atender las principales necesidades de salud de la población. Las retóricas de legitimación ponían el foco en la persistencia de un enfoque limitado a la curación debido a un excesivo número de médicos, cuestionando asimismo la necesidad de más servicios de salud y de una mayor transferencia tecnológica^{4,24}.

Estas experiencias e ideas fueron abonando el terreno para la concertación de la estrategia de APS, que comprueba sus orígenes mucho antes de su declaración oficial en la Reunión de Alma-Ata (1978). El modelo de atención primaria propuesto integraba la educación preventiva y la erradicación de las principales endemias y epidemias, las inmunizaciones, la provisión de alimentos y de agua potable, la asistencia materno-infantil, el control de natalidad y el suministro de medicinas esenciales. La descentralización de estos servicios en pequeñas postas

sanitarias permitiría que la capacidad hospitalaria fuese eficaz, reservada para casos clínicos complejos que viniesen a requerir la intervención de personal especializado y de mayor tecnología²⁵.

En efecto, las convocatorias internacionales durante los años 1970 fueron sesiones preparatorias para afianzar la "nueva" estrategia de salud pública. Una de las más importantes por su afluencia fue la Tercera Reunión Especial de Ministros de Salud de las Américas (1972) que se celebró en Chile bajo el auspicio del Segundo Decenio de las Naciones Unidas para el Desarrollo (1971-1980). El eje de este encuentro fue la ampliación de la cobertura sanitaria mediante líneas de acción preventivas y la definición de un primer nivel de atención para racionalizar la capacidad hospitalaria. Las principales recomendaciones no guardaron cambios sustanciales con el período anterior: establecer un calendario oficial de vacunación obligatoria, sistemática y masiva; disminuir la incidencia de las enfermedades de transmisión sexual; identificar y reducir la distribución y la frecuencia de la enfermedad de Chagas-Mazza y de la lepra; reducir las tasas de mortalidad infantil por infecciones entéricas; implementar programas materno-infantiles para la institucionalización de los partos y la cobertura de niños menores a un año en un 90%; estimular el diagnóstico y el tratamiento precoz de las enfermedades cardiovasculares y del cáncer; regular la dinámica de la población mediante el control de la natalidad; fomentar la salud dental a través de programas escolares; intensificar las acciones de saneamiento ambiental; promocionar la salud ocupacional y la higiene industrial y prevenir los accidentes viales²⁶.

La eficacia de las áreas programáticas señaladas dependía de una política de educación para la salud con un mayor anclaje en el curriculum escolar. Aunque la participación del magisterio en estas tareas fue histórica, siempre se caracterizaron por ser extra-áulicas o extracurriculares. Éstos representaron indicios sobre cómo el cambio deseado en las prácticas sanitarias buscó una vía más diligente y económica. La plasticidad cognitiva de los educandos para asimilar estas pautas podría soslayar las supuestas resistencias socio-culturales en el seno familiar; el trabajo sanitario de los y las docentes sortearía la persistente escasez de personal de salud en zonas relegadas.

Estas ideas se replicaron en la XXVIII Asamblea Mundial de la Salud (Ginebra, 1975) en la que por primera vez se proclamó a la estrategia de APS como materia prioritaria y urgente para lograr la extensión de la cobertura y la satisfacción de las necesidades básicas de la salud comunitaria²⁷. Del mismo modo, la IV Reunión Especial de Ministros de Salud de las Américas, que se celebró en Washington en 1977, tuvo como base el documento de la OMS "Extensión de la cobertura de servicios de salud con las estrategias de atención primaria y participación de la comunidad". La convocatoria tuvo por propósito analizar las dificultades técnicas y financieras para su implementación y la normatividad del concepto, adaptable a las circunstancias nacionales^{28,29}.

