



**Universidad Nacional Autónoma de México**

**Programa de Maestría y Doctorado en Ciencias Médicas Odontológicas y de la Salud  
Facultad de Medicina**

**Campo de conocimiento:**

**Ciencias Sociomédicas**

**Campo disciplinario:**

**Gestión y Políticas de Salud**

**Televisión, escuela y salud:**

**Un análisis de las Políticas y programas de promoción de la salud dirigidas a  
población infantil en México**

**Tesis que para optar por el grado de :**

**Maestro en Ciencias**

**Presenta**

**Tonatiuh Cabrera Franco**

**Directora de Tesis:**

**Dra. Mónica Uribe Gómez**

**Universidad Nacional de Colombia**

**Jurado para examen de grado**

**Dra. Hortensia Reyes Morales – Hospital Infantil de México Federico Gómez**

**Dra. Mariana López Ortega – Instituto Nacional de Geriátría**

**Dra. Marcela Agudelo Botero – Instituto Nacional de Geriátría**

**Dra. María del Consuelo Chapela Mendoza – Universidad Autónoma Metropolitana**

Ciudad Universitaria, CDMX, Diciembre 2016



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

# Televisión, escuela y salud

Un análisis de las Políticas y programas de promoción de la salud dirigidas a población infantil en México

Tonatiuh Cabrera Franco



Facultad de Medicina



UNAM  
POSGRADO





**Universidad Nacional Autónoma de México**

**Facultad de Medicina**

**Programa de Maestría y Doctorado en Ciencias Médicas Odontológicas y de la  
Salud**

**Campo de conocimiento:**

**Ciencias Sociomédicas**

**Campo disciplinario:**

**Gestión y Políticas de Salud**

**Televisión, escuela y salud:**

**Un análisis de las Políticas y programas de promoción de la salud dirigidas a  
población infantil en México**

**Tesis que para obtener el grado de  
Maestro en Ciencias**

**Presenta**

**Tonatiuh Cabrera Franco**

**Directora de Tesis:**

**Dra. Mónica Uribe Gómez**

**Universidad Nacional de Colombia**



## Índice General

	Página
Introducción	9
 Capítulo 1	
De la Atención Primaria de la Salud a la Promoción de la Salud:	
Hitos, políticas y antecedentes en México	15
1.1 Contexto internacional de la Promoción de la Salud	15
1.2 México en la década de 1970, el milagro mexicano y su estrepitosa caída	19
1.3 La apertura de mercados y el derecho a la salud, el sexenio de Miguel de la Madrid	23
1.4 Recuperando legitimidad, el gobierno de Carlos Salinas	26
1.5 Ernesto Zedillo, nueva crisis viejos problemas	29
1.6 Alternancia partidista y consolidación del modelo neoliberal en salud	33
1.7 2006-2012, continuidad sin avances	36
1.8 Un sexenio en curso, la reforma interrumpida	42
 Capítulo 2	
De la salud a la Promoción de la Salud: Hacia una perspectiva más allá de la enfermedad	47
2.1 Una diferenciación de salud para la Promoción de la Salud	48
2.2 Los Orígenes de la Promoción de la Salud	53
2.3 La institucionalización de la Promoción de la Salud	58
2.4 De Ottawa a Helsinki: la ruta institucional de la Promoción de la Salud	60
2.5 Prevención, Educación y Promoción de la Salud	66
2.6 La Promoción de la Salud en un mundo en cambio: una herramienta para su análisis	68

### Capítulo 3

De la comunicación a la comunicación y salud: un viejo campo aun en consolidación	77
3.1 Comunicación mediadora	77
3.1.1 Comunicación: del proceso humano al mediado	78
3.1.2 Educar e informar: una diferenciación conceptual	80
3.1.3 Medios y medicaciones	83
3.2 Comunicación y salud: un acercamiento al estado de la cuestión	86
3.2.1 Los inicios: la fundación de una línea de investigación	86
3.2.2 La consolidación de una línea de investigación: la definición del objeto	91
3.2.3 El objeto y las perspectivas	94
3.2.4 La comunicación y salud desde América Latina	97

### Capítulo 4

De las políticas públicas a la salud en todas las políticas: ¿Es posible la promoción de la salud?	103
4.1 El Estado, lo público y sus políticas	104
4.2 El ciclo de las Políticas Públicas	107
4.3 Transferencia y discurso en Políticas Públicas	112
4.4 Políticas transversales y la salud en todas las políticas	116

### Capítulo 5

Metodología	121
5.1 Problema de la realidad e intención de esta investigación	121
5.2 Problema de conocimiento y pregunta de investigación	123
5.3 Objetivos	124
5.4 Método para ir por la información	124
5.5 Método para analizar la información	126

5	
5.6 Plan de análisis	129
5.7 Consideraciones éticas	129
Capítulo 6	
Televisión escuela y salud: Directrices Internacionales y Programas Nacionales de Promoción de la Salud dirigidas a población infantil en México	131
6.1 La regulación de la publicidad televisiva en horarios infantiles en México: Directrices internacionales y su repercusión en programas nacionales	132
6.2 Escuelas promotoras de la salud: De la tradición nacional nacional a las directrices internacionales	143
Capítulo 7	
Televisión, escuela y salud: La región epistemológica de los programas de Promoción de la Salud Infantil	169
7.1 La región epistemológica de los lineamientos de la publicidad en horarios Infantiles en México	169
7.2 La región epistemológica del Programa de Acción Específico 2007-2012 Escuela y Salud	174
7.3 La región epistemológica del Plan de Estudios de Ciencias Naturales de Educación Básica en nivel primaria en su componente de educación en salud	182
7.4 La región epistemológica de la Norma Oficial Mexicana de Promoción de la Salud Escolar	195
7.5 Discusión	205
Conclusiones	215
Referencias	221



### Índice de Figuras

	Página
Figura 1. Identificación de regiones epistemológicas	71
Figura 2. Región epistemológica de los Lineamientos de la publicidad en horarios infantiles	173
Figura 3. Región epistemológica del Programa Escuela Y Salud	182
Figura 4. Región epistemológica del Plan de Estudios de Educación Básica	195
Figura 5. Región epistemológica de la NOM de Promoción de la Salud Escolar	204
Figura 6. Región epistemológica comparada	213

### Índice de Tablas

	Página
Tabla 1. Plantilla para recabar información	126
Tabla 2. Categorías de análisis	127
Tabla 3. Descripción del Conjunto de Recomendaciones sobre la promoción de alimentos y bebidas no alcohólicas dirigida a los niños	133
Tabla 4. Lineamientos por los que se dan a conocer los criterios nutrimentales y de publicidad que deberá observar los anunciantes de alimentos y bebidas no alcohólicas para publicitar sus productos en televisión abierta y restringida, así como en salas de exhibición cinematográfica	136
Tabla 5. Comparativo de los lineamientos publicitarios	140
Tabla 6. Programa de Acción específico 2007-2012 Escuela y Salud	151
Tabla 7. Plan de Estudios de Educación Básica 2011	153
Tabla 8. NOM Promoción de la Salud Escolar	154
Tabla 9. Iniciativa Global Escuelas Promotoras de la Salud	156
Tabla 10. Iniciativa Regional Escuelas Promotoras de la Salud	157
Tabla 11. Comparativo Iniciativa 1: Mejorar programas de salud escolar	159

Tabla 12. Comparativo Iniciativa 2: Creación de redes de alianza para el desarrollo de las Escuelas Promotoras de la Salud	164
Tabla 13. Comparativo Iniciativa 3: Comparativo Iniciativa 3: Fortalecimiento de las capacidades regionales	165
Tabla 14. Comparativo Iniciativa 4: Investigación para mejorar los programas de salud escolar	166
Tabla 15. Resumen comparativo de regiones epistemológicas	210



## Introducción

Este trabajo busca analizar los estatutos conceptuales y contextuales de las políticas y programas de Promoción de la Salud dirigidas a niños en escuelas y televisión en México. Con la institucionalización de la Promoción de la Salud (PS) como práctica a nivel mundial en 1986 (con la Primera Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud) las políticas de PS llegan a los diferentes países, México incluido. Ante la escasez de evaluaciones de diseño de estas políticas, se hace necesario analizar la ruta y consideraciones de estas Políticas Públicas (PP) para el fomento de la salud de niños en edad escolar (6 a 12 años) en este país.

Con la primera iniciativa internacional para impulsar la PS en las naciones, y las subsecuentes conferencias internacionales (Adelaida 1988, Sundsvall 1991, Yakarta 1997, México 2000, Bangkok 2005, Nairobi 2009, Helsinki 2013, Curitiba 2016) se han delineado diversos proyectos específicos que deberían implementarse en los diferentes países miembros de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Uno de estos programas era el de *promoción de la salud escolar*, que lanzado en 1995 comenzaría a considerar a las escuelas como uno de los sitios para el desarrollo de la salud, dando la posibilidad de llegar a la población infantil. Por otro lado y aunque no se plantea en un proyecto específico, desde la Carta de Ottawa (1986) se empezó a señalar a los medios de comunicación como agentes sociales preponderantes en las acciones promotoras de la salud.

Todo lo anterior ha dado pie para que en los últimos diez años en México se haya considerado a las escuelas dentro de la agenda de las políticas específicas de salud como un “espacio saludable” lo cual se ha concretado con programas como el de “Escuela y Salud” en el año 2007 y más recientemente en el 2013 mediante la publicación de la Norma Oficial Mexicana (NOM) de Promoción de la Salud Escolar (1). Del otro lado y pese a que se conoce la importancia de los medios de comunicación, pocos han sido los proyectos de promoción de la salud dirigidos al

público infantil en medios. En general se encuentran acciones regulatorias-preventivas como los lineamientos de la publicidad de alimentos y bebidas no alcohólicas en horarios infantiles (2) que desde 2014 estableció límites máximos de contenido calórico en los productos anunciados en horarios infantiles.

El interés por analizar a las escuelas y a los medios como dos espacios importantes de PS infantil estriba por un lado, en que es en la escuela primaria en donde se puede acceder al mayor número de niños dada su cobertura nacional; los datos del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) indican que para 2010 del total de niños de 6 a 14 años, tan sólo el 4.8% no asistía a la escuela, y de todos los niveles educativos la educación primaria es la que cuenta con un mayor número de centros escolares y alumnos, que para ese mismo años se reportaba en 99,660 centros educativos con 14, 702, 413 alumnos (3). Por otro lado son los niños mexicanos los que más televisión consumen a nivel mundial.

De acuerdo con el mismo organismo, el 92.6% de los hogares mexicanos contaban con televisor siendo uno de los bienes más importantes para las familias junto con el refrigerador (4). Aunado a esto en el país, y según el índice *ATS (Average Time Spent)* presentado por Jara y Garnica (5), los hogares tienen encendida la televisión más de ocho horas al día, con una exposición personal diaria de cuatro horas y media en promedio. Con datos de Nielsen IBOPE (única empresa que mide rating en el país) el Instituto Federal de Telecomunicaciones (IFT) en el estudio sobre Oferta y Consumo de Programación para Público Infantil (6), señala que de 2006 a 2014 los niños de 6 a 12 años incrementaron 24 minutos el tiempo dedicado a ver televisión llegando a un promedio de 4 horas con 34 minutos al día lo que coloca al país como el de mayor exposición al medio en niños. La televisión no sólo se ha posicionado como el medio de mayor penetración en México, sino que debido a la alfabetización<sup>1</sup> que demanda y el manejo de contenidos, es también el medio de más fácil apropiación y por tanto un referente cotidiano logrando las mayores audiencias.

---

<sup>1</sup> La alfabetización digital: habilidad para el uso y apropiación que demandan los diferentes medios.

Pese a la importancia que las escuelas y la televisión representan en la formación de los niños, pocos han sido los esfuerzos por impulsar políticas de PS dirigidos a esta población en estos espacios, y más bien se han considerado programas accesorios a políticas de diferentes naturalezas como una forma de cumplir con las directrices internacionales. De igual manera los estudios relativos a las políticas y programas de promoción de la salud de los niños han sido escasos, concentrándose más bien en los esfuerzos preventivos como los de vacunación. Concordante con esto, pocos han sido los trabajos que analicen el contexto nacional e internacional en que se agendan, diseñan e implementan los programas de PS infantil en México, y éstos programas no explicitan su estatutos conceptuales haciendo necesario su estudio.

Considerando lo anterior, la pregunta que guió esta investigación fue: ¿Qué estatutos conceptuales y contextuales orientan las Políticas y Programas de Promoción de la Salud infantil en escuelas y Televisión en México?

Para contestar a esta pregunta nos situamos primero epistemológicamente desde la perspectiva de la comunicación y salud, una rama de estudio específica de las ciencias de la comunicación que desde la década de 1970 comenzó su desarrollo con dos principales líneas de estudio: el desarrollo de campañas de publicidad social en salud y el estudio de la relación médico-paciente y su proceso comunicativo. Pero que ha ido diversificándose y que hoy día, entre otras líneas, contempla a las políticas de comunicación y salud.

Los dos principales enfoque teóricos a utilizar en este trabajo serán, por un lado, el instrumento teórico propuesto por Chapela (7) para el análisis de prácticas y concepciones de PS, y por el otro, la teoría de transferencia y discurso en políticas públicas de Cairney (8), con lo cual podremos determinar el estatuto conceptual y contextual de los programas de PS infantil a analizar.

Respondiendo a la naturaleza de las perspectivas teóricas a utilizar y a pesar de que el principal sustento del estudio de PP sea cuantitativo funcional, el enfoque

metodológico para este trabajo no puede ser cuantitativo debido a que las perspectivas teóricas demandan más que un acercamiento numérico-deductivo, un acercamiento inductivo-interpretativo. Por tanto, el método utilizado para recabar información será el análisis documental, a partir del cual se recogen frases relevantes de los documentos a analizar y se interpretan a la luz de la teoría.

La primera parte de este trabajo (compuesta de cuatro capítulos) presenta un planteamiento histórico y conceptual de las políticas públicas, la promoción de la salud y la comunicación y salud desde la perspectiva mundial y nacional. En el capítulo uno se contextualizan sociopolíticamente las políticas y programas de PS, desde una perspectiva mundial, y punto de vista nacional, abordando sexenio por sexenio presidencial en México (a partir de la década de 1970) e ilustrando la situación política, económica y social del país. La intención de este capítulo es entender de manera general la situación política, económica y social que llevaron a la consideración de estas políticas en el país, bajo el supuesto de que las PP responde a cierto momento histórico específico que hacen que tomen ciertas peculiaridades.

El segundo capítulo presenta un recorrido teórico desde el concepto de salud hasta la forma en que se analizará a la PS. Primero se plantean distintas formas de ver, entender y medir la salud, para establecer un parámetro de salud más allá de enfermedad. Enseguida se reseñan diferentes maneras de ver y ejercer la PS, partiendo de lo instrumental, pasando por lo oficial y terminado con lo emancipador. Se concluirá el capítulo con la presentación de una herramienta teórica que se utilizará para el análisis de las PP de PS.

El tercer capítulo comenzará con una definición de “comunicación de lo humano a lo mediado” para posteriormente diferenciarla de lo educativo e informativo y plantear el concepto de mediaciones. De esta forma se podrá abordar el estado de la cuestión de la comunicación y salud desde sus orígenes, la construcción de su objeto de estudio y su proceso de consolidación. Esto permite situarnos epistemológicamente y abordar este estudio desde una perspectiva específica.

En el capítulo cuatro se hablará de las PP desde una perspectiva de Estado, los orígenes de su estudio y su principal herramienta para el análisis (el ciclo de las PP) lo cual nos ayudará a entender la perspectiva desde la cual se abordarán las políticas en este trabajo (transferencia y discurso) y el concepto de transversalidad en PP.

Con todo lo anterior y para terminar la primera parte de este trabajo, en el capítulo cinco se presenta la metodología que permitió el desarrollo de esta investigación, exponiendo desde el problema de la realidad del que se ocupa, el problema del conocimiento, la pregunta que la orienta, los objetivos derivados de la pregunta, y los métodos de recolección y análisis de la información. Con esto se pretende dar claridad al acercamiento empírico, la problematización y las técnicas utilizadas.

La segunda parte, dividida en tres capítulos, presenta los resultados, discusión y conclusiones de este trabajo. En el capítulo seis se presentan los estatutos contextuales a partir del análisis de la transferencia de las políticas a México, analizando por un lado la política mediática, y por el otro la de las escuelas promotoras de la salud.

En el capítulo siete se analizarán los estatutos conceptuales, de cada programa o documento (Lineamientos de la publicidad de alimentos y bebidas no alcohólicas dirigidas al público infantil, Programa Escuela y Salud 2007-2012, Norma Oficial Mexicana de Promoción de la Salud Escolar y Plan de Estudios de Ciencias Naturales de Educación Básica en nivel primaria en su componente de educación en salud) a partir de la herramienta teórica presentada en el capítulo dos, y se discutirá a la luz de la teoría, el análisis presentado en los dos capítulos.

Finalmente se reflexionará en razón de lo presentado y se concluirá en torno a la pregunta y los objetivos de esta investigación tomando una postura antes los programas analizados y el papel que juegan en la política de PS infantil en el país.



Este trabajo aborda un problema específico que abarca diferentes perspectivas de investigación (ciencias políticas, ciencias socio-médicas, ciencias de la comunicación, pedagogía) por lo cual en ocasiones pareciera muy general y poco concreto, pero partiendo del supuesto de que esta investigación es de tipo exploratorio, se advierte que únicamente se encontrará un panorama general de las políticas de promoción de la salud infantil.

## Capítulo 1

### **De la Atención Primaria de la Salud a la Promoción de la Salud: Hitos, políticas y antecedentes en México**

Hoy día son pocas las políticas y programas que se pudieran considerar como “nuevas”. Si bien se puede hablar desde la perspectiva de las políticas públicas del cambio radical o cambio incremental<sup>2</sup>, todo cambio tiene un antecedente. En este capítulo se busca contextualizar política y socialmente a México y el mundo desde la década de 1970 con especial interés en las políticas y programas de Promoción de la Salud (PS) infantil, bajo la perspectiva de que estas no son azarosas formas de enfrentar problemas públicos, al responder a un tiempo y sociedad determinada.

Se reseñará primero el contexto mundial que lleva de la Atención Primaria de la Salud (APS) a la PS. Enseguida se procederá a analizar sexenio por sexenio presidencial en México, el contexto internacional, político, económico y social en que se han tomado las decisiones de Políticas Públicas (PP) en materia de promoción de la salud infantil en México.

#### **1.1 Contexto internacional de la Promoción de la Salud**

Antes de hablar de los hitos, políticas y antecedentes en la ruta institucional de la APS a la Promoción de la Salud (PS) en México, cabría hacer un recorrido de éstas a nivel mundial lo cual nos situaría en la década de 1970, una época de polarización internacional marcada por la llamada Guerra Fría, un conflicto que enfrentaría a las dos grandes potencias ideológicas y económicas de ese entonces, Estados Unidos de América (capitalista) y la Unión de Repúblicas Socialistas Soviéticas (comunista).

---

<sup>2</sup> De lo cual se hablará en el capítulo cuatro

Tras dos guerras mundiales, el gran triunfador había sido Estados Unidos quien había conseguido no únicamente la victoria armada sino que había incrementado de manera importante su Producto Interno Bruto (PIB), por lo que ahora buscaba su próximo triunfo, esta vez en el campo de las ideas, ya que pese haber derrotado a Hitler de la mano de Gran Bretaña, no podía ignorar que nada de eso hubiera sido posible sin la ayuda de Stalin y la Unión Soviética (9). Tanto Roosevelt como Stalin buscarían perpetuar la ideología y poderío político de su país lo cual se materializó por un lado con la Doctrina Truman y el Plan Marshall y por el otro con la formación de la Oficina de Información de los Partidos Comunistas y Obreros (Kominform por sus siglas en ruso) o la Internacional Comunista lo cual comenzó a materializar la incipiente Guerra Fría (10).

En éste contexto internacional dominado por los conflictos bélicos, las dictaduras, la inestabilidad económica, política y social se hace necesario también el replanteamiento de las estrategias de salud a nivel mundial y en la XIX Asamblea Mundial de la Salud celebrada en mayo de 1977 la Organización Mundial de la Salud (OMS) y los países miembros firman la iniciativa *Salud para todos en el año 2000* (SPT-2000), un acuerdo que buscaría garantizar no sólo la cobertura universal, sino los mecanismos técnicos, ambientales y sociales para garantizar el mayor grado de salud posible a los pueblos. Con metas específicas por región, en las Américas se incluían: una esperanza de vida al nacer no menor a 70 años, reducir la mortalidad infantil y preescolar a no más de dos defunciones por cada 1000, una inmunización específica del 100% y una cobertura de agua potable y servicios de salud también del 100% (11).

Tras SPT-2000 y ante esta realidad de polarización internacional surge un nuevo concepto a propuesta de una de las facciones, la URSS, quien plantea la *Atención Primaria de la Salud* que:

... se basaba en la experiencia de los médicos descalzos de China y las de otros países del llamado tercer mundo (India, algunos países africanos y

latinoamericanos) que proporcionaban ciertos servicios en poblaciones marginadas mediante agentes auxiliares de la salud, trabajadores básicos de salud o promotores de salud comunitaria. Estas formas de atención aunque parciales y limitadas, se dirigían a sectores que no contaban con ninguna atención (12):138.

Con este antecedente se realiza un año después, en 1978, la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, que tuvo como sede Alma-Ata, capital de Kasajistán miembro entonces de la extinta Unión Soviética. Ante esta coyuntura y el reconocimiento por parte de la misma OMS en diversos documentos oficiales de que las intervenciones meramente clínicas no habían podido resolver los principales problemas de salud, se comienza a considerar a lo social como una esfera de acción tan importante como la clínica (11).

Por tanto en esta conferencia internacional se estableció a la APS como una estrategia que buscaría alcanzar la salud de los pueblos en el año 2000 y que fuera entonces definida como

La asistencia sanitaria esencial accesible a todos los individuos y familias de la comunidad a través de medios aceptables para ellos, con su plena participación y a un costo asequible para la comunidad y el país. Es el núcleo del sistema de salud del país y forma parte integral del desarrollo socioeconómico general de la comunidad (13):1.

La APS más que un programa sectorial fue considerada en Alma Ata como una estrategia política y de desarrollo comunitario donde la gestión de políticas y servicios iba más allá de la simple provisión de asistencia médica para buscar acciones encaminadas al mejoramiento de las condiciones físicas, laborales, sociales, y a la prevención, educación y en general la promoción de la salud.

Un año después de la celebración de la conferencia de Alma Ata en 1979 la Fundación Rockefeller promovió el encuentro sobre salud, población y desarrollo en una coyuntura de crisis económica provocada por la misma guerra fría y el fuerte intervencionismo estadounidense que se reflejó principalmente en América Latina. En este encuentro que tuvo como guía el documento *Selective Primary Health Care and Interim Strategy for Disease Control in Developing Countries* de Julia Walsh y Keneth S. (14) se propuso un nuevo concepto, el de Atención Primaria de la Salud Selectiva (APS-S) una crítica no directa al primer concepto de APS que desde una lógica de mercado buscaría el subsidio a la demanda en lugar de a la oferta reduciendo el concepto de APS a la prestación de servicios mínimos y posibilitando la ganancia privada a partir de fondos públicos.

Pero años antes, incluso de Alma-Ata, en 1974 en Canadá se presentó “*A new perspective on the health of Canadians*” mejor conocido como el Informe Lalonde un documento de trabajo del ministerio de salud de dicho país elaborado por el ministro Marc Lalonde y considerado como un hito en el posterior desarrollo e institucionalización del concepto de promoción de la salud a nivel mundial. En este se planteó que un sistema de salud que únicamente se preocupe por brindar atención médica sin considerar los factores ambientales y sociales no puede lograr una mejora sustancial en la salud de su población por lo cual invitó a ver al *campo de la salud* más allá de la perspectiva tradicional en la que salud y medicina son sinónimos y propuso una concepción a partir de cuatro elementos: biología humana, ambiente, estilos de vida y sistemas de salud. Tomando como una de sus conclusiones la necesidad de pasar de políticas de atención basadas en la curación a políticas de promoción de la salud es que este informe marcó un hito en la concepción de lo que entonces Lalonde definió como “campos de la salud” (15) y que reformularía la forma de entender a la salud pública.

Con todo lo anterior en 1986 la OMS consideró necesaria la redefinición y replanteamiento de lo que había sido el acuerdo SPT-2000, así como los logros obtenidos tras Alma-Ata por lo que en noviembre de ese año, junto con el Ministerio

de Salud y Bienestar de Canadá y la Asociación Canadiense de Salud Pública, se organizó la Primera Conferencia Internacional Sobre la Promoción de la Salud. Dicha conferencia, que tuvo como sede la ciudad de Ottawa en Canadá, dio como resultado la institucionalización de la PS como práctica fundamental de la APS y que fuera correspondiente geográficamente y en contenido con el Informe Lalonde, poniendo en la agenda internacional una nueva forma de entender a los sistemas de salud, concibiéndolos más allá de la atención médica.

## **1.2 México en la década de 1970, el milagro mexicano y su estrepitosa caída**

La situación internacional no le es ajena a México. En la década de 1970 el país venía de una aparente estabilidad económica resultado de las transformaciones políticas y sociales de un Estado posrevolucionario que desde 1935 tenía un crecimiento sostenido favorable ante los ojos de inversionistas y banqueros internacionales, y no sólo de ellos sino que ante el Banco Mundial (BM) y Fondo Monetario Internacional (FMI) el país, era ejemplo ante los de su clase de lo que denominaron entonces como un “desarrollo estabilizador” (16). No obstante, el lado político y social no correspondía con el crecimiento económico de un país que entonces parecía imparable. Los “hijos” de ese “desarrollo estabilizador” se percibían descontentos ante una realidad inequitativa en el campo de lo social y un hartazgo en el campo político-electoral, lo que se tradujo en los movimientos sociales de la década de 1960. En este periodo podemos destacar los movimientos obreros y campesinos, el movimiento de médico del 64-65 (que concluyó con la descalificación y represión del mismo por parte del presidente Gustavo Díaz Ordaz (17) y el movimiento estudiantil de 1968 (que concluyó con la matanza del 2 de octubre).

