



*Construcciones de Sentido sobre Promoción de la  
Salud en Musicoterapia*

Hirtz Yohanna Elizabeth

Diciembre 2016

**Universidad Abierta Interamericana.  
Facultad de Psicología y Relaciones Humanas.  
Licenciatura en Musicoterapia.**

**Tesis de Grado  
Construcciones de Sentido sobre Promoción de la Salud en  
Musicoterapia**

**Título a obtener: Licenciado en Musicoterapia.**

**Tutor de tesis:  
María José Bennardis.**

**Autora:  
Hirtz Yohanna Elizabeth**

**Rosario  
Diciembre 2016**

## **Resumen**

La presente investigación, se propone reconocer y analizar los decires que circulan en torno a la promoción de la salud, en general, y específicamente aquellos que provienen del campo de conocimiento que es la Musicoterapia.

Cuando leemos o decimos las palabras promoción en salud, en primera instancia podríamos interpretar que se habla de llevar a cabo una *acción* con la intención de intervenir en salud. Pero en una lectura atenta de los enunciados que contienen, describen e incluso la definen, hallamos múltiples sentidos, como efectos de superficie que se desprenden de ella. Estos serán expuestos en el desarrollo del trabajo con la finalidad de poder discernir los sentidos inherentes a dicha práctica, traduciéndolos para esto en diferentes planos, dimensiones o niveles según sea necesario.

## **Palabras Claves**

Promoción de la Salud – Campo- Salud - Políticas Públicas- Salud Pública- Prevención en Salud- Construcciones de Sentido- Arte- Musicoterapia

*Cuando un lenguaje se extravía en otro lenguaje,  
cada palabra o signo  
clausura su lugar,  
lo disimula  
como si alguien cerrara su casa  
para que nadie la ocupe o despoje  
mientras dure su ausencia.*

*Pero ningún signo o palabra  
vuelve nunca a su sitio.*

*Cuando un lenguaje se extravía en otro,  
también el otro se pierde en el primero.*

*Tal vez por eso  
cada palabra o signo  
debe volver a nacer constantemente en otra parte.  
El lugar de una palabra  
es siempre otro.*

Roberto Juarroz

## ÍNDICE

**Págs.**

<i>Introducción</i> .....	7
<i>Capítulo I</i>	
El Campo de la Salud en Argentina.....	9
<i>Capítulo II</i>	
Promoción de la Salud.....	14
1. El surgimiento de la Promoción de la Salud. Sobre la Carta de Ottawa y las Conferencias Internacionales de Promoción de la Salud.....	14
2. El surgimiento de la Promoción de la Salud en el Campo de la Salud.....	18
- 2.1 La Influencia de la Medicina (Social).....	18
-2.2 La Problematización del campo de la salud y la necesidad de nuevas Políticas Públicas .....	21
3. De las Paradojas. Sobre la relación Promoción - Prevención en el Campo de la Salud.....	24
4. Promoción de la Salud en Argentina.....	28
- 4.1 Sobre el Manual de Promoción de la Salud.....	28
- 4.2 Promoción de la salud para el Gobierno de Santa Fe.....	31
<i>Capítulo III</i>	
Sobre Musicoterapia.....	34
1. Breve recorrido histórico.....	34
2. Sobre Musicoterapia y Promoción en Salud.....	35
-2.1 En libros:	

Posibles interpretaciones sobre los enunciados.....	35
- 2.2 En tesis de grado:	
Posibles interpretaciones sobre los enunciados.....	39
 <b>Capítulo IV</b>	
De la investigación de campo.....	43
- Diseño Metodológico.....	43
- Sobre el Análisis de las Entrevistas.....	44
Dimensión I: Trayectos de Práctica en Musicoterapia	
a) Nivel: De la Formación Académica.....	46
b) Nivel: De los Lugares de Trabajo.....	47
c) Nivel: Sobre la inserción laboral de los musicoterapeuta.....	48
Dimensión II: Del sentido	
a) Nivel: De los decires sobre Salud.....	51
b) Nivel: De los decires sobre Promoción en salud.....	59
- De las acciones en Promoción de la Salud.....	59
- Planos desde donde intervenir y actores involucrados.....	65
- Posiciones (críticas) desde donde pensar la promoción en salud.....	67
c) Nivel: De los decires sobre Prevención en Salud.....	70
d) Nivel: De los decires sobre Arte y Música en Musicoterapia.....	72
e) Nivel: Consideraciones relevantes de los musicoterapeutas.....	75
- Del trabajo en equipo.....	75
Dimensión III: Una posible articulación. Promoción de la Salud y Arte en Musicoterapia.....	
	77
 <b>Capítulo V</b>	
Consideraciones finales.....	79
 <b>Bibliografía</b> .....	
	84

## *Introducción*

A la hora de hablar sobre salud y las necesarias intervenciones de múltiples actores y sectores, se enuncia y se construye esta noción siempre en relación a la enfermedad y consecuentemente a la atención individual de esta a través de dispositivos convencionales como lo son los hospitales, este motivo es el que nos ha llevado a ahondar en otras posibles formas de enunciar y construir los decires en relación a la salud, hallando en la promoción otra opción, la cual –se sostiene- permite poner énfasis en la salud, manteniendo, potenciando, protegiendo y contagiando, en el sentido de promover, la salud.

Ante el descripto panorama, donde el quehacer en salud recae muchas veces en la atención de la enfermedad y donde las construcciones de sentido sobre promoción de la salud son múltiples y responden a diferentes planos como intervenciones, es que la presente investigación tiene por objetivo exponer las diversas construcciones de sentido sobre Promoción de la Salud en Musicoterapia, como así poder enunciar una posición ética y política desde la cual se sostiene el quehacer en el campo de la salud sobre Promoción de la Salud.

El propósito del presente escrito es poner de relieve las construcciones de sentido en el campo de la salud centradas en promoción de la salud, a través de la exposición de la multiplicidad de sentidos que circulan sobre la misma. Específicamente, se describen y analizan las construcciones de sentido que se sitúan en el campo de conocimiento que es la musicoterapia.

En primer lugar se presentan construcciones de sentidos sobre la Promoción de la Salud, cuando surge como campo a problematizar, como así la perspectiva de diversos autores que se centraron en desarrollarla, en las cuales se hallaron posiciones diversas.

En el capítulo uno, se expone una posición desde donde leer, intervenir y problematizar el campo de la salud, para comprender el lugar de la promoción de la salud en políticas públicas.

En el capítulo dos, se centra el surgimiento de la Promoción de la Salud, enmarcándola en la Carta de Ottawa. Luego se introducen diversos autores, quienes expresan diferentes sentidos en relación a la Promoción de la Salud, lo que lleva a problematizar la cercanía de esta con la prevención y a enfatizar la necesidad de delimitar y diferenciar las diversas

construcciones de sentido para que realmente se accione en función de promover y potenciar la salud.

En el capítulo tres se presenta y analiza el material bibliográfico y las construcciones de sentido halladas sobre promoción de la salud en musicoterapia.

Por último se exponen las construcciones de sentido de diversos musicoterapeutas entrevistados sobre Promoción en Salud, incluyendo además las construcciones de sentido sobre Salud, Prevención en Salud, Arte en Musicoterapia y la relación entre Arte y Promoción de la salud en Musicoterapia. Analizando críticamente dichos aportes con la intención de habilitar otros sentidos desde donde pensar la Promoción en Salud en musicoterapia. Resaltando las construcciones de sentido sobre promoción de la salud en musicoterapia donde emerge el arte como protagonista.

## *Capítulo I:*

### **El Campo de la Salud en Argentina**

Primeramente, se cree necesario exponer ciertas consideraciones del *campo de la salud* en Argentina, para ubicarnos histórico-socio-culturalmente, como así políticamente, sobre el tema a abordar. Ya que es desde este campo, donde generalmente se ven contempladas aquellas prácticas que tienden a la promoción en salud y es el que interesa a la finalidad de este trabajo.

En la presente investigación, puntualmente, se tendrán en cuenta las construcciones de sentidos propias del campo de la salud sobre promoción de la salud- cuáles son sus condiciones de producción, cómo se gestan y planifican dentro de políticas públicas- y por otro lado, se tendrán en cuenta las construcciones de sentidos propias de los profesionales musicoterapeutas, fundamentalmente a través de sus decires<sup>1</sup>, los cuales consideramos actores en este campo.

Es indispensable exponer que se entiende por campo de la salud, para ello se hará referencia al texto de H. Spinelli: “Las dimensiones del campo<sup>2</sup> de la salud en Argentina”, médico y doctor en Salud Colectiva. En donde el autor concibe a tal como “la convergencia de actores, recursos, problemas e intereses que conforman una red de relaciones, con autonomía relativa, en el que los diferentes agentes<sup>3</sup> luchan por la consolidación, o por la apropiación y el predominio de uno o más capitales”. Considerándolo como producto de acciones de agentes individuales y/o colectivos, proporcionados por intereses y capacidades específicas (por ejemplo, profesionales, funcionarios, políticos, pacientes, representantes de la industria, entre otros), donde cada uno acciona en función de incrementar o adquirir capitales, no siempre de manera consciente. A su vez toda acción se comprende al interior de una estructura, que son estructurantes y, a su vez, estructuradas por los propios agentes.

Dicho texto, permite mapear y entender al campo de la salud desde una perspectiva particular y situarse específicamente en salud, al centrarse y diferenciar, la noción de

---

<sup>1</sup> Por decires nos referimos al material recolectado a través de entrevistas que se realizaron durante la investigación de esta tesis (Estos decires serán expuestos de manera detallada en un capítulo posterior).

<sup>2</sup> Concepto trabajando a partir del texto de Bourdieu P. “Espacio social y espacio simbólico. En: Razones Prácticas. Barcelona: Anagrama; 1997”.

<sup>3</sup> El autor elige utilizar indistintamente los conceptos de agente y actor, ya que trabaja con ideas de tres autores: Pierre Bourdieu (quien utiliza el concepto de agentes) y Mario Testa y Carlos Matus (quienes usan el de actores). Teniendo en cuenta esta distinción, en la presente investigación también se utilizaran ambos.

sistema de la de campo en salud. Concibe a sistema de salud como un todo dividido en tres sectores: público, obras sociales y privado. En cambio, la noción de campo en salud no se limita sólo a hablar de prestaciones, ni del quehacer de la medicina como marco de reflexión y acción en salud (en tanto se pretende resolver toda instancia que demande atención en salud en un consultorio) sino que amplía la mirada, es otra, ya que hablar de campo implica hablar de múltiples actores- donde el médico ya no es el único protagonista- como así de las concentraciones de poder y lo que es fundamental, recordando y resaltando la posible autonomía de los actores.

Puntualmente, parafraseando a Spinelli, en el campo de la salud, se exponen cuatro capitales<sup>4</sup> fundamentales que se ponen en juego: el capital económico (se interviene en función de intereses económicos); el capital social (se interviene en función de relaciones sociales); el capital cultural (se interviene en función de prestigio y/o conocimientos) y el capital simbólico (se interviene según la capacidad de manejar y/o imponer significaciones de manera legítima). Los diversos agentes que componen este campo compiten por acumularlos y en función de ellos tratan de dar continuidad o producir rupturas en las estructuras, generando procesos de colaboración, acuerdos o confrontación. Esto se expresa en las disputas por la agenda política, lo cual termina por definir posiciones dominantes, hegemónicas o de subordinación a su interior.

Se caracteriza al campo de la salud en Argentina por la complejidad, producto de la combinación de la concentración del capital económico, problemas de financiamiento, la corrupción macro y micro, las estructuras administrativas arcaicas e inalterables de Estado, que frustran toda acción de quienes intenten dar cuenta de otras institucionalidades; las bajas capacidades de gobierno/gestión, como de formación profesional, el gran número de trabajadores/actores que lo componen , como la autonomía de los mismos.

Paralelamente, ante una lectura de la realidad, donde los problemas epidemiológicos que afectan a los conjuntos sociales tienen raíces en las desigualdades sociales, la falta de controles sobre el medio ambiente y sobre los alimentos que consumimos, como de acceso a niveles básicos de educación, al agua potable y obras de saneamiento básico; la privación de una vivienda digna y empleo, o de empleos precarizados. Es que emerge la necesidad de que la atención en salud no sólo sea médica, en tanto las problemáticas

---

<sup>4</sup> Concepto tomado por Spinelli, extraído de Bourdieu P. en "Espacio social y espacio simbólico. En: Razones Prácticas. Barcelona: Anagrama; 1997".

actuales no son posibles de ser reducidas a enfermedades, ni posibles de ser revertidas con tratamientos individuales.

El problema ya no es sólo la enfermedad, las diversas problemáticas deben ser vislumbradas dentro de las tramas sociales y de las relaciones al interior de las comunidades y sociedades en sus múltiples aspectos. Se destaca de esta manera la necesidad actual de atender- en el sentido de poner atención sobre- la salud, y no solo a la enfermedad, para lo cual se destinan la mayoría de los ingresos del sector<sup>5</sup> salud sin resultados que se correlacionen con tales recursos. Tratar de solucionar las mencionadas problemáticas que hacen a la salud de las sociedades únicamente con la medicina, no sería más que un éxito del proceso de medicalización descrito por Foucault.

Se resalta entonces, la necesidad de redirigir las acciones del campo de la salud, en pos de promover, mantener, proteger y potenciar el estado de salud de los individuos y sus comunidades. Para esto es necesario implementar otras intervenciones y lecturas.

Spinelli refiere que en la Argentina- a diferencia de otros países de Latinoamérica- el Estado brinda un amplio nivel de cobertura y asistencia especializada (de alta complejidad) a sus pobladores, esto se sostiene en las diferencias que se presentan entre las distintas provincias y a su vez en el interior de estas en varios aspectos (perfiles epidemiológicos, el acceso a la atención, cobertura prestacional, marcos de regulación, capacidades institucionales y/o el nivel de gasto).

Según el autor, en nuestro país, como en otros de Latinoamérica, las políticas, programas y propuestas se estructuran desde lógicas de soluciones y no desde el análisis de problemas.

De esta manera, “las grandes soluciones” (Atención Primaria de la Salud, Prevención, Promoción, etc.) propuestas desde políticas verticalistas y universales se tornan ineficaces, en tanto cada situación es singular. Por lo que debe problematizarse particularmente y no generalmente, como se suele plantear. Cargando a las palabras y, por ende, a las acciones que se pretenden de estas, de un sentido único o vacío en la gestión y planificación en salud.

Se configura así una lógica de políticas sin sujetos, o sujetos devenidos objetos (en tanto se universalizan y se vuelen ineficaces al intentar amoldarse a la singularidad). Estas

---

<sup>5</sup> Se hace referencia a la organización propuesta desde políticas públicas donde se designa a la salud como el sector que debe hacerse cargo de lo referente a la salud de la sociedad.

políticas suelen ser planteadas por Organismos Internacionales, como la OMS (Organización Mundial de la Salud) y la OPS (Organización Panamericana de la Salud), las cuales recaen en un mero cambio de enunciado en sus propuestas ante los problemas.

Los mencionados Organismos Internacionales suelen ser criticados y enfrentados por otras áreas del gobierno, pero el campo de la salud aparece como "neutro", no se problematiza. Es un campo de control social, es fundamentalmente biopolítica, en tanto hay un control sobre la vida y la muerte, pero no de individuos sino de poblaciones (Foucault, 2007). Los gobiernos progresistas de América Latina parecen no poder escapar a la lógica de la biopolítica. Esta impide el desarrollo necesario para poder pensar la política, ya que de esta manera, el trabajador debe atenerse sólo a gestionar lo que otros piensan y deciden, donde las políticas son para lo macro y la gestión para lo micro, sin dejar lugar para la micro política.

Toda reforma por parte de Organismos Internacionales no es más que una reformulación de enunciados, resaltando la insistencia de estos por colocar las prácticas de salud como de mercado, con la finalidad de expandir su capital económico, imprimiendo así un predominio de la lógica mercantilista sobre cualquier otra. "Se busca, con la idea de mercado, obturar y/o eliminar la idea de derechos". (Spinelli, 2010)

De lo expuesto hasta aquí, se destaca, que si bien las necesidades y problemáticas de la salud en sí requieren y demandan nuevos abordajes, al considerar que está ya no es sólo física e individual sino también social y comunitaria, las acciones en el intento por redirigir las prácticas en este sentido, muchas veces se ven frustradas al quedar atrapadas en lógicas médico-científicas reduccionistas, que avalan lógicas de mercado generando un predominio de éstas, obteniendo como consecuencia la ineficacia de políticas públicas en salud.

Puntualmente en relación a las construcciones de sentido sobre promoción en salud en el campo de la salud, se ven afectadas y operando desde estas lógicas, al ser un marco constante desde donde se plantean políticas en salud.

Es desde la visualización presentada sobre el campo de la salud en Argentina que puede reflexionarse sobre nuevas perspectivas y acciones conscientes como actores en salud.

A continuación veremos cómo surge la promoción en salud a través de la problematización del campo de la salud, lo que demanda un cambio en políticas públicas

en pos de mejorar las estrategias, como así la planificación y gestión dentro de políticas públicas en salud, ante la lectura de la necesidad de revisarlas. También se expondrá a través de diversos autores, las construcciones de sentido sobre promoción de la salud tanto en relación al campo político como científico y académico. Anticipando que, la promoción en salud insiste en proponer un cambio de paradigma y por ende de acción que afecte realmente la atención en salud.

Se considera que la promoción en salud cobra relevancia, en tanto las problemáticas actuales demandan nuevos enfoques y prácticas. Si bien la promoción de la salud se ha establecido hace tiempo en los enunciados, actualmente carece de eficacia al ser naturalizado y politizado desde las lógicas mencionadas por los agentes del campo de la salud.

## *Capítulo II:*

### **Promoción de la Salud**

#### **1. El surgimiento de la Promoción de la Salud.**

##### **Sobre la Carta de Ottawa y las Conferencias Internacionales de Promoción de la Salud.**

A la hora de hablar sobre Promoción de la salud es inevitable hacer alusión a la Carta de Ottawa, al ser reconocida por numerosos autores como el marco de referencia para la Promoción en Salud.

La Carta de Ottawa surge a partir de la intención de conceptualizar una nueva noción de salud pública en varios países. Tomando como punto de partida los alcances de la Declaración de Alma Ata (1.978) -“Salud para todos en el año 2.000”, la cual se centró mayormente en desarrollar servicios asistenciales de Atención Primaria de la Salud<sup>6</sup>- y la Asamblea Mundial de la Salud- la cual sostiene la necesidad que demanda la atención en salud de ser abordada intersectorialmente.

Es creada y aprobada a partir de la Conferencia Internacional de Promoción de la Salud en Ottawa, Canadá en 1986. Fue organizada por la OMS, la Asociación Canadiense de Salud Pública y el Ministerio de Salud y Bienestar Social de Canadá, reunió 200 delegados de 38 países, entre ellos Argentina.

Por consiguiente, se tendrán en cuenta las propuestas que se exponen en dicha carta en tanto se considera marco fundacional desde el cual se comenzaron (y continúan) pensando estrategias y acciones enmarcadas dentro de políticas públicas bajo el nombre de promoción de la salud, por lo cual necesariamente se harán referencias a está a lo largo del escrito.

El documento expone varias consideraciones sobre Promoción de la salud, definiéndola de la siguiente manera:

“La **promoción de la salud** consiste en proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma. Para alcanzar un estado adecuado de bienestar físico, mental y social

---

<sup>6</sup> Según la Declaración de Alma Ata, la atención primaria de salud es la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar, {...}. La atención primaria forma parte integrante tanto del sistema nacional de salud, del que constituye la función central y el núcleo principal, como del desarrollo social y económico global de la comunidad. Representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema nacional de salud. **Fuente especificada no válida.**

un individuo o grupo debe ser capaz de identificar y realizar sus aspiraciones, de satisfacer sus necesidades y de cambiar o adaptarse al medio ambiente.”

En tanto, “**La salud** se percibe pues, no como el objetivo, sino como la fuente de riqueza de la vida cotidiana. Se trata por tanto de un concepto positivo que acentúa los recursos sociales y personales así como las aptitudes físicas. Por consiguiente, dado que el concepto de salud como bienestar trasciende la idea de formas de vida sanas, la promoción de la salud no concierne exclusivamente al sector sanitario.”

Rápidamente puede advertirse que tanto la noción de salud como la de promocionarla, se encuentran ligadas al ideal de salud sostenido por la OMS desde 1948 hasta la actualidad, en la cual se definía a la salud como "un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades"<sup>7</sup>. Lo que conlleva a reforzar la normatividad implicada en este ideal de salud al ser sostenido tanto por políticas públicas como por diversos actores actuantes en este campo.

A su vez, concibe a la promoción de la salud como las acciones a realizar por el Estado y sus ciudadanos para garantizar el estado de salud mencionado, a través de ciertos requisitos que se creen fundamentales en esta carta, como lo son: paz, educación, vivienda, ecosistema estable, renta, alimentación, justicia y equidad.

Se especifica en ella, además, que la finalidad de la promoción en salud es alcanzar *equidad en salud*, a través de la reducción de diferencias en el acceso a los servicios de salud y de brindar los medios necesarios para que las poblaciones alcancen su salud potencial. “Esto implica una base firme en un medio que la apoye, acceso a la información y poseer las aptitudes y oportunidades que la lleven a hacer sus opciones en términos de salud”.

Expresando a su vez, que para esto es necesario que cada hombre y mujer asuma el control sobre los determinantes en su estado de salud. Responsabiliza a todos los implicados, refiriéndose por ello a: los gobiernos, los sectores sanitarios y otros sectores sociales y económicos, las organizaciones benéficas. Las autoridades locales, la industria y los medios de comunicación. Las gentes de todos los medios sociales: individuos, familias y comunidades. Exigiendo a su vez un trabajo coordinado entre estos.

---

<sup>7</sup> “La cita procede del Preámbulo de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud, que fue adoptada por la Conferencia Sanitaria Internacional, celebrada en Nueva York del 19 de junio al 22 de julio de 1946, firmada el 22 de julio de 1946 por los representantes de 61 Estados (Official Records of the World Health Organization, Nº 2, p. 100), y entró en vigor el 7 de abril de 1948. La definición no ha sido modificada desde 1948.” (Organización Mundial de la Salud, 2016)

El sector sanitario no es ahora el único encargado de garantizar la salud, sino que el abordaje es intersectorial. Sitúa el rol de los profesionales y del personal que trabaje en salud como mediadores para la promoción de la salud.