Finalmente, la consagración mundial tuvo lugar en 1978, en la Conferencia Internacional oficiada en la ex-Unión Soviética, también conocida como Declaración de Alma-Ata. Bajo el lema "Salud para todos en el año 2000", se prescribía que la asistencia debería ser acorde "a un costo que la comunidad y el país puedan soportar"²⁵. En este encuentro la educación para la salud había sido postulada como un componente central de la estrategia. Favorecería los procesos de organización comunitaria para identificar necesidades, inducir prioridades y buscar alternativas de solución con recursos locales. Sin duda, la experiencia de estos países que sedimentaron los antecedentes de la estrategia de APS reflejaba la incapacidad estatal para atender las necesidades sanitarias de los sectores más postergados. Este escenario institucional no era extraño para algunos Estados latinoamericanos, en los que la irrupción de dictaduras militares favoreció la recepción del modelo, que transfirió la responsabilidad y los costos de su salud a la propia comunidad. De este modo, se legitimó un concepto polisémico y dinámico, adaptable a las necesidades sentidas de los pobladores y reductible a los recursos disponibles en cada contexto.

Para el caso argentino, la reestructuración del sistema sanitario en términos de centralización normativa y descentralización ejecutiva durante los sesenta generó dificultades técnicas y financieras de largo aliento al transferir a las provincias la sanidad pública. Esta situación se profundizó cuando se sancionó la Ley de Obras Sociales n° 18.610 en 1970, que prescribió para los trabajadores en relación de dependencia que la atención médica fuese cubierta por prestadores privados. Según Susana Belmartino, a fines de la década de los setenta en el siglo XX, la cobertura sanitaria del 75% de la población era provista por obras sociales, medicina prepaga, mutuales o bien por el abono directo de

los honorarios médicos. El 25% restante acudía a los servicios públicos de salud, que desde gestiones anteriores ya presentaban serios problemas de infraestructura y personal reducido^{1,30}. En este sentido, la heterogeneidad y la fragmentación del sistema sanitario en el marco de sucesivos gobiernos dictatoriales, propició que Argentina se adhiriera formalmente a la tendencia mundial de APS.

La revista *Educación para la Salud*: nuevos horizontes, estrategias recurrentes

Según la editorial, el retorno de la Revista en 1970 bajo el título “Educación para la Salud” se debía a un reordenamiento de los lineamientos generales de la doctrina, enfocados en las ciencias de la conducta y de la educación³¹.

La salud fue definida como un equilibrio dinámico entre el sujeto y su medio natural y social y debía ser coherente con una nueva concepción disciplinar y metodológica. Este viraje discursivo manifestaba la necesidad de despojar al término “sanitario” de su connotación intervencionista, una visión heterónoma y verticalista, por otra que implicara la responsabilidad y el autocuidado de la salud a través de procesos educativos. Los nuevos lineamientos debían ser compatibles con los umbrales ideológicos de la “realidad argentina” y, desde esta óptica, las escuelas fueron vistas como centros promotores de salud comunitaria.

Durante el período 1970-1980 en las secciones de la Revista se transcribieron, con algunas adaptaciones locales, fragmentos de los informes técnicos de la OMS, la OPS, la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO) y de la revista “Salud Mundial” editada por la OMS. Las nuevas prescripciones técnicas sobre educación para la salud se conjugaron con material gráfico de producción local, entre ellos representaciones estadísticas, fotografías, caricaturas y viñetas humorísticas. En 1971 las ediciones pasaron de una frecuencia cuatrimestral a una semestral, pero con una tirada gratuita que pasó de 20.000 a 40.000 ejemplares, distribuidos en el país y en el extranjero. El eje central de cada número se estructuró en base a la problemática destacada en el Día Mundial de la Salud, el 7 de Abril, conmemorativo del aniversario fundacional de la OMS. Las secciones más destacadas por su continuidad fueron los segmentos sobre actualización disciplinar en ciencias de la conducta y de la educación en el área de salud pública; sobre metodologías y ayudas audiovisuales; un apartado sobre las actividades técnicas desarrolladas por el Departamento; reportajes a instituciones públicas y privadas vinculadas a experiencias de participación comunitaria; una sección dedicada al homenaje de figuras masculinas destacadas de la medicina argentina; noticias breves nacionales e internacionales sobre problemas y avances en salud pública y reseñas bibliográficas, muchas de ellas traducidas por la propia repartición.