Aun frente a los altos y bajos de un sistema político que pese a todo se mantenía “estable” el 4 de julio de 1976 se abren las urnas para elecciones federales y donde el único candidato a la presidencia de México se presenta con una cínica confianza. Con un 91.9% de la votación o 100% de la votación efectiva José López Portillo es electo presidente de México. El triunfo de López Portillo aunque aplastante se

enmarca en una campaña en solitario y una conflictividad creciente ante el no reconocimiento, a nivel legal, de los grupos de oposición, lo que llevó al recién electo presidente de México a proponer una reforma política o al sistema de partidos en 1977 y la cual entraría en vigor en las elecciones de 1979 (18).

Por otro lado el “desarrollo estabilizador” del país o “milagro mexicano” hicieron que López Portillo tomara un país que aunque atravesaba por una situación difícil debido a la caída del Producto Interno Bruto (PIB) y la inflación consecuente, se encuentra con un alza en los precios del petróleo (debido a los conflictos bélicos de la época y el bloqueo energético que disparó los precios del crudo) lo cual le dio a México un crecimiento económico como no se había visto, pero que debido a una mala administración de los recursos y la esperanza de que el precio del crudo continuara al alza en 1981 tras su célebre discurso en el que enunciara “defenderé el peso como un perro” se dio la devaluación económica que haría que se pasara de 22 a 70 pesos por dólar.

En el campo de la salud la situación durante la década de 1970 en México mostraba una importante mejoría. Con la creación de la Secretaría de Asistencia Pública en 1937 y su posterior fusión con el Departamento de Salubridad Pública en 1943 para la creación de la Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA) hoy Secretaría de Salud (SS), la creación del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) en 1943 y del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado (ISSSTE) en 1953 (19) las instituciones posrevolucionarias de salud habían demostrado que se podían bajar las tasas de mortalidad general y específicas y subir la esperanza de vida al nacer.

Para 1974 la tasa de mortalidad general por 1000 habitantes había bajado de 23.2 en 1940 a 7.5 en 1974, para el mismo periodo la mortalidad infantil por cada 1000 nacidos vivos paso de 125.7 a 48.2. Por su parte, la esperanza de vida al nacer había pasado de 41.5 años en 1940 a 64 años en 1970 (20). Parte de estos avances fueron reflejo de las campañas de inmunización que salvo las de vacunación

antivariolosa tuvieron un primer auge en 1960 con el inicio de la vacunación contra el sarampión y 1973 con la puesta en marcha del Programa Nacional de Inmunización, un programas masivos de vacunación que aplicó 3.6 millones de dosis (21).

En 1977 a propuesta de Carmen Romano, esposa del entonces presidente José López Portillo, se instaura por decreto presidencial el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia mejor conocido como DIF una institución creada para coordinar las acciones del Instituto Mexicano para la Infancia y la Familia y el Instituto Mexicano de Asistencia a la Niñez, institución que en 1982 se integraría al sector salud junto con el Instituto Nacional de Pediatría y el Instituto Nacional de Perinatología que hasta entonces fueran dependencias del DIF (22).

En 1978 se forma la coordinación del programa Nacional de Planificación Familiar, una propuesta del Consejo Nacional de Población aprobado en 1977 que buscaba adecuar el aumento de la población con el desarrollo económico del país y de esta forma reducir el crecimiento demográfico. Este programa que dependía administrativamente del IMSS contaba con un voluntariado a cargo de la esposa del presidente, y con la aplicación del mismo, “se disminuyó la Tasa de Crecimiento Demográfico de 3.2% a finales de 1976 a 2.4% a fines de 1982” (23).

En 1977 como reflejo y consecuencia del excedente petrolero y el crecimiento de la economía nacional se instaura la Coordinación General del Plan Nacional de Zonas Deprimidas y Grupos Marginados (COPLAMAR), un programa de combate a la pobreza que tenía por finalidad influir sobre las causas generadoras de depresión económica y actuar sobre el déficit existente en las áreas rurales en materia de alimentación, salud, educación, equipamiento comunitario, infraestructura de apoyo a la producción y otros servicios. Dicho programa toma una dirección específica en 1979 al poner en marcha el convenio IMSS-COPLAMAR un importante proyecto en el que trascendiendo las funciones del instituto destinado a la seguridad social de los trabajadores formales se llevaría a cabo una estrategia de atención médica dirigida a 10 millones de mexicanos que vivían en zonas marginadas y que junto COPLAMAR



se programó construir 2000 unidades médicas y 52 clínicas de campo en zonas indígenas, áridas regiones ixtleras y áreas marginadas de las ciudades donde se brindaría atención médica y medicamentos a cambio de trabajos personales en beneficio de las comunidades en que se encontraban. Aunque el programa no incluía ningún tipo de prestaciones de seguridad social garantizaba atención médica a población que no contaba con ella, llegando a alcanzar una cobertura de 15 millones de personas o el 63% de la población indígena en México en ese momento, sin embargo el programa fue perdiendo fuerza en 1981 con el término del sexenio y la salida de López Portillo hasta desaparecer en 1982 pasando su infraestructura a formar parte de programas de distinta naturaleza (24).

Para 1980 en su cuarto año de gobierno y bajo la idea del crecimiento económico se da inicio a la primera fase del programa de Atención a Zonas Marginadas, un proyecto de tres fases operado por la Secretaría de Salubridad y Asistencia con fondos de la Lotería Nacional, sin embargo la crisis económica por la que atravesó México impidió que se pusieran en marcha las dos fases subsecuentes abarcando únicamente la zona suburbana de la Ciudad de México y parte del Estado de México.

En 1981, a finales del sexenio de López Portillo, se creó el programa *Salud para zonas Marginadas* que dice Fajardo “tuvo una infraestructura de 260 centros de salud comunitaria donde se integrarían al rededor de 1500 módulos de atención a la salud, dando cobertura aproximadamente a 4.5 millones de mexicanos” (20):103.

Para 1982 en el último año de gobierno de López Portillos y ya sumergido el país en una franca crisis económica se comienza una reestructuración del sector público en general, donde salud ve nacer la Coordinación de Servicios de Salud, una dependencia de la presidencia a cargo de Guillermo Soberón y que tenía como fin la unificación de los Servicios Coordinados de Salud Pública, dependiente de la SSA (que atendía a población no derechohabiente) y al recién formado IMSS-COPLAMAR, esto con la meta principal de evitar gastos innecesarios a un estado en crisis.

Con el fin del sexenio no sólo terminaba una década, también terminaba el milagro mexicano y con él los diferentes programas de salud de ese gobierno que correspondientes en mayor o menor medida con las estrategias delineadas de APS dirigidos a grupos vulnerables o sin acceso a servicios médicos se reconfiguraron y adaptaron a un nuevo sexenio, una nueva realidad política, social y un nuevo presidente.

### **1.3 La apertura de mercados y el derecho a la salud, el sexenio de Miguel De la Madrid**

Con una nueva reforma política y la apertura al sistema de partidos el 4 de julio de 1982 se convoca a elecciones federales en México donde con una renovada competencia se presentaron seis candidatos a la presidencia. Sin embargo, Miguel de la Madrid, ex secretario de Programación y Presupuesto de López Portillo, gana con un 68.43% de los votos. La presidencia de la Madrid estuvo marcada por la crisis económica, ya que los problemas financieros en los que López Portillo dejó al país hizo que se apresurara una reestructuración económica basada en la apertura de mercados, la desregularización, descentralización y la venta de ciertas paraestatales, así como la entrada de México al *General Agreement on Tariffs and Trade* (GATT), un acuerdo para la reducción de aranceles.

Con un nuevo gobierno federal vinieron cambios en todos los rubros, el económico, ya se dijo, estuvo marcado por la apertura de mercados, que más adelante impactaría directamente a salud, sin embargo el nuevo sexenio comenzaría con importantes reformas en la materia. A inicios de 1983 se decretó una adición al párrafo tercero del artículo 4º de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos mediante la cual se eleva a rango constitucional el derecho a la *protección de la salud*, en este se puede leer que:

Toda personas tiene derecho a la protección social de la salud. La ley definirá las bases y modalidades para el acceso de los servicios de la salud y

establecerá la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general, conforme a lo que dispone la fracción XVI del artículo 73 de esta Constitución (25):13.

Para Diego Valdez (26) cinco son los elementos básicos de este párrafo, primero la expresión de “toda persona” donde no se diferencia en razón de ciudadanía, segundo “derecho a la protección de la salud” lo que incluiría servicios personales y no personales, tercero la determinación de que una ley regulara y que en contraposición a lo anterior lo acotaría a servicios personales, cuarto en lo que refiere a las competencias de la federación y las entidades donde se abre el camino a la descentralización, y quinto con todo lo anterior se hace implícita la necesidad de un Sistema Nacional de Salud.

El 1º de julio de 1984, se expide la Ley General de Salud (LGS) que en sustitución del Código Sanitario de 1973, establece que es la SS el órgano máximo de coordinación de lo que entonces se podría llamar el Sistema Nacional de Salud. En el campo de la comunicación esta ley consolida lo que desde 1926 considerara ya el Código Sanitario de los Estados Unidos Mexicanos es decir la competencia de la ahora SS en el campo de la regulación y aprobación de la publicidad de insumos para la salud, alimentos y bebidas, productos de aseo, plaguicidas y pesticidas y todo lo que hasta hoy regula el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Publicidad.

Para 1983 con toda una reforma del sector en puerta se crea la Comisión Interinstitucional del Cuadro Básico del Sector Salud dentro del Consejo de Salubridad, este consejo establecido constitucionalmente, ve también un importante cambio a nivel organizacional ya que da la entrada a su cuerpo colegiado no sólo a los representantes de las diferentes instituciones públicas prestadoras de servicios médicos sino que también a representantes del sector educativo. Ese mismo años COPLAMAR desaparece, y toda la responsabilidad en materia de salud es absorbida por el IMSS, aun con recursos federales “se estableció un modelo integral de

atención a la salud, basado en la estrategia de atención primaria de la salud – servicios básicos referentes a promoción y conservación de salud y reparación y prevención de la enfermedad” (20):106 para este sexenio como en el anterior, señal Margarita Ochoa, el gasto corriente de este programa fue particularmente alto en comparación con las otras instituciones públicas de salud y asistencia (27).

A pesar de la subsistencia del programa IMSS-COPLAMAR y su constante incremento presupuestal los embates económicos de un país en crisis tocaron al recién creado “Sistema Nacional de Salud”, y como ya se perfilaba desde el texto constitucional, el 30 de agosto de 1983, por medio de un decreto del ejecutivo, se establecen las bases del Programa de Descentralización de los Servicios de Salud de la Secretaría de Salubridad y Asistencia, que tuvo como entidad piloto al estado de Tlaxcala, que más tarde lograría unir a otras catorce entidades. Este decreto llevaría a que meses después se promulgue uno similar para el programa IMSS-COPLAMAR al ordenar su descentralización progresiva con su respectiva integración a los sistemas estatales de salud, entregando las instalaciones del programa a los gobiernos estatales.

Para Asa Cristina Laurell ésta, junto con otras políticas sociales de la época, respondían a la crisis de endeudamiento de 1982, donde el gobierno mexicano asume las políticas de ajuste y cambio estructural propuestos por el FMI empezando:

... un proceso sostenido de deterioro de las principales instituciones de bienestar social – seguridad social, salud, educación, vivienda- con el estrangulamiento financiero y la desvalorización del trabajo en ellas, cuestión ligada a la caída salarial y del empleo formal (28):147.

En 1985 un terremoto de 8.1º en la escala de Richter sacuden las costas de Michoacán y al centro del país lesionando fuertemente la estructura hospitalaria de la ciudad de México (tanto pública como privada) dejando fuera de servicio 5000 camas

hospitalarias y 180 consultorios médicos que tardaron más de tres años en recuperar (20). Poco más de dos años después en enero de 1987 se expide el decreto presidencial que da origen al Instituto Nacional de Salud Pública, un organismo público descentralizado que concentró al Centro de Investigaciones en Salud Pública, la Escuela de Salud Pública de México y el Centro de investigaciones sobre Enfermedades Infecciosas y que “con el trauma del terremoto tan cercano, el Instituto podría contribuir a la descentralización situando sus instalaciones fuera de la Ciudad de México” (29): 21.

Si bien como lo señaló López Portillo su sexenio estuvo marcado por “administrar la abundancia” que se reflejó en los diversos programas sociales en materia de salud en el que destacó el acuerdo IMSS-COPLAMAR, el sexenio de De la Madrid fue marcado por la crisis económica en que lo dejó el gobierno anterior y por tanto se dieron importantes cambios a nivel económico que impactaron a la salud, que se vieron reflejados, en el comienzo de la descentralización de los servicios de salud y el adelgazamiento de los programas sociales.

#### **1.4 Recuperando legitimidad, el gobierno de Carlos Salinas**

Con un sexenio por terminar el 6 de julio de 1988 en una controvertida elección el ex secretario de Programación y Presupuesto, Carlos Salinas de Gortari, gana la presidencia al candidato de la coalición de partidos de izquierda o Frente Democrático Nacional Cuauhtémoc Cárdenas y al candidato del Partido Acción Nacional (PAN) Manuel Clouthier con un 50.36% , 31.12% y 17.07% de los votos respectivamente. Si bien se había abierto la puerta a la oposición con la reforma del 1977 las elecciones presidenciales de 1988 habían puesto en duda la veracidad del sistema lo que hizo urgente una nueva reforma en el terreno electoral que se dio entre 1989 y 1990 con la presentación y aprobación del Código Federal de Instituciones y Procedimientos Electorales, mediante el cual, se crea también el Instituto Federal Electoral (IFE).

Con esta reforma el PRI presentó una inesperada recuperación en las elecciones intermedias de 1991, con lo que se queda a 10 curules de la mayoría en el congreso lo que le daría la posibilidad de “abriría una puerta franca a una reforma estructural, liberal drástica y de enormes consecuencias para la economía, la sociedad y la cultura” (18). Con esto se impulsan una serie de políticas económicas neoliberales que aunque hubieran comenzado el sexenio anterior en este se consolidan al realizar una venta masiva de paraestatales en las que destacan Telmex y la banca mexicana, se promulgó la Reforma Agraria, con la que se permitió la venta de las tierras ejidales y se incorpora a México al Tratado de Libre Comercio (TLC) el cual entró en vigor el 1 de enero de 1994. Con la entrada en vigor del TLC y en oposición a este y a las reformas de Salinas, el primer minuto del año de 1994, ya en el último año del sexenio, un grupo armado conformado principalmente por indígenas de los altos de Chiapas toma la ciudad de San Cristóbal de las Casas y le declara la guerra al gobierno mexicano, “desde el rincón más pobre y más olvidado de México” se levanta en armas el Ejército Zapatista de Liberación Nacional (EZLN).

Durante el sexenio de Carlos Salinas Jesús Kumate ocupa el cargo de secretario de salud, su administración “fue fecunda en actividades preventivas y de promoción en este terreno; además en la Secretaría de Salud se favoreció la creación de los Sistemas Locales de Salud (SILOS)” (20):109. Los SILOS fue una herramienta más para fortalecer la descentralización ya que se decía que ésta había sido más retórica que real por lo cual se buscó fortalecer la autonomía de los estados a partir del fortalecimiento de las Jurisdicciones Sanitarias que empezando por un piloto de cinco terminó abarcando las 218 “mejorando el cumplimiento de los programas sustantivos”, según lo referido por Gonzalo Gutiérrez quien fuera entonces Director General de Coordinación Estatal (30).

En el campo de la educación y salud y con el auge de la PS a nivel mundial después de su institucionalización en 1986, el Programa Nacional de Salud 1990-1994 tendría una fuerte influencia hacia lo educativo, lo preventivo y el “fomento de la cultura de la salud”, ya considerando más allá de las intervenciones médicas en 1993 se publica

la Norma Oficial Mexicana (NOM) para el Fomento de la Salud de los Escolares que se decía sostenida en “la perspectiva positiva y participativa de la promoción de la salud” (31). Dicha norma tendría por objetivo “establecer actividades, criterios y estrategias de operación del personal de salud para el fomento de la salud del escolar” (32) es decir en el cuerpo de la NOM a pesar de que se hablaba del fomento a una “cultura de la salud” se hacía especial énfasis en el apoyo del personal de salud en el manejo de contenidos relativos al cuerpo humano y su desarrollo, así como en acciones preventivas y de detección de riesgos a la salud en las escuelas. Desde una perspectiva medicalizada y biologicista hacía énfasis en la parte preventiva y más que un programa conjunto se mencionaba como un plan de apoyo que para el año 2000 se llevaba a cabo en apenas un 30% de las escuelas de educación básica en todo el país (31) y de la cual no se cuenta con más información sobre su aplicación.

Por otro lado, un día después de su toma de posesión, el Presidente Salinas pone en marcha el Programa Nacional de Solidaridad (PRONASOL) el más ambicioso programa social del sexenio que como apunta Chávez Galindo buscaba “conformar nuevas bases de legitimidad” (33) a un sistema de gobierno que había llegado al poder con la duda de muchos mexicanos de su autenticidad. PRONASOL se convirtió entonces en una estrategia política que rebasaba el objetivo principal que era aliviar la pobreza. Como cuerpo central de la política social del sexenio el programa tenía por objetivo central la lucha contra la pobreza extrema con cuatro grandes objetivos: mejorar las condiciones de vida de grupos vulnerables; promover desarrollo regional; fortalecer la participación social; y construir la solidaridad como una forma permanente de convivencia (34). Para 1990 Pronasol se alía nuevamente con el IMSS para retomar lo que había sido el programa IMSS-COPLAMAR siendo ahora IMSS-Solidaridad que decía tener por objetivo brindar servicios de salud a la población campesina e indígena sustentado en la participación comunitaria para mejorar las condiciones de salud y los entornos familiares y comunitarios (34), este proyecto al igual que todo el programa se trataba de una estrategia política ante una oposición latente.

En 1991 se pone en marcha el Programa de Vacunación Universal que tenía por objetivo erradicar o controlar toda enfermedad prevenible por vacunas a la vez que se funda el Consejo Nacional de Vacunación y de los cuales Gonzalo Gutiérrez señala en un texto de 1994 que “El impacto de este programa, cuyo antecedente son los días nacionales de vacunación iniciados en 1986 se pueden calificar como históricos” (30):173. El programa de vacunación universal marcó en buena parte el sexenio en materia de salud, sin embargo junto con este proyecto de prevención también se incorporó el Programa Nacional para el Control de Enfermedades Diarreicas, así como acciones encaminadas a combatir la desnutrición.

Como se puede observar los objetivos en salud durante el sexenio de Salinas estuvieron divididos; por un lado por la labor preventivista y de incipiente promoción de la salud de Kumate a través de la instauración del sistema de vacunación universal y un acercamiento al campo de la educación para la salud. Por el otro y ante la necesidad de legitimidad de un gobierno en crisis política y social se impulsa el programa de Solidaridad, pero donde el punto de encuentro de ambos proyectos estaba en la necesidad de consolidar una descentralización comenzada en el sexenio anterior.

### **1.5 Ernesto Zedillo, nueva crisis viejos problemas**

El 21 de agosto de 1994 con menos de un año de haber realizado cambios al COFIPE, a unos meses del asesinato del candidato del PRI a la presidencia de la república, con una participación sin precedentes (77.16% del padrón electoral), y ocho candidatos oficiales el que fuera Secretario de Programación y Presupuesto en el sexenio anterior y sucesor del fallecido Colosio, Ernesto Zedillo, es electo presidente con 50.13% de la votación. El 1 de diciembre de 1994 Zedillo tomó posesión con una amplia legitimidad debido a un renovado proceso que se percibía limpio y de alta participación, pero a finales del año, la especulación y la crisis cambiaría sumergió al país en una de las crisis económicas más fuertes por las que se atravesaría, con el llamado “error de diciembre”.



Del lado de la salud, cinco de los seis años de gobierno, Juan Ramón de la Fuente ocupó el cargo de Secretario de Salud, dentro de su administración se continúa con el proceso de descentralización con el Acuerdo Nacional para la Descentralización de los Servicios de Salud y la conformación en cada estado de Organismos Públicos Descentralizadores que se encargarían de supervisar y administrar los establecimientos de salud transferidos de la SS a los gobiernos estatales. Dentro de este mismo acuerdo se contempla la implementación del Modelo de Atención a la Salud para Población Abierta (MASPA), tercera versión de dicho modelo (35), que buscaría entonces ampliar la cobertura a partir de la detección de población no cubierta realizando el diagnóstico por entidad federativa y unidad de salud, para que, desde una perspectiva de regionalización, se tuvieran núcleos de servicios de salud que contaran por lo menos con un médico, una enfermera y un técnico en APS (36).

Lo anterior, se realizaba conjuntamente con el Programa de Municipios Saludables, la versión latinoamericana de Ciudades Saludables, un proyecto específico de las estrategias de PS a nivel mundial que auspiciado por la OMS llega a América Latina vía la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y que emanado de la conferencia de Ottawa se proponía dotar a los municipios de las condiciones básicas para desarrollar la salud, esto junto con el Programa de ampliación y Cobertura, y mediante el Paquete Básico de Servicios de Salud y lo cual se pudo poner en marcha con un préstamo del Banco Mundial.

Aunque desde 1987 la OMS crea el proyecto de Ciudades Saludables proveniente de la experiencia canadiense de 1984 de “Toronto Saludable” es hasta 1991 que la OPS lanza el proyecto en América Latina bajo el nombre de “Municipios Saludables” y que en cada país tomara sus propias peculiaridades (37). Por otro lado México, como parte de los proyectos de espacios saludables, en 1996, junto con el resto de América Latina, se une a la Red Latinoamericana de Escuelas Promotoras de la Salud como parte del incipiente programa de “Promoción de la Salud Mediante la Escuela” (31).

En 1997 el Programa Nacional de Solidaridad (Pronasol), cambia de denominación por Programa de Educación, Salud y Alimentación (Progresá). Bajo el “Nuevo Federalismo”, o descentralización del aparato federal, el programa decía buscar “acciones sinérgicas” en los tres rubros con recursos federales pero con el concurso de autoridades estatales y municipales (38), según el presidente Zedillo el programa serviría “para romper el círculo vicioso de ignorancia, enfermedad, insalubridad y desnutrición que tiene atrapados a millones de mexicanos” (39). Este programa vincula directamente tanto al sector educación como al sector salud en una estrategia conjunta para enfrentar el problema como un todo, del lado de la salud este decía no concentrarse en lo curativo, aunque sí se brindaran servicios de este tipo, sino que se centrarían en la educación e información de hábitos de higiene y alimentación con una corresponsabilidad por parte de la familia, condicionando la ayuda alimentaria a revisiones periódicas en clínicas y al seguimiento escolar, dicho apoyo alimentario se les brindaría en los centros de salud (38).

A pesar de lo estipulado y de recalcar en una evaluación de 1999 el carácter preventivo y educativo del programa haciendo énfasis en la consolidación de una “cultura de la salud” en las familias atendidas, esta medición se hace en razón del uso de los servicios de salud y aplicación de pruebas de detección temprana, donde se contrastan comunidades con características similares en las que se tuvo y no apoyo del programa en el año de 1998 y donde los indicadores muestran un mayor uso de los servicios y aplicación de pruebas en las comunidades beneficiarias (40) pero dicha evaluación no contempla una de las principales metas del programa, es decir el fortalecimiento de una “cultura de la salud”.

En 1997 gobierno de Ernesto Zedillo vuelve a atravesar por una grave crisis de consecuencias internacionales, esta vez de tipo social, a pesar de haberse firmado un año antes los Acuerdos de San Andrés, se da una matanza de indígenas en Acteal, una comunidad simpatizante del EZLN, que mereció la atención internacional debido a que entre los muertos se encontraban principalmente mujeres y niños lo que colocó nuevamente al gobierno en una severa crisis política.

Durante este sexenio se crearon otros programas y políticas que con mayor o menor impacto distinguieron la administración. Fajardo (20) destaca el Programa de Salud del Adulto y el Anciano, Programa de Ejercicio para el Cuidado de la Salud y Programa de Salud Mental, como ejemplos de los programas que ponían un importante énfasis en la promoción de la salud. Por otro lado también destaca el avance en el campo reglamentario donde se puede ver la creación de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico en 1996, la Ley de Institutos Nacionales de Salud, las modificaciones a la Ley General de Salud en materia de Trasplantes y la Nueva Ley del Seguro Social. Para Laurell este fue el primer escalón significativo del cambio en las reformas de salud que las encaminaron al mercado, ya que aunque estuvieron enfocadas principalmente al sistema de pensiones, con el nuevo principio de cuentas individuales y contribuciones iguales para servicios iguales se rompe con el principio de solidaridad y se pone precio a los servicios (41).

En el sexenio de Ernesto Zedillo aunque el PRONASOL marcara una emergente vinculación del campo de la educación y salud, ésta no se logra implementar y el gobierno se concentra más en la reglamentación, descentralización y apertura del sistema que en acciones en el campo de la salud pública, los primeros proyectos de las décadas de 1970 y 1980 en este sexenio ven prácticamente su fin, ya que más que proyectos de salud en este periodo hubo proyectos de mercado.

Lo anterior no fue exclusivo del sector salud, ya que a pesar de la ferviente oposición zapatista, en el último año de gobierno se firma el TLC con la Unión Europea, y en ese mismo año y en defensa al sistema económico que implantó, Zedillo declaró haber duplicado el gasto en justicia social gracias al neoliberalismo (42) Las acciones en el campo económico del gobierno de Zedillo reciben por tanto el elogio de los centros financieros internacionales por el manejo de la crisis aunque esto no se haya reflejado necesariamente en el bienestar social.