Según la carta, las estrategias y programas de promoción de la salud deben adaptarse a las necesidades locales y a las posibilidades específicas de cada país y región y tener en cuenta los diversos sistemas sociales, culturales y económicos.

Se contemplan, en la carta de Ottawa, cinco grandes áreas estratégicas para la efectucción de la misma: a) la elaboración de una política pública sana (responsabilizando al Estado en la creación de políticas públicas saludables, incorporando a todos los sectores y niveles), b) la creación de ambientes favorables (dando relevancia a la conservación de recursos naturales en el mundo), c) el reforzamiento de la acción comunitaria, d) el desarrollo de las aptitudes personales, e) la reorientación de los servicios sanitarios.

Sintetizando lo expuesto en la Carta de Ottawa, puede decirse que la Promoción de la Salud surge como un intento por generar mejores condiciones de salud en el mundo, proponiendo para ello gestarla a través de acciones e intervenciones intersectoriales en políticas públicas de salud. Posicionando al Estado como garantizador de los medios necesarios y situando a los profesionales de la salud como mediadores entre el Estado y los individuos.

Propone dar empoderamiento a los grupos y las personas, para que puedan desarrollar su potencial en salud. Responsabilizando a cada individuo y comunidad al señalar que son ellos quienes deben tomar el “control de sus vidas”.

Consecuentemente, en pocas palabras, se destacan las relaciones inherentes al quehacer en salud, enfatizando en ellas la autonomía de los diversos actores y la intersectorialidad, al ser ambas fundamentales para poder generar y trabajar sobre la equidad social, que apunta de esta manera a garantizar y vivenciar el derecho a la salud de colectivos.

Se enfatiza, en relación a lo desarrollado en el capítulo uno, que las acciones en el campo de la salud trascienden al sector salud, comprendiendo de esta manera la necesidad de intervenir en los múltiples aspectos que hacen a la salud.

La concepción de Promoción de la salud descrita en la Carta de Ottawa es amplia y por lo tanto controvertida, por lo que se presta a confusión para definir cuál es realmente su campo de acción y ubicación dentro de la salud y la salud pública.

Si bien se presenta y reconoce a la Carta de Ottawa como el marco referencial de Promoción de la Salud, desde ella ha habido 8 (ocho) Conferencias Internacionales sobre la Promoción de la Salud, que han continuado redefiniendo y especificando, con el objetivo de revalorizar la Promoción en Salud.

Estas han contribuido a dar continuidad, instalar y valorar la Promoción de la Salud, como así a ampliar lo expuesto en primer lugar en la Carta de Ottawa en los últimos años, por lo que expondremos brevemente dichas conferencias, resaltando los temas centrales que fueron tratados.

La II Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud tuvo lugar en Adelaida en 1988 y centró la atención sobre las políticas públicas saludables. Pretendiendo que todas las áreas de políticas públicas se preocupen por la salud de la población. La III Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud y la Declaración de Sundsväl, realizada en Suecia en 1991, fue la primera en centrarse en la interdependencia de salud y ambiente en todos sus aspectos, es decir, no solamente se restringió a la dimensión física, sino que incluyó a la dimensión social (incluye la manera por la cual normas, costumbres y procesos sociales afectan la salud, teniendo en cuenta los cambios actuales en las relaciones sociales y como afectan), económica (se propone fijar nuevos plazos con referencia los recursos para alcanzar salud para todos y el desarrollo sostenible), política (requiere que los gobiernos garanticen la participación democrática en los procesos de decisiones y descentralización de recursos y responsabilidades, como así reclama el compromiso por los derechos humanos) y cultural (la necesidad de revaloriza la capacidad y el conocimiento de la mujer en todos los sectores).

Por otro lado la IV Conferencia Internacional sobre promoción de la Salud y la Declaración de Yakarta (Indonesia), enfatizan particularmente el refuerzo de la acción comunitaria y de nuevos determinantes de la salud (como el acceso a los medios de comunicación, la economía global, etc.).

Podría continuarse con la lista, pero haciendo una lectura general puede decirse que, las conferencias Internacionales de la Promoción de la Salud se atuvieron a resaltar aspectos planteados en la primera, haciendo hincapié en distintos aspectos de ella. La intención fundamental de estas es demandar la exigencia de cambios necesarios en las políticas públicas para lograr un mejor estado de salud en las sociedades y comunidades.

## 2. El surgimiento de la Promoción de la Salud en el Campo de la Salud

Desde el surgimiento de la Promoción en salud a partir de la Carta de Ottawa, se delimita y consolida un quehacer en pos de la promoción de la salud, donde se resalta la dimensión política como inherente al que hacer en salud, planteo que se visibiliza a partir de esta a nivel internacional. Pero paralelamente, se hallaron construcciones de diversos autores sobre promoción de la salud de carácter historicista que otorgan otros sentidos a la misma y por ende diversas lecturas e intervenciones. Estos serán expuestos de manera breve en tanto, como veremos posteriormente, estas construcciones son retomadas en algunos decires de los musicoterapeutas entrevistados.

Se tomará entonces, una publicación de la Organización Panamericana de la salud, escrita y coordinada por Málaga y Restrepo (2001), quienes construyen antecedentes históricos de la promoción en salud dándole carácter de término, desarrollando una evolución del mismo - posición contradictoria a la noción de campo expuesta previamente-, a través de hechos que interpretan como relevantes en salud pública y ligados a la Promoción de la Salud, vinculados a los ideales de tal organización.

A la par, se tendrá en cuenta la construcción historicista de Paulo Marchiori Buss<sup>8</sup> (2006), quien realiza un recorrido semejante al de Restrepo y Málaga. Ambos destacan a figuras como Sigerist, Winslow, Terris, Leavell & Clark, académicos, sobre todo provenientes de la medicina, que conceptualizan a la promoción en salud previamente a la Carta de Ottawa; y documentos políticos, como las Conferencias Internacionales para la Promoción de la salud, la Carta de Ottawa y la Declaración de Alma Ata y otras que vinculan a la estas. Se verá como estos datos dan cuenta de otra manera de interpretar a la Promoción en Salud.

### - 2.1 La Influencia de la Medicina (Social)

La medicina social, según Málaga y Restrepo, es un antecedente de promoción de la salud. En tanto estos, relacionan las conceptualizaciones y prácticas de ciertas figuras de la medicina con lo que actualmente consideran promoción de la salud, lo que sintetizan en pocas palabras como *equidad social*.

Si bien los autores sintetizados y expuestos por ellos construían nociones de promoción de la salud previamente a la existencia de la Carta de Ottawa, sus conceptualizaciones

---

<sup>8</sup> Graduado en Medicina, Maestría en Medicina Social por la Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ)

eran específicas del campo de la medicina y no se corresponden con la problematización de campo de la salud expuesta previamente, donde a los movimientos sociales y la crisis sanitaria tienen como emergente a la Promoción de la Salud.

Los mencionados autores argumentan que la medicina social de mediados del siglo XIX y sus conceptualizaciones, instalan la relación entre estado de salud y condiciones de vida, es decir, el estado de salud es consecuente con las condiciones de vida, lo que comienza a generar que se focalicen los recursos del Estado en este aspecto. Una vez más, se habla en términos de biopolítica, en tanto control social.

De esta manera, sostienen que se instala el ideal de que el estado de salud de los ciudadanos es consecuente con las condiciones de vida, las cuales deben ser garantizadas en gran medida por el Estado. Este dato y construcción de sentido, resultan fundamentales para la investigación en tanto alcanzan la actualidad, ya que hasta el momento se siguen considerando las condiciones de vida como uno de los determinantes en salud, de los cuales debe ocuparse el Estado, siendo contemplado en la organización de políticas que tienden a mejorar la calidad de vida. La Carta de Ottawa, también hace responsable al Estado, pero no únicamente. Ambas posiciones de entender la promoción en salud se hallaran en los decires de los entrevistados como posibles.

Específicamente, Virchow (según Málaga y Restrepo) es considerado el padre de la medicina social, al cual le atribuyen un gran aporte a la Promoción de la Salud a partir del análisis que realiza sobre la epidemia del tifo en Silesia (1847-1848). En donde plantea que la solución y/o necesidad de la población era lograr un pueblo en democracia, en donde los ciudadanos puedan tener “educación libertad, y prosperidad”. Proponía, en términos actuales, un empoderamiento. Estas recomendaciones son para Málaga y Restrepo las exactas recomendaciones que se pueden hacer actualmente para alcanzar la equidad social, y por lo tanto la Promoción de la Salud. Se halla presente entonces la idea de autonomía (sobre todo de la comunidad) expresada en la Carta de Ottawa y en la interpretación de Málaga y Restrepo sobre Virchow como fundamental para pensar estratégicamente la salud de una población.

También consideran al médico Henry Sigerist (1911-1957) como antecedente, en esta historia de la promoción de la salud, quien innovo tanto la teoría como la práctica, exponiendo cuatro ejes fundamentales en medicina: la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, la restauración del enfermo y la rehabilitación. Los cuales aún en día se hallan vigentes si tenemos en cuenta los niveles de atención en salud sobre

los cuales se organiza el sistema de salud en nuestro país y en muchos otros. “El Programa de Salud propuesto por Sigerist consiste en: educación libre para toda la población (incluyendo educación en salud), mejores condiciones posibles de trabajo y de vida para la gente, mejores medios de recreación y descanso, un sistema de instituciones de salud y de personal médico accesible para todo el mundo, responsable por la salud de la población, listo y capaz de aconsejar y ayudar a mantener la salud y a su restauración, cuando la prevención ha fallado y centros médicos de investigación y capacitación”.

Sigerist, fue el primero en relacionar la promoción en salud como término con la educación, proponiéndolo como lugar central donde trabajarla (incluyendo la prevención en salud) a través de la instalación de hábitos saludables, ubicando al Estado como garante de la relación educación-salud. Se destaca la mencionada relación entre educación y promoción de la salud en tanto en la actualidad se continúa considerando a la educación como un lugar central desde donde implementar estrategias de promoción y prevención.

Otro de los nombres resaltado por los autores es el de Thomas McKeown, quien señalan, influyó decisivamente al demostrar en sus investigaciones la relación entre mortalidad y condiciones vida (desarrollo económico, alimentación, etc.), demostrando así que sólo con atención médica de la enfermedad no se alcanza la salud de la población. Poniendo de relieve la necesidad de investigar epidemiológicamente para prevenir, realizando una investigación epidemiológica no ya sobre la enfermedad sino sobre otros determinantes de la salud.

El documento aportado por el Cirujano General de los Estados Unidos en 1979, titulado "Gente Saludable: Informe del Cirujano General sobre Promoción de la Salud y la Prevención de la Enfermedad" (Healthy People: The Surgeon General's Report on Health Promotion and Disease Prevention), también es considerado por los mencionados autores, como un aporte trascendente, debido a que es uno de los primeros textos que hablan específicamente de Promoción de la Salud. En este se la define en términos de estilos de vida y prevención de la enfermedad, como la protección de la población de los riesgos ambientales.

Vemos entonces como al interior de la medicina diversos profesionales fueron construyendo sus nociones sobre promoción de la salud, diversas entre sí. Sigerist por su parte al hablar de promoción nos habla de anticipación y educación, Virchow y McKeown resaltan la influencia de las condiciones de vida, otros ponen énfasis en los estilos de vida. Más allá de las diferencias conceptuales, es de interés contemplar los diversos conceptos

que existieron y co-existen, antes y después de la Carta de Ottawa, sobre promoción en salud, ya que muchas veces los discursos recogidos en las entrevistas tienen como condición de producción estos enunciados, se leen impregnados de sentido por estos, es decir, aún se pueden leer huellas de estas conceptualizaciones en los enunciados actuales.

La lectura de tanto Málaga y Restrepo, como de Buss, por su carácter histórico es sumamente lineal y reduccionista, dando como resultado una conceptualización recortada y fundamentalmente médica de la promoción en salud. Contradictoria a la crisis que demanda y construye la Carta de Ottawa, donde aparece la necesidad de tener en cuenta los múltiples actores como sectores intervinientes en salud y no únicamente el discurso médico, para pensar estrategias y acciones en salud pública. Anulando la posibilidad de entender a la salud como un campo de tensiones, acciones y rupturas al interior de una sociedad, dejando de lado la lectura crítica de relaciones de poder y otorgando el poder a actores determinados, fomentando el control social y no la autonomía posible de las comunidades.

## **- 2.2 La Problematización del campo de la salud y la necesidad de nuevas Políticas Públicas**

Frente a la problematización del campo de la salud ante la crisis de la salud pública en Latinoamérica es que entendemos al surgimiento de la Promoción de la Salud como forma de intervenir y reflexionar sobre la salud pública, pero hay académicos que sostienen una manera diferente de entender a la Promoción en Salud y su surgimiento.

Málaga y Restrepo, adhieren a la idea de que el desarrollo de la Promoción de la Salud se debe al cambio en la concepción de salud generado ante la crisis del modelo biomédico, pasando así a un nuevo paradigma que considera a la salud un concepto holístico, el cual implica, según Restrepo, tanto la satisfacción de las llamadas "necesidades básicas" (tener donde vivir, que comer, donde acudir si se está enfermo, contar con trabajo remunerado) y el derecho a otras "aspiraciones" (los derechos humanos, la paz, la justicia; las opciones de vida digna, la calidad de esa vida; la posibilidad de crear, de innovar, de sentir placer; de tener acceso al arte y la cultura, de llegar a una vejez sin discapacidades y con plena capacidad para continuar disfrutando la vida hasta que el ciclo vital se termine).

La interpretación que realiza Málaga ante este escenario es que la nueva concepción de salud plantea un trabajo comprometido en relación a las aspiraciones de los individuos, lo cual vincula con lo que se considera actualmente Promoción de la Salud para la OPS, que es *equidad social*.

Su lectura, una vez más, nos ancla a una visión médica, al exponer que la Promoción en Salud se debe al cambio de conceptualización biomédica, que si bien consideramos relevante, no se considera detonante, sino parte de un proceso y no como consecuencia de acciones en Salud. Si se resalta la noción de equidad social presente en Promoción en Salud.

Por otro lado, Buss sitúa el inicio del movimiento moderno de Promoción de la Salud en Canadá en 1974 con la divulgación del documento conocido como Informe Lalonde, del político y Ministro de Salud de Canadá, (llamado, “A new perspective on the health of Canadians”). En él cual Lalonde cuestiona las políticas de salud de su país, motivado a realizar cambios políticos, técnicos y económicos para enfrentar los costes de la asistencia médica. Fue el primer documento oficial en utilizar el término “*Promoción de la Salud*”. “Los fundamentos del Informe Lalonde se encontraban en el concepto de “área de salud”, que reúne los llamados “determinantes de la salud”. Este concepto contempla la descomposición del campo de la salud en cuatro amplios componentes: biología humana, ambiente, estilo de vida y organización de la asistencia para la salud.”

En la propuesta del Ministro Lalonde podemos leer la intención por redirigir las acciones a, en sus palabras, “los determinantes de la salud”. Resulta de interés su lectura en tanto contempla, además de cuestionar la atención brindada por el sistema de salud, el ambiente sobre el cual nos dice: “El ambiente incluye todos los factores relacionados con la salud externos al organismo humano y sobre los cuales la persona tiene poco o ningún control. Los individuos, por si solos, no pueden garantizar la inocuidad ni la pureza de los alimentos, cosméticos, mecanismos de abastecimiento del agua, etc.; tampoco está en sus manos el control de los peligros para la salud, como la contaminación del aire y del agua, los ruidos ambientales y la propagación de enfermedades transmisibles. Además individualmente no se consigue garantizar la eliminación adecuada de los detritus ni que el medio social y sus rápidas transformaciones produzcan efectos nocivos sobre la salud”.

Vemos entonces como en sus enunciados se expresa el ambiente como un determinante de la salud, sobre el cual el individuo poco puede hacer, si consideramos la propuesta de la Carta de Ottawa el enunciado es sumamente cuestionable, muestra una lectura lineal

sobre la cual pensar la salud, en términos de causa-consecuencia, además deja de lado la autonomía de los individuos y la población. Si bien este problema sigue siendo actual, en tanto no hay una responsabilidad sobre lo que se consume y su impacto en el ambiente, como así del impacto que genera sobre nosotros, se cree que el mencionado funcionario como muchos otros, no sostienen ni contemplan la posibilidad de responsabilizar a la comunidad sobre esto, aunque sea fundamental y necesaria la acción política y Estatal.

Este documento es relevante en tanto la primera conferencia internacional sobre Promoción de la Salud fue llevada a cabo en Canadá, al tener por influencia los mencionados aportes del documento, propuestos por el Ministro Lalonde. Sin embargo no se le adjudica el surgimiento de la Promoción en Salud, a diferencia de lo que presenta Buss.

Según Restrepo, otra de las influencias que han sido de relevancia para el desarrollo de la Promoción en Salud son los aportes de algunos estudios epidemiológicos sobre factores de riesgo para enfermedad. Por ejemplo: “los estudios epidemiológicos (Puska 1995) de intervención sobre factores de riesgo para enfermedad coronaria de Carelia del Norte, Finlandia, cuyo éxito fue ampliamente difundido en los años 70 y 80. Este famoso proyecto, se basa en un enfoque poblacional para influenciar los comportamientos y en el impulse a políticas públicas saludables, tales como producción de alimentos, educación en las escuelas y control del tabaquismo, entre otras”.

Aquí también se pueden vislumbrar los intentos por contribuir a la salud de la población a través de la incorporación de cambios de comportamientos, mediante estudios y desarrollos epidemiológicos. Los estudios epidemiológicos son determinantes en la actualidad de estrategias en salud, al ser reconocidos como datos objetivos para intervenir en salud. Justificando y generando muchas veces programas para la prevención de enfermedades.

Además, Restrepo expone como fundamental la relación Promoción de la Salud y democracia, argumentando que esta es posible a partir de una sociedad democrática y que es en ella en donde tienen su lugar la Promoción de la Salud. Se cree que esta relación se da en consonancia con su ideal de promoción de la salud: equidad social, la cual es particularmente posible de ser pensada en una sociedad democrática, donde las políticas públicas contemplen la salud en su complejidad.

El desarrollo en salud pública no ha avanzado a la par de la Promoción en Salud, lo cual resulta problemático a la hora de concretar acciones en salud. Si coincidimos con

Restrepo en que el trabajo de salud pública y Promoción en Salud, no se puede continuar circunscribiendo a los despachos de los funcionarios de salud, sino que se tiene que realizar en los espacios y gabinetes de gobernantes locales, líderes políticos, gerentes de otros es, organizaciones comunitarias de diversa índole, empresas privadas, organizaciones no-gubernamentales, etc.

Por último, no solo cabe resaltar la influencia y la correlación entre medicina, sobre todo medicina social y Promoción en Salud que genera en da en la historia de la Promoción de la Salud por los mencionados autores, sino también la confusión presente en algunos enunciados donde observamos una corriente analogía entre Salud Publica y Promoción de la Salud, por el campo de acción símil en el que se hallan. El hecho de la frecuente analogía entre estos se debe a que la promoción en salud propone cambios en salud pública, como así un cambio en la forma de concebir a la salud.

### **3. De las Paradojas. Sobre la relación Promoción - Prevención en el Campo de la Salud**

Las paradojas surgen a partir de la exposición histórica de la Promoción en Salud descripta por Málaga y Restrepo, al concebirla desde una concepción de los primeros higienistas sociales y por ende preventivista. Por lo que se torna necesario poder diferenciar, como articular, las construcciones de sentido sobre promoción y prevención en el campo de la salud para esta investigación, en tanto suelen aparecer asociadas por los autores, como así por los musicoterapeutas que se entrevistaron.

Con la intención de dilucidar con mayor claridad las construcciones de sentido sobre prevención y promoción en salud, se ofrecen las siguientes distinciones que fueron elaboradas por diversos autores y retomadas por Czeresnia (2006).

Varios autores conciben a la prevención como término que tiene por significado prevenir la anticipación de un daño. Algunos añaden que, la anticipación se basa y debe basarse en datos epidemiológicos para impedir la expansión de enfermedades. Definen a las acciones preventivas como intervenciones orientadas a evitar la aparición de enfermedades específicas, con lo que se lograría reducir la incidencia y el predominio de ciertas enfermedades en las poblaciones. Concretamente, expone Czeresnia, que la base del discurso preventivo es el conocimiento epidemiológico moderno, el cual tiene por objeto controlar la trasmisión de enfermedades infecciosas y la reducción del riesgo de

enfermedades degenerativas y otros agravios específicos a la salud. Por lo que, los proyectos de prevención – añadiendo, de educación en salud - se estructuran mediante la divulgación de información científica y de recomendaciones normativas de cambio de hábitos.

Se devela entonces que las construcciones de sentido sobre prevención, comprenden a la salud como ausencia de enfermedad, lo que pone en foco a enfermedades y no a la salud, en tanto las estrategias en prevención giran en torno a la anticipación de la enfermedad. Sosteniendo que la anticipación es posible a través de regular los estilos y condiciones de vida. Dos conceptos fundamentales para la concepción preventivista de la salud proveniente de la medicina social y preventiva que se extiende hasta la actualidad.

También se hallaron varias construcciones de sentido sobre promoción en salud por parte de diversos autores sistematizados ya por Czeresnia. Estos, análogan el verbo promover a otros, como fomentar, originar y generar (salud). Exponiendo que la promoción en salud es amplia, en contraste con la prevención, en tanto las medidas que se tomen no se dirigen a una determinada enfermedad o desorden, sino que tienden a “aumentar la salud y el bienestar generales”. Agregando que las estrategias de promoción hacen hincapié en transformar las condiciones de vida y de trabajo, que conforman a los problemas en salud, lo que demanda una atención intersectorial de la salud.