“Figuras a la distancia”, el primer segmento de cada edición, veneró a célebres médicos argentinos por sus aportes al campo de la higiene y de la salud humana, como Gregorio Araoz Alfaro, Píldes Dezeo, Rodolfo Vacarezza y Manuel Carbonell entre otros. Este apartado retomó un eje habitual de otras publicaciones médicas: la celebración y homenaje de algunas personalidades icónicas de la medicina. Sólo dos mujeres fueron homenajeadas en la sección. El espacio asignado a la primera médica argentina, Cecilia Grierson, fue por considerarla una de las precursoras de la educación para la salud³². La segunda mujer destacada fue Elena Larroque de Roffo, estudiante de medicina junto a su futuro marido, el médico higienista Ángel Roffo. Tras abandonar sus estudios, Elena fue reconocida por sus contribuciones a la salud pública, como “Mujer ante todo [que] dedicó desde entonces su vida y su capacidad al triunfo del compañero y al beneficio de la humanidad”³³. Aunque fueron figuras destacadas de la medicina y de la salud pública, en estas páginas sus imágenes fueron representadas en un lugar de subordinación laboral y de una “natural” abnegación femenina.

Por otro lado, las secciones ubicadas en las últimas páginas; como la columna de humor médico, la galería de arte y “El test de las 5 preguntas”; trataron de darle a la Revista un tinte de interés general, pero, al mismo tiempo, intentaron representar al galeno desde un lugar menos autoritario y más humanizado. Aunque los mensajes de las primeras y las últimas secciones parecían contrastar, sugerían que el éxito de la salud pública provenía del esfuerzo coordinado entre el personal de salud y los ciudadanos, confrontado a las resistencias que generaban las prescripciones médicas en la consulta individual, a menudo dramatizadas como tardías o innecesarias.

En línea con estas ideas, una diferencia significativa con las publicaciones de los años 1960 fue que los temas centrales no se reforzaron con entrevistas a médicos especialistas. Esta figura se fue difuminando y el respaldo científico de los contenidos provenía del reportaje a instituciones argentinas que aportaron al avance de la salud pública, por ejemplo, el Instituto de Microbiología "Dr. Carlos Malbrán" y el Instituto "Pasteur" por sus contribuciones a desarrollo de vacunas contra la rabia canina, entre otros³⁴⁻³⁶.

El desarrollo de investigaciones en la disciplina fue una de las recomendaciones centrales enunciada en la VII Conferencia Internacional sobre la Salud y la Educación Sanitaria celebrada en Buenos Aires, en 1969, y en otros informes técnicos de la OMS³⁷⁻³⁹. Era necesario develar las dificultades técnicas y las supuestas barreras culturales que postergaban el éxito de los programas para la reorganización de éstos según focos poblacionales. Se estimaba que en América la mitad de los habitantes correspondía al estrato infanto-juvenil.

Bajo estos lineamientos, en sucesivos números la Revista reservó un espacio para difundir los avances de una investigación realizada en escuelas primarias entre 1969 y 1970, denominada "Actitudes, opiniones y conocimientos de docentes, padres y alumnos frente a la salud y la educación sanitaria". La pesquisa a nivel federal tenía por propósito regionalizar los objetivos y las acciones de los programas en educación para la salud: debían estructurarse según el perfil endémico, las epidemias más urgentes y los recursos disponibles de cada provincia/región. A estos efectos, se seleccionaron 9 jurisdicciones federales, cada una representativa de las regiones demarcadas por la Comisión Nacional de Desarrollo^(c). Se encuestaron a 9.639 maestros, a 5.290 alumnos y a 9.194 padres y madres para relevar el nivel de conocimientos sobre alimentación, inmunizaciones, primeros auxilios, saneamiento ambiental, cáncer, enfermedad de Chagas-Mazza, higiene materno-infantil, higiene buco-dental y alcoholismo. Asimismo, docentes y padres fueron consultados sobre la pertinencia de incorporar educación sexual en la currícula y sobre la propia recurrencia al curanderismo y a la enfermería doméstica para atender sus necesidades de salud^{40,41}. Las actitudes y prácticas que se pretendían sondear respecto a estas temáticas de salud demostraron el delineamiento de la política de sanidad pública argentina en torno a las áreas programáticas sugeridas en el Segundo Decenio de las Naciones Unidas para el Desarrollo en las Américas, es decir, en el marco de emergencia del modelo de APS.