## **1.6 Alternancia partidista y consolidación del modelo neoliberal en salud**

A pesar de la participación y el grado de legitimidad que alcanzó Zedillo de manera electoral los detalles sobre el gasto de campaña, la autonomía del IFE, el levantamiento del EZLN y las nuevas fuerzas políticas (PAN y PRD) hicieron necesaria una nueva reforma al sistema electoral en 1996 donde se consolida la autonomía del IFE y se fortalece al Tribunal Electoral (18). Con un nuevo IFE y una sociedad harta, la transición llega el 2 de julio del año 2000 con un cambio del partido en el poder. Con un 42.52% de los votos, el candidato de la coalición Acción Nacional - Verde, Vicente Fox, ganó la presidencia tras 71 años de gobiernos del PRI, pero a pesar del grado de legitimidad y simpatía que tuvo en 2000 Fox es el primer mandatario en llegar a la presidencia sin una mayoría en el congreso, lo cual marcaría en buena medida su gobierno debido a las limitaciones legislativas que esto le impondría.

El primer sexenio del PAN sería recordado por frases y conflictos del presidente en los que destacan el intento por gravar alimentos, colegiaturas y medicinas, la ruptura de relaciones con Cuba, el intento por expropiar tierras en las inmediaciones del lago de Texcoco y el subsecuente levantamiento del pueblo de San Salvador Atenco, sus nupcias con Martha Sahagún y el intento de desaforar al entonces jefe de gobierno capitalino Andrés Manuel López Obrador. Más allá de esto, durante el primer sexenio de la alternancia se reconocen los Derechos de los Pueblos y Comunidades Indígenas, se crea la Comisión Nacional de Fomento a la Vivienda y en cuanto a la economía este gobierno continúa con la política neoliberal, sin embargo el crecimiento del PIB es prácticamente nulo, la tasa de desempleo alta y la pobreza crece incluso en las zonas urbanas (43).

Del lado de la salud durante este período Julio Frenk ocupa el cargo de secretario de salud. Según los compromisos del presidente Fox se crea en 2001 la Coordinación en Salud para los Pueblos Indígenas, un programa que buscaría atender “con eficiencia y eficacia a la población indígena” a partir de la integración de los

programas, el adecuamiento de los servicios a la realidad sociocultural y fortaleciendo la promoción de la salud con énfasis en la comunidad (44). Ese mismo año se publica el decreto por el cual se crea la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios (COFEPRIS), órgano desconcentrado de la SS responsable de la regulación, control y fomento sanitario y que en un inicio absorbió a la Subsecretaría de Regulación y Fomento Sanitario, la cual era encargada del control sanitario de la publicidad (45).

Tras el proyecto de Ciudades Saludables otro programa de PS emanado de las conferencias internacionales de la OMS se firma en México, Escuelas Saludables es signado en 2001 por la SEP y la SS para promover un programa de educación saludable en las escuelas de nivel básico, lo cual se materializó con el Programa Intersectorial de Educación Saludable en el cual se pudiera leer que dicha acción respondía a la prioridad que el Plan Nacional de Desarrollo (PND) 2001-2006 otorgaba a la educación y a la salud (46), marcando como objetivo general:

... lograr mejorar condiciones de salud de los escolares, con énfasis en los grupos indígenas, rurales y urbanos de bajos ingresos, como parte de una estrategia integral para lograr una educación de alta calidad, a través de la coordinación intersectorial y con el apoyo de otros organismos, privados y la participación social (46): 21.

La Promoción de la Salud Mediante las Escuelas es un proyecto impulsado desde 1991 por la OMS, UNICEF y UNESCO en el que tras la Carta de Ottawa se convoca a un grupo de expertos para la presentación del documento “Educación para la Salud Escolar Comprensiva” que más tarde diera como resultado la difusión a nivel mundial en 1995 del documento “Promoción de la salud mediante la escuela” (31). Pero aunque el lanzamiento oficial es en 1995, en América Latina desde 1993 se trabajaba en ella tras la Reunión de Consulta sobre Educación en Salud en el Ámbito Escolar celebrada en Costa Rica y que se materializó en 1996 con el lanzamiento de la Red Latinoamericana de Escuelas Promotoras de la salud (47).

En enero de 2002 Fox pone en marcha la estrategia “Contigo” que buscaría la integración de todas las secretarías, dependencias y programas del ámbito social, articulando las acciones mediante cuatro principales pilares, vivienda, salud, seguridad social y combate y superación de la pobreza, más adelante en marzo de ese mismo año lanza el programa “Oportunidades” que buscaría brindar apoyos en el campo de la salud, educación, nutrición e ingresos y que inserto en la estrategia “contigo” sustituyó directamente a “Progresá” y por tanto le daría un nuevo nombre al que en un inicio fuera IMSS-Coplamar y ahora fuera IMSS Oportunidades (48).

Pero más allá de esto, el verdadero proyecto de salud del sexenio fue el agendado, diseñado y promovido por Julio Frenk, el Sistema de Protección Social en Salud (SPSS) y su brazo operativo el Seguro Popular (SP). Un plan de aseguramiento financiero que tendría como meta cubrir a toda la población no afiliada a una institución de seguridad social o privada y que en ese entonces se reportaba en alrededor de la mitad de las familias mexicanas (49) pero que desde una perspectiva económica señala Uribe este “buscaba la incorporación de parámetros de costo eficiencia y la introducción de la competencia de mercado en el manejo de los recursos y la prestación de los servicios” (50). Según lo aprobado en mayo de 2003 y la adición a la LGS en su título tercero bis, se señala en un principio que son los mexicanos, los que tienen el derecho a incorporarse al Sistema de Protección Social en Salud. Pero en su capítulo IX de este título tercero bis referido a los derechos y obligaciones de los beneficiarios en su artículo 77 bis 38 dice:

Los beneficiarios del sistema de Protección Social en Salud tendrán las siguientes obligaciones:

I. Adoptar conductas de promoción de la salud y prevención de enfermedad

(...) III. Informarse sobre los procedimientos que rigen el funcionamiento de los establecimientos para el acceso de atención médica (51) :28.

Sin decir cómo se adoptarán estas conductas o cuál será la competencia del SPSS en materia de atención no personal se les obliga a los beneficiarios a adoptarlas (sin una rectoría o las condiciones básica), estas conductas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, con esto queremos señalar que a pesar de tener los mexicanos el “derecho de incorporarse” al SPSS no tienen el derecho de recibir atención no personal o de promoción de la salud ya que se le transfiere la responsabilidad al beneficiario al igual que de informarse del uso de los servicios del SP.

El sexenio de Vicente Fox en materia de salud estuvo marcado sin duda por el SP que destaca haber cubierto hasta el primer cuarto de 2006 del 16% al 18% de los no asegurados hasta entonces con un continuo nivel de crecimiento sustancial principalmente en zonas marginadas del país y en población indígena (49), sin embargo Laurell cuestiona los resultados de este y toda la serie de artículos publicados en *The Lancet* referentes a la reforma de salud mexicana durante el sexenio de Fox en cuanto a su metodología y análisis de datos poniendo en duda avances y resultados (41).

### **1.7 2006-2012 continuidad sin avances**

La inmensa popularidad de Fox durante su campañas y principios de su gobierno caen estrepitosamente a lo largo de su mandato, las esperanzas del cambio en la sociedad mexicana se ven desdibujadas con el fin del primer gobierno de la alternancia. El 2 de julio de 2006 las urnas vuelven a abrirse sin cambios a la legislación electoral, como venía ocurriendo desde 1977, y con una diferencia de poco más de 233000 votos o alrededor del 0.5% de la votación, el candidato del PAN Felipe Calderón gana sobre el candidato del PRD Andrés Manuel López Obrador de quien fuera su secretaria de salud durante su gobierno en la capital Asa Cristina Laurell, una de las principales opositoras del proyecto de aseguramiento financiero de Frenk.

Con una fuerte oposición y una severa crisis de legitimidad, el nuevo presidente se refugia en sus amigos más cercanos que coloca en puestos estratégicos y buscan en su principal acción la legitimidad que no había podido encontrar en las urnas y basado en encuestas sobre la percepción de la inseguridad en el país, declara al Estado en “guerra contra el narcotráfico” diez días después de haber tomado la presidencia (52) y la cual dejó al país con un número indeterminado de muertos y desaparecidos pero que podría superar los 120 mil.

La violencia marcaría en buena medida su sexenio y lo cual se evidenciaría con la detonación de una granada de fragmentación en el centro histórico de Morelia durante la ceremonia del grito de independencia, el accidente aéreo en el que muriera su secretario de gobernación Juan Camilo Mouriño, el incendio de la guardería ABC en Hermosillo Sonora entre muchos acontecimientos más.

Del lado de la salud, se elevaría a rango constitucional los derechos humanos, y con ello el derecho a la protección de la salud, además se continuaría con el proyecto impulsado en el sexenio anterior por Frenk e incluso este llega a ser bandera del gobierno de Calderón debido a los bajos índices de popularidad así como por el rechazo general a su estrategia de lucha contra el crimen organizado haciendo de la cobertura universal de salud una de sus principales metas según lo expresado por el mismo Calderón y su lema de entonces “la salud es lo primero”, declarando en 2011 que “hoy vamos a llegar casi al 100% de los mexicanos, a la cobertura universal” (53).

De 2000 a 2008 se incrementa el gasto total en salud de 5.1% a 5.9% del PIB aunque de este gasto total tan sólo el 46.7% representaba gasto público (19), para 2010 se reportaba ya un 6.3% de gasto total en salud con un 48.9% de gasto público, en cuanto a la cobertura para 2010 se decía que el SP tenía afiliados a 43.5 millones de mexicanos y la seguridad social a 59.2 millones, en 2011 el primero aumenta 8.3 millones de afiliados llegando en conjunto a un total de casi 110 millones de personas lo que representaría casi el 98% de mexicanos (54). Sin embargo en un



texto de 2012 Laurell cuestiona estas cifras así como la supuesta cobertura universal, basándose en datos de la Encuesta Nacional de Ingresos y Gasto de los Hogares (ENIGH), la autora señala que para 2010 32% de la población declaraba no tener ningún tipo de seguro de salud y que de cada peso de gasto de bolsillo de los afiliados al SP este gastaba 0.93 (55).

En 2008 Calderón presenta su estrategia “Vivir Mejor” pilar de la política social durante su sexenio y que tendría como principal programa la continuación del programa de Fox “Oportunidades” que en una lógica “incremental” recuperara lo que se venía haciendo desde el sexenio de Zedillo, la vinculación de salud, educación, alimentación y apoyo económico, en lo que dijera el gobierno de Calderón “Lo más importante de Oportunidades es que las familias beneficiarias sólo pueden recibir los apoyos monetarios si sus hijos -niños y jóvenes- asisten regularmente a la escuela y si toda la familia acude a un conjunto de citas programadas en los servicios locales de salud” (56). El programa, señala Muñoz Izquierdo, “ha comprobado que ha generado importantes crecimientos de la matrícula en las escuelas donde se imparte la enseñanza básica (...) los índices de rendimiento escolar de esos alumnos son inferiores a los de los demás” (57) :155, un mayor uso no refleja por tanto una mejora realmente significativa en el campo de la educación, así como tampoco en el campo de la salud, este programa por tanto desde su formulación, en que integró al sector salud y educación, no ha podido resolver las diferencias culturales para atender a una población étnicamente diferente tanto en el campo de la educación como en el de la salud, o en la conjunción de ambos.

Por parte de la educación para la salud este sexenio es particularmente significativo, no debido al interés de los que detentaron el poder, sino a la coyuntura social y sobre todo epidemiológica que puso el tema en la agenda. Como un sexenio que dio continuidad a lo comenzado en el gobierno anterior, en éste se consolida el programa de vinculación SEP-SS de *Escuelas saludables* ahora como el *Programa Escuela y Salud (PEyS)*. Continuando con lo comenzado en 2001 se presenta el “Programa de Acción específico 2007-2012” de Escuela y Salud donde su misión era:

Construir una nueva cultura de la salud en los niños, adolescentes y jóvenes, mediante la modificación de los determinantes causales de la salud individual y colectiva, que contribuyan al mejor aprovechamiento de capacidades y disfrute de la vida escolar (58): 39.

Sin embargo este nuevo plan contemplaba más allá de la educación básica ya que hacía mención a la educación media y superior desde una perspectiva de “determinantes causales de la salud” y enfocándose en entornos y comunidades escolares. Sustentado en la transición demográfica el programa se enfoca al uso de la Cartilla Nacional de Salud , el autocuidado, salud sexual, alimentaria y mental, sin embargo y a pesar de abrir su población objetivo acota sus líneas de acciones y sigue quedando como un programa más de la SEP, que como tal no es obligatorio para ninguna escuela.

En el Informe de Rendición de Cuentas 2006 – 2012 de la SS destaca que de 2007 a diciembre de 2012 se incorporaron 152,292 escuelas al programa y 60,940 se certificaron, y se hicieron 21,795,299 detecciones de problemas de salud en escolares refiriendo a 7,755,786 alumnos, además señala un convenio con el Banco Interamericano de Desarrollo (BID) para promover el programa Agua, Saneamiento e Higiene en Educación Básica, que dice ha mejorado la infraestructura de 700 planteles. Para *Cerda escuela y salud* se enfoca en:

... la certificación de escuelas, la detección temprana de padecimientos en los alumnos, la promoción y supervisión del uso adecuado de la cartilla nacional de salud y la formación del personal docente y de salud sobre los programas de promoción de la salud (59): 79.

Un ambicioso plan de acción donde se pretendía tomar a las aulas y a los profesores como una extensión de la clínica y los médicos y donde la certificación de escuelas sería en razón de objetivos y no de transformaciones sociales reales.

Posteriormente y con la emergencia epidemiológica que situó a México como el país de mayor sobrepeso y obesidad infantil se puso sobre la mesa un nuevo reto de Estado para la educación y la salud pública que se tradujo en emergentes acciones para la salud alimentaria como lo es el *Acuerdo Nacional para la Salud Alimentaria: Estrategia contra el sobrepeso y la obesidad* (ANSA) un proyecto que en 2010 buscaría en un apartado específico reducir la ingesta calórica de los niños en las escuelas por medio del *Acuerdo mediante el cual se establecen los lineamientos generales para el expendio o distribución de alimentos y bebidas en los establecimientos de consumo escolar de los planteles de educación básica* (60) una estrategia dirigida a escolares que diría buscar una cultura de los hábitos alimenticios para la prevención del sobrepeso y la obesidad . Esta acción emergente que llevara a cambios a nivel legal en la LGS con la adición de la fracción XI del artículo 115 y en Ley Federal de Educación en que se adiciona el artículo 24 bis, tan sólo mostró la ineficacia del Programa Escuela y Salud (PEyS) que ya contemplaba la salud alimentaria y por el otro lado mostró la falta de conocimiento sobre la cultura y diversidad étnica de una nación multicultural al prohibir además de otros alimentos la venta de atoles, enchiladas, chilaquiles, tacos o tamales, todos estos alimentos derivados del maíz que “además de ser el grano básico para la alimentación, el maíz es un eje alrededor del cual se asocian otros cultivos, la economía, las creencias, los ciclos rituales anuales, las distintas formas de organización en la vida cotidiana y el trabajo” (61): 7.

Derivado del ANSA y los lineamientos para la distribución de alimentos y bebidas en las escuelas, también se elabora, por parte de la Subsecretaría de Educación básica a través del PEyS un programa de *Salud Alimentaria* para las escuelas de educación básica, que al día de hoy sigue vigente por parte de la SEP, aun cuando el PEyS ya no.

Siguiendo en el campo de la educación y salud destaca la reforma en materia de educación básica dada en este periodo. Aunque desde 2004 se comenzó un proceso de reformas en el campo de la educación, ésta sólo alcanzó entonces a la educación

preescolar, en 2006 a la educación secundaria, y entre 2009 y 2011 la reforma tocó al grueso de la población escolar, el nivel primaria. Esta reforma en el campo de la educación básica se sustenta directamente del Programa Sectorial de Educación 2007 – 2012 que en su primer objetivo tiene como principal meta en el nivel básico “Realizar una reforma integral de la educación básica, centrada en la adopción de un modelo educativo basado en competencias, que responda a las necesidades de desarrollo de México en el siglo XXI” (62):23.

Este modelo basado en competencias se materializó con la Reforma Integral de la Educación Básica (RIEB) que más allá de lo cuestionable que resulta un modelo encaminado a la formación según los requerimientos del mercado, en el campo de la salud se tiene un importante avance ya que se puntualizó en los programas de estudio la necesidad de una educación para la salud y su continuidad desde el nivel preescolar hasta nivel secundaria.

Entre los propósitos generales del Plan de Estudios de Ciencias Naturales para Educación Primaria se puede leer:

... participar de manera activa en la promoción de la cultura para la prevención en su sentido amplio (accidentes, riesgos, enfermedades, adicciones), para fomentar el cuidado de la salud individual y colectivamente y para mejorar el entorno en que se vive (63): 84.

Finalmente el 18 de octubre de 2012, ya por finalizar el sexenio, se publica en el Diario Oficial de la Federación el proyecto de la Norma Oficial Mexicana “Promoción de la Salud Escolar” (en sustitución de la NOM para el Fomento de la Salud en los Escolares) un ambicioso proyecto de la SS que publicado el 9 de diciembre de 2013 en su versión definitiva tiene por objetivo:

... establecer los criterios, estrategias y actividades de las intervenciones del personal de salud en materia de promoción de la salud y prevención de

enfermedades, dirigidas a la población escolar del Sistema Educativo Nacional, con la finalidad de fomentar un entorno favorable y una nueva cultura de la salud, mediante la educación para la salud, el desarrollo de competencias, el acceso a los servicios de salud y la participación social, que le permita a la población escolar conocer y modificar los determinantes de la salud (1): 4.

El sexenio termina con un rechazo general a la “guerra contra el crimen organizado” y el gobierno del PAN, del lado de la salud presumen haber alcanzado la cobertura universal brindando “médico, medicina, tratamiento y hospital para cualquier mexicano o mexicana que lo necesite”, las acciones encaminadas al campo de la educación para la salud son principalmente coyunturales, y por tanto no logran una importancia significativa.

### **1.8 Un sexenio en curso, la reforma interrumpida**

Como era de esperarse la reñida contienda electoral de 2006 obligó a una reformulación de las leyes electorales antes los vacíos e insuficiencias de una reglamentación que no dio certidumbre a una contienda, por lo que en septiembre de 2007 se aprueba una reforma constitucional que dio lugar a una disminución del gasto de campañas, un fortalecimiento de las instituciones electorales y un nuevo modelo de acceso a los medios (64). Con la nueva reglamentación electoral y una baja popularidad presidencial, el 1 de julio de 2012 cuatro candidatos se enfrentan en el terreno electoral, resultando electo Enrique Peña Nieto por la coalición PRI – Partido Verde Ecologista de México (PVEM), destacando que el candidato del partido en el poder (PAN) queda en tercera posición.

Desde el 1 de diciembre del año 2012 Enrique Peña Nieto detenta el poder ejecutivo en México, esta primera parte de su gobierno se ha marcado en el lado social por la oposición de la juventud estudiantil a su gobierno que se ha reflejado desde su campaña con el surgimiento del movimiento #yosoy132 (un conglomerado de

estudiantes de diferentes instituciones de educación superior en México opositores a su gobierno), de la misma forma el movimiento estudiantil del Instituto Politécnico Nacional en contra de la reformulación de su plan de estudios y la desaparición de 43 estudiantes de la normal rural de Ayotzinapa.

Del lado político un día después de su toma de posesión el 2 de diciembre de 2012 se firma el “Pacto por México” un acuerdo que tiene por objetivo la aprobación de una serie de reformas “estructurales” y de las cuales ya se han aprobado la Reforma Financiera, Reforma en Telecomunicaciones, Reforma Educativa, Reforma Energética, Reforma en Competencia Económica, Reforma Hacendaria, Reforma Laboral y Reforma Política y de las cuales queda aún pendiente la Reforma en materia de Salud.

La primera mitad de su gobierno la secretaria de salud fue Mercedes Juan López ex presidenta ejecutiva de la Fundación Mexicana para la Salud (Funsalud), fundación que a decir de Laurell han sido artífices de la implementación de un modelo de competencia administrada desde el gobierno de Miguel De la Madrid que no le ha hecho nada bien al sistema de salud mexicano (65).

En su segundo Informe de Gobierno el Presidente Peña anunció el cambio de denominación del programa Oportunidades (que había trabajado bajo esa denominación los dos periodos anteriores), a Prospera indicando que “Todos sus beneficiarios (de oportunidades) seguirán recibiendo los apoyos que han tenido hasta ahora, pero ahora contarán con además nuevas alternativas para incorporarse a la vida productiva y lograr con ello el objetivo de disminuir la pobreza en el país” (66).

Del lado de las telecomunicaciones este sexenio ha tenido dos acciones significativas, por un lado el dado en abril del 2013 concerniente a los promocionales de los llamados “productos milagro” de los cuales se prohibió su difusión y segundo, y más reciente, el nuevo reglamento de la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios (COFEPRIS) encaminado al etiquetado de alimentos y a la

prohibición de la difusión de spots de “alimentos chatarra” en horarios infantiles que se publicó el 14 de febrero de 2014. Esta última acción en materia de etiquetado y promocionales es parte de la Estrategia Nacional para la Prevención y el control del sobrepeso, la obesidad y la diabetes programa lanzado en 2014 por el gobierno federal que tiene por objetivo desacelerar el incremento en la prevalencia de sobrepeso y obesidad mediante estrategias intersectoriales donde se contemplen entre otras cosas salud en todas las políticas y determinantes de la salud en acciones que señalan como de promoción y educación en salud, atención médica, y regulación sanitaria y fiscal (67).

En cuanto al Programa Escuela y Salud el actual gobierno no ha realizado ninguna modificación y únicamente presentó un manual operativo de carácter técnico para la certificación de escuelas. Los planes de estudio en Ciencias Naturales en las escuelas primarias trabajan actualmente bajo lo planteado en la RIEB y traducido en el Plan de Estudio de Educación Básica 2011, y aunque el proyecto fue presentado el sexenio pasado la Norma Oficial Mexicana Promoción de la salud Escolar fue aprobada y publicada en diciembre de 2013. Según ésta, se deben brindar servicios integrados de promoción de la salud, los cuales se articulan en cuatro componentes sustantivos: educación para la salud y desarrollo de competencias, acceso a los servicios de salud, entornos favorables a la salud y participación social en salud. Y tres componentes transversales: abogacía para la salud, mercadotecnia social en salud y evidencia en promoción de la salud (1).

Este es un proyecto joven que trata de condensar lo hecho por el Programa Escuela y Salud en el que dada la coyuntura política y social podría colocarse como tema prioritario en la agenda pública debido a las acciones en materia de educación y salud que se han dado en los último dos sexenios donde la población escolar de nivel básico han sido tema central debido al problema de obesidad infantil por el que atraviesa el país.

La trayectoria política y social a nivel nacional e internacional han colocado diferentes problemas en la agenda mexicana que se han traducido en programas orientados en menor o mayor medida a la promoción de la salud infantil desde las escuelas y la televisión. Pero ésta primera revisión contextual tan sólo nos sitúa de manera general en la interrelación de lo político y social en la agenda, diseño y eventualmente implementación de éstos programas. Pero para entender una política o programa de PS es necesario conocer tanto el contexto en que se da como el estatuto conceptual que la sustenta para lo cual es necesario entender teóricamente a la PS.





## Capítulo 2

### **De la salud a la Promoción de la Salud: hacia una perspectiva más allá de la enfermedad.**

La salud y la Promoción de la Salud (PS) se han visto constantemente en fuerte tensión discursiva. Más allá de llegar a un consenso sobre su definición, se han aceptado sin mayores cuestionamientos las definiciones otorgadas por la Organización Mundial de la Salud (OMS), las cuales con carácter más retórico que operativas, han hecho que en la práctica cada gobierno, tomador de decisiones o incluso promotor de salud, lo interpreta y ejerza según su conveniencia.

En este capítulo no se pretende proponer una definición más, sino que desde una perspectiva cronológica se reseñan diferentes aproximaciones que se han considerado como claves en la evolución del concepto para de esta forma poder tomar una postura sobre lo que se entenderá como PS en este trabajo.

Primero, se hará un recorrido por el concepto de medicalización para ver cómo las definiciones biomédica y de mercado han colocado al discurso de la salud como lo opuesto a enfermedad. Enseguida se reseñan los trabajos pioneros en PS que dieron como resultado su institucionalización. De esta forma se podrá continuar con una breve exposición de las ocho conferencias internacionales de PS, para terminar con una diferenciación entre prevención educación y PS, así como un esquema teórico propuesto por Chapela que más que darnos otra definición nos ofrece un instrumento para el análisis de la PS, y el cual será utilizado en este trabajo.

Con todo lo anterior se pretende dejar en claro que se entenderá a la salud más allá de la ausencia de enfermedad, y que aunque hay diferentes formas de ejercer la promoción de la salud, éstas se pueden explicar a partir de la interacción de la clasificación, el paradigma, el ejercicio del poder y la forma en que se ve al otro.

## 2.1 Una diferenciación de la salud para la Promoción de la Salud

La medicalización es la narración de cómo la medicina tomó como suya a la salud, y se introyecta en la vida cotidiana tomando campos y terrenos que no le corresponden. Esto lo refiere Foucault en su Historia de la Medicalización (68), una conferencia ofrecida en 1974 en la Universidad Estatal de Río de Janeiro en Brasil donde presenta toda una arqueología de la sobreposición del discurso médico al de la vida cotidiana. La conferencia es una crítica al modelo médico sanitario de occidente que, dice el autor, con su desarrollo desde el siglo XVIII se individualiza en un primer momento para posteriormente colectivizarse en un segundo momento de gran desarrollo capitalista en el siglo XIX con la politización del cuerpo – objeto de la fuerza productiva.

Esto, tiene lugar, refiere Foucault, en tres etapas claves del progreso urbano e industrial del siglo XVIII en Europa. Primero el de la Medicina del Estado con especial auge en la Alemania mercantilista que buscaba el aumento productivo y de la población activa, organizando de esta forma saberes médicos del Estado útiles en el control poblacional con lo que surge la *policía médica*, un instrumento de control del cuerpo y la fuerza productiva.

La segunda etapa o de la Medicina Urbana que se da en Francia donde, a causa del crecimiento urbano debido a la migración de las zonas rurales, cambian las condiciones de vida y salud de la población haciendo de la higiene pública un problema de salud colectivo naciendo un sistema de vigilancia y registro central que tenía como principal método de control y exclusión a la cuarentena.