Vemos que estas construcciones de sentido sobre promoción en salud hacen énfasis en sinónimos de promocionar, con la intención de proteger, aumentar, originar salud. El foco está puesto en potenciar la salud y no entender la salud como ausencia de enfermedad como en el caso de la prevención, pero su ideal de salud continúa estando anclado a un ideal preestablecido por otros y a un estado normativo que alcanzar, al sostener que si bien se debe potenciar la salud, debe hacerse para mantener “el bienestar” general. A su vez, se halla otra paradoja en los enunciados de los autores, al expresar como estrategia la regulación de condiciones y estilos de vida como determinantes, lo que genera una paradoja en las estrategias, en tanto terminan siendo las mismas que se utilizan para prevenir, al intentar controlar la salud mediante transformaciones en las condiciones y estilos de vida. La única diferencia real que se plantea como estrategia por parte de estos autores, es la demanda de un abordaje intersectorial en el caso de la promoción en salud.

Por su parte, para Czeresnia, la promoción en salud se refiere al fortalecimiento de la capacidad individual y colectiva para solventar la multiplicidad de condicionantes de la salud. Dándole a su vez al conocimiento un lugar privilegiado, pero resaltando la

importancia de que los actores puedan realmente discernir por ellos mismos las decisiones ante los acontecimientos a través del conocimiento. Es decir, para la autora, la promoción en salud excede las aplicaciones técnicas y normativas, al reconocer que no basta con conocer las enfermedades y hallar mecanismos para su control, como exponen los autores del párrafo anterior, sino que la promoción en salud comprende la necesidad de fortalecer la salud por medio de la capacidad de elección.

El objetivo de discernir las construcciones de sentido existentes sobre promoción y prevención en salud, tiene como finalidad poder vislumbrar luego la diversidad de políticas públicas existente bajo el nombre de Promoción de la Salud. Estas formas de entender tanto a la promoción como a la prevención en salud, presentes en los autores citados, se verán también en los enunciados de los musicoterapeutas, en los cuales se predica la necesidad de estrategias para promover la salud, pero si miramos detalladamente se organizan en torno a la prevención, en tanto se pretende controlar la salud a través de normativas en las condiciones y estilos de vida y no en el fortalecimiento a través de la capacidad de elección de los individuos y las comunidades.

Es a partir de la carta de Ottawa, que vemos presente en las últimas décadas que las intenciones por redirigir las prácticas en salud y los enunciados sobre políticas públicas en salud atienden a las diversas construcciones de sentido sobre *promoción de la salud*.

Según Sabroza (1994), retomado por Czeresnia, “a la salud pública/salud colectiva se la define genéricamente como un campo de conocimiento y de prácticas organizadas institucionalmente y orientadas a la promoción de la salud de las comunidades”.

La promoción de la salud surge como reacción a los desmedidos costes de la asistencia médica y sus pocos resultados significativos. Esta propuesta se torna gubernamental, pretendiendo trascender el abordaje de la salud meramente médico. Vemos así, que la Promoción en salud, no es exclusivamente lo enunciado en la Carta de Ottawa, pero sí es un punto de clivaje si comprendemos a la Promoción en salud como reaccionaria ante el panorama descrito del campo salud y las demandas que exige.

El discurso de esta “nueva salud pública”<sup>9</sup> se da en un contexto capitalista neoliberal. Cabe resaltar el contexto social, en tanto es determinante de las políticas, sobre todo porque estas se organizan, sino siempre, la mayoría de la veces en relación a la lógica de

---

<sup>9</sup> Algunos autores comenzaron a referirse a Promoción de la Salud como la Nueva Salud Pública. Debido a que desde sus inicios se encuentra establecida a partir de la demanda de nuevas políticas.

mercado vigente. Se propone (en destacado contexto) como eje fundamental de la Promoción en Salud el fortalecimiento de la autonomía.

Si bien se sostiene que el fortalecimiento de la autonomía es relevante en las estrategias de Promoción en salud, se toma la advertencia expuesta por Czeresnia, quien argumenta que la configuración de ciertos conocimientos y prácticas en las sociedad, conforman a sujetos para ejercer una autonomía regulada y estimulando la libre elección pero según una lógica de mercado. Esta concepción puede generar un reforzamiento de la tendencia a disminuir las responsabilidades del Estado, en tanto se va delegando progresivamente el trabajo de cuidar de sí mismos a los individuos.

Se evidencia así, como la autonomía propuesta desde el Estado recae en la lógica de consumo actual, si consideramos la lógica de mercado vigente en relación a la salud, donde constantemente circulan decires en la cotidianeidad de los individuos, ya sea a través de los medios de comunicación, carteles en las calles, afiches en los hospitales, entre otros, donde se lee lo que debe hacerse para poder mantener, proteger o recuperar determinado estado de salud a través del consumo de múltiples objetos, desde fármacos hasta alimentos.

A su vez, coexisten propuestas progresistas que resaltan la necesidad de políticas públicas intersectoriales, con la finalidad de lograr mejor calidad de vida para las poblaciones, que si hacen responsable al Estado.

Paralelamente, la racionalidad científica, en general, y la medicina en particular, han ejercido una influencia significativa a la hora de construir representaciones de la realidad. El problema es que no se reconocen los límites de los conceptos en relación con la realidad.

Parafraseando a Czeresnia, se expone que el conocimiento y la institucionalización de las prácticas en salud pública se configuran fundamentalmente articulados con la medicina. A pesar de que se ha superado la mera aplicación de conocimientos científicos en las prácticas en salud, estas continúan representándose como una técnica científica. Por lo que el discurso científico, la especialidad y la organización institucional de las prácticas en salud, muchas veces se limitan a conceptos objetivos no de salud sino de enfermedad

Se distingue así una contradicción entre salud pública y promoción de la salud, ya que la primera predominantemente, como sostiene la autora y como veremos en algunos

ejemplos más adelante, se organizan en torno a la noción de enfermedad al basarse en conocimientos científicos esencialmente médicos, y no de salud como se pretende, incluso cuando se cataloga un proyecto como de promoción en salud.

Actualmente se intenta trascender el reduccionismo que trajo consigo la práctica científica, muchos acuerdan que a la hora de estudiar fenómenos sociales es necesaria otra forma de investigar. La complejidad aparece como posibilidad de explicar la realidad a través de las relaciones que se establecen.

Para la autora, asumir el dominio limitado del pensamiento científico constituye una habilitación de su pertinencia. Aunque también configure una restricción, en tanto “el límite es ilusorio y cualquier explicación objetiva no podría pretender negar la existencia del misterio, inexplicable o inefable”.

Siguiendo la línea trazada por Czeresnia en su escrito, destacamos la necesidad de redimensionar los límites de la ciencia, revalorizando y ampliando la interacción con otras formas de comprensión de la realidad. Esta crítica al modo de conocimiento científico reduccionista y la necesidad de otras formas de aprensión de la realidad, es relevante en tanto se encuentra en el eje de la cuestión para dar cuenta de la relación y diferencia entre prevención y promoción, ya que sitúa el contexto de transformaciones actuales de la salud pública. “Las transformaciones discursivas envueltas no son solamente internas a la lógica del discurso científico, sino que reubican, en especial, los límites y los sentidos del conocimiento producido en la conformación de las prácticas de la salud, y en consecuencia, en la elaboración de programas de formación profesional”.

Se torna visible de esta manera los límites que genera el anclaje al modelo médico-científico a la hora de pensar políticas públicas en salud, ya que de este modo todo intento por redirigirlas queda entrampado en prácticas y acciones organizadas en torno a enfermedades, perdiendo de vista que la salud es un fenómeno también social y comunitario, que por ende implica involucrar desde esta perspectiva a múltiples actores y descentralizar las formas de atención.

#### **4. Promoción de la Salud en Argentina**

##### **- 4.1 Sobre el Manual de Promoción de la Salud**

Con el propósito de indagar algunos de los enunciados sobre Promoción de la Salud que se sostienen en nuestro país en políticas públicas en salud, es que se presenta el

Manual de Promoción de la Salud elaborado desde el Ministerio de Salud de la Nación (editado en el año 2010). Con la intención de dilucidar las construcciones de sentido desde las cuáles el Ministerio de Salud organiza las políticas públicas en el territorio donde se desarrolla la investigación.

Según lo expuesto en el Manual, el mismo se confeccionó para “contribuir a la elaboración y programación de intervenciones destinadas a lograr una mejor calidad de vida de las personas y las comunidades, así como a impulsar las capacidades humanas y el desarrollo institucional que permitan fortalecer una estrategia de Promoción de la Salud”. Agregando que las acciones de Promoción de la Salud se instalaron progresivamente entre las prioridades del Ministerio de Salud de la Nación y en el proceso de construcción de políticas en Salud Pública.

Desde el Ministerio de Salud se considera a la Promoción de la Salud como un *ámbito de trabajo*, que apunta a *mejorar las condiciones de salud* de las personas y las comunidades, a través de amplias intervenciones como: la mejora al acceso y calidad de los servicios de Salud; estrategias a favor de la donación de sangre; el desarrollo de recursos humanos que facilitan el conocimiento para la toma de decisiones, entre otras.

Vemos que las estrategias mencionadas se correlacionan más con acciones preventivas, que con promotoras, en tanto el foco está puesto proporcionar conocimiento a la población para que no enferme y en mejorar el acceso, como servicio, a la salud.

Además se expresa en el mismo, que las acciones destinadas a la promoción de la salud se encuentran enmarcadas en el Proyecto FESP (Funciones Esenciales de la Salud Pública), el cual surge en “*respuesta a los nuevos desafíos y experiencias de en el área de la salud pública*”. El proyecto marca como principal problema en Argentina a las enfermedades, planteándose reducirlas a través del fortalecimiento institucional de las áreas responsables (entendiendo por tales al Ministerio de Salud de la Nación y los Ministerios Provinciales). Para ello propone: fortalecer institucionalmente a las áreas responsables; promover el acceso equitativo a la información, contribuyendo al consenso social y a la viabilidad política de las acciones; promover el desarrollo de conductas saludables a partir de acciones intersectoriales; promover la participación comunitaria en el marco de la estrategia de Atención Primaria de la Salud, favoreciendo el proceso de planificación local de actividades.

El Manual reconoce que la toma de decisiones debe partir de cada ámbito de intervención (comunitario, organizacional, institucional) y en los diferentes niveles de

gestión (nacional, provincial o local). Planteando como estrategia, intervenir en los determinantes de la situación de la salud, concibiendo por tales a *estilos de vida sanos*- que las personas deben asumir, y al *entorno*- donde los grupos humanos viven. Expresando que la convergencia de este conjunto de factores demandan un abordaje que integre diversas acciones y mecanismos.

Se evidencia así que para el Ministerio de Salud de la Nación, la Promoción de la Salud del Manual de la Nación tiene por objetivo facilitar el acceso a servicios sanitarios, tanto a los individuos como a las comunidades, centrando las políticas públicas en salud en estrategias asistencialistas. Si bien se incluye la intersectorialidad como estrategia para informar a la población sobre enfermedades, todas las estrategias propuestas parten de lo que se resalta como necesario, la anticipación de la enfermedad, ofreciendo atención temprana e información para proteger y mantener el estado de salud de los ciudadanos.

Además, el Ministerio de Salud de la Nación exige que las acciones a realizar se basen en la evidencia científica, generando, en otras palabras, lo que llaman “*Salud Pública Basada en Evidencia*”. Fundamentando esta exigencia en la “efectividad”, ya que de esta manera, creen que se reducirían desaciertos, en tanto la obtención de información actualizada, confiable y respaldada objetivamente proporcionaría las bases sustentables para la información.

Se enfatiza en el mismo, la necesidad de involucrar a otros sectores y ámbitos, pero atribuyéndole al sector salud el liderazgo para favorecer la calidad de vida de los ciudadanos. Se expresa en consonancia con esto, la construcción de *políticas públicas saludables* en nuestro país, mediante la cooperación de brindar información, conocimiento y herramientas, lo que ampliaría las acciones desde los servicios de salud.

Se cree, que lo expuesto en el Manual de Promoción de la Salud del Ministerio de la Nación, tiene una correlación con las propuestas de los Organismos Internacionales. Al adherir a los varios de los enunciados como *políticas públicas saludables* e intervenciones *intersectoriales*. Destacando también la influencia del medio y del entorno en la salud o, en otras palabras, *condiciones de vida*. Incorporando las grandes estrategias de la Carta de Ottawa: la reorientación de servicios sanitarios, “la elaboración de políticas públicas sanas” (al incorporar otros sectores), el reforzamiento de la acción comunitaria (al brindar conocimiento para que los ciudadanos tomen sus propias decisiones) y la creación de ambientes favorables.

Pero basando todas las estrategias en la regulación del comportamiento y estilos de vida, a través de información difundida por los distintos sectores- y en el acceso a la atención en salud. Por lo que contradictoriamente la gestión y planificación en salud se propone eminentemente desde un lugar médico- científico, centrando la atención en enfermedad y por ende en la prevención más que en la promoción de la salud.

#### - **4.2 Promoción de la salud para el Gobierno de Santa Fe**

En la provincia de Santa Fe, se desarrolla una de las carreras de Musicoterapia. Este es el lugar de formación de quien escribe, por este motivo se cree pertinente detenerse en ella y especificar cuáles son las construcciones de sentido presentes en las políticas públicas que toma una provincia, las que deberían ser específicas para la misma, en tanto entendemos a cada territorio como singular.

Por lo que se tomarán como ejemplo las estrategias políticas de Promoción de la Salud propuestas desde el Gobierno de Santa Fe.

Esta exposición tiene por objeto demostrar la correlación y discontinuidad de Nación a Provincia sobre Promoción en Salud, ya que constantemente se ha enunciado que la planificación y gestión deben ser inherentes a cada contexto y no universalizados. Por ello es que nos adentraremos brevemente en lo que se propone la Provincia de Santa Fe. Idea presente tanto de Organismos Internacionales, como desde la posición de quien escribe.

En primera instancia, se introduce la noción de salud que sostienen y su consecuente delimitación del quehacer en políticas públicas.

Para la Provincia de Santa Fe, la salud es un Derecho Humano del que gozan todos los habitantes de la provincia (ya que así lo establece la constitución provincial). La provincia organiza su estructura sanitaria en servicios públicos privados y obras sociales, en otras palabras se basa en un sistema prestacional de salud. Dentro de este sistema el Estado actúa como prestador de servicios y regulador de otros (público, privado y seguridad social).

En cada una de las regiones pueden identificarse ciudades - nodos. Para este gobierno, los nodos son los núcleos de articulación, concentración y distribución de capacidades, información y recursos. En esos núcleos o ciudades se ubican los servicios de mayor

complejidad y las sedes administrativas y logísticas del gobierno provincial, entre ellas las del Ministerio de Salud.

La Provincia de Santa Fe, delimita y relaciona su quehacer con el del Estado, dando cuenta de la singularidad de su organización.

La Red de Servicios Público/Estatal está conformada por centros de atención provinciales y por centros dependientes de los municipios. Incluye efectores sin internación (centros de salud, centros de atención ambulatoria, centros de diagnóstico o tratamiento), servicios con internación (hospitales con tres niveles de complejidad), una red de unidades móviles para atención a las urgencias y emergencias, y redes de soporte para el proceso de atención.

Ahora bien, con respecto al tema central de la investigación, el gobierno de Santa Fe, considera que *“La promoción de la salud atraviesa la clínica, la prevención, el cuidado del ambiente, las respuestas sociales a las situaciones de enfermedad o riesgo de enfermar. Enmarcando las actividades de promoción de la salud en una estrategia de carácter integral, interdisciplinaria e intersectorial.”*

Analizando las actividades/estrategias que se sostienen en el marco de Promoción de la Salud, se cree que se relacionan directamente con estilos de vida o condiciones de vida.

Como regulación de estilos de vida se considera a: *Alimentación Saludable y Nutrición; Enfermedades Crónicas no Trasmisibles; Género, Sexualidad y Salud; Infancia, Adolescencia y Adultos Mayores; Prevención del Tabaquismo; Salud Bucal; Salud Mental; Vacunación; Acciones preventivas; Divulgación y Alertas.* Como control de condiciones de vida: *Alimentos; Enfermedades Trasmisibles; Transfusiones y sangre segura; Municipios y Calidad de Vida; Salud de los Trabajadores.*

Por ende, se podría considerar que las estrategias de Promoción de la Salud por parte Gobierno de Santa Fe se hallan en consonancia con los de Nación, expuestos en el Manual. Ya que también en este caso, se muestra como relevante la prevención de enfermedades, desde la clínica y la comunidad, como así los estilos de vida y las condiciones de vida que afectan a la salud, resaltando el carácter integral de las estrategias, en tanto se considera desde un abordaje intersectorial.

La organización de la salud y la noción de promoción de la salud por parte del Gobierno de Santa Fe, se ancla al ideal de entender la salud como ausencia de enfermedad, al generar estrategias (designadas como promotoras en salud) focalizadas en la

anticipación de la enfermedad y en un higienismo social para atender a la salud. Lo que dista de fortalecer y empoderar en salud como se enfatiza en Promoción de la Salud.

Ante este relato, cabe repreguntarse si efectivamente los lineamientos y acciones propuestas desde las mencionadas políticas públicas se implementan eficazmente, esta repregunta conllevaría a una investigación aparte, por lo que en nuestro caso nos limitaremos a retomar posteriormente los decires de Nación y Provincia (Santa Fe) en los enunciados de musicoterapeutas, para comenzar a vislumbrar la real incorporación de estos decires en la práctica de profesionales de la salud.

### *Capítulo III:*

#### **Sobre Musicoterapia**

##### **1. Un breve recorrido por la historia**

La musicoterapia como disciplina, tomando a Ferraggina (2004), surge alrededor de 1948 en nuestro país, cuando un grupo de profesores de Educación Musical se interesaron en la aplicación de la música en el tratamiento con niños con discapacidad. Años posteriores, conjuntamente con otros profesionales del área de la salud, crearon en el año 1966 la Asociación Argentina de Musicoterapia. En este momento histórico se consolida la carrera universitaria de Musicoterapia. La misma comienza a dictarse en Buenos Aires, Argentina en el año 1966-67 en la Universidad del Salvador.

En la actualidad existen cuatro universidades que otorgan título de grado en musicoterapia: Universidad del Salvador (Buenos Aires), Universidad Abierta Interamericana (con sedes en Buenos Aires y Rosario), Universidad de Buenos Aires (Buenos Aires) y Universidad Maimónides (Buenos Aires).

Cada centro de estudio tiene su perfil de formación, pero en todos los planes de estudios (de 4 y 5 años de duración) se contemplan prácticas pre-profesionales, variando la cantidad de horas. Las cuales se realizan en diversos tipos de instituciones: Hospitales Neuropsiquiátricos Nacionales, Provinciales, Hospitales Generales y Agudos, Escuelas de Educación Especial, Centros Educativos Terapéuticos, Centro de Estimulación Temprana, Centro de Atención Geriátrica, Centro de Acción Familiar, Centros Culturales, entre otras.

En el presente, la musicoterapia se ha integrado a equipos y planes que promueven la prevención y la promoción de la salud, su campo de acción se ha extendido y no se dirige solo hacia la rehabilitación como en primera instancia. La modificación y la implementación de nuevas leyes también posibilitaron la inserción de la musicoterapia en diversos ámbitos (educación, salud, social, etc.).

La amplitud de posibles intervenciones desde la musicoterapia en el campo de la salud, trascienden actualmente la conceptualización de salud como ausencia de enfermedad y se comienza a contemplar la salud comunitaria y colectiva. La prioridad ya no es solo el diagnóstico y el tratamiento de la enfermedad, si no que se empieza a considerar como relevante además el trabajar para la prevención y promoción de la salud.

## **2. Sobre Musicoterapia y Promoción en Salud**

A continuación se expone y analiza la producción escrita hallada sobre Promoción de la Salud de musicoterapeutas. Se resalta que dicho análisis, es una de las posibles interpretaciones ante la lectura realizada por quien escribe.

### **2.1 En Libros:**

#### **Posibles interpretaciones sobre los enunciados**

En primera instancia se hará referencia a los escritos del Lic. en Musicoterapia G. Gauna (2009), autor de varios libros, quien se ha abocado al trabajo en niñez e infancia y docente en la asignatura Musicoterapia en Prevención en la U.A.I. Rosario, durante el plan de estudios P396 (actualmente el plan de estudios cambio y la asignatura como tal se disolvió).

En el libro “Diagnóstico y abordaje musicoterapéutico en la infancia y la niñez”, se hallaron sus construcciones de sentido sobre promoción en salud. Previamente a esbozar una definición, el Licenciado relata que según su experiencia la musicoterapia en sus inicios tendía, tanto en la formación como en la práctica profesional, a estar dirigida a patologías específicas y establecidas en los sujetos, pero que poco a poco, la prevención fue incluyéndose al ir apareciendo con más asuidad. Para él, “la prevención se refiere en principio a la delimitación de un campo de trabajo, generalmente en salud, en donde si bien no hay aún una enfermedad declarada, se puede suponer que existe una zona de riesgo para determinada población, en relación a situaciones cercanas de enfermedades del tipo que sea.

Para el autor es importante reconocer en la atención si una patología está establecida o aún no, ya que dependiendo de este juicio él se plantea trabajar de una manera u otra, es decir, en palabras del licenciado, distinguir a través de su idea de diagnóstico<sup>10</sup>, si la situación que se nos presenta demanda terapia (el caso de una patología establecida) prevención (“si hay un grupo en riesgo, donde se repiten patrones no saludables”) o promoción (“cuando nos encontramos con la necesidad de resguardar la salud”). Llegando así a la siguiente definición:

---

<sup>10</sup> Según Gauna, “El diagnóstico en musicoterapia (aproximación diagnóstica) tiene como objeto reconocer cuáles son los parámetros sobre los cuales se construyó el discurso del padecimiento y enunciar alternativas en su posible deconstrucción estética” (Gauna, 2009, pág. 104)

“Así entendemos por “promoción de la salud”, a aquellas estrategias que trabajan sobre la comunicación masiva, en beneficio de resguardar y cuidar aquellas situaciones en salud que están siendo puestas en peligro tanto a los individuos como a la sociedad. Por ejemplo una campaña contra el sida, el alcoholismo, el cigarrillo, etc.” (Gauna, 2009, pág. 260; Gauna, 2009)

Se observa ante la lectura, que la construcción de sentido de promoción de salud expuesta por Gauna, se basa en lecturas epidemiológicas convencionales de vigilancia, donde existe un grupo de riesgo que debe ser protegido de no enfermar. Delegando a su vez la intervención en otros actores y en formas a su vez masivas, a través de la transmisión de información. Posición acorde con las políticas públicas en Argentina, donde se priorizan estrategias de prevención de drogas y enfermedades basada en datos epidemiológicos. Pero no presenta correlación con lo expuesto en la Carta de Ottawa, ni crítica ante las formas de control social desde el sector salud. Focaliza su construcción de sentido sobre promoción de la salud en un solo aspecto, reduciéndola a la transmisión de información.