En efecto, dicha investigación fue la antesala para la firma del Convenio "Argentina 3400" entre el Gobierno de la Nación y la OPS destinado al desarrollo y a la evaluación de los programas escolares en salud. Se conformaron comisiones interministeriales y, a partir de 1972, se decretó la incorporación obligatoria de unidades curriculares en salud a los programas escolares de los establecimientos estatales y en el último año del nivel de enseñanza secundario se reemplazó, como experiencia piloto, la asignatura Higiene por la de Educación para la Salud⁴².

Estas transformaciones institucionales establecieron rupturas con la década anterior y demostraron el influjo de los organismos internacionales, al canalizar los programas educativo-sanitarios a través del Ministerio de Educación de la Nación. Otra de las secciones de la Revista que adquirió notoriedad fue el espacio asignado a la difusión de las actividades de instituciones privadas en las tareas de promoción de la salud y prevención de enfermedades. La más destacada fue el Comité Argentino para la Educación Sanitaria de la Población (CAESPO) que nucleaba a particulares, a 39 asociaciones civiles y que desde 1970 contaba con 11 comités regionales^(d). Durante la década, el CAESPO contó con subsidios

^(c) Entre éstas, Capital Federal y ocho provincias: Entre Ríos, Mendoza, Jujuy, Formosa, Río Negro, Santa Cruz, Santa Fé y San Luis.

^(d) El CAESPO fue fundado en 1958 y desde entonces es miembro de la Unión Internacional para la Educación Sanitaria (UIES).

estatales para financiar la apertura de cursos de formación auxiliar, la concesión de becas, el auspicio de conferencias nacionales e internacionales y para editar publicaciones periódicas. El protagonismo otorgado a la entidad en la Revista intentó reflejar la intervención eficaz de actores para-estatales en favor de la salud comunitaria y el potencial de las organizaciones locales en la solución de sus problemas sanitarios.

Este nuevo enfoque era indicativo de que, si en la década anterior la educación para la salud fue considerada una estrategia para sensibilizar a la población sobre los modernos programas de salud pública; en el período 1970-1980 el rol asignado a la disciplina cambió de signo: debía promover el fortalecimiento de los vínculos comunitarios para fomentar un mayor distanciamiento de la tutela del Estado. En este sentido, el segmento “Cómo transmitir los conocimientos” fue un espacio dedicado a la difusión de métodos en educación para adultos, dinámica de grupos, liderazgo y coordinación, aprendizaje y diseño audiovisual. Estas precisiones técnicas permitirían lograr una óptima participación de los líderes y los grupos comunitarios en la identificación, priorización y resolución de problemas de salud locales.

La Educación para la Salud en la enseñanza sistemática

Desde 1973 los matices editoriales se hicieron más evidentes producto de las sucesivas des-jerarquizaciones del Departamento hasta alcanzar el rango de Sección de Educación para la Salud^(e). Esto provocó la caída presupuestaria para los programas y un frecuente recambio de su plantel y del equipo de redacción de la Revista. Este quiebre institucional provocó una mayor intervención del Ministerio de Educación en la política de educación para la salud. Las escuelas debían constituirse como espacios de organización colectiva para padres, vecinos, docentes e instituciones locales, en particular en zonas desprovistas de servicios sanitarios públicos.

Desde entonces, la Revista se transformó en una especie de manual en pedagogía sanitaria. Comenzó a incorporar temáticas en salud, estrategias pedagógicas y recursos didácticos para trabajar en el aula según la edad de los escolares. Una de las características destacadas fue la densidad de recursos gráficos que provocaron la reducción de las secciones. Se incorporaron más dibujos, caricaturas, viñetas humorísticas, fotografías, gráficos porcentuales y cuadros demostrativos. Además de la transcripción de informes de la OMS y de la OPS, se incluyeron extractos de despleables, afiches y folletos producidos en la Sección. Otro rasgo importante fue el aporte de material gráfico y de artículos especializados provistos por medios de comunicación privados y por las revistas de organismos estatales, como Revista Gente, 7 Días, Seguridad Industrial de Yacimientos Petrolíferos Fiscales (YPF), Editorial Abril, Gas del Estado y Nestlé S.A. entre otras.