Por último, el tercer momento lo encuentra Foucault en Inglaterra con lo que llama la Medicina de la Fuerza Laboral donde visto al proletario como parte esencial de la vida urbana, se promulga un decreto a la *ley de los pobres*, estableciendo un sistema de asistencia médica gratuita pero obligatoria para el control del pobre y su enfermedad para no contagiar al rico.

Con esto Foucault nos muestra el surgimiento de la medicina social a partir de la estatización, es decir del surgimiento del Estado Nación que detona el interés por la salud colectiva a partir de intereses capitales, con lo cual el cuerpo se vuelve una realidad biopolítica y la medicina una estrategia biopolítica (68) tomando a la salud no como un o interés colectivo, sino capital.

El aporte de Foucault no es sólo esta narración, sino que nos presenta el panorama a partir del cual se da la intromisión de la medicina en la vida cotidiana y la salud, donde en la primera etapa de la Medicina del Estado, se define lo *normal*, o la norma a partir del conocimiento médico occidental y el aval del Estado. En la segunda etapa o de la Medicina Urbana, se incide sobre el entorno y los sujetos, segrega al que esté fuera de la norma. Y en la tercera etapa o de la Medicina de la Fuerza Laboral, se irrumpen en el cuerpo del sujeto con tal de mantener un equilibrio o normalidad inventado.

Esta es a grandes rasgos la narración de cómo el saber biológico se impone sobre el social en la concepción de la salud y que tiene su sustento en la biohistoria, (el éxito a nivel biológico de la práctica médica) que se traduce en una medicalización indefinida.

... la existencia, la conducta, el comportamiento, el cuerpo humano, se incorporen a partir del siglo XVIII en una red de medicalización cada vez más densa y amplia, que cuanto más funciona menos se escapa a la medicina (68):4.

Con esto el discurso de la medicina va ganando legitimidad y con ello el discurso de la enfermedad, y con el paso del tiempo y su avance y desarrollo científico toma campos y conductas en los cuales no tendría cabida, fortaleciendo lo que el autor llama una *economía de la salud* que hoy día podría ser lo que Castro (69) denomina como una *cultura del consumo de la salud*.

Esta medicalización ha colocado a la “salud” como lo opuesto a enfermedad forzando una relación dicotómica en la que pareciera imposible hablar de la una sin hacer referencia a la otra, lo que ha puesto al campo de la salud en una encrucijada conceptual en la que pese a reconocer la OMS (70) de manera oficial desde 1948 a la salud como algo más que lo opuesto a enfermedad aún no se ha logrado un consenso en su definición, lo que ha ocasionado que se mida a la salud mediante indicadores de enfermedad como lo son mortalidad y morbilidad general y específica o número de hospitales, camas, médicos o enfermeras lo cual más que remitir al estado de salud de una población remiten al estado de enfermedad.

Marilyn Bergner (71) señala que para 1960 la tasa de mortalidad resultaba la única fuente confiable para medir nivel de salud en la población, surgiendo al mismo tiempo las primeras encuestas nacionales de salud que daban una idea de los niveles de enfermedad esto, dice la autora, venía de una definición de salud que consideraba los aspectos negativos de la misma.

Para 1970 se comienzan a desarrollar índices más complejos para medir el estado de salud, sin embargo esto estaban aún basados en el nivel de enfermedad como prevalencia e incidencia y en la mortalidad. Pero al tiempo que se desarrollan estos nuevos indicadores se comienza a considerar el necesario componente social de la salud.

Ejemplo de este viraje hacia lo social lo encontramos en Twaddle que en su artículo *The concept of health status* de 1974 se pregunta por qué se le ha dado tan poca importancia al concepto social de *estado de salud*. Aun desde una perspectiva de salud-enfermedad, el autor señala tres dimensiones para el estudio del estado de salud, una biológica en la que cada célula del cuerpo está trabajando en óptimas condiciones, una psicológica en el que el individuo se percibe en armonía con su entorno y una social en la que las capacidades del individuo para desarrollar su rol social son óptimas (72).

Desde esta perspectiva la enfermedad es vista como un cambio en el sentir del individuo en cuanto a su estado (biológico, psicológico o social) lo cual merma o influye, sobre el componente social y la capacidad del individuo de ejercer su rol, por lo cual, la enfermedad es también socialmente institucionalizada. Pese a que esta forma de entender la salud – enfermedad pareciera congruente no escapa a la medicalización y la *normalización* de lo socialmente aceptado, donde desde una perspectiva de la medicina occidental se dicta lo que está bien y mal con un especial énfasis en el carácter individual.

En el mismo sentido Patrick y colaboradores en 1973 tratan de operacionalizar la definición de nivel funcional de salud ya que consideraban que la definición de la OMS y otros autores resultaban muy vagas y globales para poder medirse. En este caso los autores señalaban que su mayor dificultad se encontraba en distinguir salud de enfermedad al momento de medir por lo cual propusieron una definición de salud en razón de lo funcional que la consideraba como “el nivel individual de funcionamiento en un punto en el tiempo y sus expectativas de transición a otro nivel más o menos favorable (...) es el producto de las expectativas que la sociedad asigna a los niveles de funcionamiento” (73): 6.

Pese a que se proponen medir salud sin referir enfermedad se hace una constante referencia a la discapacidad física producto de un deterioro biofuncional como lo es en el caso de la movilidad o la visión a la vez que se enfatiza en el carácter individual y la normalización, por lo que consideramos que pese a ser una destacada aportación en el intento de medir salud sin referir enfermedad queda aún muy cercana al campo médico.

Para finales de la década de 1970, se comenzó a interesar en la *calidad de vida* como un indicador de resultado de los servicios de salud, sin embargo un indicador tan grande y que venía de concepciones sociales y de otras disciplinas resultaba poco útil para sus objetivos por lo que se toma únicamente el aspecto bioquímico y psicológico.

Para la década de 1980, Bergner señala la urgencia y necesidad de desarrollar índices que engloben varios indicadores en uno solo y que como mínimo debe incluir genéticos, bioquímicos, funcionales, de enfermedad, mentales y de factores pronósticos (71).

Más adelante y a partir del uso y popularización de la *calidad de vida* como indicador, se desarrolló un índice específico de *calidad de vida relacionada con la salud* que Bowling define como el “niveles óptimos del rol físico y mental y de la función social incluyendo relaciones, percepciones de salud, ejercicio, satisfacción de vida y bienestar. También incluye algunas valoraciones de los niveles de satisfacción de los pacientes en tratamiento y estado de salud con proyecciones a futuro” (74): 7, lo cual nos refiere más bien a una calidad de vida relacionada con la enfermedad.

La predominancia del modelo biomédico ha encajonado por tanto a la salud como lo opuesto a enfermedad desde una perspectiva funcional y ha definido a ésta como un desajuste o lo fuera de la “norma occidental de salud”, donde mente, cuerpo y entorno son tratados por separado y sin una aparente correspondencia. Para Giddens, este modelo concluye con la supremacía médica que no da espacio a otro tipo de saberes que no sean considerados como científicos y donde el hospital es el recinto idóneo para la enfermedad y por tanto para llegar a la salud, pero nos recuerda que:

A pesar del prestigio que ha adquirido la medicina moderna, las mejoras en salud general son mucho más atribuibles a las transformaciones ambientales y sociales que a la destreza médica (75): 268.

Este no será un espacio para presentar una definición más de salud sino que únicamente será un espacio para delinear las directrices que tomará este trabajo donde salud no se entenderá como lo opuesto a enfermedad ni corresponderá a estándares o índices médicos y por tanto se considerará a la PS como un campo amplio e interdisciplinario en el que la medicina es uno más de los múltiples actores.

## 2.2 Los Orígenes de la Promoción de la Salud

Según Castro (12) la historia de la salud se ha remitido a la tradición grecorromana (alrededor del siglo V a.c.) donde ésta y la medicina tiene un origen mitológico en común, Asclepios, hombre dios, quien es padre de Panacea, representante del saber curativo e Hygeia, representante de la limpieza y la sanidad. Aunque es en este singular mito que podríamos encontrar los primeros vestigios de la medicalización de la salud también podemos ver las primeras formas documentadas de promoción de la salud. Otros trabajos refieren a Babilonia y la antigua China como los precursores del “enfoque ecológico” en el cual dicen hoy se sustentan la PS.

Sin embargo la Promoción de la Salud (PS) podríamos decir que es tan vieja como el hombre mismo ya que las actitudes protectoras son inherentes a la humanidad, Chapela refiere que aunque no se puede sustentar de manera amplia:

... el origen de la promoción de la salud se encuentra en la misma emergencia de la conciencia humana, es decir, la promoción de la salud nace junto con la especie humana. La historia nos muestra los esfuerzos colectivos por promover la salud en distintas situaciones y circunstancias, desde los clanes y la familia, en tiempo de auge y en tiempos de pobreza, de esclavitud y de acción libertaria (59): 30.

Es decir que junto con el surgimiento de la conciencia humana y los clanes es que se comienzan a tener las primeras formas colectiva de protección y promoción de la salud. Pero más allá de los mitos, Castro (12), siguiendo al salubristas e historiador Rosen, ubica la consolidación de la salud pública como doctrina y por ende de las primeras formas institucionales de PS con el desarrollo de la industria, es decir entre 1750 y 1850 periodo en el que se revisa con Foucault el desarrollo de la medicalización a partir del problema urbano.



Giddens (75) señala que antes de esto la salud era un asunto privado no una preocupación pública por tanto es con el surgimiento del Estado Nacional y la industrialización que se da este cambio conceptual en el que la salud pasa a ser un asunto común. Con la consolidación del Estado Nacional y su delimitación territorial, poblacional, la industrialización y los nuevos regímenes políticos es que surge un interés en la salud poblacional consolidando entonces a la salud pública como disciplina encargada de lo que era visto como un bien del estado, sus habitantes, esto con el fin de maximizar la riqueza y el poder de la nación.

Sin embargo hasta ahora hemos hablado de la salud pública y la PS de manera conjunta ya que consideramos que no se puede ejercer una sin referir a la otra, lo cual se puntualizó años más adelante con lo que fue la denominada “nueva salud pública”, de la que hablaremos en el siguiente apartado, pero ahora nos interesa marcar el origen de los trabajos pioneros del concepto de PS, y que desde una perspectiva de la medicina comenzaron a hablar de ella.

Para 1920 el bacteriólogo y salubrista C.E.A Winslow publica *The Untilled Fields of Public Health* un artículo surgido de la inquietud de dos jóvenes sobre el campo de la salud pública, donde desde una perspectiva según su formación propone añadir una nueva función para los bacteriólogos y salubristas, la educación higiénica personal por medio de campañas de salud pública (76) lo que nos comienza a hablar de una de las prácticas de PS.

Pero es hasta 1946 que se refiere (77) (59) la primera publicación donde se utiliza el concepto de PS por parte del historiador de la medicina Henry Sigerist quien dice que las cuatro grandes tareas de la medicina son la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, el restablecimiento de los enfermos y la rehabilitación, Sigerist define entonces a la PS como “proveer estándares decente de vida, buenas condiciones laborales, educación, cultura física, los medios para el descanso y la recreación” (78): 127, junto con esto concibe también a la salud más allá de la enfermedad, lo que ya se señaló sustentó la definición de la OMS.

Este trabajo se ve reflejado en posteriores publicaciones como lo es el libro de Leavell y Clark de 1958 *Preventive medicine for the doctor in his community*, donde desde su perspectiva, la medicina, odontología y salud pública tienen por objetivo la promoción de la salud, prevención de la enfermedad y prolongación de la vida. Los autores identifican dos periodos en la historia natural de la enfermedad uno *prepatogénico* en el que se da la interacción de agente, ambiente y hospedero y otro *patogénico* en el que se da el curso de la enfermedad con cambios en el funcionamiento del ser humano que puede dar como resultado un restablecimiento, discapacidad o la muerte. Los autores señalan que hay tres niveles de prevención a lo largo de esta historia natural de la enfermedad, en el primero, ubicado en el periodo prepatogénico, se encuentran la promoción de la salud y protección específica, ya en el periodo patogénico se da la prevención secundaria, donde se busca un diagnóstico temprano y limitación de la enfermedad, y la prevención terciaria donde la rehabilitación es el fin.

En la prevención primaria Leavell y Clarck definen a la promoción de la salud como “el procedimiento empleado en promoción de la salud no está directamente relacionado con ninguna enfermedad particular o desorden, pero sirve para fomentar la salud general y el bienestar” (79), los autores señalan a la educación , nutrición o recreación como puntos a considerar en la PS pero todo esto encaminado a limitar el daño y tener una mayor posibilidad de rehabilitación una vez diagnosticada una enfermedad.

Para 1973 y un año antes de la publicación del informe Lalonde (considerado un hito en la forma de entender el campo de la salud) el Director General de la división de planificación de la Salud de Canadá, Hubert Laframboise, publica *Health policy: breaking the problem down into more manageable segments*, un primer esbozo de lo que un año después sería considerado como uno de los más importantes aportes para la institucionalización de la PS, el concepto de campo de la salud en cuatro divisiones. Laframboise (80) plantea en su artículo la necesidad de desarrollar un marco conceptual para entender el territorio de la salud y sus interrelaciones y de

esta manera actuar de manera más eficiente en la resolución de problemas y el diseño de políticas de salud según cuatro divisiones del campo: estilos de vida, ambiente, organización del sistema de salud y biología humana.

Bajo la premisa de la supremacía de la investigación médica que ha dejado de lado a los estilos de vida y el ambiente del campo de la salud es que Laframboise (80) plantea un viraje conceptual para ver en estos dos elementos del campo importantes áreas de incidencia en lo que se puede interpretar en su artículo como la prevención de enfermedades o causas específicas de muerte como los accidentes. El aporte del concepto de campo de la salud y sus subdivisiones es sin duda importante y trascendente en un entendimiento que vaya más allá de lo que se denomina el componente de biología humana pero esta forma de ver a la salud sigue en una concepción medicalizada en la que se reduce a la salud como lo opuesto a enfermedad, se responsabiliza a la persona de ella y se individualiza el concepto.

Un año después en 1974 se presenta "*A new perspective on the health of Canadians*" mejor conocido como el Informe Lalonde un documento de trabajo del ministerio de salud de Canadá elaborado por el ministro Marc Lalonde y considerado como un hito en el posterior desarrollo e institucionalización del concepto de promoción de la salud a nivel mundial. En dicho informe (15) se plantea que un sistema de salud que únicamente se preocupe por brindar atención médica sin considerar los factores ambientales y social no logrará una mejora sustancial en la salud de su población por lo cual invita a ver al "campo de la salud" más allá de la perspectiva tradicional en la que salud y medicina son sinónimos y plantea de manera más extensa los cuatro elementos de Laframboise: estilos de vida, ambiente, sistemas de salud y biología humana.

Tomando como una de sus conclusiones la necesidad de pasar de políticas de atención basadas en la curación a políticas de promoción de la salud es que este informe marca un antes y un después en la concepción del "campos de la salud" y que reformulara la forma de entender a la salud pública. Por tanto el componente

sobre el que se plantea incidir de manera más fuerte es el de los estilos de vida que define como “las decisiones que afectan la salud de los individuos y sobre las cuales ellos tienen más o menos control” (15): 32 simplificando el campo de la PS a los estilos de vida y culpabilizando al sujeto de sus malas decisiones al auto someterse a conductas de *riesgo* que resultan en enfermedad o muerte.

Para 1979 en Estados Unidos se trata de hacer algo similar a lo hecho en Canadá y el entonces Departamento de Salud, Educación y Bienestar de ese país presenta *Healthy people. The surgeon general's report on health promotion and disease prevention (81)*, un trabajo de Julius Richmond, el entonces Cirujano General de los Estados Unidos o responsable de la Comisión de Servicios de Salud Pública de dicho país. En este reporte Richmond propone mejorar el estado de salud de los estadounidenses no únicamente incrementando la cantidad y calidad de los servicios médicos sino renovando los esfuerzos en programas preventivos y de promoción de la salud. Correspondiente con Lalonde, Richmond se concentra en los estilos de vida y hábitos de salud señalando que la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud son indisolubles, por lo cual se tiene que incidir sobre los factores de riesgo, diciendo que las mayores categorías son los riesgos biológicos, del ambiente y del comportamiento o de hábitos personales. Si bien señala que el individuo no puede tener un completo control si lo responsabiliza de la mayoría de sus actos.

Estos han sido algunos de los que se han considerado como trabajos pioneros en la definición de la PS desde diferentes ámbitos y en los cuales identificamos una fuerte tendencia a la medicalización, por otro lado si los consideramos según su época son un gran aporte en la separación del ámbito hospitalario al de la salud pero cayendo aún en el discurso médico, de los factores de riesgo, etiología, prevención específica e individualización.

### **2.3 La institucionalización de la Promoción de la Salud**

Ya se ha señalado que la institucionalización de la PS como práctica a nivel mundial respondió al planteamiento en 1978 de la APS que tuvo como antecedente las organizaciones locales de atención primaria a las enfermedades de la India, los médicos descalzos de China y a los diferentes núcleos de promotores de salud en países de América Latina. Del éxito y lo barato de estos trabajos, señala Newell citado por Chapela (59), surge la idea inicial de una conferencia de la OMS en atención primaria basada en organizaciones locales que tenía como primera idea fuera la sede alguna ciudad de la India, sin embargo esto se fue transformando hasta darse la Conferencia de Alma Ata en Atención Primaria.

“Del reconocimiento de la promoción de la salud como una práctica fundamental de la atención primaria” (82) y del Informe Lalonde se desprende la convocatoria a la Primera Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud por parte de la OMS, que se llevara a cabo el 21 de noviembre de 1986 en Ottawa Canadá y que tuviera como objetivo llegar a la meta de SPT-2000 y como referente, señala el mismo documento la declaración de Alma-Ata. La Carta de Ottawa define a la PS como:

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 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. 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 (83): 2.

Son varios los elementos a discutir de esta definición de PS, esta es la versión en español de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) sin embargo la versión original en inglés se diferencia bastante de esta, por ejemplo, primero podríamos pensar en un punto de vista colectivo al hablar de “pueblos” pero en la versión en inglés se habla de *people* que pese a tener una denotación plural tiene una connotación muy distinta a la de pueblos.

Segundo remite a la definición de salud de la OMS al considerar bienestar físico, mental y social pero en tanto la versión en español dice “adecuado” la versión en inglés refiere *complete* que es una de las principales críticas a la definición de salud de la OMS, debido a la imposibilidad de alcanzar ese “estado completo de bienestar físico, mental y social” (70) que se señala.

Tercero la expresión “el concepto de salud como bienestar trasciende la idea de formas de vida sanas”. En inglés se lee como “goes beyond healthy life-styles to well-being” lo que nos marca una ruptura conceptual con lo individual de “estilos de vida” que no se traduce así al español, al no señalar que se debe transitar a un estado amplio de bienestar.

Cuarto, cabe rescatar la apertura de la PS más allá del sector sanitario o *health sector*, como dice la versión en inglés, en una concepción que correspondiente con Lalonde concibe al ambiente y al componente social en el campo de la salud y no únicamente al sector médico y hospitalario estricto.

Por su parte Chapela (59) señala que la Carta de Ottawa se da en un contexto institucional dominado por el pensamiento médico europeo positivista lo cual se deja ver en la utilización de la palabra “control”, que si bien lo refiere a las persona, con otras palabras como proporcionar, deja ver cómo se afianza la idea del control del gobierno sobre los sujetos y de los sujetos sobre la naturaleza lo cual también se puede observar en otras palabras de usos recurrente en la carta como lo son *empowerment* y *advocacy*.

A pesar de que la Carta de Ottawa abre un amplio panorama y coloca a la promoción de la salud como un tema de agenda internacional no se pueden ignorar sus orígenes e interpretaciones que pese a todo abren la puerta a una gran gama de acciones, no desde el empoderamiento sino desde el apoderamiento<sup>3</sup> y no desde la abogacía sino desde la exigibilidad<sup>4</sup>.

## **2.4 De Ottawa a Helsinki: la ruta institucional de la Promoción de la Salud**

Aunque explícitamente la OMS “apoya” a la PS no suscribe la Carta de Ottawa, señala Chapela (59), pero sí da pie a una forma distinta de entender la salud y plantear alternativas en el campo, a partir de lo cual algunos expertos y agencias la han llamado la “nueva salud pública”

Pero esta “Nueva Salud Pública” no es a lo que en 1913 Winslow se refería, en su libro homónimo donde se individualiza el problema de la salud. Frenk (29) apunta que pasaron 68 años para que Ashton y Howard definieran de una forma exactamente contraria a la de Winslow a esta “Nueva Salud Pública” como:

... la Nueva Salud Pública va más allá de la comprensión de la biología humana y reconoce la importancia de aquellos aspectos sociales de los problemas de salud que son causados por los estilos de vida... Muchos problemas de salud son por lo tanto vistos como algo social, más que como problemas solamente individuales (29): 40.

Esta cita de Ashton y Howard de 1988 nos remite a Lalonde (1974) y Ottawa (1986) en el planteamiento de la salud vista más allá de lo biológico y unicasal pero concentrándose, al igual que Lalonde, en el componente de los “estilos de vida” que se consideran individuales y en la concepción de prevención específica.

---

3 Empoderar refiere a alguien que dota a otro que no lo tiene, mientras que apoderar refiere a agentes activos que se dotan a sí mismos de lo que es y ya era suyo en primera instancia.

4 Abogar refiere a hablar en lugar de otro, un ejercicio de sucesión de poderes, la exigibilidad nos remite a un proceso autonómico de la exigencia de un derecho.

La Carta de Ottawa además de definir a la promoción de la salud, señala que los prerequisites para esta son *advocate, enable y mediate* o abogar, capacitar y mediar, que ya dijimos son conceptos relacionados con el poder y el control, pero que pueden ser reformulados hacia el apoderamiento. Con esto las acciones de PS implican, señala la misma carta: formular políticas públicas saludables, crear entornos propicios para la salud, desarrollar aptitudes personales, fortalecer la acción comunitaria y reorientar los servicios de salud (83).

El término de “estilos de vida” que se utiliza en la definición plantea, como ya señalamos, una ruptura con dicho concepto. Por otro lado en el apartado de mediar aunque se hace desde una perspectiva de “sujeto mediador entre las diferentes instancias” se señala a los “medios de comunicación” como uno de los actores implicados en esta tarea.

En 1988 se lleva a cabo la II Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud en Adelaide Australia siguiendo lo propuesto en Alma-Ata y SPT-2000. En esta conferencia hay dos principales características: primero “lo que en Ottawa eran individuos ahora se identificaban como ciudadanos” (84): 55; segundo de las cinco áreas de acción señaladas en Ottawa, la Declaración de Adelaide se concentra en las políticas públicas para la salud como las que posibilitan las otras cuatro áreas.

Bajo los principios de equidad, acceso y desarrollo, en Adelaide se buscaba reducir al menos 25% las diferencias en materia de salud entre naciones y regiones por medio de políticas públicas para la salud en cuatro principales ámbitos de acción: apoyo a la salud de las mujeres; alimentación y nutrición; tabaco y alcohol; y creación de entornos propicios. Para esto era necesario desarrollar nuevas alianzas de salud para fomentar el trabajo de grupos de promoción señalando dos principales instancias los medios de comunicación y las instituciones educativas (85).

En 1991 en Sundsvall Suiza se lleva a cabo la III Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud, ya muy cerca del año 2000, se reconoce que el logro de



SPT-2000 será un objetivo muy difícil de alcanzar. De cualquier manera esta conferencia tuvo como principal tema otra de las cinco áreas de acción señaladas en Ottawa, en este caso los entornos propicios para la salud que se define en Sundsvall como: “los aspectos físicos y sociales del medio que nos rodean. Abarcan el lugar donde la gente vive, su comunidad, su hogar, su ambiente de trabajo y sus lugares de recreación” (86): 2.

Se dice que los sectores interesados serán esencialmente educación, transporte, vivienda y desarrollo urbano, producción industrial y agricultura, reconociendo en particular como factor clave para los cambios políticos, económicos y sociales a la educación para que se pueda aspirar a la salud. Esta “propuesta de sitios o ambientes saludables ha logrado grandes progresos en la PS, en su versión de ciudades saludables y también es la estrategia donde se comienzan a concentrar las prácticas de medicina preventiva y de educación para la salud tradicional” (84): 56 y a partir de lo cual se han desarrollado el enfoque de espacios saludables del cual se desprenden las escuelas promotoras de la salud.

Un año después se realiza la Conferencia Internacional de Promoción de la Salud en América Latina, que desde una perspectiva regional y según los mismos problemas latinoamericanos pusiera un especial énfasis en la inequidad y la determinación política, social y económica de las diferencias en materia de salud (87).

Cinco años después en 1997 se celebra la IV Conferencia Internacional sobre la promoción de la Salud en Yakarta Indonesia y que tuviera por título “Nuevos actores para una nueva era: llevar la promoción de la salud hacia el siglo XXI”. Esta conferencia “Refleja el firme compromiso de los participantes de hacer uso de la más amplia gama de recursos para abordar los factores determinantes de la salud en el siglo XXI” (88): 4. Desde una concepción de mercados se refiere tanto a los nuevos actores en los que se identifica al sector privado (al ser la primera conferencia en la que se invita a la iniciativa privada) como a “la naturalización de la salud como inversión en consonancia con el contexto neoliberal del mercado” (84): 57.

En Yakarta se vuelven a presentar las estrategias y condiciones fundamentales de Ottawa pero incluye lo que denomina varios factores transnacionales como la economía mundial, los mercados financieros y el comercio y el acceso a los medios de información y a la tecnología de la comunicación lo cual determina a los *estilos de vida*, concepto que reaparece en esta conferencia. Por tanto en esta nueva era se comienza a concebir a la PS desde una perspectiva de mercados donde los nuevos actores se traducen en la consolidación y ampliación de las alianzas estratégicas, que serán con la iniciativa privada, y llevar a la PS al siglo XXI significa aumentar la inversión desde un punto de vista neoliberal.