Por otro lado, en el libro “Salud, escucha y creatividad” de Patricia Pellizzari y Ricardo Rodríguez (2005), se hallaron algunas referencias y desarrollos acerca de Promoción de la Salud, en donde esta siempre se menciona en relación al quehacer del “musicoterapeuta preventivo”. El libro desarrolla a través de distintos autores el quehacer del musicoterapeuta preventivo, este es a su vez un actor -según el libro- y un título de pregrado otorgado por la USAL (Universidad del Salvador). Publicación editada por dicha universidad.

En el capítulo número uno de la mencionada edición, se desarrolla el proyecto de la asignatura Musicoterapia en Prevención de la Licenciatura en Musicoterapia. En donde se describe la forma del mismo como proyecto educativo, desarrollando los fundamentos de la propuesta pedagógica, los objetivos, el entrenamiento y los ejes temáticos.

Desde la asignatura se pretende indagar sobre la intervención técnico-metodológica en áreas sociales y comunitarias, esperando obtener como resultado la resignificación de los conceptos salud-enfermedad (considerándolo como un proceso dialectico). “La Catedra tiene un especial interés de aportar al alumnado de la Universidad una secuencia de conceptos y experiencias que den lugar a prácticas y desarrollos en Promoción y Prevención Primaria de la Salud” (Pellizzari & Rodríguez, 2005).

Aquí ya situá el quehacer en promoción en relación al primer nivel de atención sanitaria y por ende a la idea de sistema en salud.

En la tercera parte del libro, se definen las ideas que aparecen solo mencionadas en un primer momento. Pero esta vez fundamentalmente ligadas al que hacer del musicoterapeuta comunitario.

“El musicoterapeuta preventivo-comunitario trabaja en pos de un cambio, de una transformación vinculada al “dolor social”. Sus acciones deberán entonces poseer una lógica particular, por un lado, sus conocimientos le posibilitan estar “advertido” y detectar ciertos indicadores y variables que la propia comunidad afectada desconoce; y por otro, es la misma ética comunitaria la que necesita y solicita la participación activa de todos los miembros de la comunidad. Esta ética le exige al musicoterapeuta una escucha paciente y el desafío de compartir con la comunidad la construcción de significados y acciones.” (Pellizzari & Rodríguez, 2005, págs. 163-164)

A continuación nos hablan de niveles de planificación en las acciones preventivas, en donde se involucran múltiples actores, como organismos internacionales, políticos sanitarios, instituciones intermedias, profesionales de la salud y la familia para la planificación estratégica.

Consideran que la musicoterapia preventiva se encuentra aún en desarrollo como especialidad. E intenta profundizar sobre ella para contribuir a la estudio de la misma. De esta manera ofrecen posibles definiciones e incumbencias.

Definen a la Musicoterapia Preventiva como “aquellos procedimientos en los que el profesional musicoterapeuta se acerca a su comunidad con objetivos de protección, promoción y prevención primaria de la salud.” (Pellizzari & Rodríguez, 2005)

Aclarando a continuación la idea de promoción de la salud. Desarrollándola en relación a la salud. “Promoción de la salud: implica otorgar a la salud un lugar trascendente, prioritario, y no un lugar alternativo en la vida”. (Isla, 2005) (Pellizzari & Rodríguez, 2005, pág. 165)

Considerando a la salud como algo a lo que hay que proteger, cuidar, conocer, preservar, y a su vez, como una construcción familiar, barrial, institucional.

*“Promover la salud en musicoterapia significa potencializar rasgos sanos de un sujeto o grupo de sujetos a través de actividades expresivas y creativas que colaboren en la toma de conciencia de sus fortalezas, de sus deseos y de las herramientas con que cuenta para llevarlos a la realidad solo y con la necesaria ayuda de su entorno.”* (Pellizzari & Rodríguez, 2005)

La promoción de la salud se ve contemplada por Pellizzari y Rodríguez como una acción dentro de las incumbencias de lo que definen como Musicoterapia en Prevención. Considerando a la Musicoterapia en Prevención como una rama de la musicoterapia y

ligada además a la Musicoterapia Comunitaria, analogándolas. Concibiendo las intervenciones en promoción, como en prevención y en comunidad indistintamente, a través de las mismas estrategias.

Por otro lado, se responsabiliza a los profesionales de la salud y a los musicoterapeutas como actores interviniente en promoción de la salud. Incluyendo, como en la Carta de Ottawa, la necesidad de estrategias intersectoriales. Pero se continúa pensando, como se enuncia, a la promoción desde el que hacer del musicoterapeuta preventivo. Si bien se intenta discernir la promoción de la salud en su cita a C. Isla (2005), se cree que la lógica desde la cual se piensa la acción genera una contradicción, al estar enmarcada como preventiva.

La musicoterapeuta Cecilia Isla (2005), también nos ofrece su postura frente a esta temática, en su texto “El hacer musical como acción promocional de la salud”, el cual se encuentra dentro del libro “Salud, escucha y creatividad”.

En él, se propone explicar la relación música-salud desde una perspectiva de salud positiva, con la intención de aportar una mirada que este por fuera del que hacer clínico.

Tomando como soporte teórico el modelo “salubrista”, considera al ser humano como una entidad biopsicosociocultural atravesada por múltiples factores y a la salud como un proceso complejo:

*“{...}definida como situación de relativo bienestar físico, psíquico, social, ambiental- el máximo posible en cada momento histórico y circunstancia sociocultural determinada -, concibiendo que dicha situación es producto de la interacción permanente y recíprocamente transformadora entre las personas (entidad bio-psico-socio-cultural) y sus ambientes humanos (entidad psicosociocultural, bio-físico-química y económico-política), teniendo en cuenta que estos componentes integran a su vez el complejo sistema trama de la vida”<sup>11</sup> (Isla, 2005).*

Expresando la necesidad de un reordenamiento, en función del ideal de salud mencionado, y una rejerarquización de los objetivos de las acciones en salud, lo que implica, para ella, darle primacía a la protección y promoción de la salud de la persona y la comunidad. Adhiriendo explícitamente a la definición de promoción de la salud de la Carta de Ottawa. Pero añade:

“En este enfoque es central el concepto de *potencial de salud*, propio de toda persona y comunidad, es decir aquellas actitudes y conductas que, al ser puestas en actos por la persona / comunidad, expanden el campo de lo sano.

---

<sup>11</sup> Isla cita a Saforcada, E. “Programa de la cátedra Salud Pública-Salud Mental” de la carrera de Lic. en Psicología de la Facultad de Psicología de la UBA.

Actualizando (poniendo en acción) el potencial de salud se logra preservar y promover lo no dañado y ejercer la capacidad de control sobre lo determinantes de la salud; con lo cual el monto de enfermedad evitable de la comunidad disminuye y aumenta la salud, así como la eficiencia y la efectividad de las acciones llevadas a cabo por el sistema de atención de la salud y la comunidad”. “(...) la meta de la promoción de la salud es potenciar al máximo la salud, cualquiera sea el punto de partida.” (Isla, 2005)

Es la única autora hallada que centró su texto en hablar exclusivamente sobre Promoción de la salud como musicoterapeuta. En sus enunciados alude explícitamente a las definiciones y propuestas de las Organismos Internacionales y específicamente a la Carta de Ottawa para referirse a sus nociones de salud y promoción de la salud. Quedando de esta manera subordinada a la generalización que implica tomar tales enunciados como fundamentos.

Además, la autora nos ofrece su lectura crítica ante la relación que debería existir entre la propuesta de la carta de Ottawa y la realidad en Argentina, en tanto expone, que si bien la Argentina fue participe de la Conferencia Internacional de la promoción de la salud llevada a cabo en Ottawa, como así también de las posterior que siguieron a esta, destaca que la formación de profesionales no da cuenta de esta transformación mundial, catalogándolo como riesgoso y sin augurios de un panorama mejor, y , por otro lado, señala que las prácticas en salud y la política en salud publica siguen ligadas al asistencialismo del modelo médico-clínico, desoyendo la realidad compleja.

Por ende, Isla también aporta en su lectura la crítica, que también se hizo en este escrito, a las políticas públicas en salud en nuestro país. Haciendo énfasis en la salud y no la enfermedad, posición a la que se adhiere en este escrito, pero hallando la contradicción que implica quedarse anclado a definiciones de Organismos Internacionales para hablar de salud.

## **2.2 En Tesis de Grado.**

### **Posibles interpretaciones sobre los enunciados**

En relación a las tesis de grado de musicoterapia que generan aportes sobre promoción de la salud se mencionan las investigaciones de las Licenciadas en Musicoterapia Coralí Maldonado y Ana Arias.

Maldonado (2015) desarrolla su trabajo de investigación a partir de la experiencia de coordinación de un taller con niños en una Asociación civil como musicoterapeuta. En el que denomina a su trabajo como promoción en salud.

Explicita que su construcción de sentido sobre promoción en salud se encuentra estrechamente ligada a su concepción de salud, describiendo a esta última como proceso de posibilidades dentro de una vida, ajeno a índices normativos, que no remite a un estado de normalidad o equilibrio al cual llegar. Implicando al sujeto en la construcción de su salud, es decir, parafraseando a la autora, el sujeto como actor, con sus lazos sociales, familiares, culturales, como sujeto con derecho a elegir como construye instancias saludables.

En relación al concepto de salud proporcionado, es que define promoción en salud de la siguiente manera:

“Esta instancia se piensa como aquella que se da en el transitar del sujeto, reconociéndose en la complejidad de la trama social y vincular.

Se puede dilucidar la promoción en salud en relación al *movimiento que tiende a la composición de instancias de sentido, posibles éstas de ser vivenciadas dentro de la comunidad.*” (Maldonado, 2015)

Continúa definiendo explícitamente su concepción de promoción desde un posicionamiento en musicoterapia.

“La musicoterapia en promoción refiere al accionar del musicoterapeuta en un territorio. (...). La posibilidad de pensar la promoción no surge de un universal, sino que se muestra como posible en un territorio determinado, en el que se está trabajando y en donde como musicoterapeutas vislumbramos la posibilidad de sostener un espacio en promoción. Como en la ética, la mirada está puesta no en el universal, sino en la singularidad.”. (Maldonado, 2015)

Es fundamental en su desarrollo el concepto de abducción, en tanto es a partir de esta que el sujeto puede hacer circular las vivencias de un espacio a otro, es aquí donde aparece la posibilidad de articular la clínica con la vida misma de los sujetos, su contexto, su comunidad, sus vínculos.

En el escrito se hallaron consideraciones consonantes con la Carta de Ottawa, como lo son la construcción y el trabajo sobre la salud respetando la singularidad de la comunidad y los sujetos con los que se trabaja. Atendiendo a las necesidades reales y creando la posibilidad de que emerjan sentidos en los espacios específicos de musicoterapia y abducidos a la cotidianeidad. Podría decirse que la musicoterapeuta logra despegarse del anclaje médico-clínico en el que recaen la mayoría de los enunciados que pretende promocionar la salud, a partir de una construcción de sentido propia de promoción en salud, implicándose ética y políticamente en los procesos de salud.

Por otro lado, la musicoterapeuta Ana Arias (2011) en su tesis de grado centra la investigación en la Inserción del Musicoterapeuta en el ámbito hospitalario, desarrollándola a partir del análisis de su experiencia concreta en una determinada institución y de las dificultades para llevar a cabo la ampliación de la Dotación de Profesionales en este Hospital. Atribuyendo las dificultades a la resistencia de los poderes hegemónicos de efectuar cambios.

Resaltando en su tesis que resulta fundamental para los profesionales de la salud poder conocer la estructura, las autoridades, ideologías e historia de la institución en donde se trabaja, para de esta manera participar activamente en la organización y direccionalidad de su hacer.

“Sabido que resulta fundamental tener en cuenta el lugar de concentración de poder para implementar entonces políticas y estrategias que varíen prácticas y lugares instituidos. No perdiendo de vista que es dentro de las estructuras en donde se encuentra el poder de dominio.” (Arias, 2011, pág. 18)

Y continúa exponiendo una posible forma de circular como musicoterapeutas en una institución pública.

“Es entonces, como los Musicoterapeutas, conquistan y dominan zonas de incertidumbre, que otorgan fuentes de poder y consiguientes espacios de libertad para el desarrollo de las propias estrategias. Permitiéndole un mejoramiento de lugar inicial de inclusión e injerencia en la organización” (Arias, 2011, pág. 18)

Para la autora, el ámbito hospitalario es “un efector de salud significativo para la población, en la medida que pasa a ser referente de los procesos saludables”. Proponiéndose como profesional abordar lo que no se encuentra afectado, pudiendo de esta forma aproximarse a “*acciones que tiendan a la protección, promoción, prevención de la salud*”, y apartándose de la “*atención única y determinada de la enfermedad.*” (Arias, 2011)

Propone una aproximación desde un nuevo paradigma de salud pública, conformando equipos multidisciplinares que contribuyan a las comunidades, siendo de esta manera activos en los procesos de salud. Esta aproximación determina responsabilidades tanto personales como intersectoriales, basadas en “núcleos saludables individuales, familiares y de las comunidades”, las cuales deben articularse con políticas públicas saludables que permitan desarrollar estrategias acordes y efectivas. “Promoviendo entonces a la salud como bien social.” (Arias, 2011)

Desde el hacer Musicoterapéutico creemos que la salud se construye, se cuida y promueve desde la subjetividad. El individuo se encuentra inserto en un contexto social que lo determina, conforma una realidad del mundo mediante un inter-juego dinámico en múltiples sentidos, que van constituyendo su subjetividad. Estos procesos de autoconstrucción se componen y recomponen mediante su hacer social a la vez que va construyendo espacios sociales sobre los que interviene.” (Arias, 2011)

Se reconoce en lo expuesto por la autora la demanda de nuevas políticas públicas en salud, responsabilizando para ello a los profesionales. Centra el análisis el ámbito hospitalario, pero no se limita por ello a hablar del quehacer médico, sino que a partir de su lectura y posición alega cómo es posible instituir otras formas de trabajar en él. Por consiguiente, puede decirse que en su escrito se hallan varias ideas en concordancia con Promoción de la Salud si nos remitimos al surgimiento, como a la revalorización de los últimos tiempos, que la sitúan como demanda de nuevas políticas públicas.

Consideramos fundamental exponer junto a las construcciones de sentido sobre promoción de la salud los contextos en los cuales se construyen, ya que podemos ver que cada uno de ellos depende del ámbito en que el musicoterapeuta se desarrolla.

Hasta aquí podemos leer enunciados contruidos a partir de experiencias diversas, por ejemplo: en la práctica con niños, en instituciones dependientes de salud pública, como hospitales, o en espacios comunitarios, como asociaciones civiles o centros culturales. Cada definición se halla y varía dentro de un marco. Algo en lo que coinciden los musicoterapeutas hasta el momento a la hora de hablar de promoción es el intento de una práctica anclada en la comunidad y en la sociedad, donde el sujeto de intervención ya no es individual, no está aislado, no es uno, las acciones contemplan siempre a colectivos. Pese a que algunos de los autores recaen en la prevención de enfermedades a la hora de hablar sobre Promoción en Salud, otro de los puntos de encuentro es que las acciones promotoras de la salud, son sobre la salud y no sobre la enfermedad, se trata de potenciar y favorecer, ya sean, las relaciones, las subjetividades, las experiencias.

## **Capítulo IV:**

### **De la Investigación de Campo**

*El sentido afirma, niega, regresa y se multiplica sobrevolando proposiciones, siempre está en fuga. {...}. El sentido es produciéndose. (García, 1999:69). En Díaz (2007)*

Se han expuesto hasta aquí, por un lado, las construcciones de sentido sobre Promoción de la Salud provenientes de Declaraciones Internacionales, Manuales, y textos de sanitaristas, donde se expresan perspectivas socio-políticas desde donde pensar la salud. Por otro lado, las construcciones de sentido de musicoterapeutas en relación a la Promoción de la Salud, donde se leyeron divergencias o adhesiones en comparación a lo propuesto en un primer momento. En cada uno, las construcciones de sentido giraban en torno a la necesidad de fundamentación de una práctica específica, expresando sus ideales de manera recortada, focalizada en sus prácticas y perspectiva. Lo que condujo a seguir ahondando e investigando las construcciones de sentidos sobre promoción de la salud en musicoterapia, a partir de la realización de entrevistas.

#### **- Diseño metodológico**

La metodología utilizada para la investigación es cualitativa, en tanto se pretende a través de la investigación, adentrarnos en los decires de los musicoterapeutas, los cuales se encuentran cargados de sentidos y circulando en un tejido social. Es por esto que se cree pertinente la elección de este tipo de investigación, ya que -en palabras de Sousa Minayo (2007)- la investigación cualitativa “(...) trabaja con el universo de significados, motivos, aspiraciones, creencias, valores y actitudes, lo que corresponde a un espacio más profundo de las relaciones, de los procesos y de los fenómenos que no pueden ser reducidos a una operacionalización de variables”.

La presente investigación es de carácter exploratorio por los alcances que tiene, aspira a indagar y exponer los decires sobre promoción de la salud en musicoterapia, intentando así sistematizar los conocimientos acerca de la promoción en salud. Revalorizando la práctica de musicoterapeutas y los conocimientos inherentes a las experiencias.

Se utilizó como técnica la entrevista, porque se cree necesario conocer la experiencia de profesionales musicoterapeutas.

Se realizaron entrevistas en profundidad y semi estructuradas, dependiendo de la disponibilidad de los entrevistados, dicho de otra manera, se les propuso a los entrevistados explayarse sobre un tema (su experiencia laboral) y durante el desarrollo de la misma se fue guiando la entrevista con preguntas acordes a la finalidad de la investigación, repreguntando sobre los enunciados de los entrevistados o preguntando directamente en el caso de que los decires no fueran en relación a los intereses de la investigación, o con la intención de seguir abriendo e indagando sobre la posición y la perspectivas de los musicoterapeutas.

La población a la que se entrevistó fueron aquellos musicoterapeutas argentinos que estén o hayan trabajado, ya sea contratados o *ad honorem*, en instituciones públicas o comunitarias.

#### - **Sobre el Análisis de las Entrevistas**

De las entrevistas, se extraerán enunciados con la intención de exponer los sentidos que circulan en el campo de conocimiento que es la musicoterapia sobre promoción de salud, en tanto creemos que hablar de sentidos y leer los enunciados como tales, nos habilita a no quedar anclados a verdades establecidas, emergen de esta manera múltiples sentidos posibles de ser leídos.

*“De modo inseparable, el sentido es lo expresable o lo expresado de la proposición, y el atributo del estado de cosas. Tiende una cara hacia las cosas y otra hacia las proposiciones. Pero no se confunde ni con la proposición que la expresa ni con el estado de cosas o la cualidad que la proposición designa. Es exactamente la frontera entre las proposiciones y las cosas”.* (Deleuze, 2002)

Por ende, se considerará lo expresado en los enunciados de las entrevistas. Situándonos siempre en el borde, entre el estado de cosas y las proposiciones. Descentralizando de esta manera verdades únicas, habilitando el sentido en lo expresado.

*He aquí el momento de alejarse de la verdad y concentrarse en el sentido que, al producirse en el medio de choques de fuerza, nos constituye y hace que el mundo se torne discernible.* (Cragnolini, 2006: 80). En (Díaz, 2007, pág. 64)

Para el análisis de los datos se tendrán en cuenta tanto los ejes de la entrevista preestablecidos, como aquellos que surgieron luego de realizadas la totalidad de las

mismas en función de la novedad con la que cargan estas. Para ello, como metodología de análisis de esta información, las entrevistas serán analizadas en distintas dimensiones, niveles y planos, de manera tal que en este despliegue emerjan los sentidos y la complejidad inherentes a los relatos y las experiencias de los musicoterapeutas.

Debido a que las entrevistas son de carácter anónimo, los entrevistados serán designados genéricamente como musicoterapeutas<sup>12</sup>, asignándoseles además un número<sup>13</sup> a cada uno, con la finalidad de que se pueda discernir que los enunciados corresponden a diferentes profesionales. Los musicoterapeutas que accedieron y se entrevistaron para esta investigación fueron doce (12) en total.

Si bien la investigación toma como soporte para construir-se las entrevistas realizadas, se distinguen los decires de los musicoterapeutas entrevistados del análisis de los mismos al considerarlos diferentes.

La información proporcionada en las entrevistas por los musicoterapeutas desborda la temática de la investigación, en ellas se hallaron relatos de múltiples experiencias laborales en musicoterapia, como así de posiciones. Vale aclarar entonces qué, lo que se presentará a continuación es una de las posibles interpretaciones sobre los enunciados mencionados.

---

<sup>12</sup> Será abreviado como M, de aquí en adelante

<sup>13</sup> Los números fueron prefijados de forma aleatoria.

## Dimensión I: Trayectos de Práctica en Musicoterapia

Se cree que los trayectos son determinantes en las construcciones de sentidos, ya que es a partir de las experiencias y lugares transitados que los sentidos emergen, es decir, se cree fundamental la experiencia como lugar donde el conocimiento se deconstruye/construye.

Por lo que se contemplará en este momento el recorrido profesional de los musicoterapeutas: la formación académica de los profesionales entrevistados (en tanto cada universidad carga con cierta singularidad, más allá de compartir muchas otras), los lugares geográficos en donde desarrollan su práctica (en tanto cada provincia/ciudad se organiza de una manera particular) y por último, los lugares laborales concretos, como instituciones, donde los musicoterapeutas transitaron ejerciendo su práctica.

### a) Nivel: De la Formación Académica

La musicoterapia como formación universitaria cuenta con apenas 50 años, es una carrera que se puede considerar joven. Como toda carrera, ha tenido su proceso de consolidación y conformación tanto académicamente como institucional y socialmente.