Estos contenidos fueron organizados en las nuevas secciones “Temas de educación para la salud en la escuela primaria” prescriptos por la OMS, la OPS y UNESCO, “Su opinión nos interesa” para relevar las demandas de los lectores sobre temáticas específicas en salud y “¿Sabe usted cómo se dice?”, destinada al empleo correcto del lenguaje técnico médico. Estos espacios no estuvieron presentes en todos los números. La columna de humor y las notas breves sobre novedades nacionales e internacionales permanecieron, mientras que la sección de arte fue reemplazada por un segmento fotográfico en la página final. De acuerdo a algunas de las áreas programáticas señaladas en el Segundo Decenio de las Naciones Unidas para el Desarrollo, la Revista abordó con mayor

^(e) En 1973 el Departamento en Educación para la Salud descendió a la jerarquía de Sector, dependiente de la Secretaría de Salud Pública del Ministerio de Bienestar Social. En 1975 el Sector descendió a la categoría de Sección de Educación para la Salud, bajo la égida de la Subárea de Promoción y Protección de la Salud de la Secretaría de Salud Pública, Ministerio de Bienestar Social.

frecuencia la promoción de la seguridad vial, el uso eficaz de los servicios de salud y las ventajas de la organización y la participación comunitaria, el saneamiento ambiental; la prevención de las enfermedades venéreas, de las adicciones, de la contaminación ambiental y la enfermedad de Chagas-Mazza.

La temática central en esta faceta editorial fue el calendario de vacunación oficial. Entre 1973 y 1979 las tapas y contratapas de la Revista fueron ilustradas con afiches diseñados por la Sección, alusivos a la importancia de las inmunizaciones. Si bien éste era uno de los lineamientos que integraba la estrategia de APS, el refuerzo de estos contenidos también se debía a la discontinuidad de la política sanitaria en el contexto argentino durante el período, signada por la remoción constante de funcionarios, la reformulación de las acciones y el recorte presupuestario. El trabajo de María Isa et. al. ilustra esta situación cuando se lanzó en 1971 la Primera Campaña de Vacunación contra el Sarampión, de acuerdo a La Ley Nacional n° 19.968. La discontinuidad en su implementación, la cobertura reducida y la inadecuada conservación en frío provocaron su persistencia endémica con algunos brotes epidémicos a lo largo de la década del 1970⁴³. La cantidad de espacios asignados a las campañas sobre inmunización en la Revista respecto de otras temáticas en salud sugirió que no sólo se pretendió derribar mitos y prejuicios sobre sus efectos secundarios, sino que además intentó invisibilizar las irregularidades en su implementación.

Otra suspensión editorial fue provocada por el Golpe de Estado iniciado el 24 de marzo de 1976. La Revista retornó en 1977 y en sus ediciones posteriores pudo observarse cómo los años de la dictadura representaron un período de mayor influjo de los organismos internacionales en salud. Desde entonces los números incorporaron extensos extractos de las Revista Salud Mundial y de la Revista Salud Panamericana, destinada a educadores sanitarios profesionales, técnicos y auxiliares. En líneas generales, en esta etapa las temáticas seleccionadas se centraron en las endemias argentinas más apremiantes, como la enfermedad de Chagas-Mazza y la tuberculosis en el norte del país, y en enfermedades crónicas propias de los conglomerados urbano-industriales, como las patologías cardiovasculares, el cáncer, la diabetes, la contaminación sonora y los accidentes viales. Los criterios de selección temática señalaron el contraste sanitario a nivel federal. Aún en los años 1970, Argentina se caracterizaba por una nosología disonante: mientras en Córdoba, Santa Fé y Buenos Aires el perfil epidemiológico era semejante al de los países desarrollados, en el resto del territorio nacional las enfermedades infecciosas y las endemias de principio de siglo persistían, agravadas por las dificultades técnicas y financieras provocadas por la descentralización ejecutiva en el área de salud y de educación.