En el año 2000 la Ciudad de México es sede de la V conferencia Mundial de la Promoción de la Salud de la que dice Chapela hay poco que decir “el tono de la conferencia de México es escueto y burocrático” (84): 57, lo cual se ve reflejado en la extensión del documento que no ocupa ni las dos cuartillas pero de las cuales podemos resaltar un importante retroceso en el discurso de la PS al hablar de promoción del desarrollo sanitario, prestación de servicios de salud (entendidos como médicos) y en términos de enfermedades y riesgo (89).

Tanto Yakarta como México fueron el preámbulo para la VI Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud que se llevó a cabo en Bangkok, Tailandia, en el año 2005 y que tuviera como tema central la promoción de la salud en un mundo globalizado. En esta conferencia hay un drástico giro en la forma de entender a la PS ya que pese a reconocer Ottawa aquí se define a la PS como:

La promoción de la salud consiste en capacitar a la gente para ejercer un mayor control sobre los determinantes de su salud y mejorar así esta. Es una función central de la salud pública que coadyuva a los esfuerzos invertidos para afrontar las enfermedades transmisibles, las no transmisibles y otras amenazas para la salud (90): 1.

Son muchos los puntos a tratar a partir de esta nueva definición de PS, primero la inclusión en el discurso de los *determinantes de la salud* que se popularizaron en ese año con la conformación de la Comisión para los Determinantes Sociales de la Salud por parte de la OMS que diera como resultado un documento de trabajo en 2008 (91). Por otro lado existe aquí un importante retroceso en la forma de ver y entender a la PS ya que nuevamente se le concibe como la prevención de la enfermedad al encaminar sus esfuerzos a afrontar enfermedades transmisibles y no transmisibles.

Además, se le da un mayor peso al sector privado y las tecnologías de la información y la comunicación (TIC) y pone un muy importante énfasis en los discursos científicos y técnicos de los economistas neoliberales haciendo una constante referencia a la eficiencia, inversión, mercado, regulación, prácticas empresariales, comercio, indicadores, entre otras.

Para 2009 la VII Conferencia Global de Promoción de la Salud tiene como sede Nairobi, Kenya y como tema central un llamado a la acción, es decir la urgencia de poner en práctica las acciones promotoras de salud. Para Chapela, Nairobi equipara su espíritu a Ottawa “recuperó el sentido de empoderamiento del primer periodo del movimiento” (84): 61, refiriendo incluso nuevamente a Alma-Ata y a las entonces recién emitidas recomendaciones de la Comisión de los Determinantes Sociales de la Salud. Sin embargo fue aún presa del discurso de Bangkok haciendo constantes referencias a la inversión, la prevención de enfermedades, la economía global, la costo-efectividad, el financiamiento y el desempeño entre otras.

Cinco fueron los subtemas de la conferencia: capacitación en la promoción de la salud, fortalecimiento de los sistemas de salud, alianzas y acciones intersectoriales, empoderamiento comunitario y alfabetización en salud. Es fácil ver porque se ve en esta conferencia una recuperación de la esencia de Ottawa, en el primer punto se habla de construir infraestructura sustentable para todos los niveles; en el segundo de la PS como parte del sistema en el apoyo a la equidad; en el tercero se deja de lado al sector privado como se venía haciendo desde Jakarta y se habla de abordar

los determinantes sociales de la salud con alianzas más allá del sector; en el cuarto el *community empowerment* es tratado como un verdadero apoderamiento donde se busca la inclusión de todos; y finalmente la alfabetización en salud es visto como un componente básico para el desarrollo y como una actividad social y culturalmente ubicada que ayuda al apoderamiento y en el que el acceso a las TIC facilitan esta labor y este llamado a la acción (92).

Finalmente en 2013 en Helsinki, Finlandia, se celebra la VIII Conferencia Mundial de Promoción de la Salud que retomaría una de las áreas de acción de Ottawa que ya se hubiera tratado en Adelaide, es decir las políticas públicas, pero en este caso desde la perspectiva de salud en todas las políticas. Esta perspectiva ya se había trabajado con anterioridad por parte de la OMS, no únicamente en la II Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud de 1988, sino que en el año 2010 y coincidiendo geográficamente en Adelaide, Australia, se celebra la Reunión Internacional sobre la Salud en Todas las Políticas (93).

En Helsinki se hace un llamado a los gobiernos de todo el mundo para asumir su responsabilidad en cuanto al derecho a la salud desde una perspectiva de equidad y justicia social, señalando que se tiene que hacer frente a los intereses antagónicos como los de las fuerzas económicas por medio de políticas en todos los sectores que tengan implicaciones con la salud.

Helsinki se encamina más al llamado general de salud en todas las políticas que a los conceptos que ya se trataban en PS, pero pese a hacer unos pocos señalamientos a enfermedades y estilos de vida, en esta última conferencia se sigue abandonado el discurso técnico y neoliberal, que comienza en Jakarta, lo que es una buena señal en el camino institucional de la PS.

## 2.5 Prevención, Educación y Promoción de la Salud

Más allá del discurso oficial, la PS se ha movido entre el ámbito de la prevención y la educación lo que la ha llevado a un conflicto de identidad entre los profesionales de la salud, los tomadores de decisiones e incluso los mismos promotores de la salud, pero este conflicto viene no solamente de la concepción de salud sino también de la práctica e institucionalización de la PS.

Para comenzar, quedaría ya claro que a partir de una forma de ver y entender a la salud como lo opuesto a enfermedad la PS tomaría la forma de una simple prevención específica, es decir, de incidir sobre uno o varios de los factores patogénicos, ambientales o de “estilos de vida” para promover la salud, algo similar a lo propuesto por Leavell y Clarck en 1958 (79).

Si bien en este trabajo reconocemos a la prevención de la enfermedad como una de las tareas de la promoción de la salud, su reducción a esta simple labor no sólo medicaliza el concepto sino que nos sitúa ante ese espejismo de la salud del que hablaba Dubos desde 1975, él señalaba que:

La teoría microbiana, y especialmente la doctrina de la etiología específica de las enfermedades, interrumpieron el reinado de la tradición hipocrática durante casi un siglo. La nueva doctrina sostenía esencialmente, que cada enfermedad tenía una causa bien definida y que la mejor forma de controlarla era atacar este agente causante o, en su defecto, concentrar su tratamiento en las partes afectadas del cuerpo (94): 167.

Si se entiende la salud como lo opuesto a enfermedad y a la PS como la prevención específica y sabemos que aún impera el discurso etiológico específico, entonces sería imposible llegar a la salud mediante la PS (o cualquier otro medio) ya que ante una transición epidemiológica y por más rápido que la ciencia médica avance, no será posible alcanzar el patrón de cambio ni siquiera en los países con un alto índice

de desarrollo, lo que nos diría que la PS concentrada en la prevención de enfermedad no sería eficiente en su principal labor, mantener la salud.

Por el lado de la educación podríamos remitirnos nuevamente a la mitología grecorromana, o destacar la labor que las mujeres siempre han ejercido como protectoras y educadoras en el ámbito doméstico o regresar nuevamente a la Europa industrial y reseñar los trabajos de Chadwick (95) y Snow (96) y la posterior educación higiénica, pero para entender la tensión discursiva entre educación y promoción es necesarios situarnos en la década de 1930 y 1940 en Europa de postguerra.

En la Europa devastada por las guerras la capacidad de contestar a la curación era limitada, así lo señala Chapela (59), por lo cual se ve en la educación una posible solución al problema de la enfermedad para disminuir la demanda de atención hospitalaria, por lo que la Liga de las Naciones, un organismo internacional creado tras la primera guerra mundial y antecedente a la Organización de las Naciones Unidas (ONU), en su sección de salud, la retoma en sus actividades hasta la posterior conformación en 1946 de la OMS. Constituida la OMS, recupera la iniciativa de educación en salud desde una perspectiva de prevención de enfermedades, educación higiénica, saneamiento y vacunación. Esto, junto con el fin de las guerras, y con el apoyo del gobierno francés dieron como resultado la fundación en 1951 de la Unión Internacional de Educación en Salud que años después y con el surgimiento del concepto institucional de PS se constituye como la Unión Internacional de Promoción y Educación en Salud, IUHPE, por sus siglas en Inglés.

Chapela señala que con la popularización de la PS después del Informe Lalonde:

... han coexistido en los discursos la educación y la promoción de la salud, no exentos de problemas de definición e identidad. A través de los años la “educación informativa” ha sido vista como panacea cuando no hay compromiso real para atención de los problemas profundos de salud (...)

Algunos educadores en salud cambiaron a la aproximación de la promoción de la salud; algunos otros la consideran la modalidad actual de la educación para la salud o la salud pública; otros mantienen sus conceptos y prácticas anteriores y otros no se enteraron del cambio (59): 39.

La perspectiva de la PS y la educación para la salud son distintas, aunque la primera ha parecido ser la sofisticación de la segunda y más específicamente de la educación higiénica o informativa, pero al igual que en el caso de la prevención de enfermedades, la educación es otra de las herramientas de la PS en la búsqueda de la salud poblacional.

Mientras que la prevención de la enfermedad nos situaría frente a un espejismo en el que jamás podríamos conocer la etiología de las enfermedades prevalentes y emergentes y la educación para la salud se ve como un simple vaciado de información, la PS se concentra no sólo en prevenir enfermedades u otorgar información útil para la vida cotidiana sino que se propone, en términos de Ottawa y las subsecuentes conferencias de PS, empoderar a los pueblos, no únicamente mediante educación informativa o vacunas, sino mediante una formación crítica y reflexiva y dotando a las comunidades de los medios para su independencia<sup>5</sup>.

## **2.6 La Promoción de la Salud en un mundo en cambio: una herramienta para su análisis**

Con la trayectoria de la PS brevemente reseñada, sería fácil deducir que han existido distintas aproximación al concepto desde las cuales se podría analizar esta práctica, comenzando con la mitológica (12), siguiendo con la info-educativa (76), posteriormente se podría señalar la fundadora (78). Desde una perspectiva de los campos de la salud y los estilos de vida se encuentra la canadiense (80) (15), o estadounidense (81), a partir de los postulados de Leavell y Clarck (79), o según la

---

<sup>5</sup> Aunque en el discurso Ottawa busque aparentemente la emancipación, termina por imponer sus propios significados y un actuar según estos.

primera (83) (85) (86), o segunda etapa de la OMS (88) (89) (90), la PS de la salud ha tenido diferentes formas de verse, entenderse, conceptualizarse y por tanto ejercerse.

Además de todas estas aproximaciones al concepto de PS, que en este trabajo consideramos clásicas y por tanto reseñamos, en la ruta de su consolidación, ha habido más trabajos que de una u otra forma han contribuido al entendimiento de una práctica milenaria que desde 1946 fue etiquetada por Sigerist.

Chapela señala que en 1990 Naidoo y Willis proponen cuatro perspectivas a partir del trabajo de Caplan y Holland: la tradicional en la que salud es ausencia de enfermedad; la humanista desde una perspectiva holística y de clientes; la estructural radical en la que se propone una transformación social; y la humanista radical una visión holística de las redes de autoayuda.

Por otro lado Cardacci en 1998 y a partir de un análisis de las prácticas de empoderamiento identifica dos principales formas de ejercer la PS una paternalista/asistencial que lleve eventualmente a la disminución del poder y otra y otra romántica/idealista (59) (7).

Para Castro (69) en México y el mundo han imperado tres modelos de promoción de la salud que responden a un momento histórico específico y su desarrollo económico-social: el *higiénico preventivista* donde un estímulo patogénico es causante de la pérdida de la salud, enfrentándolo, fortaleciendo al hospedero mediante, por ejemplo, vacunas; el *epidemiológico social* en el que enfocados en estilos de vida, se pretende transformar el ambiente inmediato y al individuo desde una perspectiva mercantilista; y el *sociosanitario*, una propuesta de intervención social y colectiva donde se busca que las comunidades junto con el gobierno cambien no sólo estilos de vida sino condiciones sociales.



La tercera afronta distintos retos para la vida humana surgidos de la creciente inequidad social y de la deuda sanitaria acumulada. Se alimenta de los procesos de construcción de ciudadanía y de la búsqueda de la transformación social sin destrucción de los ecosistemas; el empoderamiento y la capacidad real de elegir; de la creación de oportunidades saludables al alcance de todos. Implica la construcción de una cultura de la salud como forma innovadora de relación entre los seres humanos y la naturaleza (69): 40.

La primera perspectiva es a la que también podríamos llamar tradicional o paternalista, la segunda humanista o de mercado, y la tercera, mucho más cercana al discurso de Ottawa, es una propuesta para una verdadera transformación social desde la ciudadanía a partir de transformaciones estructurales en las comunidades, el ambiente y el ser humano.

Habiendo revisado todas estas propuesta teóricas para la PS en este trabajo tomaremos como herramienta de análisis el instrumento propuesto por Chapela para la evaluación de las prácticas y participación de los distintos actores en la PS, esto debido que consideramos que dicho instrumento de análisis nos permite identificar las distintas conceptualizaciones que aquí se han reseñado.

Se compone de cuatro ejes, dos horizontales que se titulan “clasificación” el superior y “paradigma” el inferior; y dos verticales: “concepción del otro”, el izquierdo, y “ejercicio del poder”, el derecho. Cada uno de estos ejes representan espectros de posibilidades cambiantes en donde cada tramo del espectro está vinculado con el anterior y el siguiente por lo que no sirve para medir o contar, sino para apreciar una región formada entre los cuatro espectros representados por los cuatro ejes (7): 75.

Esto lo podemos observar en la figura 1, en la que identificamos los espectros y sus extremos, y también, distintos ejemplos de regiones epistemológicas en las cuales podemos ubicar políticas, programas y prácticas de PS.

Figura 1



Fuente: Chapela, María del Consuelo. Promoción de la salud y emancipación(7)

A partir del supuesto de que la PS se lleva a cabo en el gran campo de la cultura y no es políticamente neutral, Chapela describe cada espectros. Comenzando con el eje vertical izquierdo “concepción del Otro”, se refiere a la forma en que un agente o agencia lleva a cabo un programa específico y considera o mira a ese Otro en razón de sí mismo. En este caso el gobierno tomaría el rol de agencia y la población infantil el rol de “el Otro”, por lo cual este gobierno puede interpretar a esa población infantil (desde su concepción de sí) ya sea como un cliente o hasta una personal, es decir como un objeto o como un ser encarnado, independiente y agente de su propia vida.

Del otro lado el eje vertical derecho refiere el “ejercicio del poder” el cual está estrechamente relacionado con la concepción del otro ya sea como un agente posicionado socialmente, interesado e intencionado, correspondiente con el ejercicio ciudadano o como un objeto sin un posicionamiento social desinteresado y apático que responde al ejercicio del poder hegemónico. Sería por tanto fácil caer en un reduccionismo o paternalismo en el cual se diga que los niños carecen de un posicionamiento social y no pueden ejercer el poder, pero al ser parte de un cuerpo social un formación crítica y ciudadana es esencial en un desarrollo participativo y saludable. Este eje responde, para este trabajo, a la pregunta ¿para qué utiliza el poder quien plantea una política pública? En donde los polos del eje serían: para aumentar su propio poder y para la construcción de poder ciudadano.

Por parte de los ejes horizontales, en el superior (“clasificación”) la autora se refiere a la forma de conocer el mundo y los recursos o mediaciones<sup>6</sup> que se tienen para analizarlo. Los extremos de este eje hacen referencia por un lado a una categorización del mundo dicotómico, binario, en donde se privilegia el conocimiento único, por lo que se le considera cerrada. Del otro lado tenemos una clasificación abierta en la que se pueden tomar en cuenta diferentes conocimientos, y no se reduce a un posicionamiento que se podría llamar hegemónico.

Para finalizar, el eje horizontal inferior hace referencia al “paradigma”, muy correspondiente con la clasificación, en este eje se habla del modo de conocer y a partir del cual se define la manera de apropiarse del mundo. Es decir, que podríamos hablar de una clasificación cerrada que sea medicalizada en la cual el único conocimiento útil o forma para apropiarse del mundo y llegar a la salud sea el de la medicina, y por el otro una visión hermenéutica y crítica en el que se busque entender un todo tomando en cuenta a sus partes y sus diferentes actores (7) (97).

Ubicándose en diferentes puntos dentro de estos cuatro ejes la autora presenta algunas posibles regiones epistemológicas en las cuales se pueden encontrar los programas, políticas o, en general, prácticas de PS:

1. Del mercados
2. Lavarse las manos
3. Preventiva
4. Sanitarista
5. Demográfico-epidemiológico
6. Ecológico
7. Medicina social conservadora
8. Galénico/higienista
9. Educación para la salud

---

6 Aunque no lo señala la autora utilizamos el término mediaciones como esquemas conceptuales o interpretativos a partir de los cuales se construye y deconstruye el mundo vía la formación académica o no y de continua reinterpretación.

10. Sociosanitaria
11. Epidemiológico social
12. Empoderante
13. Medicina comunitaria
14. Medicina social crítica
15. Salud colectiva
16. Transformadora
17. Emancipadora
18. Ciudadana

Estas diferentes regiones van en orden ascendente desde una clasificación cerrada, de poder hegemónico, desde el paradigma medicalizado en una concepción del otro como cosa-cliente representado por la región de mercado, hasta una clasificación abierta, de poder ciudadano, desde un paradigma crítico-hermenéutico y una concepción del otro como agente-persona, representado por la región ciudadana pero considerada por la autora como un ideal.

En el medio se colocan 16 regiones que se van desplazando de la parte inferior o de mercado a la superior o ciudadana y que con sus particularidades ayudan a entender la forma en que se ejerce la PS. En términos muy generales podríamos encontrar seis grandes regiones: de *mercado* junto con lavarse las manos; *oficial* agrupando preventiva, sanitarista, demográfico epidemiológico y ecológica; *popular* con la medicina social conservadora, galénico/higienista, y educación para la salud; *empoderante* conjuntando sociosanitaria y epidemiológica social; emancipatoria con la medicina comunitaria, medicina social crítica, salud colectiva y transformadora; y finalmente la *ciudadana* junto con la emancipadora.

La PS de mercado se ubica en la parte inferior y sigue los principios de cualquier práctica empresarial tomando al otro como un cliente y creando su propio concepto de salud según sus fines ya sea belleza, “bienestar”, cuidado, resistencia o cualquier otro, “los medios masivos de comunicación – televisión, cine, radio, revistas, internet

y los videojuegos, aparecen como la agencia principal del mercado de la salud promulgando el culto a un cuerpo de mí” (98): 99. Una práctica de PS de mercado busca desde la publicidad (principalmente) individualizar el concepto y venderlo según sus fines.

Otra posible región es la de la promoción de la salud oficial. Se le denomina así al ser, dice la autora, la dominante en el discurso y vista como un accesorio a los programas por lo cual se centra principalmente en acciones preventivas y por tanto muy cercanas al paradigma biomédico, buscando cambiar el comportamiento de la población en razón del pensamiento médico, homogeneizando a la población y viéndola como un objeto pasivo, sin embargo no se le considera eficiente al no poderse medir en valores de mercado ni poder demostrar los resultados clínicos o epidemiológicos que se esperan.

Más arriba y cerca del centro se ubica la PS popular, que señala la autora se remonta a los orígenes del ser humano como una práctica cotidiana del ser social tendiente al sostenimiento de la vida biológica y el alivio del sufrimiento, por lo cual no consideran al individuo como cosa-cliente, sino como parte de un colectivo y aunque se puede articular con los profesionales médicos considera a toda la red social en un entendimiento más amplio “Esta forma de PS ha mostrado gran eficiencia puesto que es la que ha sostenido a la humanidad desde sus inicios y actualmente ofrece contrapeso a la PS oficial y de mercado” (98): 106.

Poco más arriba está la PS empoderante, correspondiente con el discurso de Ottawa y Yakarta “aparece principalmente como práctica de organizaciones civiles críticas y usualmente se encuentran vinculadas a concepciones de salud hegemónicas enfocadas a la enfermedad, dentro del discurso crítico” (98): 107. Al igual que la anterior no consideran al otro como cosa-cliente sino más bien como un sujeto con el que se puede trabajar, pero sus resultados, dice la autora, no se sostienen a un largo plazo al depender de un grupo de expertos.

En la parte superior derecha se encuentran laS PS emancipadora y ciudadana que ya hemos dicho la autora llama utópicas al tener clasificación abierta, viendo al otro como sujeto-agente, desde un paradigma crítico y un uso del poder ciudadano, ésta se considera en una visión a largo plazo desde un entendido contextual amplio (ecológico, sociohistórico, económico y político) para poder construir ciudadanía que se exprese en las condiciones del cuerpo físico, del entorno material y social para modificar el sufrimiento humano. Al ser el extremo no puede convivir con la PS oficial ni de mercado.

Todas estas posibles regiones epistemológicas, entre otras más, se pueden desplazar en razón de los ejes de izquierda a derecha y de abajo hacia arriba, lo que posibilita captar las diferentes perspectivas reseñadas a lo largo de este capítulo e incluso otras no consideradas. Bajo la idea de la PS dinámica que toma diferentes posiciones según los cuatro espectros y sus extremos es que se adaptará dicho modelo teórico para el análisis de los programas y políticas de PS dirigidas a la población infantil en México.

El recuento del capítulo ha querido mostrar la multiplicidad de promociones de la salud que hay, las cuales se orientan desde el concepto de salud que se tenga y se van formando (o deformando) según los sujetos, las instituciones y el momento histórico, político y social. El análisis de los estatutos conceptuales de las políticas y programas, requieren de una herramienta que más que limitar a una perspectiva específica posibilite abarcar, sino todas, sí las que interese develar.



## Capítulo 3

### **De la comunicación a la comunicación y salud: un viejo campo aún en consolidación**

La comunicación como un proceso complejo de interacción humano ha tenido diferentes formas de verse y entenderse y ha sido tomada por diferentes disciplinas como un accesorio para “eficientar” sus proceso. Este apartado no pretende tomar esta perspectiva accesoria sino ver a la comunicación como el centro y a partir de esto no sólo definirla en general sino verla en particular en el campo de la comunicación y salud y sus perspectivas.

Para esto el capítulo se subdividirá en dos partes, la primera de ella con una breve explicación teórica del concepto de comunicación, los medios y las medicaciones y la segunda, abordará de manera específica la evolución del campo de la comunicación y salud, es decir, se ofrece un acercamiento a su estado de la cuestión.

#### **3.1 Comunicación mediadora**

Hablar de comunicación hoy, implica una fetichización del concepto e inmediata referencia a medios y mediadores tecnológicos que posibilitan la telecomunicación. Y es que la penetración de las nuevas formas de transmisión de contenidos a distancia, han tomado por asalto al espacio y han reconfigurado el quehacer comunicativo en todo el mundo. La predominancia del medio sobre la acción ha superado en muy buena parte los estudios en comunicación, donde la dimensión tecnológica arrasa con la intersubjetiva, pero el alcance de los nuevos y viejos medios y el constante avance tecnológico nos obligan a seguir “poniendo la carreta frente a los bueyes” en los estudios sobre comunicación. Al referirse Thompson a estas nuevas formas de comunicación refiere que:



El uso de los medios de comunicación implica nuevas formas de acción e interacción en la sociedad, nuevos tipos de relaciones sociales y nuevas maneras de relación con los otros y con uno mismo (99): 17.

Según el autor, el proceso de medios y mediaciones tecnológicas de la comunicación ha reconfigurado el esquema de interacción y práctica social de la vida cotidiana, así como la concepción espacio-temporal de la acción comunicativa como un potenciador de las relaciones, interacciones y difusiones simbólicas.

Si bien desde los estudios en ciencias de la comunicación hay una fuerte tensión entre una concepción pura de comunicación entendida como el proceso intersubjetivo en el cual los medios de masas únicamente pueden ser difusores también existen enfoques de análisis que los consideran dentro del mismo proceso.

### **3.1.1 Comunicación: del proceso humano al mediado**

En un primer momento y desde la perspectiva de Thompson la comunicación es una actividad humana de transmisión de contenidos simbólicos la cual se ha visto trastocada por la incursión de los medios en el seno de lo social, lo cual la ha redimensionado y redefinido de una manera muy importante. Pero esta no es una cuestión novedosa, ya que desde sus inicios el estudio de la comunicación como ciencia ha puesto como tema principal de sus análisis a los medios lo cual se puede ver en los trabajos pioneros de Harold Laswell, Paul Lazarsfeld o Maxwell McCombs.

Estos primeros trabajos que desde una perspectiva de la ciencia positiva y el enfoque funcional explicaron el comportamiento de los medios lo analizaron desde un punto de vista unidireccional y bajo la premisa de la influencia directa, lo cual ha ido cambiando e incluso contradiciendo desde diferentes paradigmas. Para comenzar y ver a la comunicación desde una perspectiva amplia o heurística podemos decir que es, en palabras de Pasquali:

... la relación comunitaria humana consistente en la emisión-recepción de mensajes entre interlocutores en estado de total reciprocidad, siendo por ello un factor esencial de convivencia y un elemento determinante de las formas que asumen la sociabilidad del hombre (100): 101.

En ésta definición, Pasquali ve al proceso como un todo recíproco o en igualdad de condiciones donde los determinantes sociales y convivenciales son esenciales en el proceso “completo” comunicacional. La postura del autor acota a la comunicación a una interacción prácticamente cara a cara, lo que llama recíproca y comunitaria, y como forma de sociabilización, es decir como un proceso simbólico.

Pero entender a los medios de masas como medios de comunicación no es contrario a la definición de Pasquali, Thompson apela a una “cuasi interacción mediática”, que es la dada en los “medios masivos”, una interacción que por no cumplir de alguna forma con lo que establece Pasquali, no llega a ser esa “completa comunicación” y que está marcada por ser monológica, simbólica y para un número indefinido de receptores.

Un tipo distinto de interacción mediática es aquella generada por la producción y recepción de materiales tales como libros, diarios, programas de radio y televisión, etc; los así llamados medios masivos. La denomino cuasi interacción mediática (101): 30.

El autor refiere tres tipos de interacción, la cara a cara, donde el marco espacio – temporal es el mismo, la mediática donde este marco espacio - temporal es distinto y se da a través de medios que permiten la reciprocidad a la que refiere Pasquali y la cuasi interacción mediática, que a pesar de diferir en lo arriba señalado dice el autor es una interacción que genera una situación social específica con intercambios simbólicos claros.