Históricamente han existido en Argentina dos provincias en las que se ha dictado la carrera de musicoterapia, estas son Buenos Aires y Santa Fe. En ambas provincias pero en diferentes momentos históricos, la formación del musicoterapeuta fue jerarquizándose.

En primera instancia la formación no era universitaria, los títulos posibles a obtener eran otorgados por institutos terciarios de formación. Luego, la formación se torna universitaria y los títulos otorgados por las universidades también fueron jerarquizándose de Musicoterapeuta (título de pregrado) a Licenciado en Musicoterapia (título de grado).

Paralelamente, a partir de que la formación se torna universitaria, hay mayor desarrollo teórico. Es por este motivo, que creemos relevante el momento histórico de formación, no fue lo mismo ser estudiante en los años 70' u 80', incluso 90' (como se menciona en las entrevistas), que en la actualidad donde ya la formación cuenta con otro *corpus* teórico y la inserción laboral ha crecido.

A su vez, como se mencionaba, cada carrera tiene su perfil, es por este motivo que creemos un dato significativo, el lugar de formación de los entrevistados, en tanto cada uno de ellos tuvo una experiencia diferente al transitar por universidades distintas.

En términos generales, los musicoterapeutas entrevistados transitaron por diferentes lugares de formación como estudiantes y/o docentes. Algunos de ellos se formaron en la Provincia de Buenos Aires y otros en la Provincia de Santa Fe, en la ciudad de Rosario.

De los entrevistados que se formaron en Buenos Aires, la mayoría lo hizo en Universidad del Salvador, la cual sabemos fue la primer carrera universitaria en el país pero otorgando en primera instancia título de pregrado, destacándose en los relatos los avatares de haber transitado la formación en sus comienzos en nuestro país, refiriéndose concretamente a la escasa bibliografía y el acotado ámbito de inserción en el que se los formaba y luego se trabajaba. Consecuentemente, aquellos musicoterapeutas que se formaron en las primeras décadas de la formación universitaria, actualmente son docentes tanto en la USAL como en otras universidades como la U.B.A. y la U.A.I.

En la ciudad de Rosario, en 1989, se inicia la formación terciaria en musicoterapia en el Instituto del Paraná N° 4043. En 1995, se comienza a dictar la carrera la Universidad Abierta Interamericana, siendo esta la primera carrera de grado del país.

Al iniciarse la carrera en dicha universidad, el instituto cede la formación de musicoterapeutas. Las instituciones realizan un convenio en el cual dan la posibilidad a los estudiantes de continuar su formación en la U.A.I. sin la necesidad de re-cursar los años que ya habían realizado en el Instituto del Paraná. Algunos de los entrevistados realizaron su formación directamente en la U.A.I.

Todos los entrevistados que realizaron sus estudios en la ciudad de Rosario los finalizaron en la U.A.I., obteniendo el título de musicoterapeuta y además algunos el de licenciado en musicoterapia. Actualmente, dicha universidad expende solo el título de Licenciado en Musicoterapia.

#### b) Nivel: De los Lugares de Trabajo

Si bien la formación en Musicoterapia, tanto históricamente como en la actualidad, se dicta solo en las provincias de Santa Fe y Buenos Aires, la mayoría de los entrevistados provenían de distintas ciudades y provincias al momento de estudiar, como Entre Ríos, La Rioja, Mendoza, Buenos Aires y Santa Fe, en estos casos.

A su vez, actualmente varios de los entrevistados ejercen la profesión en distintos lugares del país, como Mendoza, La Pampa, La Rioja, Santa Fe y Buenos Aires.

Se considera de importancia esta información en tanto, más allá de que cada musicoterapeuta ha trazado caminos personales y diferentes entre sí, las realidades y contextos varían en cada provincia y cada municipio e influyen en el quehacer del musicoterapeuta. Así mismo estos datos dan cuenta de que la práctica musicoterapéutica tiene lugar a lo largo del territorio Argentino y no solo en las provincias y ciudades que cuentan con la formación académica universitaria.

c) Nivel: Sobre la inserción laboral musicoterapeuta

La inserción laboral del musicoterapeuta, como todo fenómeno social, ha sido un proceso. En sus inicios en nuestro país, como se mencionaba, la práctica y la formación del musicoterapeuta eran predominantemente en el área de discapacidad. En la actualidad la inserción laboral se ha ampliado.

En el relato de aquellos recibidos en los años '70, '80 y '90, emergieron las dificultades de ese momento, como lo fueron la escases de material bibliográfico, el no reconocimiento como profesionales en varias instituciones, llegando al desconocimiento del ejercicio profesional del musicoterapeuta, predominando el trabajo clínico, como se lo considera tradicionalmente, sin la posibilidad de trabajar en el ámbito comunitario. En contraposición, en los relatos de aquellos recibidos después del 2.000 no se menciona ninguna dificultad en relación a la inclusión de su práctica en las diferentes instituciones y se mencionan múltiples y variados lugares y formas de inserción laboral.

Se cree de importancia resaltar los espacios laborales ya que es desde estos lugares que los entrevistados construyen y fundamentan las construcciones de sentidos inherentes a la práctica. A modo de ilustrar la ampliación laboral es que se explicitará la misma desde diferentes tipos lógicos hallados en los enunciados de las entrevistas:

- En grupos etarios:

Los musicoterapeutas trabajan actualmente con diferentes grupos etarios: niños (desde el embarazo), adolescentes, adultos y adultos mayores.

- En instituciones

Las instituciones en las que los musicoterapeutas han transitado y transitan son de las más diversas, ya sean públicas o privadas, las mencionadas fueron: hospitales, centros de

salud, centros de día, asociaciones civiles, centros culturales, ONGs, escuelas y universidades.

- En relación a su función

También se hallaron en los enunciados diversos roles y posiciones en las diferentes instituciones, como terapeutas, acompañantes, talleristas, docentes, educadores, supervisores y coordinadores.

En las entrevistas se hizo hincapié en el relato de experiencias laborales en instituciones que dependan del Estado ya sea a nivel nacional, provincial o municipal y no solamente en lo que tradicionalmente se conoce como espacios de salud pública (hospitales y centros de día los cuales dependen del Ministerio de Salud), con la finalidad de poder vislumbrar la propuesta de *salud en todas las políticas*, para centrarnos en “*la nueva salud pública*”, ya que actualmente los profesionales de la salud, incluidos los musicoterapeutas se encuentran trabajando en diferentes instituciones que dependen de distintos ministerios y direcciones.

Por consiguiente, se pudo registrar a partir de las entrevistas, que sólo algunos de los musicoterapeutas han trabajado en lo que tradicionalmente se reconoce como espacios de salud pública, esto es, hospitales y centros de salud, todos empleados de diferentes maneras y/o *ad honorem* y pocos de ellos continúan trabajando en hospitales. Otros fueron contratados por la provincia y/o municipalidad pero ya no en el marco exclusivamente del Ministerio de Salud, sino trabajando en dependencia de diferentes Ministerios como Desarrollo Social y Justicia y Derechos Humanos, o específicamente de Direcciones, como Justicia Penal Juvenil o Secretaria de Derechos Humanos.

Las mencionadas situaciones connotan la puesta en práctica real de la propuesta “salud en todas las políticas”, en tanto los profesionales de la salud, en este caso musicoterapeutas, actualmente ocupan lugares que no dependen exclusivamente del Ministerio de Salud, sino que se han incorporado a los distintos ministerios y por ende sectores, generando así una impronta de salud en el quehacer de las diversas instituciones.

En pocas palabras se puede decir que la inserción laboral de los musicoterapeutas ha ido variando y ampliándose a la par del desarrollo científico-académico, como así a partir de las demandas sociales propias de cada momento histórico.

A su vez, se comprende la política como fenómeno determinante de organización social en los procesos de atención en salud en la que los musicoterapeutas forman parte.

Considerando a las leyes como normativas propuestas desde el Estado, las cuales atraviesan y componen las políticas públicas (que sirven para la gestión y planificación del quehacer diario de los actores del campo de la salud). De esta manera se considera la política determinante en la inserción laboral de los musicoterapeutas.

## Dimensión II: De los sentidos

Es fundamental para la presente investigación dar cuenta de aquellos sentidos que emergen en el relato de los entrevistados. Si bien los decires se organizan de maneras diversas, haciendo referencias a diferentes aspectos de la práctica, en este momento intentaremos retomar aquellas construcciones de sentidos que generen aportes significativos para la investigación, como lo son fundamentalmente, aunque no únicos, las construcciones de sentido de: *Salud, Promoción de la Salud y Prevención de la Salud*.

En los enunciados de los entrevistados los tres conceptos mencionados se encuentran siempre en relación, en algunos casos más entramados que otros, dato relevante para la investigación. Aunque pueda parecer evidente, siempre los decires sobre promoción y prevención se conciben en relación a la noción de salud, en tanto estos remiten a intervenciones sobre la misma.

A su vez la promoción y la prevención, si se tiene en cuenta lo expuesto en el capítulo dos, se encuentran muchas veces ligadas. En este momento por razones meramente metodológicas intentaremos aislarlos, pero sin dejar de tener en cuenta totalmente su relación.

### a) Nivel: De los decires sobre Salud

En las entrevistas se hallaron diversos decires sobre salud, los cuales en algunas ocasiones comenzaban a emerger en el relato mismo sobre las experiencias laborales y otras ante la pregunta puntual del entrevistador.

Si bien cada entrevistado le imprime singularidad a sus enunciados, esbozando sus ideales de salud siempre en consonancia con sus experiencias prácticas y laborales como musicoterapeuta, estos serán analizados teniendo en cuenta la correlación presente en sus construcciones de sentido a ideales de salud existentes, en los que casos que así sea, y exponiendo su construcción propia en otras.

Ante una lectura crítica, se observa en los enunciados de algunos musicoterapeutas una correlación entre sus decires y los ideales de la OMS sobre salud, al leerse la adhesión a ideas claves de esta como lo son la salud integral o en otras palabras pensar a la salud como fenómeno bio-psico-social, por ejemplo:

*“M2- Para mí la salud no es solamente **biológica**<sup>14</sup>, no es solamente **social**, no es solamente **psíquica**, yo creo que la salud tiene que ver con esos tres aspectos y si querés con la **espiritualidad** también.”*

Otro de los entrevistados incluso hace alusión a la idea de que la salud trasciende la ausencia de enfermedad, brindada en clásica concepción de la OMS, donde se expresa la salud de la siguiente manera:

*“M5- Sí, la salud, {...}, es una concepción integral, es **no solo la ausencia de enfermedad** sino que toca todas las esferas del ser humano, no solamente lo físico sino lo psíquico, lo social y yo incorporo un área, que es el área espiritual.”*

En otro de los enunciados encontramos una cercanía al concepto brindado por la OMS, pero en este caso se hace referencia a la tradicional idea de salud como bienestar, palabra que se reitera a la largo de la historia y de diferentes campos de conocimiento a la hora de hablar sobre salud.

La idea de bien nos lleva replantearnos la moral o en otras palabras los juicios de valor inherentes a pensar la salud como bienestar, sobre todo porque en general esta idea de bienestar es prestablecida, se funda en una sociedad prejuzgando de esta manera a los individuos bajo cualquier problemática y generando así una línea entre lo normal y lo anormal, cualquier sufrimiento que inhabilite a transitar a la persona como se espera, hace que sea considerado como anormal, condicionándolo así a un juicio externo -y no a la vivencia del propio sujeto- del estar sano, enfermo o sufriendo.

Por ejemplo en el siguiente enunciado se puede leer por un lado la idea de bienestar pero por otro lado se trata de ajustar este ideal al de la persona con la que se está trabajando, a su potencialidad, tratando de escapar a la normativa e intentando leer la singularidad y la construcción del bienestar propia de cada uno (la cual a su vez no deja de estar atravesada por una construcción social).

*“M12- {...} la salud es para nosotros, **llegar al máximo bienestar** de la persona {...} si hay una lesión severa siempre hay secuelas, entonces con lo que logró rescatar de todo eso que pueda vivir, que todo eso le sirva, a lo mejor restituido o remplazado por otras cosas pero que al fin y al cabo está viviendo y pueda disfrutar o aprender a disfrutar desde otro lugar o hacer desde otro lugar, a significarse como persona desde otro lugar.*

Se habla entonces de un estado como referencia, se trata de lograr el máximo bienestar como propone la OMS, en este caso al tratarse de un trabajo en rehabilitación y al

---

<sup>14</sup> Las palabras resaltadas marcan el énfasis del análisis sobre los enunciados, que responden al interés de la investigadora, no de los entrevistados.

desarrollarlo con personas que tuvieron lesión cerebral, se intenta devolverle a la persona su bienestar. El musicoterapeuta agrega que aspira a que los sujetos que atraviesan por rehabilitación en su trabajo puedan vivir con lo que tienen, potenciando sus capacidades actuales.

Por otro lado, se distinguen enunciados en los que se expresa la convicción de que la salud no es un fenómeno meramente biológico, sobre todo al hablar de salud mental, sino que se construye en el día a día, en el estar cotidiano y es determinado por ella. Donde el tejido social es el que enferma y sana, es el espacio de contención, de aprendizaje, de vínculos, donde la salud se da en un encuentro con otro, con algo. Se construye.

De esta manera, se relacionan los siguientes enunciados con la idea de salud comunitaria o salud colectiva, en tanto comprenden los procesos de salud dentro de una comunidad y/o sociedad de la que el sujeto es parte.

Hay quienes si bien eligen hablar de tejido social, al reconocer los vínculos de aquellos a los que acompaña como fundamentales, es posible comprenderlo dentro de lo que se llama salud comunitaria, en tanto hay una predominancia de lo que acontece en lo vincular, en lo cotidiano, en el entramado social del que el sujeto es parte, por ejemplo:

*“M3- {...} una situación de salud no tiene que ver exclusivamente con un sujeto aislado que tiene o puede llegar a tener determinado, o no, problema. Y que ese problema, o mejor dicho problemática, que pueda estar atravesando le defina una identidad sino que se dan determinadas situaciones subjetivas, vinculares que pueden estar ligadas a un sufrimiento en determinado momento y uno está ahí como alojando, acompañando, interviniendo en virtud de **generar otra posibilidad** de esa situación dada, en un momento dado.”*

En este caso la construcción sobre salud contempla el entramado social en el que se haya el sujeto. El musicoterapeuta reconoce la influencia social que determina la problemática, pero incluyéndola en el proceso de atención, no reduce su lectura a lo convencionalmente prestablecido como enfermar sino que lee el rotulo con el que carga la persona que llega y le ofrece acompañamiento con intención de generar diferentes maneras de vivenciar su proceso de salud-enfermedad.

En otro de los enunciados se lee una alusión explícita a la salud como colectiva en continuidad con la premisa de que la salud es pensada y determinada en función de la sociedad y el momento histórico en que nos hallamos.

*“M7- En medida que la salud es entendida como algo que le pertenece a una comunidad o colectivo que está en una situación social determinada, en un momento histórico determinado, {...} toda idea de salud es también una idea que incluye la forma de vida de un colectivo y **puede ser pensada solo desde la comprensión de la forma de vida de un colectivo** que alguien padece, al que se le adjudica este concepto de salud.”*

En este marco, varios de los musicoterapeutas sostienen que un proceso de salud es posible en medida que se le habilita al otro nuevas posibilidades de estar, de hacer, de ser.

*M8- {...} la salud en verdad es **un camino**, son **las posibilidades**. {...}, hablar de salud es hablar de la vivencia.*

Se enfatiza entonces la idea de que la salud es posible de ser trabajada a través de nuevas u otras experiencias.

Otro de los enunciados acordes a pensar a la salud en comunidad, es el siguiente:

*M8- “La salud no está en el espacio donde yo voy a coordinar, está en el día a día de cada uno de ellos, lo que yo voy a ofrecer ahí es algo distinto para ellos pero que entra en consonancia con todo lo que ellos hacen.”*

Aquí la posición del musicoterapeuta aporta otro dato, el de incluirnos en ese ejercicio de pensar a la salud comunitaria de los sujetos, articulando de esta manera el espacio de musicoterapia y el musicoterapeuta a la vida diaria de los sujetos, expresando qué lugar ocupa en la vida de ellos y nuestra.

En el caso de M8, se leen alusiones a salud en más de un sentido, por ejemplo, elige hablar de salud como vivencia, como construcción de vínculos, como el día a día de la persona en su comunidad, pero a su vez reconoce la salud como sistema de salud y a la medicina como saber predominante en ella.

*“M8- {...}, salud es un concepto que no es muy recomendable manejarlo a nivel teórico solamente, porque implica la propia salud e implica la vivencia de los demás, implica el poder. Por ahí en la medicina vas a un médico y te dice estás enfermo o no estas enfermo, el define tu grado de salud, nosotros en musicoterapia siempre hemos puesto como que la salud en verdad es **un camino**, son **las posibilidades** y como que no es uno el que determina la salud del otro sino que uno es el que acompaña esos caminos, entonces a lo sumo el otro podrá mostrar sus cosas y uno podrá tener sus opiniones, pero salud, enfermedad son cuestiones para mí como secretas porque uno no sabe realmente que es lo que el otro está haciendo por su salud.”*

Paralelamente se encontraron en los enunciados críticas y lecturas directas al sistema de salud al momento de hablar sobre la salud. Considerando a este como organizaciones determinadas y estipuladas por los organismos de Estado, es el caso de las llamadas

instituciones de salud, las cuales organizan y determinan qué es la salud (y la enfermedad), en tanto los profesionales que componen esas instituciones son quienes deciden el grado de salud de quien asiste a estos espacios. Son espacios a los que las personas recurren en busca de una cura o solución, donde el saber médico predomina sobre otros.

Al respecto uno de los musicoterapeutas nos dice que esto no es casual, que es una invención de las clases dominantes, desde donde es posible pensar la salud y desde donde es habitual pensarla, proponiéndose correrse de esa línea de pensamiento:

*“M8- {...} las clases dominantes y las cuestiones de poder definen también cuales son los puntos de partida para pensar la salud y él<sup>15</sup> dice que no son puntos de partida, **son invenciones**, son creaciones, esto es lo que se ve hoy en día en los barrios de la ciudad.”*

En otro de los enunciados al hablar de salud se hace entender a la salud como derecho y al deber del Estado de garantizarla a través del acceso los servicios de salud al pensarnos como ciudadano. Por lo que una de las musicoterapeutas expone puntualmente las siguientes consideraciones desde esta perspectiva:

*M11- “{...} primero que es un derecho, y que tiene que estar a disposición de cualquier individuo de la sociedad”, {...}, “para mí el eje es saber que todo sujeto tiene derecho a la salud y a partir de ahí empezar a pensar las intervenciones y los acompañamientos”.*

Como menciona el musicoterapeuta, reconocer a la salud como derecho es fundamental para el ejercicio del mismo para todo actor.

El enunciado hace hincapié en entender el derecho a la salud como el acceso a los servicios, lo cual si bien se considera fundamental, no hace al ejercicio pleno del derecho ya que como se sostiene a lo largo del escrito es necesario también trabajar para potenciar la salud desde múltiples lugares como profesionales de la salud para poder ejercerlo en su plenitud y no sólo en la asistencia.

En otro plano, podemos ubicar aquellos enunciados que relacionan la idea de salud a la de campo. Como se mencionó en un principio la idea de campo busca trascender el reduccionismo de la noción de sistema, teniendo en cuenta a los múltiples actores intervinientes en él y las disputas de poder inherentes a esta, como así la lectura de la salud-enfermedad como colectiva.

---

<sup>15</sup> Hace referencia a Juan Samaja.

En uno de los enunciados donde se articulan campo y salud, se halló una lectura crítica sobre estas, en tanto se sostiene que la definición de campo de la salud contribuye a una delimitación de la misma. Entendiendo que, si bien es un recorte posibilita una comprensión compleja de la salud.

*“M4- La cuestión de la salud como definición queda entrampada en la necesidad de definir un campo. Por eso a mí me parece que se hace necesaria esa aparición de la definición, para el **recorte de un campo**, define ahí un recorte en lo que involucra todas aquellas variables que se necesitan ser atendidas en ese campo: los dispositivos, los trabajadores, la población a asistir. Que en ese lugar te habilita a pensar en un campo o una institución, pero institución en tanto salud como institución. Así como educación, trabajo, en este sentido. Me parece que desde otro lugar no se puede definir la salud porque si no es inevitable definirla en función de algo, ya sea salud, enfermedad, o de algún lugar donde uno trabaja para que el otro tenga, por eso me parece que desde ese lugar la salud no se puede definir.*”

Para pensar la salud se muestra como necesario un recorte, en este caso denominado campo e incluyendo sus variables, esta idea se contrapone a la de pensar a la salud como algo a obtener y posible de ser brindado. La salud, concluye:

*“M4- Es solamente aquello que habilita un recorte posible de un campo de trabajo y que como institución te permite pensar estrategias y organizaciones, armados del entramado para abordar este campo.”*

Se hallaron también alusiones específicas a pensar a la salud como campo, teniendo en cuenta la situación política, cultural, económica y lo que el momento histórico determina como saludable y organiza ante la demanda de las comunidades, siempre en relación a pensarse como profesional:

*“M9- {...} no puedo pensar a la salud como una cosa separada, por ejemplo, de la política, de la economía, de la cultura, del arte, no la puedo pensar separada de eso, yo creo que la salud la tengo que pensar primero como profesional, {...}, como musicoterapeuta digamos, {...}, sí o sí acuden a mí o hay demanda porque piensan que puedo laburar algo en relación a la salud, entonces la salud termina siendo como **un valor**, por el cual otro reclama o pide, en ese sentido yo pienso que **la salud es un circuito de relaciones, producciones, que las comunidades y los sujetos van armando en su vida**, que se pueden ubicar en diferentes momentos, en diferentes épocas, en diferentes generaciones, en relación a los discursos sociales como sea posible, uno a veces está en el campo de la salud sujetado a una dolencia, a una alegría, a una actividad, a un trabajo, a una familia de la cual disfruta, a veces está trabajando para eso, a veces está subordinado a un discurso que le causa algún padecimiento.*”

El relato continua resaltando como en la práctica se encuentran presentes dicho discursos en relación a los vínculos que el sujeto tiene o puede construir, situando al

profesional musicoterapeuta como acompañante del proceso de salud ante la demanda por “X” sufrimiento, en otras palabras, en ambos momentos se destaca la relación ya sea del sujeto, o de una acción en el campo de la salud, como un fenómeno que depende de las relaciones e inclusive de las relaciones a través de lo discursivo.