La crisis fiscal alcanzó su punto más álgido cuando en 1978 se transfirieron las escuelas primarias a las provincias, de forma unilateral y sin provisión de partidas presupuestarias⁴⁴. En este marco se observó que la Revista adquirió otro matiz editorial. Desde 1978 se incorporaron las secciones "Conozcamos nuestro cuerpo" y "Primeros Auxilios" con el objeto de proveer de métodos y de técnicas para que el docente, el agente sanitario o cualquier persona con el dominio mínimo de estas nociones pudieran intervenir ante urgencias de salud, en particular en zonas desprovistas de servicios públicos de asistencia. Estas modificaciones fueron indicios de que la estrategia de APS en Argentina cobró mayor peso y fue el marco de referencia para la política de educación para la salud. Una política pública que tuvo por destinatarios a las poblaciones más desprotegidas por la tutela estatal.

A modo de cierre

A pesar de que vislumbraban nuevos horizontes en la salud pública internacional, el fomento de la participación comunitaria y de las escuelas promotoras de salud fueron estrategias recurrentes para atender las necesidades sanitarias de la población. El rasgo distintivo fue una menor asignación de fondos internacionales en proporción a una mayor descentralización ejecutiva a nivel estatal en los sectores de salud y de educación.

Si bien la política de educación para la salud argentina en esta etapa fue austera comparada con la década anterior, la Revista funcionó como un dispositivo editorial para consolidar la hegemonía del enfoque de APS. El rol asignado a la disciplina en esta etapa cambió de signo: debía promover el

fortalecimiento de los vínculos comunitarios para fomentar un mayor distanciamiento de la tutela del Estado.

Para finalizar, este análisis abre más interrogantes y cuestiona los alcances del modelo por esos años. Son necesarios otros estudios que permitan avanzar sobre la capacidad de agencia de los grupos comunitarios ante el Estado para colocar en la agenda gubernamental sus demandas en torno a su salud; sobre las resistencias, las concesiones y las negociaciones respecto al modo en que estos programas sanitarios intervinieron en su cotidianeidad y el papel que cumplió el personal de salud oficial y tradicional para persuadir sobre los modernos consejos sanitarios o bien, para revalidar las prácticas tradicionales.

Referencias

1. Perrone N, Teixidó L. Estado y salud en la Argentina. *Rev Maestría Salud Publica* [Internet]. 2007 [citado 8 Out 2012]; 5(10):1-48. Disponible en: http://salud.ciee.flacso.org.ar/flacso/ESTADO%20Y%20SECTOR%20SALUD%20EN%20LA%20ARGENTINA_NP_LT.pdf.
2. Gómez Paz J. La política de salud en el desarrollismo. *Rev Asoc Med Argent*. 2008; 121(4):29-38.
3. Ramacciotti K. Políticas sanitarias, desarrollo y comunidad en la Argentina de los años sesenta. *Cienc Salud*. 2014; 12(1):89-109.
4. Cueto M. La "cultura de la sobrevivencia" y la salud pública internacional en América Latina: la Guerra Fría y la erradicación de enfermedades a mediados del siglo XX. *Hist Cienc Saude - Manguinhos*. 2015; 1(22):255-73.
5. Reyna C. La profesionalización de la educación sanitaria en la Argentina de los años sesenta: influencias internacionales, circuitos académicos y núcleos de formación técnica. *Av Cesor*. 2016; 13(15):181-201.
6. Hochman G. *A era do saneamento: as bases da política de saúde pública no Brasil*. São Paulo: Hucitec; 1998.
7. Armus D. La enfermedad en la historiografía de América Latina moderna. *Asclepio*. 2002; 54(2):41-60.
8. Cueto M, Zamora V. *Historia, salud y globalización*. Lima: Instituto de Estudios Peruanos; 2006.
9. Cueto M, Palmer S. *Medicine and public health in Latin America: a history*. New York: Press Cambridge University; 2015.
10. Belmartino S. *La atención médica argentina en el siglo XX: instituciones y procesos*. Buenos Aires: Siglo XXI; 2005.
11. Carbonetti A. El sistema sanitario en la Provincia de Córdoba, 1880-1926. *Dynamis*. 2005; 25:87-116.
12. Ramacciotti K. *La política sanitaria del peronismo*. Buenos Aires: Biblos; 2009.
13. Armus D. *La ciudad impura: salud, tuberculosis y cultura en Buenos Aires, 1870-1950*. Buenos Aires: Edhasa; 2007.
14. Golbert L. *De la sociedad de beneficencia a los derechos sociales*. Buenos Aires: Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social, Argentina; 2010.