Teniendo esto como sustento, podemos advertir; que a pesar de los debate denominativos en los medios de masas, sí existe *comunicación*, del medio hacia la población, ya que la producción, emisión y recepción de contenidos es simbólica y a pesar de darse en esquemas espacio-temporales distintos y de uno hacia muchos produce formas de interacción y sociabilización específicas.

La comunicación es entonces entendida en este trabajo como un proceso humano de transmisión de contenidos simbólicos que se da de manera ideal en un esquema de completa reciprocidad y co-presencia, pero que los medios han reconfigurado en nuevas concepciones espacio - temporales posibilitando formas comunicativas de interacciones distintas.

### **3.1.2 Educar e informar, una diferenciación conceptual**

Si entendemos ya a la comunicación como un proceso humano de transmisión de contenidos simbólicos que puede tener variantes espacio - temporales, es importante marcar claramente la diferencia entre ésta, la información y la educación para más adelante relacionarla con la salud y la PS. Este apartado se dedicará entonces a definir información y educación desde los medios, ya que postulamos que la simple acción informativa o de vaciado de datos no implica una acción educativa. Del mismo modo defendemos la postura de que los medios y en específico la televisión no “deseduca”, sino que es un proceso paralelo al que se da en aulas.

Para comenzar no está de más recordar el camino tan estrecho que la comunicación y la información han tenido desde su concepción como disciplinas. La misma génesis de la comunicación como ciencia tuvo una muy importante aportación de la teoría de la información que a finales de 1940, tuvo su auge gracias a los trabajos de Shanon. El ingeniero estadounidense al hablar del telégrafo y buscando un máximo de transmisión con un mínimo de pérdida, postula una teoría orientada desde las matemáticas calculando la cantidad máxima de datos o información que se pueda proporcionar a un sistema con el mínimo de pérdidas, o la menor entropía.

El concepto de información en primer lugar se diferencia del de comunicación y educación en su misma transmisión, la información, requiere de un emisor y un receptor, del cual se debe tener alguna reacción, pero este receptor no debe ser necesariamente humano, según Brody.

El concepto de información corresponde a la estructura en el tiempo de flujo de energía que pasa entre dos sistemas físicos relativamente aislados; esta estructura tiene como consecuencia que el sistema emisor ejerza una influencia de dirección sobre el sistema receptor (102):12.

La información y su flujo no corresponden exclusivamente a lo humano sino que es el tránsito de mensajes o energía entre dos sistemas, en el que el receptor se ve afectado de alguna manera. Es un asunto de flujos y direcciones, dice el autor, que se ven complejizados entre organismos vivo, pero que se da también entre máquinas. Al interior de la cibernética, heredera de la teoría matemática o de la información, es que se da esta definición del concepto, que si bien es mecanicista, explicativamente logra situarnos de una manera clara en lo que es la noción de información.

La causalidad define al acto de informar, como proceso lineal no recíproco y vertical, en el cual la fuente informativa predominante es una y el receptor no tiene mayor capacidad que la de reacción en sentido positivo o esperado por el emisor; a esto Pasquali refiere:

La información está ontológicamente emparentada con causalidad: connota el mensaje-cause de un agente emisor que busca generar en un paciente receptor un efecto-comportamiento inmediato o remoto (100): 60.

En este trabajo tomaremos a la información como un modelo mecanicista de flujos de mensajes entre dos sistemas, donde la causalidad es una constante ante una reacción ya esperada o buscada.

Teniendo claro lo que es la información, cabría pasar a la conceptualización de educación. Esta como proceso es más complejo de entender, ya que, a diferencia de la información, la educación, dice Freire (103), es inherentemente social en el proceso de formación de un hombre sujeto consciente de sí en sociedad.

El componente social y consciente, son dos rasgos distintivos y diferenciadores en el quehacer informativo y formativo. La educación como práctica social, actúa en razón de un ambiente histórico y social determinado según las relaciones establecidas, por su parte la conciencia, es una fase activa de entendimiento en la que se sabe significativamente lo que se hace.

Para Freire la educación es una práctica de libertad, al ser un camino en el que se toma sentido de sí y de su vida continuamente, al referir la alfabetización nos dice:

...la alfabetización es más que el simple dominio psicológico y mecánico de las técnicas de escribir y de leer. Es el dominio de estas técnicas en términos conscientes. Es entender lo que se lee y escribir lo que se entiende (103): 108.

Al hablar del carácter alfabeto y analfabeto toma al sujeto como “agente de su propio aprendizaje”, un agente crítico consciente de sí y de la necesidad de dominar más que una técnica, entendiendo más allá del código, una forma crítica y reflexiva generadora de sentido.

Tras esta reflexión, sería ingenuo pensar a lo educativo como un simple “transmitir conocimientos”, la parte social, crítica y significativa son indisociables del concepto mismo, dice Morin, se caería en una ceguera o ilusión de lo que es en verdad el conocimiento humano. Para este autor, la práctica educativa es un conjunto de siete “saberes” básicos en el proceso pedagógico donde “la condición humana debería ser objeto esencial de cualquier educación” (104): 15 ya que concebido este en su dimensión física, biológica, psíquica, cultural, social e histórica, es como se aprende a manejar la incertidumbre y la identidad de una manera comprensiva y ética.

Pero desacralizar lo educativo del “recinto” por excelencia idóneo (aula) para su práctica es una tarea difícil, la referencia inmediata al hablar de educación son escuelas y salones de clases donde se da la práctica docente, pero, entendida la educación de manera más amplia, tratamos de formar a este sujeto agente de su propio aprendizaje, desde distintos espacios, en este caso, desde la relación que tiene el sujeto con los medios.

Frigerio y Poggi apuntan que: “si bien lo escolar puede entenderse como el territorio de la educación, ésta excede a lo escolar, desbordando lo curricular y, aunque allí se le da curso, no se limita a una cuestión de estructura” (105): 17 trascender lo escolar entendido como escuela en la labor educativa es un gran paso en la consolidación de la labor formativa.

Ya entendida la educación, se sabe que es una labor de responsabilización social en la conformación de la subjetividad y su actuación en colectivo, si bien dicen las autoras la inscripción del niño a la escuela es la “filiación simbólica” al “cuerpo social” el “espacio público” será a fin de cuentas el lugar de ejercicio de la práctica ciudadana, donde la nueva inscripción a estos diferentes espacios comunes, darán pie a nuevos procesos formativos.

### **3.1.3 Medios y mediaciones**

Es importante diferenciar el proceso de informar al de educar debido a que todo medio de difusión, tiene tres funciones básica: entretener, informar y educar. Sin embargo sabemos que el info-entretenimiento son las funciones más socorridas, y la educación la menos contemplada, al respecto, García Matillas apunta:

La información, el entretenimiento y... la educación han sido las tres partes teóricas en las que se ha sustentado un medio desde sus orígenes, aunque en numerosos países la parte de lo educativo se haya visto quebrada en muchos momentos (106): 18.

Este quiebre conceptual es no considerar la función mediadora o educativa que tienen los medios. Una mediación la entenderemos en el sentido de Roger Silverstone (107) como un flujo o movimiento continuo de significados entre discursos y de una constante transformación de los mismos. En esta mediación se apela a la circulación constante de significados a través del medio tecnológico, una labor constante de construcción y reconstrucción de esquemas conceptuales e interpretativos en la constante producción de sentidos en el aparato tecnológico, una traspolación de significados de lo digital a lo real.

Par el autor todos somos sujetos de “mediaciones nómadas”, ya que son todas las instituciones sociales las productoras de significados en un *continuum*, por lo cual, la reelaboración y reconstrucción de sentidos se da en la participación de todos en el proceso mediatizador, Silverstone apunta:

... cuando los significados emergentes cruzan el umbral entre los mundos de las vidas mediatizadas y los medios vivientes y a medida que cambian los planes, cuando la televisión, en este caso, impone, inocente, pero inevitablemente, sus propias formas de expresión y trabajo, sale de las profundidades una nueva realidad mediatizada, que rompe la superficie de un grupo de experiencias y ofrece, demandas otras (107): 33.

Este es un umbral ya cruzado en el que incluso cuesta trabajo distinguir entre el mundo de lo digital y lo real, es entonces que la televisión como “expansión del espacio público” y ya una institución social mediadora, tiene y ha ejercido el papel de productor de sentidos y significados.

La mediación como apropiación de sentido se da entonces en situaciones y espacios socioculturalmente delimitados y ante audiencias con diferentes “televidencias” que se estructuran y se dan en razón de diversas situaciones e instituciones sociales, culturales, políticas y contextuales. Esto lo señala Orozco cuando refiere a Martín Barbero y su concepción de los medios como “instancias culturales”, donde el público

receptor y productor de significados y sentidos en un proceso comunicativo amplio, se inscribe en las prácticas sociopolíticas. Orozco define en tanto la mediación en el terreno televisivo como:

...un proceso estructurante que configura y reconfigura tanto la interacción de los miembros de la audiencia con los medios, como la creación por parte de ellos del sentido de esas interacciones (108): 74.

Es decir, que la mediación es un flujo continuo de significados y sentidos, donde las audiencias toman un papel determinante en el proceso de estructuración, ya que las diferentes fuentes mediadoras del sujeto influyen e interpelan a la hora de la creación de sentido, a lo que el autor llama “mediaciones múltiples”.

Es entonces que estamos ante un “desplazamiento del espacio de aprendizaje” de la escuela, e incluso de la vida, a las pantallas, la predominancia de lo audiovisual hace de la vista la reconfiguración de lo verídico, donde ahora lo que veo es la verdad, la vista, se convierte en la legitimadora de las representaciones simbólicas.

El cuarto donde se usa el ordenador y/o se ve la televisión se reconvierte en escenario de múltiples vivencias y experiencias, aunque éstas sean vicarias y virtuales y devengan en múltiples lecciones para la vida. Lo que se aprende ahí resulta muchas veces más relevante que lo que se aprende en instituciones educativas formales (109): 114.

El apunte de Orozco refiere un aprendizaje significativo vivencial en el que la mediación de lo cotidiano viene a ser más importante en el desplazamiento del aula. Esta reconfiguración ha hecho que las mediaciones se vuelvan de suma importancia al ser altamente significativo en la vida diaria de los sujetos.



### **3.2 Comunicación y salud: un acercamiento al estado de la cuestión**

El maniqueísmo salud-enfermedad y por tanto el remitir al saber médico como sinónimo de salud han permeado todo campo que ocupen el prefijo o sufijo “salud” en la construcción o desarrollo de cualquiera de los ámbitos que podamos imaginar (sector salud, educación para la salud, políticas de salud, organizaciones de salud, insumos para la salud o promoción de la salud) remitiendo a una lucha contra la enfermedad más que a una búsqueda de la salud. Aunque el concepto de salud ya se ha discutido en un apartado anterior, en este apartado se pretende delinear el estado de la cuestión en el campo de la comunicación y salud, que como veremos, ha respondido, al igual que los otros campos que se dicen de la salud, a una cuestión médica y su objeto de estudio, la enfermedad.

Con esto no se pretende decir que la enfermedad no sea un tema del cual se tiene que encargarse el campo de la salud, al contrario, reconocemos su importancia, por la cual se ha colocado como centro del campo, pero reducir la salud a la lucha contra la enfermedad nos situaría más que ante un sector salud ante un sector médico, más que ante una promoción de la salud ante una prevención de la enfermedad y más que ante una comunicación y salud ante una comunicación médica o para la enfermedad.

Esto pretende ser más que una crítica al campo de la comunicación y salud, ya que al reconocer el momento histórico en que se comienza a consolidar y al hegemónico control de la medicina sobre la salud entendemos el devenir histórico que la ha marcado, por lo cual es más bien un recuento de su tránsito y un llamado a su reinterpretación.

#### **3.2.1 Los inicios. La Fundación de una línea de investigación**

Los estudios en comunicación al igual que el de toda ciencia social tiene sus orígenes con los trabajos de Henri de Saint – Simon y Alexis de Tocqueville que se

ven reflejados en el surgimiento de la filosofía positiva de August Comte y su física social (110), que se consolidan años más tarde con el trabajo pionero de Émile Durkheim y sus Reglas del Método Sociológico en el que define muy puntualmente lo que es un hecho social y sus diferencias con uno biológico, él señalaba que:

Es hecho social toda manera de hacer, fijar, o no, susceptible de ejercer sobre el individuo una coacción exterior; o también, que es general dentro de la extensión de una sociedad dada a la vez que tiene una existencia propia, independiente de sus manifestaciones individuales (111): 36.

Señalamos esto porque además de delimitar el objeto de estudio de la entonces incipiente sociología con sus cuatro principales características (coacción, generalidad, existencia e independencia) y sentar la bases para el posterior surgimiento del estudio de la comunicación como ciencia, señala también la necesidad de diferenciar entre lo normal y patológico, lo cual se hace patente en una obra posterior de Durkheim, *El suicidio*, en la que nos habla de ese hecho que se consideraba individual y vinculado a una enfermedad mental, como uno social, que por ende, trascendía el campo clínico. Con esto queremos resaltar que la incipiente sociología (madre de las ciencias sociales) buscaba romper con el campo médico-biológico y más específicamente psicológico y clínico en el estudio de estos “hechos sociales”. Pero más que un quiebre irreconciliable respondía a una necesaria distinción de una nueva disciplina que buscaba primero diferenciarse a partir de su objeto de estudio, y segundo consolidarse como ciencia a partir de un mismo método.

Por su parte, el estudio científico de la comunicación bajo el paradigma positivo tiene sus orígenes en los inicios del siglo XX y a partir del enfoque funcionalista estructural de Talcott Parsons con los que Wilbur Schramm (112) denominó como “padres fundadores”: Paul Lazarsfeld y sus estudios de los medios de comunicación colectiva y el líder de opinión; Kurt Lewin, psicólogo gestaltista interesado en la comunicación en grupos y la presión de estos; Harold Lasswell, quien se concentró en el estudio de

la propaganda y pionero de los análisis de contenidos; y finalmente Carl Hovland, otro psicólogo quien presentó un modelo experimental para la interacción comunicativa.

Aunque estos “padres fundadores” se concentraron en ver los efectos de los grandes medios y la propaganda en una sociedad en guerra y postguerra, con la diseminación de esta nueva ciencia surgieron preocupaciones alrededor de los niños y los efectos que diez años después de la popularización de la televisión estaba teniendo en esta población. Ejemplo de esto eran los trabajos de Himmelweit en Inglaterra, Takeo Furu en Japón y Schramm en Estados Unidos. Dentro de sus preocupaciones se encontraban los efectos en la visión de los niños, el sedentarismo que podría provocar, la incitación a la violencia y los efectos negativos en su aprendizaje escolar, todas estas actuales preocupaciones dentro del campo de la comunicación y algunas más específicamente de la comunicación y salud.

Entre los resultados que tenían hasta entonces (1960) se señalaba que la televisión no había causado daño a la vista de los niños, fomentaba un vocabulario más rico en los preescolares, no disminuía sustancialmente el tiempo dedicado a la lectura, en cuanto a la violencia aunque encontraron correlaciones entre el número de horas dedicadas a ver la televisión y los impulsos agresivos no podían determinar que esto se debiera a la exposición al medio, y en cuanto a la actividad, se señala que el tiempo dedicado a ver televisión impacta de manera negativa sobre el tiempo dedicado a la radio y las historietas más que a otras actividades (112).

Tradicionalmente los ejes temáticos que han conformado el estudio de la comunicación han sido la comunicación política como heredera directa de los estudios de opinión pública y propaganda de la corriente fundadora; los estudios de las Nuevas Tecnologías de la Información y la Comunicación (NTICs) que podrían ser llamadas como la complejización de la teoría de la información; el periodismo, como uno también de los ejes principales de estudio de los “padres fundadores”; el campo lingüístico principal representante de la corriente estructuralista y que desde 1913

surgiera a partir de los trabajos de Saussure; y la perspectiva desde la economía política y la teoría crítica que se encontraran desde la década de 1930 en la Universidad de Columbia donde Lazarsfeld y Adorno trabajaran juntos en un proyecto sobre los efectos culturales de los programas musicales de la radio (113).

Aunados a estos principales ejes de investigación en comunicación también se encuentran trabajos de primera importancia y ya consolidados como ejes en el campo como lo son: los estudios de recepción; comunicación y educación; comunicación intercultural; género y comunicación; juventud y comunicación; y comunicación intersubjetiva (114), entre otros. Estos ejes y los anteriores han tocado de una u otra forma a la comunicación y la salud desde la perspectiva de cada campo, pero no logrando sino hasta 1971 posicionarse como tema de interés autónomo.

Pero este temprano posicionamiento vendría desde un principio de la mano de la medicina, ya que en la Universidad de Stanford se desarrollaría una investigación en conjunto entre la escuela de medicina y el departamento de comunicación de dicha institución, en la cual, preocupados por la muerte prematura en las sociedades occidentales debido a enfermedades del corazón, se llevara a cabo una intervención comunitaria en dos poblaciones del estado de California de las cuales en una se instauró un programa de comunicación para el cambio de conductas de riesgo y en la otra no. Esto lo considera Rogers (115) el más importante punto de partida del estudio de la comunicación y salud.

Pero años antes de esta intervención la doctora Helen Neal ya hablaba de la comunicación en salud (*health in communication*) en su libro *Better communication for better health* en el cual refería cuatro principales áreas: la comunicación entre los científicos y hacia los médicos; la comunicación entre miembros de un equipo de salud y médico-paciente; la comunicación entre agencias de salud y dentro de los voluntarios de dichas agencias; y televisión, radio, películas y publicaciones (116). Destacan los aportes de Neal en el campo, al ser pionera en considerar a la

comunicación médico-paciente y por tanto del componente intersubjetivo de la comunicación y salud. El estudio de Stanford es referente desde la perspectiva de las ciencias de la comunicación al involucrar al departamento de comunicación de dicha universidad y por ende a la teoría comunicativa predominante de la época.

Más allá de lo anterior, es en el año de 1972 en el que la comunicación y salud se posiciona como línea de investigación al formarse como división independiente en la *International Communication Association*<sup>7</sup> (ICA) bajo el nombre inicial de *Therapeutic Communication* que en 1975 cambia al nombre de *Health Communication* (118) (119).

El incipiente campo de la comunicación y salud siguió líneas muy específicas desde su fundación, según Atkin y Silk (120), se pueden encontrar orígenes empíricos en Estados Unidos desde 1721 cuando Cotton Matther utilizó panfletos y discursos para promover la inoculación durante la epidemia de viruela en Boston. Ya en el siglo XIX señala las campañas contra el alcoholismo promovidas por *Womens Christian Temperance Union*. A principios del siglo XX con medios impresos comenzaron campañas para colocar en la agenda gubernamental los problemas del manejo de la salud de los pobres y el manejo de los alimentos, y no fue sino hasta mediados de ese siglo que se comenzó a trabajar en estrategias creativas para el diseño de las campañas.

Los autores señalan también que en la década de 1950 fueron muy pocas las campañas en los medios, y fue hasta la década de 1960 que comienzan a generalizarse con el tema de tabaquismo, en la década de 1970 con lo referente a enfermedades del corazón, durante la década de 1980 se enfatiza en temas de alcoholismo, accidentes, drogadicción y Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirido (SIDA), tendencia que siguió en la década de 1990.

---

7 La ICA es una organización de investigadores surgida en el años de 1950 bajo el nombre de *National Society for the Study of Communication* y que agrupaba entonces a investigadores estadounidenses y que hoy día cuenta con miembros de más de 85 países (117)

Para los autores la corriente teórica seguida era la de los efectos mediáticos y el cambio social, (una perspectiva funcional de la comunicación basada en el proceso de persuasión y recepción pasiva de las audiencias de los contenidos) y que se concentró en el desarrollo de campañas, en razón de problemas médicos específicos, valiéndose entonces del marketing social como un marco complementario de referencia. Por otro lado la segunda gran perspectiva en comunicación y salud es la de las relaciones interpersonales caracterizada por la dada entre médico y paciente (118) (120).

Desde el punto de vista de Atkin y Silk el campo de la comunicación y salud tiene su principal nicho en el desarrollo de campañas y por tanto de mensajes efectivos en salud los cuales han sido evaluados por medio de encuestas, monitoreo del impacto y de forma experimental todo con el fin de lograr un cambio de conducta en las audiencias expuestas al mensajes. Del lado del enfoque intersubjetivo su principal aplicación, señalan, es en los programas de entrenamiento de los proveedores de servicios de salud.

Como se puede observar, el campo, la comunicación y salud se ha reducido a dos perspectivas, por un lado a la construcción de mensajes efectivos para la prevención y por el otro, al estudio de la relación médico-paciente que se ha enfocado de igual manera a eficientar la comunicación intersubjetiva, ambas más que desde la perspectiva de la salud desde el punto de vista de la medicina.

### **3.2.2 La consolidación de una línea de investigación: la definición del objeto**

Pese a que numerosos investigadores comenzaron a trabajar sobre la línea de comunicación y salud no se contaba con un órgano oficial de difusión de estos trabajos, y por tanto no se tenía una línea clara en el objeto de estudio de esta nueva perspectiva de investigación, aunque sí se contaba con importantes aportaciones a manera de libro, de los cuales Kreps y colaboradores destacan *Health Communication: Theory and practice* en 1984, *The Physician Guide to Better*

*Communication*, también de 1984, y *Health Communication: A Handbook for Professionals* de 1985, todos estos, dirigidos a médicos, enfermeras y proveedores de servicios médicos (118).

No fue sino hasta 1989 que Teresa Thompson funda como editora *Health Communication*, primera revista especializada del campo. El primer número de esta revista comienza con un artículo de Barbara Korsch de la Escuela de Medicina de la Universidad del Sur de California en el que dice entender a la comunicación y salud como la “relación entre los médicos y sus pacientes”, el segundo artículo de Gary Kreps, del Departamento de Estudio en Comunicación de la Universidad del Norte de Illinois señala que la comunicación y salud “conciernen al rol de los humanos en la interacción con la salud y los procesos de atención”, David Smith del Departamento de Medicina Interna del Colegio de Medicina de la Universidad del Sur de Florida en su artículo habla de cómo el modelo tradicional de la medicina ha quedado rezagado en lo que corresponde a la relación entre médico y paciente, entendiendo el campo como la interrelación de los especialistas de la medicina y de las ciencias sociales, Paul Arntson del Departamento de Estudios en Comunicación de la Universidad *Northwestern* habla del rol de los ciudadanos como consumidores y clientes de los servicios médicos y de cómo la comunicación impulsa decisiones individuales y colectivas dentro del sistema (121).

Son más los trabajos presentados en este primer número de *Health Communication* pero estos nos ofrecen un panorama de la forma en que se veía y entendía entonces a la comunicación y salud, primero como un campo de interrelación entre médicos y comunicólogos, lo cual se nota tanto en la procedencia de los articulistas como en sus temas de interés donde la relación médico-paciente es el foco de interés y es el punto primero de encuentro entre estas dos disciplinas.

Siete años después en 1996 Scott Ratzan, entonces director del programa de Comunicación y Salud ofrecido en conjunto por el *Emerson College* y la Escuela de Medicina de *Tufts University*, lanza una segunda publicación *Journal of Health*

*Communication*, que dice Kreps (118) tenía una orientación más internacional y una perspectiva desde la práctica con un enfoque de investigación que a fin de cuenta complementaba el riguroso enfoque de investigación de la publicación de Thompson. En el primer número de *Journal of Health Communication*, el artículo que abre la publicación de Everett Rogers, titulado *Up-to-Date Report* comienza definiendo el campo, Rogers señala que:

Comunicación y salud es un campo especial de los estudios en comunicación que incluye el proceso de la agenda-setting en los medios para los temas de salud, la abogacía mediática para la salud, la divulgación científica biomédica, relación médico-paciente, y, particularmente, el diseño y evaluación de las campañas preventivas de comunicación (122): 15.

Como se puede ver esta definición del campo engloba lo planteado en términos generales por la primera publicación pero incluye y pone un importante énfasis en el diseño y evaluación de campañas preventivas de comunicación, que es quizá a lo que Kreps (118) definía como la orientación práctica de esta segunda publicación lo cual sustentaba en buena parte Rogers a partir de la premisa de que fue el programa de prevención de enfermedades del corazón de Stanford el punto de partida del campo.

En su artículo “El estatus y los alcances de la comunicación y salud” Scott Ratzan hace un revisión de los trabajos que hasta entonces habían en el campo para proponer una forma ideal de llevarla a cabo la comunicación y salud la cual consiste en el diseño y evaluación de lo que llama “campañas de de buena promoción de la salud y prevención de la enfermedad” esto bajo la premisa de la persuasión y la influencia. El tercer artículo de Michael Chamberlain titulado “Mediación tecnológica y visión internacional” plantea los problemas de la comunicación en general y de la comunicación y salud en particular ante los avances tecnológicos y como ahora el antiguo problema de la recepción de los mensajes toma una dimensión diferente. Por su parte William Dejong en su artículo “El estatus clínico de la educación de



pacientes con STD: La necesidad de un compromiso con la comunicación y salud” habla del poco impacto en los cambios de conducta de los pacientes que han sufrido alguna enfermedad de transmisión sexual por el alto número de consultas de retorno, por lo cual se hace necesario el replanteamiento de las estrategias y hace una propuesta para un método de comunicación entre el médico y el paciente con alguna enfermedad de transmisión sexual. Los dos artículos restantes siguen líneas muy similares, en el primero se propone un esquema de segmentación poblacional para campañas más efectivas de marketing social, y el segundo hace una revisión de la prensa americana desde Franklin Roosevelt a Robert Dole sobre las campañas presidenciales y los temas relativos al sistema médico de aquel país (123). Como se puede notar el componente médico sigue fuertemente presente en esta publicación con el especial énfasis en el diseño de campañas preventivas.