*M9: “Me parece que uno se va situando en la salud en relación a cómo va armando vínculos con los discursos, económicos, sociales, culturales, familiares, comunitarios climáticos, y dentro de eso para mí sí la salud es como un gran campo de intervenciones donde las demandas hace que nosotros tengamos que operar para poder solucionar algunas cosas, trabajar algunas cosas, cuando digo solucionar, digo momentáneamente, remendar ciertas cosas que a lo mejor el otro si no está siendo acompañado por uno no lo puede ver, si no está acompañado por uno, por la familia, por la sociedad no lo puede vislumbrar, en ese sentido nuestro laburo es como de acompañamiento en el campo de la salud . Entonces en la salud entra todo, entran todas las visiones, todos los discursos, entra todo lo que puede llegar a influir, entra la medicina, entra la salud mental clásica, la prevención, la promoción, es un gran campo discursivo digamos y uno opera como accionando la salud, si o si atiende una demanda.”*

Su lectura del campo de la salud enfatiza las relaciones vinculares y discursivas. Los discursos políticos, sociales, económicos, culturales, entre otros, condicionan al sujeto y la vivencia de la salud y del sufrimiento. Por lo cual, en un plano de trabajo individual por ejemplo, como se plantea en este relato, se contemplan los vínculos familiares y sociales.

Además, de las entrevistas se han podido extraer diversos decires sobre salud, que no son posibles de dejar atrapados en lineamientos teóricos convencionales, sino que se fundan en relación a lo que podríamos llamar el trabajo clínico de los musicoterapeutas. Por ejemplo uno de los enunciados, claramente difiere de otras construcciones de sentidos, eligiendo hablar desde un lugar -que se considera para quien escribe- como ético, en tanto responsabiliza al sujeto de su salud, sin juzgar moralmente, es decir en términos de bien o mal, a la salud:

*“M4- {...} desde el lugar que yo trabajo y que tuve la suerte de compartir con mis compañeros de trabajo es desde **aquello que la persona está pudiendo**. Favorecer que pueda elegir, que pueda...desde este lugar de responsabilizar al sujeto en relación al propio camino que quiere hacer, no para dejar de sufrir porque eso, qué sé yo, sino para eso, ya en la elección me parece que estamos colaborando, con que esa persona pueda estar mejor, y digo estar mejor porque en general en estos espacios que se ofrecen nadie obliga a alguien a hacerlo y ya desde ese lugar es una posición.”*

En otro caso, se halló una situación paradójica a la anterior donde el relato es enunciado negativamente pero en el mismo sentido:

*“M3- Quizás está ligado a lo que considera salud cada uno, yo en particular no lo pienso estrictamente como o exclusivamente como el bienestar, sino quizás con esta cuestión, lo defino en un sentido negativo, **no quedarse anclado a una situación de cierto padecimiento** digamos.”*

El punto de encuentro que se da entre este enunciado y el anterior, es contemplar lo que cada sujeto considera saludable. Pero uno lee la vivencia del sujeto desde lo que está pudiendo, haciendo énfasis en la salud, y el otro la define leyendo el sufrimiento del sujeto. Pero ambos proponiendo no anclarse igualmente para pensar la salud de los sujetos al sufrimiento.

Otro de los relatos sumamente atravesado por la experiencia de trabajo, es el siguiente:

*“M6- {...} creo que la salud tiene que ver con esto, con **darle al otro el derecho de decir, de decirse, de decir su verdad**. Lacan en algún momento dijo el derecho humano fundamental, es el derecho al síntoma, el derecho a la diferencia única, o sea, de que vos puedas decir tu verdad, y en este momento que es lo comunitario, que todos porque son víctimas de terrorismo de Estado tienen el mismo síntoma. O sea, la huella psíquica, el daño psíquico es totalmente singular, y eso es lo que hace a la escucha distinta. Tengo que escuchar algo ahí que solamente lo puedo escuchar si es que le doy lugar al otro. No es que hay una receta...”*

En este caso los decires están en relación a una práctica particular como lo es trabajar con víctimas de terrorismo de Estado, por lo que la idea de salud enunciada se da en consonancia con esta experiencia.

Por último, otro de los enunciados que hacen alusión a salud, se presenta como una mixtura, nacido de la labor clínica en autismo, resalta por un lado el componente subjetivo y por otro al componente vincular familiar y social al hablar de un entorno favorable como necesario:

*“M10- Para mí la salud es el **poder estar bien con lo que sos, como sos** y pudiendo estar **en un entorno facilitador**, llamase familia, llámese comunidad, llámese calle incluso, un hogar, un espacio donde la persona que sufra pueda **transformar de algún manera su sufrimiento en algo creativo en algo, en un mejor estado**”.*

Retomando lo dicho sobre salud por los musicoterapeutas, vemos que algunos de los decires se encuentran anclados a las propuestas de Organismos Internacionales y por ende en consonancia con las ideologías y políticas que se sostiene desde los mismos. Otros por

su parte se apegan al sistema de salud y los niveles de atención en salud. Algunos más críticos, al comprender que las practicas terminan formando parte del sistema de salud de nuestro gobierno, pero no por ello quedando anclados a las estructuras eligen hacer una lectura de la salud como campo, lo que habilita a problematizar la salud y no a reproducir prácticas que entienden a las salud como ausencia de enfermedad, sino que comprenden los múltiples factores que inciden y hacen a la salud de las comunidades en sus relaciones.

b) Nivel: De los decires sobre Promoción en salud

En los enunciados de los diferentes musicoterapeutas entrevistados, se encontraron múltiples construcciones de sentido sobre promoción de la salud, algunos análogos y otros divergentes entre sí.

Se muestran variaciones al pensar las acciones concretas, las intervenciones, los actores, las relaciones en juego entre actores, el lugar del Estado y de las políticas públicas. Por lo que a continuación se desplegara un análisis en diferentes niveles para una comprensión compleja sobre promoción de la salud, que de circularidad a los distintos decires, pudiendo así contemplar el entramado del que es parte.

De la totalidad de los entrevistados sólo dos se atuvieron a hablar llanamente de promoción de la salud, los demás hablaron primeramente siempre de promoción en relación a prevención. Ante las re-preguntas de la entrevistadora y en algunos casos espontáneamente, los entrevistados los separaron, otros si bien las reconocieron como construcciones de sentido diferentes, exponen que estás, sobre todo en la práctica y en algunos casos conceptualmente, son inseparables, en otras palabras, parte de un mismo movimiento.

- **De las acciones en Promoción de la Salud**

La palabra promoción nos remite necesariamente a una acción. Aunque parezca evidente, resulta necesario reconocerla como verbo, en tanto los decires sobre las acciones promotoras nos permitirán vislumbrar cómo los musicoterapeutas piensan a la promoción de la salud concretamente. Por consiguiente, se expondrán a continuación los enunciados en los que se hallan presentes verbos asociados a la promoción en salud.

Una de las acciones más frecuentes que emergió en los decires fue la de informar, dar a conocer información.

Al hacer referencia a la información como acción promotora en salud, los musicoterapeutas, tuvieron como destinatario a individuos, comunidades y sociedades. Generalmente la necesidad y relevancia de transmitir información se correlaciona con problemáticas que afectan a las comunidades en general, información que generalmente proviene de investigaciones epidemiológicas sobre enfermedades o, más actualmente, de problemáticas sociales. La información a transmitir según los diferentes entrevistados, puede ser de toda índole, es decir, se corresponde con distintos aspectos que hacen a la salud, desde las condiciones de vida hasta las conductas diarias de los individuos.

Por ejemplo, en uno de los enunciados emerge la idea de que promocionar salud es informar sobre enfermedades existentes para que la población pueda prevenirlas. Esta idea de informar se encuentra ligada, de manera explícita por el musicoterapeuta, a la idea de prevención, en tanto se habla de la necesidad de prevenir enfermedades concretas, en este caso se sitúa al Estado como garante de la salud.

*“M9- La promoción lo veía así como más en relación a la **información**, como que a lo mejor no una intervención específica en el cuerpo y en la relación, como que era una información que se da, que da a conocer ciertos patrones de salud que la población necesita **conocer**, como que puede haber tal enfermedad en tal época que existe tal cosa, entonces tenés que cuidarte de eso, que tiene que ver así con información con un fin de prevención”.*

En este enunciado puede leerse la tradicional idea de informar para prevenir enfermedades que afectan físicamente a las poblaciones. Se evidencia así una analogía entre los términos promover y prevenir, recayendo en pensar y accionar de igual manera ambos, generando que la atención sea centrada en la enfermedad y no en la salud como se pretende.

Algo similar se muestra en los decires de M10, ya que relaciona la promoción en salud con la trasmisión de información, delegando también la tarea de informar al Estado, pensando en acciones dirigidas en pos de mejorar las condiciones de vida y considerando a este un factor determinante en la salud. Una vez más el enunciado se acerca a lo se considera en esta investigación como prevención. Ej:

*M10- La promoción yo la veo más desde lo que sería **un ámbito publicitario oficial** y a lo mejor ya en edades más grandes, donde los grupos de chicos a lo mejor pudieran, no sé, levantar la basura, limpiar el lugar en el que están, eso sería promoción de la salud también ¿no? El*

*poder entender que si estas en un lugar limpio estas favoreciendo la salud tuya y el entorno, se me ocurre la limpieza”.*

Por otro lado, puede relacionarse la idea de informar con la de educar, en la cita expuesta aparecen como destinatarios niños o adolescentes, donde se sostiene la idea de incorporar hábitos que se cree impactan en la salud, es por esto que se resalta la idea de educar, ya que tradicionalmente se han pensado estos espacios como de instrucción, de transmisión de hábitos y comportamientos moralmente aceptables, entrecruzándose de esta manera con la salud.

Se observa también en otra entrevista la idea de transmisión de información desde el “ámbito publicitario oficial”, donde se considera que se promociona y previene a través de la difusión de información mediante panfletos, poniendo como ejemplo las salas de espera de postas o centros de salud y hospitales, donde abundan carteles y panfletos que proporcionan información que se cree necesaria a criterio de la institución salud, agregando como crítica la falta de transmisión personalizada, humanizada.

*“M12- {...} vos ves que hay, en **panfletos**, un montón de cosas y de avisos que te dan, lo que falta es **humanizar** eso y salir, que la gente lo incorpore, que la misma gente de salud, que salga y haga esa promoción.*

Se resalta del enunciado, la crítica a la manera de transmitir información, como sabemos, la información generalmente se trasmite a través de medios de comunicación llegando de esta manera a los hogares de quienes cuenten con radio o televisión, o de instituciones educativas, por ejemplo a través de jornadas especiales, la reproducción de videos, etc., y en centros de salud u hospitales, en estas últimas predominantemente se realiza a través de afiches que describen procedimientos para prevenir enfermedades (HIV, dengue, etc.) o hábitos a adquirir considerados saludables. Podría decirse que la aprehensión de cierta información muchas veces no es eficaz. Si bien hablar de los modos de transmisión de información para la salud requeriría una investigación a parte, creemos necesario poner en cuestión las formas en las que se trasmite. Retomando lo relevante para esta investigación, vemos que el enunciado al entender a la promoción en salud como a la incorporación de información, queda limitada a la prevención de enfermedades y reproducción de conductas saludables.

En otra de las entrevistas se halló un enunciado que remite a la idea de transmisión de información, pero a diferencia de las hasta ahora presentadas, aparece la apropiación de información por parte de los ciudadanos:

*“M1- {...} que se pueda hacer algún tipo de **información** al barrio, empoderar a las personas para que puedan elegir. Eso sería la promoción para mí.”*

En esta construcción, la información, el manejo de cierto conocimiento genera que la población pueda en primer lugar reconocer las necesidades y en segundo lugar que pueda decidir. Se destaca así, que esta lógica de pensamiento, es contraria a pensar y determinar estrategias en función de lo que otros (ya sea el Estado o profesionales) creen necesario. En este caso, las personas son quienes deciden y demandan en función de sus necesidades, pero como vemos se hace necesario la circulación de información y la aprehensión de conocimiento para que esto sea posible. Por lo que se estaría promocionando la salud, al generar un fortalecimiento en la autonomía de las comunidades a la vez que relaciona la dimensión política, al hacer presente al Estado como garante.

En otro plano ubicamos el siguiente enunciado:

*M10- **El boca a boca** termina siendo promoción, el respeto por esa actividad que se está haciendo, que las viejitas locas que bailan y cantan ya no verlas como las viejitas locas que bailan y cantan, es que se ha promocionado una idea de salud también, o sea el poder ir haciendo esos **pequeños cambios en la base de una comunidad** es promoción.”*

En él, si bien aparece la idea de promoción como información, cuando se dice “de boca en boca”, se circunscribe al plano institucional, ejemplificando como una actividad en la cual las personas cantan o bailan, puede pensarse como saludable, y no como muchas veces sucede como algo recreativo, o como una “locura”. En medida que esas acciones son vistas por la “comunidad” de una manera diferente, saludable, que hay un cambio, es que se “promociona una idea de salud”, sostiene quien construye el enunciado. Si bien el enunciado remite a un ejemplo en el marco de una institución, podría pensarse dicha lógica en una comunidad, en una sociedad, dentro de la cual las instituciones conforman e instituyen justamente estos ideales es que es posible pensarlo en el entramado social.

Por otro parte, emergen enunciados sosteniendo que la salud se promociona en medida que se le ofrecen al otro posibilidades, centrándose en la acción de posibilitar y elegir, veamos algunos ejemplos.

*“M3- {...} lo pienso como aquellas acciones que tienden a abrir ciertas **posibilidades**, esto quizás es un término muy amplio, medio general y abstracto pero tiene que ver con abrir ciertos espacios de escucha en el sentido más amplio del término, ciertos espacios de **encuentro**, encuentro con otros, encuentro con algún interés propio de trabajar con cierta materia, trabajar con ciertos materiales, vincularse también con otro o*

*hasta con determinado espacio, con determinados objetos de una manera distinta, me parece que son todas acciones que generan ciertas alternativas que hacen que cuando uno este atravesando ciertos momentos de sufrimiento tenga mayores posibilidades de sobre llevarlo y tramitarlo”.*

Se lee aquí una idea de promocionar la salud pero no ya determinando que es lo que lo otro necesita, sino abriendo a que pueda a elegir qué es lo saludable para él. Donde la posibilidad de brindarle algo, ya sea la relación con cierta materia o un vínculo, como se sostiene en el enunciado, es lo que promociona la salud, la potencia.

Consecuente con esta idea, otro musicoterapeuta se propone intervenir creando gritas, intersticios, para que la persona puede elegir ante esas “nuevas” posibilidades, pero con una idea diferente de salud, que es pensar a la “salud positiva”:

*“M6- {...}, la promoción de la salud tiene que ver con un posicionamiento positivo de la salud, una posición de que la salud se construye de un pensamiento dinámico acerca de lo que es el concepto de Salud Mental, que vos puedas **elegir** enfermarte o estar cada vez más sano, el trabajo de la promoción de la salud tiene que ver con eso, con un punto de vista positivo, generar espacios, **crear grietas** donde la gente pueda sentirse cada vez mejor y en esta época tan compleja es fabuloso, es un trabajo muy digno.”*

Otro de los enunciados que se halló en consonancia a pensar a la promoción de la salud como aquellos espacios donde el otro puede encontrar y crear lo que necesite para su salud es el siguiente:

*M8- {...} la promoción en salud es la resistencia cultural, es lo cultural, es la libertad, son los **espacios de creación**, que todo eso es el arte el que más lo propone.*

Pero en este caso, aparece el arte concretamente como posibilitador promotor de salud. Sumándole una dimensión que hasta ahora no se presentó en los demás relatos, que es la dimensión cultural. En este caso el musicoterapeuta que construye en el enunciado nos habla de resistencia cultural en contraposición de la cultura impuesta y la globalización, del consumo, revalorizando los espacios propios, creados y sostenidos en nuestras comunidades, criticando de esta manera a las propuestas universalizadoras que imponen que es lo necesario, ya que la demanda debe provenir de la comunidad y es ella la que debe determinar sus necesidades.

Paralelamente, se encontró en las entrevistas la acción preventiva como promotora en salud. Por ejemplo:

*“M5- {...} la promoción está más vinculada a la **prevención**.*

Se expresa aquí puntualmente la prevención como promoción, y continua, haciendo referencia a situaciones donde ya se establecieron “situaciones patogénicas”<sup>16</sup>

*{...}Pero me parece que nos cabe la tarea de anticiparnos a esas situaciones y trabajar para ayudar a que la gente pueda tener **herramientas** para poder desempeñarse previniéndose ellos, ayudando a que ellos se puedan proteger, porque si no el agente de salud aparece como alguien que llega a crear salud dentro de un ámbito, cuando en realidad lo que nosotros hacemos es ayudarlos a que ellos puedan **descubrir sus potenciales** y que generen sus propias herramientas para promover su salud, y esas herramientas van a tener que ver con la cultura, con su forma de entender la dinámica social, {...}”.*

Aparece una vez más aquí la idea de empoderar a la comunidad para que pueda hacerse cargo de sus propias necesidades, aunque ligada a la idea de enfermedad, un vez que pueden leerse situaciones de sufrimiento o problemáticas, pero lo interesante es la descentralización de la institución salud, haciendo participe a la comunidad y a los profesionales como actores intervinientes y autónomos, separándose del rol del profesional como portador de salud.

Como se mencionó, hay musicoterapeutas que eligen pensar a la promoción y prevención en salud estrechamente ligadas, centrando la acción promotora de salud en prevenir, como el enunciado siguiente muestra:

*“M9- {...} la prevención y la promoción eran dos **dimensiones del campo de la salud**, que para mí operan en consecuencia y como en una retroalimentación todo el tiempo, si lo tengo que vislumbrar en el campo de la salud y en mí rol como operador de salud, a mí me parece que son dos conceptos que tranquilamente se pueden aplicar, que no hay que tener miedo a aplicar, ni clásicamente ni dimensionalmente, no hay que tener miedo digamos de que la prevención sea a veces una vacuna o un preservativo y no hay que tener miedo de que la promoción a veces sea una campaña que dé a **conocer** a la población o al sujeto alguna información necesaria para la salud de su vida.*

Se advierte aquí la clásica idea preventivista de salud, como suele proponerse desde políticas públicas, que se traducen en formas de campañas, por ejemplo: contra el HIV o el consumo de drogas.

Como se expuso en los primeros capítulos de este trabajo, es una forma existente y preexiste de pensar la promoción y la prevención. Pero lo interesante, coincidiendo con el enunciado, es poder pensarlo de esta manera “clásica”- presente en varios de los decires

---

<sup>16</sup> Así se expresa en el enunciado que ha sido recortado.

de los musicoterapeutas- pero no por ello debemos quedarnos aferrados a saberes hegemónicos.

Vemos, que la mayoría de los decires al centrar las acciones de promoción de la salud en la trasmisión de información, quedan anclados al quehacer de la medicina preventiva, incluso higienista, al hacer hincapié en las conductas y estilos de vida para mejorar la salud, a través de datos que son brindados por la epidemiología. Lo cual, si bien es sumamente necesario para la salud, no se corresponde con acciones que involucren en su construcción a los múltiples actores del campo de la salud.

Contrariamente, hay quienes involucran a diversos actores y sí hacen hincapié en la comunidad y los profesionales como actores, al centrar las acciones en habilitar: posibilidades, creatividad, grietas, entre otras.

Se resaltan de los decires sobre las acciones en promoción, aquellos que logran problematizar el campo de la salud, entendiendo que esta también comprende el reforzamiento de la autonomía por parte de los múltiples actores.

#### **- Planos desde donde intervenir y actores involucrados**

En los decires de los musicoterapeutas sobre promoción en salud aparecen involucrados diversos actores, incluso con distintas denominaciones, lo cual va dando cuenta desde donde es que se construyen los decires. Se mencionan algunos como: personas, el otro, población, comunidad, sociedad, profesionales (se nombran específicamente a musicoterapeutas, médicos, psicólogos, asistentes sociales, terapeutas ocupacionales), equipos de trabajo.

A su vez aparece el rol del Estado como garante de la salud. En la república Argentina la salud es un derecho, debiendo el Estado generar el acceso a la salud para todos los ciudadanos de manera gratuita, para satisfacer las necesidades de la población y debiendo ser equitativo. Como sabemos, el gobierno de turno delinea a través de políticas públicas la manera en la que se garantiza. En nuestro país predominantemente se realiza a través de la existencia de los servicios en salud, en sus diversos niveles de atención.

En relación a los decires de promoción en salud hallados en las entrevistas, se pueden distinguir dos tipos de posiciones desde donde intervenir y/o gestionar acciones promotoras de salud, por un lado, desde un lugar institucional y clínico, en el quehacer diario, donde los musicoterapeutas generalmente construyen para esto su propia visión de

lo que es promover. Por otro lado, algunos remiten a la intervención estatal y política, haciendo alusión generalmente a ideas pre-establecidas de lo instituido como promocionar en salud, donde los que deben encargarse de delinear, gestar y cumplir las actividades son los organismos de Estado.

Por ejemplo, en los enunciados se contempla la organización del sistema de salud en niveles y se incluye a la promoción de la salud dentro del nivel primario de atención y en programas del Estado.

*“M2- Yo creo que ahí<sup>17</sup> lo que haría un musicoterapeuta es promoción de la salud, **detección temprana**; y quizás podría detectar a tiempo alguna señal de trastorno en el desarrollo, o lo que sea, y derivar tempranamente; o quizás no haga falta, detectar que ese niño haciendo música puede interactuar con otros quizás no haga falta ningún tratamiento musicoterapéutico, ya está, le diste la **herramienta** para que se conecte con su propio desarrollo y con el otro, con la cultura pero si hay un chico que solo desde la música se puede conectar con la salud y no hay alguien que trabaje desde la música se perdió un montón de posibilidades ese niño”.*

El enunciado pone a circular la intervención del musicoterapeuta en el marco del sistema de salud propuesto desde políticas públicas, reconociéndonos como actores políticos y clínicos, dentro de un entramado social.