15. Biernat C. El proceso de centralización del Departamento Nacional de Higiene (1880-1944). In: Biernat C, Cerdá JM, Ramacciotti K, organizadores. La salud pública y la enfermería en la Argentina. Bernal: Universidad Nacional de Quilmes; 2015. p. 47-83.
16. Pimenta Rocha H. A educação sanitária como profissão feminina. *Cad Pagu*. 2005; (24):69-104.
17. Guimarães MC, Henrique da Silva C, Alves de Souza R, Teixeira dos Santos R, Silva LR. Educación sanitaria en 16mm: memoria audiovisual del Servicio Especial de Salud Pública (SESP). *Interface (Botucatu)*. 2010; 14(32):23-34.
18. Agostoni C. Control, contención y educación higiénica en las campañas de vacunación contra la viruela en México durante la década de 1940. *Hist Cienc Saude – Manguinhos*. 2015; 22(2):355-70.
19. Gudiño Cejudo MR. Educación higiénica y cine de salud en México, 1925-1960. Ciudad de México: El Colegio de México; 2016.
20. Morresi S, Vommaro G. Saber lo que se hace: expertos y política en Argentina. Los Polvorines: Prometeo; 2011.
21. Plotkin M, Zimmerman E. Los saberes del Estado. Buenos Aires: Edhasa; 2012.
22. Petracci M, Waisbord S, compiladores. Comunicación y salud en la Argentina. Buenos Aires: La Crujía; 2011.
23. Belmartino S, Bloch C. El sector salud en Argentina. Actores, conflictos de intereses y modelos organizativos 1960-1985. 40a ed. Buenos Aires: Organización Panamericana de la Salud; 1994.
24. Cueto M. Los orígenes de la atención primaria de la salud y de la atención primaria selectiva de salud. In: Cueto M, Zamora V, editores. Historia, salud y globalización. Lima: Instituto de Estudios Peruanos; 2006. p. 27-59.
25. Organización Panamericana de la Salud. Declaración de Alma Ata. Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de la Salud. Alma-Ata: Organización Panamericana de la Salud; 1978 [citado 8 Out 2012]. Disponible en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=19004&Itemid=2518&lang=en.
26. Organización Panamericana de la Salud. Plan Decenal de Salud para las Américas. Washington: Organización Panamericana de la Salud; 1973. (Informe Final de la III Reunión Especial de Ministros de Salud de las Américas; n° 118).
27. Organización Mundial de la Salud. XXVIII Asamblea Mundial de la Salud. Actas Oficiales. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 1975. (Informe; n° 226).
28. Organización Panamericana de la Salud. IV Reunión Especial de Ministros de Salud de las Américas. Washington: Organización Panamericana de la Salud; 1978. (Informe Final y Documento de Referencia; n° 155).
29. Organización Panamericana de la Salud. Extensión de la cobertura de servicios de salud con las estrategias de atención primaria y participación de la comunidad. Resumen de la situación en la Región de las Américas. Washington: Organización Panamericana de la Salud; 1978. (Informe; n° 156).
30. Belmartino S. La salud pública bajo la regulación del poder corporativo. In: Suriano J, dirección. Nueva historia argentina: dictadura y democracia: 1976-2001. Buenos Aires: Editorial Sudamericana; 2005. p. 297-8.
31. Biocca S. Reencuentro. *Rev Educ Salud*. 1970; (31):1-2.
32. Secretaría de Estado de Salud Pública (AR). Sector Educación para la Salud. Figuras a la distancia. Cecilia Grierson. *Rev Educ Salud*. 1977; (40):26.
33. Secretaría de Estado de Salud Pública (AR). Sector Educación para la Salud. Figuras a la distancia. Elena Larroque de Roffo. *Rev Educ Salud*. 1978; (43):2.