Estas dos publicaciones abrieron el campo de la comunicación y salud más allá de los trabajos aislados de diferentes especialistas y lograron darle mayor difusión al campo que comenzó en la *International Communication Association*. Además, plantearon más puntualmente lo que Kreps y colaboradores llaman las “dos posturas en competencia” en la investigación en comunicación y salud (118), la primera la *health care delivery* que tiene su principal interés en la forma en la que la comunicación interpersonal y grupal influye en el cuidado a la salud, enfocados en la atención personal o la relación médico-paciente y el apoyo social y que se ve reflejada en *Health Communication*. La segunda postura es la que llaman *health promotion* enfocada en la comunicación de masas y el diseño, implementación y evaluación de campañas de persuasión de comunicación y salud para la prevención de riesgos, y que se ve reflejada en el *Journal of Health Communication*.

### **3.2.3 El objeto y las perspectivas**

Con la consolidación del campo surgieron diferentes propuestas para abordar la comunicación y salud. En la era de las nuevas tecnologías surge el *Journal of Medical Internet Research* (JMIR) una publicación que desde 1999 se ha

especializado en temas de e-Health y el cuidado de la salud en la era de internet, esta revista propuesta desde el lado de la medicina, ha tomado la perspectiva de la comunicación prestador-consumidor de servicios de salud destacando entre sus temas específicos de interés *mobile health* en cuanto a aplicaciones dirigidas tanto a pacientes como a profesionales médicos, telemedicina, e-learning, comparativos de la efectividad de la comunicación interpersonal y mediada vía internet, medicina 2.0 entre otros (124).

Otra publicación más específica sobre el tema y en español es la Revista Española de Comunicación en Salud, órgano de difusión de la Asociación Española de Comunicación Sanitaria que entiende al campo en un principio como “la comunicación sanitario-paciente/usuario” proceso que dicen se dificulta por la escasa formación poblacional en temas sanitarios y la falta de formación en técnicas comunicativas en las currículas de las carreras sanitarias. Por otra parte también toman en cuenta, aunque en un segundo plano, el papel de los medios de comunicación desde la perspectiva de los comunicadores y su falta de formación (125).

El primer número de la publicación fue de enero-junio de 2010 y tuvo como artículo inicial un editorial de Miguel Muñoz, entonces presidente de la Asociación Española de Comunicación Sanitaria, en el que reflexionaba sobre el concepto de comunicación y su relación con la salud remitiendo entonces a la crisis sanitaria de la “gripe A” en México y el mal manejo mediático que se le había dado. Como punto de partida este editorial se posiciona más sobre el papel de los medios y los comunicadores en la difusión de temas de salud. De los seis artículos que conforman este primer número dos hablan sobre medios masivos, uno a partir de la web y su uso por parte de usuarios y prestadores, lo que podríamos llamar la e-health, y otro sobre manejo mediático en el caso específico de vacunas; dos artículos más hacen énfasis en la publicidad, sus efectos y regulación en los casos de tabaco y bebidas alcohólicas; por último dos artículos se refieren a la comunicación interpersonal uno en relación a las malas noticias y otro más de prevención y control de enfermedades

en el primer nivel de atención. Pese a las variaciones en cuanto a los enfoques las dos perspectivas predominantes siguen siendo tanto la comunicación interpersonal como lo relativo al uso de los medios masivos.

También cabría señalar el surgimiento de dos grupos de trabajo dentro de la *International Association for Media and Communication Research* (IAMCR) una asociación de investigadores en comunicación surgida en 1957 tras la segunda guerra mundial, y en la que se conjuntaron estudiosos del área de todo el mundo bajo el auspicio de la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO por sus siglas en inglés). Dentro de esta asociación que cuenta con 15 secciones y 16 grupos de trabajo destacan los grupos el de *Communication and HIV/AIDS* y el *Health Communication and Change* que pese a presentarse de manera separada trabajan en conjunto desde 2009. Por parte del grupo *Communication and HIV/AIDS* dice tener como propósito examinar diferentes perspectivas alrededor del mundo sobre el VIH/SIIIDA y el campo de la comunicación en términos de programas, investigaciones, ética y otros temas culturales, centrándose en las políticas empleadas para el cambio de comportamientos (126), no es por tanto extraño que trabaje junto con el grupo de *Health Communication and Change* que tiene como principal punto el cambio social con el reconocimiento de las creencias locales y la forma dominante de entender la salud (127). Como se puede ver la perspectiva desde la que se entiende la comunicación y salud dentro de esta asociación internacional es a partir del cambio de conductas y las enfermedades.

Sin embargo en el último congreso de la IAMCR, llevado a cabo en Canadá en Julio de 2015 las ponencias presentadas tocaban un amplio espectro de temas. De los 47 trabajos aceptados mayoría respondían a un tema relacionado con el VIH/SIDA, es decir 13, ocho más hablaban del tratamiento mediáticos de algún tema de salud pública, otros ocho trabajos se concentraban en lo que podríamos llamar promoción de la salud o más específicamente prevención de la enfermedad, cinco trabajos más hacían referencia a internet y cuatro trabajos a comunicación interpersonal y

representaciones sociales del proceso salud-enfermedad, los cinco trabajos restantes trataban temas de sistemas de salud, nutrición o desinformación.

Aunque los trabajos aceptados no se acotan a la perspectiva del cambio de comportamientos y abre un amplio espectro en la comunicación y salud con muy interesantes aportaciones, la mayoría de estos se quedan aún enfocados en enfermedades específicas, su tratamiento mediático, la prevención y la relación con la medicina lo que nos pone de manifiesto que en el campo de la comunicación y salud esta “forma dominante de entender la salud” no es otra que lo opuesto a enfermedad.

### **3.2.4 La comunicación y salud desde América Latina**

Antes de comenzar con el trabajo que se ha desarrollado en América Latina cabría hacer un pequeño alto en la Revista de Comunicación y Salud (RCyS) publicación que comenzó en 2011 editada por el Instituto Internacional de Comunicación y Salud, y hoy editada por la Cátedra Extraordinaria de Comunicación y Salud de la Facultad de Ciencias de la Información de la Universidad Complutense de Madrid. Esta revista tiene como objetivo: contribuir al desarrollo de la comunicación y la salud en Iberoamérica ofreciendo un espacio de intercambio científico a los investigadores y una rigurosa guía de buenas prácticas a los profesionales (128). Referimos esto por posicionarse como órgano iberoamericano de difusión en el cual se señala en el editorial de su primer número que:

...el estudio de la comunicación en Iberoamérica no tiene las mismas características que en el ámbito anglosajón. Si la literatura científica en inglés se caracteriza por su querencia a lo cuantitativo y al empirismo, la iberoamericana tiende mayoritariamente a lo cualitativo y lo conceptual” (129):2.

A partir de lo cual destaca entre sus temas de interés: la educación para la salud, la comunicación comunitaria, la comunicación interpersonal y grupal, el periodismo sanitario, la comunicación de riesgos (para crisis, cuidado y consenso) y la gestión de crisis, el marketing social para la salud, la comunicación interna y corporativa de organizaciones sanitarias, las políticas comunicativas de salud, entre otras.

Si bien no define su objeto de estudio si marca un quiebre con la tradición anglosajona y pone una serie de temas alrededor de los cuales gira el objeto, por lo cual también señala que en su primer número contribuirán los miembros del comité editorial para que sirva de referencia a los futuros. En su sección de artículos son tres los trabajos presentados, el primero de ellos es un análisis de contenido sobre el tratamiento del VIH en periódicos españoles desde el año 2005, el segundo es un estudio comparativo de la comunicación interna de centros de atención primaria en cuatro comunidades autónomas, el tercer y último artículo presenta un análisis FODA (Fortalezas, Debilidades, Oportunidades y Amenazas) del código de autorregulación de la publicidad de alimentos dirigida a menores, prevención de la obesidad y salud (PAOS) después de cinco años vigente.

Por su parte la sección de revisión presenta cuatro trabajos, el primero de ellos sobre estrategias de comunicación comunitaria en un proyecto para reducir factores de riesgo cardiovasculares, el segundo un estado del arte de la comunicación de riesgos en América Latina, el tercero un propuesta de “educación-entretenimiento” para el cambio de comportamientos, y finalmente la revisión de un caso de etiquetado de plaguicidas y la información que aporta en Brasil.

Para cerrar el número hay dos ensayos que contrastan entre sí, el primero de ellos sobre el papel del marketing social en las intervenciones poblacionales y los cambios de conductas y el segundo una crítica desde América Latina a la mirada hegemónica de la comunicación mediada tecnológicamente y el cambio de conductas, y proponiendo una concepción de participación comunitaria y apoderamiento.

Como se puede ver, y pese a que aún predomina la visión médica sobre el campo, ésta mira desde Iberoamérica y en específico desde América Latina trata de ir poniendo un punto de vista alternativo sobre el campo más allá del anglosajón y al mismo tiempo construye una forma distinta de entender el papel de la comunicación cuando entra en contacto con la salud.

Con este antecedente podemos comenzar a hablar del principal órgano institucional de reunión de investigadores de comunicación en la región, la Asociación Latinoamericana de Investigadores de la Comunicación (ALAIC) que desde 1978 surge ante la necesidad de conjuntar a la comunidad académica latinoamericana.

Dentro de esta asociación, que comenzó a realizar congresos abiertos en 1992 con el I Congreso Latinoamericano de Ciencias de la Comunicación en la ciudad de Sao Paulo en Brasil, existen al día de hoy 16 grupos de trabajo y seis grupos de interés, señalando Islas y Arribas que “A pesar del extenso número de campos profesionales que han abierto los nuevos medios digitales, desde hace más de 6 años en la ALAIC ha rechazado la posibilidad de abrir nuevos grupos de investigación” (130):13.

Pese a esta negativa por parte de la ALAIC por abrir nuevos grupos de investigación, su grupo de trabajo 5 lleva como título Comunicación y Salud y dice tener por objetivo:

... contribuir a la comprensión y consolidación del campo de la Comunicación y Salud, entendido este como un espacio de múltiples dimensiones formado por historia, teorías, metodologías, tecnologías, actores, instituciones, políticas, prácticas, agendas, intereses, y las relaciones de poder y disputas de los sentidos. Entiende que los cambios sociales, políticos, culturales y tecnológicos en el mundo contemporáneo afectan los escenarios y las prácticas de comunicación y salud y demandan estudios que permitan su lectura, interpretación y acción.

De esta manera, acoge trabajos que presentan investigaciones o problematizaciones teóricas y/o metodológicas o experiencias relacionadas con los siguientes temas:

Enfoques teóricos y metodológicos, y perspectivas interdisciplinarias en comunicación y salud; estudios comparativos entre los países

Actores de la comunicación y salud

Políticas, prácticas, procesos y productos en la América Latina

Comunicación, salud y ciudadanía.

Relaciones entre la salud y los medios de comunicación

La comunicación interpersonal e intercultural en los contextos de la salud

Comunicación y modelos de salud

Nuevas tecnologías y configuraciones sociales (131).

Como puede leerse por parte de la ALAIC y su GT5 no se da por sentado una comprensión ni consolidación del campo, tampoco lo ciñen a experiencias puramente prácticas o empíricas, a la vez que se le ve de manera dinámica debido a los constantes cambios políticos, sociales, culturales y tecnológicos y por tanto sus temáticas genéricas son amplias y no remiten en ningún punto específico o al proceso salud-enfermedad, sin embargo los trabajos presentados en su congreso sí lo hacen.

Fueron 25 los trabajos presentados en el último congreso internacional de la ALAIC, celebrado en el año 2014 en la ciudad de Lima en Perú. Ocho de los trabajos referían campañas preventivas en medios, de los cuales únicamente uno lo trabajó de manera crítica en cuanto a su uso instrumental; seis más tocaban el tema de medios impresos y tratamiento informativo a temas específicos de enfermedades, de la misma manera solamente un trabajo lo hacía de manera crítica a partir del uso del concepto de poder; cuatro trabajos más se concentraban en la formación de médicos. Del resto de los trabajos, tres hablaban sobre el uso de medios digitales y la educación en salud, dos del uso de internet en la búsqueda de temas de salud

específicos y un trabajo sobre la relación médico paciente y otro sobre terapias alternativas como contrapeso al modelo biomédico hegemónico. Del total de los trabajos únicamente tres trataban el tema de manera crítica y once trataban una enfermedad específica, destacando el dengue y VIH.

Como se puede observar aún en el contexto latinoamericano que no está permeado por la definición hegemónica empírica estadounidense el campo sigue líneas muy parecidas, con un importante interés tanto en el uso de campañas preventivas como en la relación de la comunicación en la formación de personal médico, además de la evidente predominancia de entender a la salud como lo opuesto a enfermedad, por lo cual en muchos de los casos se han centrado en una enfermedad específica.

Esto es parte de la construcción de un campo interdisciplinario que pese a tener ya muchos años es joven en cuanto a sus supuestos teóricos y metodológicos, y no sólo en América Latina, sino en todo el mundo ya que no ha logrado clarificar ni delimitar su objeto más allá de la perspectiva teórica desde la cual se quiera estudiar, ya que pese a entender su punto de encuentro en una dimensión macro de medios masivos (televisión, prensa, internet) y otra dimensión micro de comunicación interpersonal (relación médico paciente y formación de recursos) se ha acotado a una perspectiva de comunicación para la enfermedad vista como campañas preventivas, tratamiento mediáticos, crisis y búsqueda de proveedores médicos, por mencionar algunos en el nivel macro, y el punto más centrado en la atención médica personal y la formación de recursos humanos en el nivel micro.

Este breve recorrido por el campo de la comunicación en general y la comunicación y salud en particular, destaca primero el papel que pueden tener los medios en la promoción de la salud como mediadores en salud, y segundo, nos sitúa epistemológicamente desde una perspectiva particular a partir de la cual se encarará al objeto de la realidad en estudio. Con esto se puede hablar ahora de la dimensión de las Políticas Públicas, objeto principal de esta investigación.





## Capítulo 4

### **De las políticas públicas a la salud en todas las políticas: ¿Es posible la promoción de la salud?**

*Polity, politics y policy* son tres conceptos que en español tienen un sólo significado político pero que en inglés tienen un significado diferencial según el ámbito de gobierno en el primer caso, la lucha por el poder en el segundo y la acción de un gobierno expresado en políticas y programas en el tercero (132).

Para Arellano, estos tres ámbitos confluyen a la hora de determinar qué problemas enfrentar, como enfrentarlos y qué alternativa y definición tomar ya que en un entorno democrático “la acción política (*politics*, en inglés) y su diversidad afectará siempre a la decisión de políticas (*policy*, como diferente de *politics*, es decir, la batalla por la definición de los objetivos de una colectividad)” enmarcados en un ámbito democrático o de gobierno (*polity*) (133).

La *policy* es lo que podríamos llamar el ejercicio del poder obtenido mediante la *politics* y que desde una *polity* o gobierno es ejercido y traducido en lo que se denominan como “políticas públicas” o la acción de gobernar según ciertos criterios y valores.

Sin embargo a estas políticas públicas (PP) se les ha entendido o utilizado a manera de sinónimo de sus formas específicas de materialización como leyes, programas o procesos administrativos que en su conjunto forman planes de acción específicos sobre la causa a la cual se le atribuye un problema ya definido (134).

En este apartado se analizará el concepto de política pública como campo específico de estudio con el “ciclo de las políticas públicas”, posteriormente se hablará de un enfoque específico para el estudio en su fase pre-decisional (transferencia y

discurso) el cual se utilizará para el análisis en este trabajo y se terminará problematizando el componente transversal en las políticas públicas, en específico el de salud en todas las políticas.

#### **4.1 El Estado, lo público y sus políticas**

¿Habría política pública sin Estado? La respuesta teórica a esta pregunta sería que no ya que es dentro del marco de eso que llamamos Estado que se dan las acciones públicas sobre un problema social específico. Pero antes de tratar de contestar a esta pregunta sería útil hablar de eso que Bobbio llama el “nombre y la cosa” (135).

En cuanto al nombre, la introducción del término “Estado” a la literatura política (no por ello creador del mismo), se le atribuye a Maquiavelo, quien en *El príncipe* comienza diciendo “Cuantos Estados y cuantas dominaciones ejercieron y ejercen todavía una autoridad soberana sobre los hombres, fueron y son principados o repúblicas” (136): 3. Venida de la voz latina *Stato*, evolución de *Status*, el término ha descrito, a lo largo del tiempo, a ciudades, pueblos o regiones, pero que genéricamente hace una indisociable referencia a una forma de gobierno en un territorio específico.

El nacimiento del Estado (la cosa) como una forma de organización social compleja, no se puede ubicar en una época o momento histórico preciso, sino más bien en un tránsito o cambio de organización social complejo. Dice Bobbio que es cuando se pasa del vínculo de asociación por parentesco a la unión de muchos grupos familiares en una gran comunidad cuando nace la primera forma de Estado, en otras palabras, lo define como la marcha de la comunidad primitiva a la moderna. Este tránsito del momento primitivo al moderno lo ubica Rousseau en la conformación del contrato social, en el cual, con el surgimiento de la propiedad privada y la abolición de la esclavitud, se hace necesaria una asociación más allá de lo familiar, con el fin de defenderse, cediendo entonces parte de su libertad a un ente abstracto (Estado) con el fin de garantizar su seguridad (137).

Es la crisis feudal, apunta De la Cueva (138), la que orienta la generalización del término y la subsecuente utilización por Maquiavelo, de igual forma, esta crisis que aprovechan los monarcas, determinará al nuevo Estado (el moderno), donde la gran diferencia será la concepción de lo público.

El estado moderno nació en Florencia como una obra de arte” escribió Jacobo Burchkhardt (...) nació con el despertar de la idea de la *res pública*, quiere decir, cuando el problema de Florencia dejó de ser cosa del rey o del príncipe y devino la cosa de todo el pueblo (ibid): 45.

Con el otorgamiento de libertad y fuerza y el surgimiento de lo público en la génesis del Estados moderno se comienzan a dilucidar la dinámica de las políticas públicas, es decir la articulación entre problemas comunes y soluciones específicas, donde la *res pública* ya no es cosa de uno sino de todos.

Lo público, que se le ha visto como la oposición a lo privado, ha marcado el quehacer del Estado y sus políticas pero ¿dónde empieza uno y termina el otro? Habermas (139) al hablar de lo público hace un recorrido de la evolución del concepto a partir de los griegos y el ágora, visto este como el lugar de discusión de los asuntos comunes a todos, una definición que iba de la mano con la concepción de Estado y su administración. Posteriormente, y con el auge liberal, la burguesía resignifica el concepto y marca una importante ruptura conceptual en el momento que la esfera privada o de la vida familiar, donde el Estado no debía tener injerencia, entra y se apropia del espacio de discusión de los asuntos públicos. Más allá del surgimiento de la prensa burguesa, su posterior mercantilización y el servicio a su partido, lo público se ve disminuido ante las libertades del mercado.

Esta dos visiones de lo público han marcado de manera importante la forma de entenderlo y concebirlo, por un lado desde la perspectiva clásica, donde se le ve como lo común a todos o lo abierto en contraposición a lo cerrado y por otro el otro la visión liberal o de mercado donde mientras menos interviniera el Estado mejor.

Aunque Habermas apela por un retorno al origen, su obra señala la evolución de la concepción liberal o burguesa de lo público y por tanto de su posicionamiento hegemónico, sin embargo este posicionamiento no pudo mantenerse estático, y ante nuevas problemáticas sociales a principios del siglo XX el *nuevo liberalismo* entendería a lo público y lo privado de manera diferentes, ahora “Dewey en Estados Unidos y Hobhouse y Keynes en Gran Bretaña, discrepaban de la idea de que el mercado era capaz de hacer converger los intereses públicos y privados o que dejarlos en libertad, fomentaría un orden espontáneo” (140): 39. Una nueva forma de entender y enfrentar a lo público desde la ideología liberal sería entonces un nuevo enfoque de gobierno según políticas públicas y que tendría su primera representación en el *New Deal* y sus primeros estudios con Harold Lasswell en 1951. En una época de posguerra se necesitaba entender al Estado de manera diferente y por tanto su papel ante lo público y su administración por lo que una incipiente forma sostenida en la ideología liberal y su forma de hacer ciencia (el positivismo) dieron pie a repensar las decisiones públicas a la luz de la información disponible o lo que era lo mismo los primeros estudios de políticas públicas. Corresponde a Lasswell en *The policy sciences in the United States* abrir camino a la visión racionalista de la eficacia de las decisiones públicas, buscando establecer un diálogo entre investigadores sociales, económicos y tomadores de decisiones para eficientar las acciones públicas (141).

Esta visión racional de la toma de decisiones públicas trajo como resultado una manera de estudiar las políticas separándolas por momentos, a lo que Sabatier le llama la heurística por etapas (142) o el enfoque clásico de las políticas públicas que se llevan a cabo en dos grandes momentos uno pre-decisional y otro pos-decisional. Para Aguilar (134) estos dos momentos se componen de siete operaciones intelectuales y políticas que interdependientes entre sí constituyen el proceso de las PP, estas son:

1. Formación de la agenda
2. Definición del problema

3. Hechura de la política
4. Decisión o selección
5. Comunicación de la política
6. Implementación de la política
7. Evaluación de la política

Siendo las tres primeras parte del momento pre-decisional y las tres últimas el momento pos-decisional, separado por la toma de la decisión y que en conjunto forman el ciclo de las PP.

#### **4.2 El ciclo de las Políticas Públicas**

De manera genérica podemos definir a las PP como el conjunto de acciones que realizan las instituciones del Estado para resolver o disminuir las causas de los problemas públicos, pero el llevar a cabo ese conjunto de acciones o la implementación no lo es todo en las PP, para lo cual se utiliza al ciclo para facilitar su análisis por etapas. Este ciclo que Laswell denominaba como un “modelo del proceso de decisiones” o un modelo funcional lineal en el que se requería un momento para poder continuar con el siguiente se considera hoy como una serie de momentos segmentados para el análisis de las PP pero que en la realidad pueden ser transpolares y multidireccionales.

El *policy process* es más bien, como lo señala Aguilar, un dispositivo analítico que más que responder a un orden cronológico responde a uno lógico y secuencial (143) en la relación de gobierno y sociedad que se articula en forma de problemas y soluciones y que se dan en el seno de eso que hemos denominado como Estado.

Pero antes de llegar a soluciones es necesario que se consideren los problemas como parte de la agenda, sin embargo no todo problema forma parte de la denominada agenda de gobierno, o en otras palabras no toda demanda social se verá reflejada en una política pública. Para Cobb y Elder (144) existen dos tipos de

agenda la sistémica o percibida por los miembros de una comunidad y que puede o no llegar a ser lo que denominan los autores como agenda institucional. La agenda institucional o de gobierno sería el primer escalón del *policy process* en el cual se reconocería como problema público o de gobierno cierta circunstancia que se colocaría en la agenda institucional para su resolución en lo que más adelante sería una política pública.

Pero a la hora de agendar un problema no sólo se le considera en lo abstracto, dentro de esta etapa también se da una pieza crucial para todo el proceso, es decir, la definición del problema.

Colocar una cuestión en la agenda significa implícitamente o explícitamente ir dando forma a una definición del problema aceptable para el público y, sobre todo, tratable para el gobierno (143): 51.

Este ir dando forma que menciona Aguilar es a lo que en la perspectiva funcional se le denomina el establecimiento de la relación causal del problema, es decir que a la luz de la información disponible se establezcan los elementos nocivos del problema y por tanto la perspectiva desde la cual se le va a abordar. Como ejemplo al reconocer y agendar como problema la falta de salud de los escolares se le puede justificar desde los índices de morbilidad lo que llevaría a pensar que la causa de dicho problema es la falta de una cultura de la prevención o los malos hábitos de vida de los escolares, de ser así, el problema tendría que ser atendido por el sector médico ya que desde un principio el problema ha sido reducido a la enfermedad.

Esto nos habla de la importancia que tendrá la agenda del problema en todo el ciclo, ya que si desde este primer momento definimos el problema en razón de enfermedad (como en el ejemplo) su tratamiento tendrá que ser por un sector específico y los instrumentos que este sector considere más adecuados, por lo que el diseño deberá ser congruente a la definición del problema.

Como segundo momento en la fase pre-decisional se tendrá el diseño, bajo el supuesto que se tiene ya definido el problema y por tanto se estableció una relación causal. En esta etapa del ciclo dice Aguilar (145) han predominado dos perspectivas el *rational choice* y el incrementalismo. El *rational choice* supone un esquema técnico de decisiones en el que se elige la mejor opción en razón de una lógica de minimizar costos y maximizar valores, esta es la perspectiva original del modelo bajo el cual Lasswell suponía llegar a la eficacia en la toma de decisiones. Sin embargo con el paso del tiempo se hicieron numerosas observaciones a la imposibilidad de una elección racional pura por lo que surgieron diferentes mecanismos como el de la racionalidad limitada de Simon y la ingeniería social gradual de Popper, de los cuales surgiera la propuesta de Lindblom que después sería conocida como incrementalismo, que contempla las realidades organizacionales del sistema y en razón de ello elige lo que se puede hacer en una lógica incremental, de negociación y lucha por el poder.

Aunque el autor es claro en que en el medio hay una serie de propuestas teóricas que toman preceptos de cada una de estas visiones la polarización de ellas permite señalar las tendencias teóricas en la construcción de las políticas públicas, por un lado un modelo que busca eficacia mediante un análisis operativo caracterizado por ordenar las preferencias, indicar las opciones de acción y calcular las consecuencias y otro que busca eficiencia mediante una serie de cambios incrementales lo que da como resultado no una solución exhaustiva sino más bien un proceso sistemático de intervenciones sucesivas.

Ya con el diseño de las opciones llega el momento de la decisión, que bajo una perspectiva racional no tiene mayor problema que la elección de la opción más costo-benéfica, pero la realidad política y social ha mostrado que no es posible tomar una decisión bajo esquemas racionales absolutos, ya que entran en juego juicios y valores políticos, por lo cual esta decisión será más bien:



... el resultado de un proceso social y político que a veces es fluido y al unísono, y otras veces, las más, es un proceso complejo, tenso, volátil, polémico, que obliga a negociaciones, ajustes, compensaciones entre los actores políticos y sociales interesados en echar a andar una cierta política (146): 21.