Otro de los musicoterapeutas desarrolla la idea en contrasentido de la anterior donde la promoción se da en la cotidianeidad y no desde las instituciones, sino en la comunidad toda, por ejemplo:

*M8- “todo lo que estamos hablando es promoción, es un término también de lo sensible, pasa una cosa acá pero esta personita después va a otro ámbito, entonces en ese ámbito también está llevando algo de lo que pasó acá , entonces como **ese contagio**, en ese crecimiento de cosas, en ese movimiento podemos pensar que se promueven las cosas y desde una perspectiva en salud se está promoviendo la salud, así que en ese sentido para mí es análogo a lo que es el sentido comunitario o a si mismo también el sentido de la educación, como que proliferar es desparramar, se me ocurren sinónimos de promoción, {...}”.*

Se habla aquí de la autonomía de las comunidades, de la cultura, de la trasmisión en el día a día, de los cuidados que se tienen en cuenta, instalados al interior de la cultura y de la cotidianeidad, posibles también de ser instituidos, destacando la circularidad en la que nos hallamos como personas en las sociedades, en la multiplicidad de lugares que vamos

---

<sup>17</sup> Hace referencia a las postas sanitarias y programas del Estado para niños.

habitando en el transcurso de un día, siendo atravesados y atravesando a otros en los encuentros, en mayor o menor medida.

Por otro lado, como se mencionaba se encontraron decires donde se piensa a la salud desde el quehacer diario como musicoterapeuta:

*“M9- tampoco hay que tener miedo de poder vislumbrar un poco más allá y pensar de que uno está todo el tiempo ofreciendo información en la clínica, para que el otro pueda tener otras visiones de la problemática, con esto quiero decir de que uno en la clínica en musicoterapia quizás cuando ofrece una intervención, ofrece un instrumento, ofrece digamos una posición en la improvisación, cuando ofrece una devolución hablada, cuando va hablar con el psicólogo, con el párroco, o con el director de la universidad o con el director de un hospital, me parece que tranquilamente uno está ofreciendo como herramientas para que se promocióne tal cosa, está ofreciendo al otro información para que pueda operar con anticipación en algunos casos, entonces esa puede ser una forma de pensar la promoción y prevención en salud”.*

Se resalta la construcción de sentido de que todo el tiempo estamos promocionando la salud, o es posible, en tanto siempre se trasmite algo (ya sea información, una herramienta, formas, vínculos, etc.) e intervenimos pensando en la salud.

Por consiguiente, en los enunciados se hallaron dos lógicas desde donde pensar la atención en salud. Una muestra la relación del Estado (a través de políticas públicas determina las necesidades y planifica)- Instituciones (donde se destaca el quehacer de los profesionales, lugar de gestión)- Comunidad (los individuos que asisten a instituciones de salud).

Otra lógica posible, es pensarlo de manera inversa, la Comunidad (como población, teniendo en cuenta cuáles son sus necesidades y demandándolas)- Instituciones (como espacios de gestión y planificación, donde los profesionales leen y comparten las necesidades de la comunidad e intervienen. Efectores tangibles) -Estado (debe politizar en función de la demanda y necesidades).

#### **- Posiciones (críticas) en Promoción de la Salud**

En las entrevistas se hallaron algunas posiciones críticas desde donde pensar la promoción en salud. Nos referimos a decires que ponen en cuestión las decisiones de promover determinados ideales de salud y que ofrece otras posibilidades de pensar la inclusión de la promoción de la salud dentro del campo de la salud, ya no ateniéndose exclusivamente a las ideologías y políticas que se sostienen en políticas públicas de salud,

ni a las construcciones médico-científicas sobre las que se organizan predominantemente la salud pública.

Por ejemplo, el siguiente enunciado pone en evidencia las relaciones de poder inherentes a pensar la práctica en salud, ligando pero cuestionando la acción de promocionar a la salud a la de promocionar conductas saludables, esta idea si bien se relaciona con la de informar en tanto llega a la población de esta forma, centra la atención en las relaciones de poder que se dan en nuestra sociedad, es por este motivo que se lee como una posición crítica desde donde pensar la promoción en salud:

*“M7- La promoción de la salud es siempre la promoción de **conductas**, {..}, la concepción de salud dentro de la cual estas conductas se entienden como saludables, es una concepción siempre histórica, propia de un momento y una sociedad y la promoción de estas conductas saludables siempre se hacen desde un núcleo o un sector que avala esta construcción de salud. Entonces tenemos, un núcleo social de poder, clave de poder social y concibe una forma de salud que promociona, tiene una actividad concreta de difusión, promoción, apoyo y digamos que enmarca favorablemente conductas, las carga positivamente, las connota positivamente y las describe. Esas conductas encajan con un modelo de salud, que se dan en un contexto histórico, y esto siempre está enunciado desde un sujeto social, que tiene cierto poder dentro de la sociedad.”*

Esta posición permite poner en cuestión cuál es la información transmitida, al evidenciar el control y regulación por parte de un sector de la población, quienes tienen el poder de decir y decidir qué es lo saludable y que no y como debemos comportarnos para mantenernos saludables acorde con los ideales que circulan en determinado momento socio-histórico.

Continúa de esta manera tomando una posición desde la cual pensar la promoción en salud:

*“M7- Esto que acabo de contarte un poco dentro de salud, la forma de interrogar, el tipo de disciplina, el tipo de disciplina de las relaciones sociales, el tipo de disciplina de la formación profesional, es saludable. Las formas en las que se entiende, nos interpretan las relaciones sociales que tanto algunas de ellas se clausuran y nosotros desde la musicoterapia las queremos interrogar, abrir, de construir, disolver, eso es la forma de promocionar, podría entenderse como una forma de promocionar la salud.*

Resulta de interés, hacer énfasis en que la idea expresada por el musicoterapeuta sobre que interrogar, para abrir, construir o disolver es promocionar la salud, ya que como profesionales musicoterapeutas nos permite operar de otras maneras.

Por otro lado, otro de los enunciados nos muestra como todo espacio de salud es posible de ser pensando tanto desde un lugar de promoción como de prevención y asistencia, se hace hincapié en que depende de la posición que el musicoterapeuta elija:

*“M4- Depende de la posición de donde se mire estos espacios a veces funcionan desde un lugar de prevención, a veces funcionan desde un lugar de promoción y a veces funcionan desde un lugar de asistencia. Porque... yo creo que **la parada esta siempre en un lugar de la promoción de la salud**, desde un plano, si nosotros pensamos la salud como te dije antes.”<sup>18</sup> Sí vos lo pensás en el plano de lo institucional es prevenir, está en el campo de la prevención porque es prevenir que esta persona digamos tenga necesidad de involucrarse en procesos de asistencia institucionales de otro orden, como la internación como. En otro plano es de asistencia, si bien ese es el último, que creo que, quiero que se entienda esto digamos, que está subordinado a los otros planos porque no es, no estamos en el lugar de la asistencia, pero si a veces en algunas situaciones puntuales se hace necesario esa intervención desde ese lugar para que se generen otras cosas, pero más desde el lugar de intervención para que se produzca la asistencia, que hacer asistencia en sí misma, sino intervenciones que son del orden más del plano institucional no por la institución sino que, por ejemplo una persona que es expulsada de los servicios de asistencia en salud por "X" motivo, pensar de qué manera o que estrategias se pueden pensar para que esa persona pueda ser asistida. Que no es asistencia, pero en un plano, en otro plano, sí”.*

Se lee aquí la intención de pensar a la salud, como sus estrategias e intervenciones, dimensionalmente.

Coincidimos en que tanto la asistencia como la prevención y la promoción son ejes fundamentales en salud pública. El desafío que representa esta tesis es justamente desarticularlas para poder vislumbrar bajo que focos se generan las estrategias sobre promoción en salud, al reconocer y registrar las construcciones de sentido que circulan sobre la misma. Rápidamente se vio como tanto por algunos autores, como en los decires de los musicoterapeutas la promoción se veía reducida a la prevención en salud, por lo que no habría diferencia entre ellas, al seguir las mismas nociones y estrategias, se utilizaron incluso en algunos casos indistintamente ambas las palabras. Pero se sostiene que, es sumamente diferente regular y controlar enfermedades, que potenciar y fortalecer la salud a través de la autonomía de los diversos actores, como se plantea desde la promoción en salud.

En la mayoría de los enunciados aparecen como actores el Estado, los profesionales y la comunidad. Otorgándole al Estado en algunos casos la responsabilidad, en

---

<sup>18</sup> Hace referencia a su idea de trabajar la salud desde lo que el otro está pudiendo, de responsabilizarse. Véase pág. 59, cita M4.

contraposición algunos musicoterapeutas situaba la responsabilidad en ellos y otros en la comunidad. Se sostiene que todos los implicados deben responsabilizar, las políticas públicas no nos exceden, sino que son reproducidas constantemente, son estructuradas y estructurantes por los actores. Depende de nosotros el poder visualizar y problematizar esto, en los casos necesarios. Algunos de los entrevistados leían críticamente las relaciones de poder que se dan en nuestra sociedad y específicamente en el campo de la salud, reconociendo incluso las lógicas de mercado bajo las cuales se rigen y la falsa autonomía, al de ser consumo, que nos proponen.

c) Nivel: De los decires sobre Prevención en salud

En términos generales, los entrevistados consideran a la prevención en salud como anticipación a la enfermedad, sufrimiento o problema. Por ejemplo, enunciados donde se presenta ante la lectura de un problema instalado la necesidad de evitar que se extienda:

*“M1- la prevención seria poder evitar un problema que ya está...mediante alguna manera poder evitarlo”.*

Otro de los enunciados nos propone pensar estrategias de prevención ante quienes se ven ya afectados por una “patología establecida”:

*“M2- Detener el deterioro, que no se sumen más patologías, que no se agrave. No perder los lazos sociales”.*

Es decir, ambos enunciados proponen pensar la prevención a partir de la lectura de un problema ya instalado, pero el primero preocupándose por generar estrategias para que el problema no continúe extendiéndose a la población, en cambio el segundo, da posibilidad de pensar a la prevención en relación a quien este afectado, evitando que quien está sufriendo agrave o continúe con su padecimiento.

Una de las estrategias clásicas a la hora de hablar de prevención es la divulgación y/o transmisión de información, la cual proviene de datos de investigaciones epidemiológicas, que los medios hegemónicos se encargan de difundir o podemos verlas en forma de panfletos y afiches en centros de salud y hospitales, incluidas en programas escolares, entre otras.

Algunos entrevistados se refirieron al hablar de prevención a la promoción de conductas como preventivas, que acciones y precauciones debemos tener en cuenta para

no enfermar, estos cuidados van desde la higiene personal (lavarse las manos, los dientes, la piel, comer “saludablemente”, entre otros) a la ambiental (en tanto se cree a al medioambiente como condicionante del estilo de vida), desde el uso de profilácticos al de repelentes para insectos, etc., etc. Es el caso del siguiente enunciado:

*“M10- Que es fundamental, se debería trabajar en las escuelas, en la prevención y promoción de la salud, que el niño aprenda que se tiene que lavar las manos, no porque tiene que ir a comer, sino porque es importante para mí salud, para cuidar mi cuerpo {...}”*

Otros musicoterapeutas hablan de anticipación pero en relación a aquello posible de ser leído por ellos mismos, entendiendo que en sus espacios concretos de trabajo se informa de alguna manera. Por ejemplo:

*“M3- Quizás se me ocurre que la prevención está más ligada a una acción a partir de cierta lectura que uno puede ir haciendo de procesos, individuales, sociales, donde quizás alguna de estas posibilidades que yo nombraba antes se van cerrando y uno puede pensar en que acciones e intervenciones puede ir llevando adelante para, si se quiere, que pueda haber cierta posibilidad de variante en ese proceso. Haría esa diferenciación con la prevención. Después en mi trabajo, pensando en la práctica de todos los días, me cuesta separarlo. Todos los que estamos ahí hacemos un poco de todo en todo momento. {...}. Para mí por ejemplo la prevención tiene que ver con cierta lectura que uno hace, no me gusta hablar de riesgo pero no se me ocurre otra palabra, cierta direccionalidad que puede ver uno en un proceso a nivel individual, social y que quizás tiene algo de cierta anticipación ante un posible escenario posterior. Aunque esto no tiene que ver con una lógica de pensar que si se dio “b” se va a dar “c”, digamos con una lógica lineal de pensar las cosas en ese sentido pero, insisto con lo del principio, si con cierta lectura de cierto proceso me parece. Para decirlo en términos más de cierta lectura estética, se puede ir viendo cómo se van tejiendo algunas formas y puede hipotetizar ciertos escenarios posibles justamente y accionar algo en función de eso.”*

Vemos aquí también, como algunos musicoterapeutas se refieren indistintamente a prevenir como promocionar (conductas) en la construcción de sus enunciados.

Los decires sobre prevención en salud, no presentan contradicciones entre sí. La mayor diferencia a destacar es que algunos de los musicoterapeutas se atienen a retomar los datos provenientes de estudios epidemiológicos o de saberes de la medicina preventiva o higienista, y otros musicoterapeutas eligen hacer su propia lectura para prevenir y anticiparse al sufrimiento.

En la última cita, se destaca la lectura crítica del musicoterapeuta a la hora de hablar sobre prevenir, al exponer que la prevención de la salud no opera linealmente, ni en

términos de causa/consecuencia, sino que las acciones preventivas deben contemplarse en un proceso y en la complejidad que están dadas.

d) Nivel : De los decires sobre Arte y Música en Musicoterapia

En las entrevistas se hallaron variadas referencias por parte de los musicoterapeutas al trabajo con la música, el sonido y/o el arte en musicoterapia. Es por este motivo que se expondrán a continuación aquellos decires en referencia a estos, al considerarlos fundamentales en el quehacer de los musicoterapeutas en tanto son soporte, generalmente, de la práctica en sí.

La intención de exponer los decires sobre arte, música y sonido de los musicoterapeutas entrevistados, tiene como finalidad dar cuenta de la multiplicidad de prácticas posibles desde este campo de conocimiento, por lo que no intentaremos discutirlos en profundidad, ya que el interés en este momento es presentar las diferentes formas de intervenir con una misma materia, no homogeneizar la práctica, ni poner de relieve una sobre otra.

Históricamente se ha ligado el ejercicio del musicoterapeuta, como su nombre parece indicar, a la música. Pero actualmente hallamos en textos provenientes de este campo alusión a palabras como arte y sonido para hablar de lo que acontece en los espacios brindados por musicoterapeutas.

Si hablamos de música como profesionales, necesariamente cabe repreguntarnos de que sentido cargamos esta palabra, como la entendemos. Brevemente se considera que hablar de música implica hablar de arte, al ser reconocida históricamente como un arte. Consecuentemente hablar de música también implica hablar de sonido, al ser esta un fenómeno eminentemente sonoro. De todas ellas podríamos decir innumerables cosas, todas ellas se han redefinido a lo largo de la historia humana, pero nos atendremos a lo que dicen los musicoterapeutas.

En las citas que se prestan a continuación, se observa que divergencias en las consideraciones de musicoterapeutas sobre estas pero como podremos ver todas ellas son inherentes a una práctica.

En uno de los enunciados, se toma posición sobre la elección del término música sobre el de arte en musicoterapia:

*“M5- Yo creo que trabajamos con la música. Y creo que la música en musicoterapia es distinta a la música en el arte. Esta es una vieja discusión. Pero no sé, la materia es la misma, pero el ejemplo que yo podría decirte es: imagínate un tronco de madera, un artista en ese tronco va a intentar esculpir una escultura y un carpintero va a mirar el tronco y va a pensar cual es la mejor manera de utilizar esa madera para construir una silla, un banco, algo que le sea útil a alguien. Y yo creo que cuando hablamos de música los musicoterapeutas estamos del lado del carpintero, yo sé que le quita poesía, pero nosotros usamos el material música pero no lo usamos de manera artística, lo usamos de manera terapéutica, entonces cuando nosotros, te digo como lo pienso yo eh, de la forma teórica que yo lo encaro, cuando nosotros trabajamos en la música estamos trabajando en el psiquismo y lo que hacemos no es escuchar solamente la música, escuchamos al psiquismo sonar y cuando intervenimos musicalmente estamos interviniendo en el psiquismo, todo esto requiere de una conceptualización acerca de analogías entre música y psiquismo.”*

En otro de los enunciados se halló una adhesión a la utilización del término música en la práctica musicoterapéutica pero ahora viéndolo como algo maleable y en circularidad con otras instancias,

*“M2- Para mí la música es un modo de relacionarme con el otro. {...}. Para mí es un lenguaje muy importante por el que tienen que atravesar a todas las personas, pero cada uno tiene un momento para atravesar por ese lenguaje sonoro-musical, experiencias, vivencias sonoro-musicales, creo que son necesarias pero cada persona esta predispuesta en determinado momento, yo lo estoy esperando, como musicoterapeuta estoy esperando que se de ese momento de hacer música con el paciente pero a veces hay que hacer muchos rodeos para llegar, o a veces solamente las experiencias sonoro musicales son las que los conecta desde el primer momento, pero yo pienso que no es suficiente con que un paciente se quede haciendo solo experiencias sonoro-musicales, hay que pasar a otra etapa que es hablar, si es necesario escribir, insertarse en un mundo digamos, eso teóricamente, la música te sirve para conectarte con otros sino como que quedas encerrado”.*

En contrasentido con lo que se expresa en el primer enunciado de este nivel, otro musicoterapeuta expresa la posibilidad de utilizar la música en la práctica de manera artística:

*“M1- Sí. En el lugar donde trabajo ahora estoy en el taller de música, ahí sí, tocamos. Muchas veces los chicos vienen con una demanda de: quiero aprender a tocar la guitarra. Alguno me ha dicho: yo quiero aprender a tocar la guitarra porque yo me quiero dedicar a esto. Entonces digamos el arte es fundamental. Principalmente porque para mí tiene que ser bello lo que hagan. {...}, el arte es una alternativa. Si ellos vienen con la demanda de dedicarse a la música, es una alternativa totalmente distinta a las posibilidades que muestra el barrio. Después, si les gusta la propuesta, también lo saludable es que los enganche y que les dé ganas de ir al taller, que en este caso es la música, pero en otros casos es la cocina, el deporte, en este sentido de la convocatoria.”*

Otro ejemplo donde se despliega articuladamente, pero desde otra posición la vinculación de los términos arte, música y sonido, al interior de un espacio- taller de musicoterapia, es el siguiente:

*“M3- “Me parece que el arte en general, y lo sonoro y lo corporal en particular, ofrecen esa posibilidad o varias posibilidades en realidad, de poder producir discurso experimentando, improvisando también en el sentido técnico de la musicoterapia, y también entiendo que para alguien puede resultar provechoso, en el sentido que hablábamos, y para otros no. Quizás la vinculación con otras formas artísticas con otras materias, con otros materiales, incluso no necesariamente artístico en el sentido más clásico del término sino la vinculación con cualquier tipo de acción, puede generar la apertura de este trabajo.”*

De este relato podríamos inferir tres cosas, en primer lugar que distingue en el quehacer clínico del musicoterapeuta el trabajo con lo sonoro y lo corporal como específico, segundo, contempla que el arte en general es posibilitador –también- de generar, lo tercero a destacar, los vínculos. En sus enunciados se destaca la idea de vínculo como posibilitadora más que el arte en sí mismo.

Otro de los enunciados que se cree pertinente exponer pero en relación al arte en musicoterapia es el siguiente:

*“M9- {...}, el arte lo veo como un universo de experiencias que a través del tiempo se fue armado como propicio para que se puedan laburar cosas en salud, {...}, el momento de la intervención artística o discusión artística es un momento que tiene un color particular que hace que las cosas puedan desarmarse, y a su vez va generando lazos, relaciones, uno nunca termina haciendo arte solo, entonces siempre se van generando lazos y relaciones, me parece que algo de la técnica artística y algo del universo del arte nos sirve mucho a los musicoterapeutas, hay algo de la música que nos sirve mucho a nosotros para trabajar las problemáticas en salud, trato de hacer esa distinción”.*

En él se lee la utilización del término arte en varios sentidos: como posibilitador de experiencias en general, como propicio para trabajar en salud tanto para re-conceptualizar discursos, como para encontrarse con otros en su hacer, pudiendo de esta manera intervenir sobre la salud.

En relación a pensar esta amplitud del arte se expone el siguiente enunciado:

*“M9- Yo pienso, trato, de desmitificar todo en relación a lo artístico, a veces parece un tanto privativo de los artistas o de los profesionales de la salud o de los pacientes, a veces parece como un campo donde todo es posible, porque todo el mundo puede trabajar desde el arte, el arte se utiliza para conceptualizar o fundamentar, el 90% de los proyectos que hay en*

*salud tienen la palabra arte, y eso está bueno pero también tiene su peligrosidad, como que desde el arte se puede hacer cualquier cosa.”*

En otras palabras, el término arte es cargado de múltiples sentidos, variando constantemente. Por lo que no puede hablarse de un sentido único en el arte, palabra que ha sido redefinida constantemente según los momentos históricos. Al tener en cuenta los múltiples cambios y transformaciones a lo largo de la historia de este concepto es que podemos evidenciar la dificultad de delimitarlo.

En síntesis, se sostiene que hay una relación estrecha entre sonido, música y arte, ya que la música es un fenómeno tanto sonoro como artístico.

Se cree por un lado que la elección de estas palabras depende de cada musicoterapeuta y por otro, qué depende del contexto y las demandas.

Más allá de la posición que cada musicoterapeuta elija para hablar sobre esto, es una discusión evidente al interior de este campo, en tanto son palabras sobre las cuales si o si debemos re-pensar y sobre las cuales se de-construye nuestro conocimiento en la “clínica”.

e) Nivel: Sobre consideraciones relevantes de los musicoterapeutas

Al momento de hablar sobre su práctica los musicoterapeutas hicieron constantemente alusión al trabajo en equipo como relevante para pensar e intervenir en salud.