34. Secretaría de Estado de Salud Pública (AR). Departamento Educación para la Salud. El tema de hoy: las vacunas. *Rev Educ Salud*. 1970; (31):16-21.
35. Secretaría de Estado de Salud Pública (AR). Departamento de Educación para la Salud. Instituto Nacional de Microbiología 'Dr. Carlos G. Malbrán'. *Rev Educ Salud*. 1970; (31):22-23.
36. Secretaría de Estado de Salud Pública (AR). Departamento de Educación para la Salud. Reportaje a las Instituciones. Institutos Pasteur (sic) de Avellaneda y Buenos Aires. *Rev Educ Salud*. 1971; (33):19.
37. Unión Internacional para la Educación Sanitaria. VII Conferencia Internacional sobre la Salud y la Educación Sanitaria. Comunicación y modificación del comportamiento. Buenos Aires: Unión Internacional para la Educación Sanitaria; 1969.
38. Organización Mundial de la Salud. Preparación y evaluación de servicios en educación sanitaria. Ginebra: OMS; 1969. (Serie de informes técnicos; n° 409).
39. Organización Mundial de la Salud. Investigaciones en educación sanitaria. Ginebra: OMS; 1969. (Serie de informes técnicos; n° 432).
40. Secretaría de Estado de Salud Pública (AR). Departamento de Educación para la Salud. Actitudes, opiniones y conocimientos de docentes, padres y alumnos frente a la salud y la educación sanitaria. *Rev Educ Salud*. 1970; (32):6-7.
41. Secretaría de Estado de Salud Pública (AR). Departamento de Educación para la Salud. Encuesta en la escuela primaria. *Rev Educ Salud*. 1971; (33):17-18.
42. Consejo Nacional de Educación (AR). Resolución n° 929/1972, de 12 de Julio de 1972. Aprobación del Programa de Educación para la salud que sustituirá, con carácter experimental durante el curso de 1972, al de la Asignatura Higiene en nivel de Enseñanza Media. Argentina: Boletín Oficial del Consejo Nacional de Educación. 12 Jul 1972.
43. Isa M, Massachessi G, Barril P, Giordano M, Martínez LC, Barbero P, et al. Comportamiento epidemiológico del virus del sarampión en la provincia de Córdoba, Argentina, en las etapas de pre y post Programa Nacional de Eliminación de sarampión. *Rev Fac Cien Med Univ Nac Cordoba*. 2009; 66 Supl 1:26-9.
44. Falletti T. Federalismo y descentralización en Argentina. Antecedentes históricos y nuevo escenario institucional de las relaciones intergubernamentales. In: Clemente A, Smulovitz Woodrow W, compiladores. *Descentralización, políticas sociales y participación democrática en Argentina*. Buenos Aires: IIED América Latina Publicaciones; 2004:7-38.

Reyna C. Educação para a saúde: horizontes e estratégias recorrentes na Argentina (1970-1980). *Interface (Botucatu)*. 2018; 22(67):1053-64.

Este artigo analisa as transformações da política de educação para a saúde na Argentina, enquadrada na estratégia de Atenção Primária à Saúde. O objetivo foi identificar a recepção de recomendações internacionais e sua circulação e reprodução local. A primeira seção analisa, no final da década de 1960, o contexto da crise hegemônica do modelo de saúde na América Latina; as respostas de legitimação da estratégia de Atenção Primária à Saúde em reuniões internacionais e a proposta de um novo horizonte disciplinar na educação preventiva. A segunda seção centra-se na recepção dessas ideias na Argentina na década de 1970, de acordo com as características editoriais da revista "Educação para a Saúde", publicada pelo Departamento de Educação para a Saúde, durante o período 1970-1980.

Palavras-chave: Educação para a saúde. Atenção primária à saúde. Saúde Pública. Saúde Pública na Argentina.

Sometido em 11/09/17. Aprobado em 14/02/18.