- **Del trabajo en equipo**

Prácticamente todos los musicoterapeutas resaltaron en sus relatos el trabajo en equipo, algunos hablando incluso de interdisciplina y transdisciplina. La mayoría considera el trabajo en equipo un aporte fundamental para el paciente/sujeto/persona, en relación a la multiplicidad de miradas e intervenciones diversas. Por ejemplo M4, destaca en su relato el trabajo en equipo como la multiplicidad de miradas

*“{...} es inevitable ir haciendo lecturas en relación al otro pero esas lecturas no tienen que ver con intervenir desde un lugar de saber qué es lo que el otro tiene que hacer para que le vaya mejor y por eso es tan importante el trabajo en equipo, el trabajo en red, porque está siempre la multiplicidad de las miradas y la discusión con otro que permite que eso que a lo mejor vos pensaste, o que si vos llegas a pensar y tu intervención esta puesta en ese lugar de decir que es lo que el otro tiene que hacer, eso automáticamente se diluya. Porque ya no es una intervención tuya, va a ser una intervención pero lo estas todo el tiempo laburando con otros.*

En otro de los enunciados no solo se tiene en cuenta el trabajo en equipo en el que hacer en salud, sino que también incluye la promoción de la salud, reconociendo el trabajo en equipo como necesario para esta.

*“M7- Me parece una forma de promocionar la salud la construcción de equipos, la movilidad de los equipos, la construcción de colectivos de acción, juntarse con gente a hacer cosas o verse en los espacios sociales en los que esta, juntarse con otra gente en otros lados, producir formas colectivas de discursos o de intervenciones sociales, inclusive musicales, me parece que esa es una idea que podría encuadrarse dentro de la promoción de la salud”.*

Pensar el trabajo en equipo aporta entonces una multiplicidad de miradas, el trabajo en red con la comunidad genera una circularidad al trabajar sobre la salud, no restringiendo está a un espacio físico, sino llevándola y pesándola en conjunto con una comunidad, en un espacio social que contempla los vínculos.

Se destaca así, en concordancia a la promoción en salud, los aportes e intervenciones, como así de teorías, que sustenta las prácticas en salud, al ser necesario la multiplicidad de miradas sobre la salud para no quedar anclados a verdades, lo que habilita que las prácticas y las reflexiones en el campo de la salud se enriquezcan.

### Dimensión III: Una posible articulación, Promoción de la Salud y Arte en Musicoterapia

Durante las entrevistas a la hora de hablar sobre experiencias concretas sobre Promoción de la Salud, los musicoterapeutas consideraron al arte, en algunos casos específicamente la música, como posibilitador de experiencias promotoras en salud.

Si bien previamente se expusieron los decires sobre la misma, se cree pertinente en este momento poner de relieve esta relación, luego de haber expuesto de manera más clara ciertas consideraciones generales que se encuentran integradas aquí, como lo son las nociones de salud, de arte y de promoción de la salud.

Por lo que nos detendremos en este momento a exponer como los musicoterapeutas en los enunciados piensan acciones en este sentido.

Previamente se citó uno de los enunciados que hace referencia a la posibilidad de promocionar la salud a través del arte:

*“M8- La promoción en salud es la resistencia cultural, es lo cultural, es la libertad, son los espacios de creación, que todo eso es el arte el que más lo propone, pasa que vos después en la escuela podés aprender cosas y también se da promoción de cosas, en la casa es el lugar importante donde se promueve, pero esto que permite la transformación lo da lo sensible y el trabajo sensible va puntual desde las artes o a lo sumo de la cuestión del trabajo digno, "del trabajo que otorga la alegría de vivir".*

Se destaca el trabajo sensible desde el arte, como así la acción de crear que tiene lugar en el arte. Situando esta vivencia en la comunidad y la cultura de la misma, no remitiéndola a espacios concretos, sino que esos espacios existen y preexisten en la cotidianidad.

Emergió en los enunciados de varios musicoterapeutas la relación entre Arte y Promoción de la Salud en el ejercicio del musicoterapeuta, esta acción promotora siempre es destinada o realizada en conjunto con una comunidad. Es el caso siguiente:

*M3- {...} Por ejemplo: Dentro del Centro de Día desde de Desarrollo Social se han hecho, se han organizado en articulación con talleres que se dan en el Centro de Día espectáculos públicos en el predio de la institución. Tienen que ver con el arte en general, de circo, musicales. Acompañando talleres que se daban en la institución, se ha filmado una película en las calles del barrio, esas para mí son acciones de promoción de la salud. Son cuestiones que se generaban promoviendo otro modo de habitar ciertos espacios, ni mejores ni peores que otros pero otros distintos y me parece que iban en dirección de ese sentido”.*

Se destaca entonces el arte en general, ya sea a través de espectáculos, de la exposición de una producción o de la realización del mismo, como acciones que promueven la salud. Ya que en el arte emergen otros sentidos que aportan a promocionar la salud.

En otro de los enunciados también se muestra como relevante la comunidad en relación al arte y el quehacer en salud, en tanto estas se transmiten y contagian. Otorgándole la particularidad al hecho artístico de trascender el momento, es decir, posible de ser aprehendido.

*M4- Yo creo que las cuestiones estas vinculadas a lo comunitario de alguna manera es promoción en salud, por ejemplo el Festival de la Chaveta, Infusiones Culturales, lo Ensayos Diferentes, para mí esas instancias son de Promoción de Salud, porque son instancias que desbordan el momento, se eternizan en otro lugar desde la permanencia de eso que venís a hacer, pero desde otro lugar, que no es desde el espacio del taller, sino que eso que está siendo lo haces con otro en un contexto ampliado y aparte estas contagiando a otros.*

Se pone de relieve entonces la posibilidad de pensar la promoción en salud a través del arte, ya que previamente se destacaron sobre todo acciones políticas y profesionales ligadas a la atención de la salud, a acciones que intentan proteger la salud desde lecturas que universalizan las necesidades. Pero hablar de arte en promoción de la salud nos da la posibilidad de pensarla desde otras lógicas, como de realizar otro tipo de estrategias que se ajustan a la singularidad de las comunidades, al ser creado el arte siempre en conjunto, con otro, en cualquier contexto que lo consideremos, ya sea en el marco de un taller, en un evento institucional, en un evento desde la institución hacia la comunidad, o si se considera el tejido socio-comunitario del que son parte las instituciones y las personas. Escapando al modelo médico incorporado en la mayoría de las estrategias, ya que el arte es una construcción colectiva, que no es determinada, es creación, en esta perspectiva incluimos tanto al arte concebido con ciertas estéticas particulares desde una comunidad y sociedad, como aquel arte que crea más allá de los estereotipos. Ya que justamente la particularidad del arte es que se define por su indefinición, por la imposibilidad de delimitarlo, habilitando la de-construcción/construcción de sentidos.

## *Capítulo V:*

### **Consideraciones Finales.**

Recapitulando, se puede decir que la promoción de la salud nace en un doble movimiento que se corresponde con una misma necesidad: la atención en salud en sociedades complejas, ante la crisis de la salud pública.

Tradicionalmente se ha considerado a la medicina como la ciencia de salud por excelencia, justamente al tratarse de una ciencia, es objetiva, clara y delimitada, logrando así reconocimiento social en tanto es capaz de curar, de atender la enfermedad, instalándose en la sociedad como el lugar de referencia ante cualquier sufrimiento. Pero el sufrimiento nunca ha sido solo biológico, ni físico, tornándose de esta manera la atención meramente médica insuficiente para la población. Es a partir de los intentos de la medicina social que en nuestra sociedad comienzan a vislumbrarse cambios en la organización del sistema de salud. Quien escribe, considera a la Carta de Ottawa un punto de inflexión, en tanto internacionalmente se comienza a contemplar la salud en su complejidad y no sólo en función de la enfermedad (como aquello tangible). Lo que lleva a numerosos países, que deciden sostener los postulados de los Organismos Internacionales, como la Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud, a modificar sus políticas públicas en salud.

Ahora bien, es necesario tener en cuenta que las modificaciones no provienen de lo discursivo-teórico sino de la vivencia y la experiencia, donde comienzan a mostrarse fenómenos en la sociedad y en las comunidades que no pueden resolverse de una manera única como se pretendía, por ejemplo con la medicina tradicional.

En otros términos, las condiciones de producción, a partir de donde se establece la promoción en salud como necesaria, es la crisis de la salud pública en Latinoamérica. A partir de la cual surge la medicina social y preventiva, las APS y la Promoción en Salud, con la finalidad de modificar las políticas públicas en salud a partir de la problematización del campo de la salud.

Actualmente, los Organismos Internacionales de salud consideran, en pocas palabras, a la promoción de la salud como equidad social, lo que conlleva a pensar que la salud se ve afectada por la condiciones de vida y estilos de vida, es decir, contempla un gran espectro de la vida de las personas, su vida cotidiana, su entorno, su alimentación, su vestimenta, su casa, sus relaciones. Aquí, se retoma la idea de salud en todas las políticas,

ya que es solo desde esta perspectiva que se torna posible la propuesta de pensar la promoción en salud como equidad social, incluso para pensar cualquier estrategia de promoción de la salud, en tanto es sólo a partir de esta idea que es posible, en tanto contempla la vida en sí de las comunidades, el tránsito diario por las instituciones educativas y de trabajo, el medio ambiente, por ende, las políticas ya no deben limitarse a atender la salud como ausencia de enfermedad, reduciendo la atención a esta a hospitales y centros de salud, sino que debe contemplarse en todas las políticas.

Pero ante una lectura atenta, se advierte que se sigue recayendo en la atención a la enfermedad, ya que todas las políticas en nombre de la promoción en salud son, con suerte, en prevención, es decir, siguen quedando ancladas a la atención médica y preventiva.

Si se toma como ejemplo la organización propuesta por el Gobierno de Santa Fe, es evidente que todas las intervenciones a realizar si bien son denominadas y se encuentran enmarcadas en Promoción de la Salud, siguen ancladas a la atención de la enfermedad y no al fortalecimiento de la autonomía y a la capacidad de elección de las comunidades, que es como se entiende a la promoción de la salud para quien escribe.

Esta lectura es la que ha llevado a ahondar en las construcciones de sentido sobre promoción de la salud y a re-pensar los sentidos que circulan sobre ella, intentando poner de relieve otros sentidos, el sentido de las intervenciones sobre la salud y no de la enfermedad en el sufrimiento, posibles de ser pensadas desde el campo de conocimiento de la musicoterapia.

Las construcciones de sentido que se hallaron y expusieron en el presente trabajo tienen una correlación directa con experiencias prácticas desde el campo de conocimiento que es la musicoterapia, que van siendo delimitadas en su enunciación.

Como recorte desde donde pensar el ejercicio de la musicoterapia sobre promoción de la salud, se eligió hacerlo en la dimensión del campo de la salud, con la intención de situar al musicoterapeuta como agente y actor en este, al focalizar en los decires sobre promoción en salud. Siendo este límite ilusorio pero necesario para la elaboración del trabajo escrito, pero teniendo presente que en el despliegue del trabajo emergen múltiples sentidos que lo atraviesan y conforman. Justamente la posibilidad de leer sentidos es que hizo posible la elaboración del presente trabajo como tal, al permitir poder leer más allá

de verdades ya conformadas, las cuales no se ajustan a las realidades como se pretende desde políticas universalizadoras estatales.

Se han expresado las distancias entre enunciados, ya sea comparando los lineamientos a nivel internacional como nacional o provincial o al interior de un mismo campo de conocimiento. Las palabras van ocupando siempre otro lugar.

Es coherente que desde los Organismos Internacionales se sostengan postulados generales, en tanto justamente son planteados desde este lugar, la peligrosidad recae en el ajuste que se realiza tanto a nivel nacional como provincial. Compartimos con lo expuesto en las Conferencias Internacionales para la Promoción de la Salud, la necesidad de nuevas políticas públicas en salud y estrategias, que incluyan a la comunidad activamente, como así al trabajo intersectorial. Para ello las estrategias son múltiples al interior de cada municipio y comunidad, incluso a nivel institucional, necesitando que sean singulares, dando lugar a micropolíticas.

Consecuentemente, al inscribirnos los musicoterapeutas como actores responsables dentro del campo de la salud es que puede hablarse de la salud como un acto fundamentalmente ético y político.

Ético en tanto implica una responsabilidad de reconocer al individuo con tal, como un otro, un semejante, y no como una entidad (ya sea biológica, psicológica o social o la integridad de estos). Política en tanto los profesionales de la salud son parte de la institución salud y las acciones y subjetivaciones que hagamos en torno al sufrimiento instituyen un modo de pensar y por ende de delimitar (en el sentido de reducir y simplificar) la salud, por lo cual debemos reconocernos como actores sociales y políticos del tejido social en que nos hallamos inmersos para poder generar de esta manera una circularidad en los distintos planos que habitamos cotidianamente.

En los decires de los musicoterapeutas entrevistados las construcciones de sentido sobre salud eran variadas, algunos se atuvieron a delimitarla conceptualmente en dos posibles sentidos, uno a reproducir y sostener el ideal de salud propuesto desde la OMS, lo cual genera un anclaje a la noción de salud como ausencia de enfermedad, reduciendo la práctica a un único sentido. La otra posible conceptualización circulaba en relación a entender a la salud como un camino, como una elección, como una posibilidad del individuo y/o comunidad.

Por otro lado, en relación a las construcciones de sentido sobre salud, hubo quienes sostenían que esta dependía en gran medida de la comunidad y de los vínculos que el individuo tenga o genere, entendiendo a la salud como comunitaria y/o colectiva al complejizarla y hacer hincapié en las relaciones que se dan al interior de una sociedad.

En otro plano, se hallaron decires sobre salud que la problematizaban en medida que era entendida como campo, aquí ya no hay un concepto a cual atenerse, sino una posición desde la cual comprender a la salud, lo cual permite reflexionar y accionar teniendo en cuenta el tejido de relaciones y la autonomía de los actores, comprendiendo las tensiones, rupturas y continuidades del campo de la salud.

En los decires de los musicoterapeutas sobre promoción en salud, se consideró a esta de numerosas maneras, en varios se presentó como una *acción*, que concretamente se resumen en: informar, prevenir y posibilitar, al otro.

Por otro lado, se consideró a la promoción como una *posición* desde donde pensar intervenciones, comprendiéndola para ello dimensionalmente, como inherente al quehacer del musicoterapeuta, conjuntamente a pensar la asistencia y la prevención. Y a su vez se la entendió clásicamente, como parte de políticas públicas en salud medicalizadas.

Ninguno de los musicoterapeutas hizo alusión explícita a la Carta de Ottawa, ni a la crisis sanitaria desde la cual emergió la carta al problematizar la salud en Latinoamérica. La cual propone en términos generales cambios en la salud pública, específicamente incorporando a múltiples actores y sectores al entender la salud como colectiva.

Se sostiene entonces, que todas estas construcciones de sentido coexisten en diferentes planos a la hora de pensar e intervenir estratégicamente en salud como musicoterapeutas. Ya que como se mencionaba, nos reconocemos como agentes de salud, lo cual implica un reconocimiento de la complejidad en la que transitamos, como así la parte políticas que nos encontramos gestionando en todo espacio público y comunitario, considerando las acciones en consonancia tanto a ello, como con la lectura singular del musicoterapeuta.

Durante la formación en Musicoterapia se ha tenido la oportunidad de transitar diferentes espacios de práctica, tales como hospitales, geriátricos, manicomios, instituciones educativas, centros culturales, centros de día, entre otros. Haciendo una lectura general, posibilitada por estas experiencias, podemos decir que la mayoría de las instituciones intervienen sobre interpretaciones y valoraciones re-conocidas socialmente,

entre ellos conocimientos científicos y saberes profesionales, que rotulan, clasifican y generalizan el estado de los usuarios que por allí transitan. Muchas veces a partir de procedimientos propios de cada disciplina.

Desde el campo de conocimiento que es la musicoterapia, se propone a la hora de trabajar con un usuario realizar un análisis propio, despojándonos de las construcciones de sentidos otorgadas por otro, con el presupuesto de poder generar nuevas u otras construcciones de sentidos. Con la intención de no quedarnos anclados a verdades instaladas al interior de nuestra sociedad, donde preexisten formas de conocimiento establecidas que nos limitan.

Se destaca en la lectura y en la práctica del musicoterapeuta la articulación arte-salud, en tanto el arte habilita la creación pero también la potenciación y el reconocimiento de acciones y pensamientos, lo que algunos académicos llaman empoderamiento o fortalecimiento, es desde esta posición que puede pensarse a la promoción en salud como dimensión inherente al quehacer del musicoterapeuta, en tanto, el agente de salud constantemente trabaja para habilitar espacios de salud, contempla la salud como la vivencia cotidiana de las personas y su comunidad, imposible de ser asilada y por ende trabajada linealmente, ya que no tiene una única causa ni una única consecuencia, sino que se dan en un tejido social.

Es desde la especificidad del musicoterapeuta que es posible generar intervenciones a través del arte, que al pensarlas en relación a la promoción de la salud, habilita formas de promoverla, donde se destaca como se mencionó, la potencialidad y creatividad generando realmente intervenciones desde la salud. Trascendiendo tanto las macro políticas universalizadoras de políticas públicas en salud delineadas por el Estado y sostenidas desde lógicas de mercado, habilitando la vivencia de espacios de empoderamiento y acción a través del arte. En tanto el arte es entendido y trabajado dentro de una comunidad singular habilita otros espacios a los individuos integrando a la salud.

Es en el espacio creativo del arte que emerge la posibilidad de vivenciar la salud de otras formas, al alejarnos desde esta posición de verdades instaladas desde las concentraciones de poder que establecen que es lo que hay que hacer para estar saludables, ya que el tránsito por el territorio del arte habilita el fortalecimiento y la autonomía al encontrarnos en continua elección al ser un fenómeno que es siendo y creado siempre con otro.

## Bibliografía

- Almeida Filho, N., & Silva Paim, J. (1999). La crisis de la salud pública y el movimiento de la salud colectiva en Latinoamérica. *Cuadernos Médico Sociales*, 75, 5-30.
- Arias, A. (2011). *Inserción de la Musicoterapia en el Hospital General de Niños "Dr. Ricardo Gutiérrez" de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires*. Buenos Aires: Tesis de Grado-Licenciatura en Musicoterapia.
- Breilh, J. (2003). De la vigilancia convencional al monitoreo participativo. *Ciência & Saúde Coletiva*, 8(4), 937-951.
- Buss, P. M. (2006). Una introducción al concepto de promoción de la salud. En C. M. Dina Czeresnia, *Promoción de la Salud. Conceptos, reflexiones, tendencias* (págs. 19-46). Buenos Aires: Editorial Lugar.
- Czeresnia, D. (2006). El concepto de la salud y la diferencia entre prevención y promoción. En D. Czeresnia, & C. Machado de Freitas, *Promoción de la Salud. Conceptos, reflexiones, tendencias*. (págs. 47-64). Buenos Aires: Lugar.
- Deleuze, G. (2002). *Lógica del sentido*. Madrid: Editora Nacional Madrid.
- Diaz, E. (2007). *Entre la tecnociencia y el deseo. La construcción de una epistemología ampliada*. Buenos Aires: Biblos.
- Eco, U. (1970). El problema de la definición general del arte. En *La definición del arte*. Madrid. Obtenido de <http://ceiphistorica.com/wp-content/uploads/2016/02/Umberto-Eco-La-definicion-del-arte.pdf>
- Ferraggina, A. (2004). Panorama 2004 de la Musicoterapia en la Argentina. *II Congreso Latinoamericano de Musicoterapia*. Montevideo Uruguay: <http://asamdifusion.wix.com/musicoterapia#!historia/c18xr>.
- Foucault, M. (2007). *Nacimiento de la biopolítica*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- Gauna, G. (2009). *Diagnóstico y abordaje musicoterapéutico en la infancia y niñez*. Buenos Aires: Koyatun.
- Gobierno de Santa Fe. (2016). *Santa Fe*. Obtenido de <http://www.santafe.gov.ar/>
- Isla, C. (2005). El hacer musical como acción promocional de la salud- Repensando la Musicoterapia-. En R. J. Patricia C. Pelizzari, *Salud, Escucha y Creatividad. Musicoterapia Preventiva Psicosocial* (págs. 55-61). Buenos Aires: Ediciones Universidad del Salvador.
- Juarroz, R. (1987). Decima Poesía Vertical (1987). En *Poesía Vertical*. Obtenido de [http://www.paginadepoesia.com.ar/escritos\\_pdf/juarroz\\_poesiavertical.pdf](http://www.paginadepoesia.com.ar/escritos_pdf/juarroz_poesiavertical.pdf)
- Maldonado, C. (2015). *Discursos y devenires de una práctica. De la posibilidad de construir un posicionamiento que sostenga un hacer en Musicoterapia en Promoción en Salud*. Rosario: Tesis de Grado.
- Maturana, H. (s.f.). Leguaje, emociones y ética en el quehacer político. En *Emociones y lenguaje en educación y política*.
- Minayo, M. C. (1997). *El Desafío del Conocimiento. Investigación cualitativa en salud*. Buenos Aires: Lugar.

- Ministerio de Salud, R. A. (2010). *Manual de promoción de la salud- Experiencias Provinciales*. Buenos Aires: Ministerio de Salud.
- OMS. (1986). 1º Conferencia Internacional de Promoción de la Salud. *Carta de Ottawa*. Ottawa, Canadá.
- Organizacion Mundial de la Salud. (2016). *Organizacion Mundial de la Salud*. Obtenido de <http://www.who.int/about/es/>
- Pellizzari, P., & Rodríguez, R. (2005). *Salud, Escucha y Creatividad. Musicoterapia Preventiva Psicosocial*. Buenos Aires: Ediciones Universidad del Salvador.
- Restrepo, H. E. (2001). Antecedentes históricos de la Promoción en Salud. En H. Restrepo, & H. Málaga, *Promoción de la Salud: Cómo construir vida saludable* (págs. 15-23). Bogotá, Colombia: Editorial Medica Panamericana.
- Sousa Minayo, M. C., Ferreira Deslandes, S., Cruz Neto, O., & Gomes, R. (2007). *Investigación Social. Teoría, método y creatividad*. Buenos Aires: Lugar.
- Spinelli, H. (2010). Las dimensiones del campo de la salud en Argentina. *Salud Colectiva*, 275-293.