Esto ha traído como consecuencia una serie de respuestas teóricas para explicar los cambios en las políticas y que por sí sólo el incrementalismo no ha podido explicar, ejemplos de esto son los modelos de ventanas de oportunidades, equilibrio puntual, coaliciones promotoras o más recientemente gobernanza, que desde sus especificidad intentan explicar la fase pre-decisional y decisional de las PP.

Decidida alguna de las opciones diseñadas llega el momento pos-decisional que comenzaría en una sociedad democrática o plural con la comunicación de la decisión tomada bajo el supuesto de una sociedad democracia representativa que supuso una discusión pública:

Se exige sobre todo cultivar la costumbre republicana y democrática de comunicar al público con evidencia y argumentos convincentes las razones de por qué una determinada política prefiere ciertos fines, instrumentos y regulaciones, por qué una demanda social específica ha sido incluida o excluida de la agenda de gobierno, por qué un programa incorpora ciertos procedimientos y tiempos, por qué una organización pública se comporta de una cierta manera y no de otra con los ciudadanos (147): 32.

Pero esta comunicación no es tan sólo una buena costumbre democrática sino que sirve también para que en la etapa de la implementación la población involucrada directamente la conozca y cooperen con ella.

La implementación, podríamos decir es la transformación en hechos concretos de la teoría causal vía uno o varios instrumentos específicos que determinará un resultado

esperado. Más allá de los problemas técnico o burocrático en esta fase existen también dos principales enfoque señala Roth (148) por un lado el *top-down* y por el otro el *bottom-up*.

La primera perspectiva o también llamado enfoque tradicional considera una trabajo del centro a la periferia suponiendo una separación conceptual y temporal entre la formulación y la implementación por lo que cualquier problema surgido durante esta fase será considerado como de coordinación y no de diseño. Por el otro lado el enfoque *bottom-up* es considerada la contraparte o enfoque crítico o alternativo al *top-down*, ya que se pretende un diseño retrospectivo, incidiendo primero y de manera directa en el lugar donde existe el problema en una suerte de delegación de autoridad. La literatura sobre implementación es vasta y minuciosa sobre esta fase específica del ciclo, y fluctúa entre concepciones administrativas, políticas y organizacionales, y aunque es la parte más visible del proceso hoy en día aún se tiene la idea de que ya diseñada y decidida una política, la implementación es un mero asunto burocrático.

Finalmente el último escalón del proceso sería la evaluación de la política pública que para Tohening es “apreciar los efecto atribuibles a una intervención gubernamental en un campo específico de la vida social y del entorno físico” (149): 208 o en otras palabras enunciar los cambios que hubieron o no en razón de la solución y el problema. Pero para observar estos efectos o cambios hay que tener en cuenta que responden a nuestra primera definición causal del problema y por tanto estarán sesgados por la misma perspectiva tomada y los factores externos a nuestra relación causal.

Desde la perspectiva secuencial que se ha tomado esto se referiría a una evaluación *ex post*, es decir, posterior a la implementación, sin embargo en este *policy process* se puede también contemplar evaluaciones *ex ante* como un diagnóstico para la definición del problema o el diseño y durante el mismo proceso. La evaluación *ex post*, que es a la que se refiere la lógica secuencial, puede tomar diferentes vías

según la actitud del evaluador, la profundidad de la evaluación o los criterios a evaluar, lo más usado es según los criterios y en específico los efectos de la política pública ya que esta contempla en sí una teoría del cambio.

Con esto se completa el ciclo de las políticas públicas, que pese haber establecido en cinco momentos, considera los siete a los que refiere Aguilar, desde su agenda y definición de manera conjunta, siguiendo con el diseño o hechura de las opciones que resuelvan el problema ya definido, llegando al punto medio decisional, y pasando a la comunicación e implementación para terminar con la evaluación que puede acompañar todo el proceso para indicarnos las fortalezas y debilidades de nuestra política.

#### **4.3 Transferencia y discurso en Políticas Pública**

El ciclo de las PP nos ayuda a entender las diferentes corrientes de análisis que no centrados en momentos específicos tratan de explicar la continuidad o cambio en una PP y que en general se centran en el momento pre-decisional (lo cual orienta al momento pos-decisional). Este es el caso del *discurso* o el rol que toman las ideas durante todo el ciclo. Para Cejudo:

... el discurso en torno a las políticas públicas tiene efectos no únicamente retóricos (es decir no sólo sirve para argumentar y convencer sobre determinada política) sino sustanciales: inciden en el contenido de las políticas públicas e influye en su proceso (150): 93.

Y es que no podemos ignorar que antes que las acciones o la materialización de una política vía el instrumento que se utilice, las PP se construyen a través del lenguaje, por lo que son producto de la argumentación, y esta forma específica de construcción del discurso a partir de las ideas que no sólo tendrán una repercusión directa en la definición del problema sino que ésta orientarán todas las etapas subsecuentes de diseño, implementación y evaluación. Con esto queremos señalar que una PP no

sólo estará determinada por el marco institucional, sino que de manera primera estará determinada por la forma discursiva de frasear el problema lo que dará como resultado acciones gubernamentales específicas, al incidir directamente sobre los contenidos.

Las PP son una forma de ejercer el poder (público) por parte de actores determinados por lo cual estas políticas se tienen que examinar desde una perspectiva de sus actores y el ejercicio del poder para lo cual:

... necesitamos examinar cómo ellos tratan a las ideas, o el conocimiento, creencias, formas de ver el mundo, o ideologías compartidas y la manera en que son promovidas por participantes políticos”(151): 220.

Una vez determinadas las ideas y su forma de promoverlas será posible analizar el ejercicio del poder por parte de los participantes políticos y la forma en que estos logran la aceptación de la idea por parte de los involucrados. Estas ideas podemos entonces definir las, según Carney (151), como creencias, pensamientos u opiniones que ayudan a darle un significado al problema político y por tanto enfocan la forma en que deberá ser solucionados dichos problemas.

El rol de las ideas es central a la hora de la selección de la agenda de gobierno, ya que orientará los temas relevantes según las creencias de los actores, posteriormente le darán un significado específicos al problema (o relación causal) lo que hará del diseño y la decisión actividades orientadas según esa misma idea y definición, y que a la hora de la implementación también se orientará de manera diferencial según los actores directamente involucrados en el proceso y sus “ideas sobre la idea” lo que terminará también la evaluación según una idea en específico establecida desde el diseño.

Aunque esto podría parecer que relativiza el proceso según ideas o percepciones muy específicas de los actores involucrados, lo que se quiere señalar es la

importancia de las creencias u opiniones en cada uno de los momentos del ciclo, y que no se acaba a la hora de la definición del problema, sino que se mantiene presente a lo largo del proceso. En PP, estas ideas se articulan y toman formas específicas por medio del discurso de políticas que Hajer, citado por Cejudo, define como:

... un conjunto específico de ideas, conceptos y categorizaciones que son producidos, reproducidos y transformados en un conjunto de prácticas y por medio de los cuales se da significado a la realidad física y social(150): 99.

Es decir que el discurso de políticas es una forma específica de montar las ideas para darle significado en el entorno político-social en el cual estará en disputa con discursos diferentes para lograr la supremacía del significado del problema y por tanto asignar las categorías que le den sentido en la deliberación pública y oriente la posterior intervención gubernamental.

Pero estos discursos en disputa o estructuración de las ideas que orientan PP desde su agenda hasta su evaluación no son siempre desarrollados de manera innovadora o por actores locales, muchas veces están orientadas según el contexto global y la incidencia de actores más allá de las fronteras a lo que se le llama *transferencia de PP*. Cairney señala que la transferencia es una forma distinta al aprendizaje, la lección, la difusión y la convergencia, para el autor, el *aprendizaje* se refiere al uso del conocimiento para PP, por su parte la *lección*, habla de la forma en que los programas de un lugar funciona en uno distinto, la *difusión* por su parte señala a las políticas innovadoras y como otros países las siguen, la *convergencia* se centra en los cambios similares de políticas en diferentes países, y finalmente la *transferencia*, nos dice el autor, es una teoría más abarcadora en un rango mayor de prácticas, y que en lo general lo podríamos llamar como un:

... proceso por el cual el conocimiento sobre política, acuerdos administrativos, instituciones e ideas en un sistema político (pasado o presente) es usado en el desarrollo de política, acuerdos administrativos, instituciones e ideas en otro sistema político” (8): 249.

La teoría de transferencia supone entonces que el aprendizaje no logra explicar políticas iguales en diferentes partes del mundo, que la adopción de estas no es por simples lecciones, que tampoco es por seguir políticas innovadoras como lo sugiere difusión, ni por una azarosa convergencia, sino que es un proceso por el cual naciones *innovadores* transfieren a las naciones *emuladoras* cierta *idea* de PP. Es decir que existen países innovadores o vendedores que transfieren a países emuladores o importadores la idea sobre determinada PP lo que pone a esta teoría en una constante tensión dialéctica entre innovar-emular, conocimiento- práctica, adoptar-adaptar, o voluntario-coercitivo.

La forma de transferir o adoptar una política en específico puede ser directa (coercitiva), indirecta (impuesta,) o voluntaria, lo cual en buena medida puede ser determinado por el actor que lleve a cabo esta acción, ya que en el contexto actual no sólo los actores domésticos clásico <sup>8</sup> interviene en este proceso, ni únicamente las naciones innovadoras, sino que también existe actores supranacionales como el Banco Mundial, Fondo Monetario Internacional o la Organización Mundial de la Salud, comunidades internacionales <sup>9</sup> y corporaciones multinacionales o transnacionales.

La forma de transferir una idea por parte de estos actores puede ser de distintas maneras: de forma directa o coercitiva en la que se ejerce cierta influencia o condicionamiento para hacer que un país adopte cierta política y de esta forma obtener cierto beneficio. De forma impuesta, o vista también como una coacción

---

8 Parlamentarios, partidos políticos, burócratas, o grupos de presión

9 También se definen como comunidades epistémicas o un grupo de profesionales sobre un tema en específico que tiene presencia en diferentes países por lo cual se vuelven una especie de actor doméstico con presencia internacional

indirecta en la que una nación percibe la necesidad de cambio y lo ejerce, pero donde aún hay algún elemento coercitivo presente. Y finalmente de forma voluntaria o también llamada de perfecta racionalidad en el que según el esquema de aprendizaje una nación considera a esa idea como la más adecuada.

Finalmente, señalaremos que la transferencia no siempre se da de manera integral, ya que la configuración de los distintos países y sus particularidades o resistencias hacen que el proceso de transferencia se de de manera diferencial, esto lo podríamos clasificar según las cinco categorías que propone Rose, citada por Cairney. La primera de ellas es la completa o duplicación, que únicamente podría darse entre dos país con características económica, políticas, sociales y legales muy similares como Estados Unidos y Reino Unido. La segunda es la adaptación que ocurre cuando el país emulador ajusta la política a las circunstancias de su país. La tercera es la hibridación política en la que tanto importadores como exportadores ajustan la política a la realidad en la que se implementará. La cuarta es la síntesis que supone una condensación de conocimiento de políticas de más de un país, extrayendo de todas algún aspecto. Y finalmente podríamos decir que la utilización de información recogida en otro lugar para la toma de decisiones sería otra manera de transferencia.

#### **4.4 Políticas transversales y la salud en todas las políticas**

Un nuevo elemento o forma de entender a las PP ha puesto sobre la mesa nuevos retos en la constante innovación política. El concepto de transversalidad en políticas públicas es relativamente reciente, tiene sus orígenes en el campo de las políticas de igualdad de género, surgiendo, señala Carrillo, a finales de los años 80 después de la Tercera Conferencia Mundial sobre la Mujer y se consolida en la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer (152) Para Alfama el enfoque transversal nace en esta cuarta conferencia con el nombre de *Gender Mainstreaming* (153). La declaración de Beijing o el Informe de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer en el apartado de los mecanismos institucional para el adelanto de la mujer señala:

En sucesivas conferencias internacionales se ha subrayado la necesidad de tener en cuenta los factores relacionados con el género en la planificación de las políticas y los programas. Sin embargo, en muchos casos no se ha realizado (154): 146.

Para lograr esa igualdad de género (objetivo de estas conferencias) que no se había podido conseguir se concluye que la estrategia más adecuada es la transversalización del enfoque de género en las políticas, al pasar de políticas específicas a la consideración del enfoque de género en todas las políticas.

Se pretende corregir la tendencia de que estas políticas se centren en el desarrollo de acciones específicas *ad hoc* - en muchos casos dirigidas a las mujeres – dirigidas a la compensación de los efectos de la desigualdad, en lugar de enfocarse en los procesos e instituciones donde esta desigualdad se produce(153): 3.

Con esto, el enfoque transversal en políticas públicas comienza a hacer eco en el plano internacional al ver en el género un elemento que se debe incorporar “a todas las políticas, a todos los niveles y en todas las fases”, es decir, se busca más que políticas específicas un componente adicional en todas las políticas que intervenga en la problemática de manera sistémica y estructural. Se le llama también una estrategia de transformación de la administración pública en la que se concientice de la necesidades de tener políticas transversales, con cambios que vayan más allá de aproximaciones sectoriales, y consideren políticas integrales con la apertura a la participación de distintos actores de diferentes ámbitos.

En el campo de la salud el componente transversal de las políticas se ha tratado desde hace varios años, aunque es en el año 2010 en el que se impulsa oficialmente por parte de la OMS con la Declaración de Adelaida sobre la *Salud en Todas las Políticas* que dice tener como antecedentes los principios sobre Promoción de la Salud desarrollados desde la declaración de Alma-Ata y la Carta de Ottawa.



Al igual que en género, en el campo de la salud se ha visto que no son suficientes las políticas específicas, ya que “las causas de la salud y el bienestar están fuera del ámbito del sector de la salud y tienen una génesis económica y social” (93): 1 por lo cual tras la popularización del concepto de “Determinantes Sociales de la Salud” en 2008 es que se comienza a contemplar la transversalización de la salud en las políticas. Con una orientación al exterior, *Salud en Todas las Políticas* (STP) pretende ver al campo más allá del ejercicio médico y reconocer que la salud está determinada socialmente por:

... las circunstancias en que las personas nacen, crecen viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud. Esas circunstancias son el resultado de la distribución del dinero, el poder, y los recursos a nivel mundial, nacional y local que dependen a su vez de las políticas adoptadas” (91): 1.

Por tanto se busca una respuesta que influya no únicamente en la política de salud entendida de manera estricta sino que apele por la intersectorialidad para de esta manera conseguir soluciones integrales desde los diferentes sectores que en menor o mayor medida tienen un impacto en la salud.

Aunque esta transversalización resulta novedosa y prometedora no hay que olvidar que la lógica de las políticas públicas responde a un paradigma positivo y causal en el que se identifica la causa del problema y se le enfrenta mediante acciones específicas por lo cual pensar en un componente adicional que se articule a la lógica causal resulta complicado. Esto no quiere decir que en este trabajo se deseche la lógica transversal de las PP sino que se considera que más que un simple llamado a su consideración, aún requiere un desarrollo más sólido y robusto desde la perspectiva de las mismas políticas y la administración pública pensando en la realidad organizacional de las instituciones.

Con esto se cierra el desarrollo teórico de este trabajo que primero, pretendió situar epistemológicamente la investigación desde el punto de vista de la comunicación y

salud, segundo adoptó un instrumento para el análisis de la Promoción de la Salud que más que acotarlo a una perspectiva busca abarcar los distintos enfoques enunciados y tercero definió el objeto de la realidad en estudio (PP) y el abordaje teórico que se le dará. Con esto se da pie al apartado metodológico en que se problematizará la realidad y se abordarán los métodos para enfrentarla.



## **Capítulo 5**

### **Metodología**

El acercamiento empírico al objeto de una realidad en estudio requiere más que la descripción de técnicas de investigación específicas. Como punto de partida, la problematización del entorno nos permitirá ver de manera crítica la realidad social a estudiar y de esta forma pasar del plano de lo cotidiano al plano de la investigación. En este capítulo se comenzará desde el planteamiento del problema de la realidad, para de esta forma poder llegar al problema del conocimiento que derivará en una pregunta de investigación y objetivos. Ya con esto claro, en un segundo momento se podrán abordar los métodos de acercamiento empírico y el plan de análisis.

#### **5.1 Problema de la realidad e intención de esta investigación**

Las Políticas Públicas, como una forma particular de ejercer gobierno en sociedades que se hacen llamar democráticas/liberales, han imperado en el discurso de las buenas prácticas en la toma de decisiones basadas en “evidencia”<sup>10</sup>, por lo que ahora se puede pensar que los programas implementados tienen un sustento empírico que los respalda como las opciones más viable en un lugar y tiempo específico. Sin embargo, la transnacionalización ha hecho que los organismos supranacionales orienten las diferentes decisiones según lo más conveniente, no para las naciones, sino para el sistema mundial que marca las pautas de lo internacionalmente “bien visto”. La economía, la protección social, la educación, la salud y en específico (como un componente más del sistema) la Promoción de la Salud (PS) han seguido esta misma ruta en la que, sin tomar en cuenta la realidad de los países, su historia, costumbres o prácticas ya institucionalizadas, irrumpen con una serie de recomendaciones para la buena práctica, la mejora continua o la estandarización de procesos según metas y resultados. Esto, ha hecho que los países orienten sus decisiones de políticas públicas ya no por sus circunstancias,

---

10 Esto según el criterio positivo racional de las políticas públicas que se trató en el capítulo cuatro

contextos y actores locales, sino por los mandatos o “recomendaciones” de organismos supranacionales que según su agenda y definición causal del problema guían las acciones a emprender en los diferentes países de manera homogénea.

Este es el caso de la PS que pese a tener múltiples interpretaciones, conceptualizaciones y formas de ejercerla, se engloban y orienta hoy día por una definición hegemónica propuesta por la OMS desde 1986 en la carta de Ottawa, la cual, pese haber pasado por distintas reformulaciones (como se vio en el capítulo dos), sigue dictando la forma de hacer PS desde lo institucionalmente bien visto.

Una programa específico de PS que ha sido abordado a nivel internacional es el de los llamados “espacios saludables” que desde su primer programa de ciudades saludables ha ido abarcando diferentes entornos en los que la gente coincide, convive, deambula y construye lo público. Como uno de estos programas de “espacios saludables” se encuentra el de las escuelas promotoras de la salud. Tratando de incidir en la población infantil, este programa, se concentra en la certificación de escuelas sin considerar que éstas, como parte de la comunidad, trascienden sus muros y lo que ahí se hace. Limitándose al espacio escolar estricto los programas impulsados por la OMS desde la perspectiva de la PS no han tocado de otra manera a la población infantil de manera específica, aunque sí lo han hecho con programas preventivos (por ejemplo: desnutrición, vacunación, sobrepeso) que no se abordan desde la perspectiva de la PS.

Un ejemplo de los espacios no considerados son los medios de comunicación, que si bien se refieren desde Ottawa, no han merecido un programa centrado en ellos. Aunque la OMS sí ha buscado incidir en lo que ven los niños en televisión esto ha sido desde el punto de vista preventivo, buscando reducir la exposición a la publicidad de alimentos poco saludables. Si bien es la escuela el primer encuentro del niño con sus iguales y lo social, y a partir de esto se van formando conductas y actitudes ante los otros y el entorno, hoy día los medios son también un importante espacio mediador de esta población con la realidad a partir del cual se generan marcos referenciales o interpretativos del entorno.

Partiendo de esto y de que México como país miembro de la Organización Mundial de la Salud se ha suscrito a los diferentes planes y tratados de este organismos, y por tanto ha adoptado discursivamente y de manera oficial la definición e idea de promoción de la salud correspondiente, lo que supone ha orientado sus políticas dirigidas a la población infantil <sup>11</sup>, y debido a que estas políticas no han sido suficientemente estudiadas en cuanto a las necesidades a las que responden, sus orígenes y correspondencia entre ellas y con la OMS, este trabajo tiene como intención:

Analizar los estatutos conceptuales y contextuales de las políticas y programas de Promoción de la Salud dirigidos a niños de educación primaria (6 a los 12 años de edad) en escuelas y televisión en México.

## **5.2 Problema de conocimiento y pregunta de investigación**

La Política de PS infantil no explicita estatutos conceptuales ni contextuales propios. Éstos los recibimos de manera indirecta como programas o incluso prácticas que sin una reflexión epistemológica tratan de imponer ciertos contenidos y prácticas a promotores de la salud, población objetivo, y en general a comunidades y naciones. Por tanto, la falta de estudio de estos estatutos conceptuales y contextuales de la política se convierte en problema de conocimiento que deriva en la siguiente pregunta de investigación:

¿Qué estatutos conceptuales y contextuales orientan las Políticas y Programas de Promoción de la Salud infantil en escuelas y Televisión en México?

---

11 A la cual podemos llamar de manera específica Promoción de la Salud dirigida a los niños debido a que en este trabajo se considera población escolar de entre 6 y 12 años de edad

### **5.3 Objetivos**

Como objetivo general se tiene: Determinar los estatutos conceptuales y contextuales de políticas y programas federales de promoción de la salud dirigidos a población infantil en escuelas de educación primaria y televisión en México

Y como objetivos específicos, este trabajo se propone:

- Documentar la relación entre las políticas internacionales y nacionales en materia de Promoción de la Salud infantil en escuelas de educación primaria y televisión.
- Identificar los estatutos conceptuales de las políticas de Promoción de la Salud dirigidas al público infantil en escuelas y en la televisión (Lineamientos de la publicidad de alimentos y bebidas no alcohólicas dirigidas al público infantil, Programa Escuela y Salud 2007-2012, Norma Oficial Mexicana de Promoción de la Salud Escolar y Plan de Estudios de Ciencias Naturales de Educación Básica en nivel primaria en su componente de educación en salud)
- Examinar la correspondencia entre los programas de Promoción de la Salud dirigidos al público infantil en escuelas y televisión en México.

### **5.4 Método para ir por la información**

Para conocer los estatutos conceptuales y contextuales que orientan las políticas y programas de PS infantil en México, en este trabajo de corte cualitativo se utilizó como técnica de investigación el análisis documental aplicado sobre documentos organizacionales.

Aunque ésta investigación no se centró en ninguno de los momentos específicos del llamado “ciclo de las políticas públicas”, sí se utilizó como referencia para entender y explicar las políticas y programas dirigidos a la población infantil en escuelas y

televisión en México. Sin tomar momentos específicos del ciclo, se realizó primero un análisis desde el enfoque de la transferencia y discurso en políticas públicas para ver cómo las políticas nacionales de PS infantil en escuelas y televisión responden a recomendaciones de organismos internacionales. Segundo, se examinaron los estatutos conceptuales o ideas que orientan las políticas y programas de PS y la forma como se reflejan en documentos específicos. Y tercero se analizó la correspondencia entre éstos.

Para esto se realizó un análisis documental, una técnica cualitativa de investigación que busca captar la perspectiva, definiciones propias y significados de documentos a partir del lenguaje y su contexto, con la finalidad de extraer la representación condensada de los discursos, conceptos y valores del documento analizado. El “universo primario de datos disponibles” (155) fue todo documento vigente y referente a una política o programa de PS dirigida a niños de 6 a 12 años y encaminado a escuelas de educación primaria y/o televisión en México, así como documentos de organismos internacionales en los que se encontró una relación directa con las políticas mexicanas a revisar.

Los datos provinieron de lo que Hernández Sampieri (156) define como “documentos organizacionales <sup>12</sup>”, que en este caso fueron: Programa de Acción Específico 2007-2012 Escuela y Salud; la NOM de Promoción de la Salud Escolar; el plan de estudios de Educación Básica de la SEP en nivel primaria en su apartado de educación en salud; y los lineamientos regulatorios de la publicidad de alimentos y bebidas no alcohólicas dirigida al público infantil. Correspondientes con estos documentos mexicanos, se analizaron los siguientes documentos de organismos internacionales: Iniciativa Global Escuela y Salud de la OMS; Iniciativa Regional Escuelas Promotoras de la Salud de la OPS; y el Conjunto de Recomendaciones sobre la Promoción de Alimentos y Bebidas no alcohólicas dirigidas a los niños de la OMS.

---

12 Material escrito cuya elaboración sea por parte de una organización o institución



Para recoger la información se consideraron como unidades de análisis las frases <sup>13</sup> que respondieran a las categorías de análisis y los indicadores (los cuales se definirán en el siguiente apartado, y se recolectaron tantas como hicieran referencia los documentos analizados) y se agruparon en plantillas (habiendo una por cada categoría, es decir cuatro por documento) como la de la tabla 1.

<b>Tabla 1</b> Plantilla para recabar información
Documento:
Ficha técnica:
Categoría:
Unidades de análisis:
•
•

En la tabla se indicó qué documento correspondía, la ficha técnica del mismo, la categoría específica a la que se refería y las frases que se recabaron para dicha categoría en el documento.

### **5.5 Método para analizar la información**

El análisis documental se realizó en tres etapas (correspondiente con cada uno de los objetivos específicos de esta investigación) en la primera, se identificaron y extrajeron los principales supuestos de los documentos de los organismos internacionales y los supuestos de las políticas mexicanas. Esos supuestos se contrastaron entre sí para determinar qué tanto corresponden unos con los otros, y con esto alcanzar el primer objetivo específico de esta investigación “Documentar la relación entre las políticas internacionales y nacionales en materia de Promoción de la Salud infantil en escuelas de educación primaria y televisión”

---

13 Conjunto de palabras que constituyen una idea.

En el segundo momento se analizaron las políticas mexicanas utilizando la herramienta teórica propuesta por Chapela (7), la cual se compone de cuatro ejes (clasificación, paradigma, concepción del otro y ejercicio del poder) que define como espectros de posibilidades relacionados entre sí que permiten identificar la región epistemológica en la que se encuentra una práctica, y en este caso una política de PS, ya que a partir de la recolección de frases que respondían a las categorías se les asignó un lugar en el plano y con el cruce de las cuatro una región epistemológica.

Con base en lo anterior se consideró como categorías dichos espectros (que fueron explicados a profundidad en el capítulo dos de este trabajo) que se adaptaron para el análisis documental de políticas públicas por lo que las categorías y sus indicadores fueron los que se muestran en la tabla 2.

<b>Tabla 2</b> Categorías de análisis		
Categoría	Definición	Indicador
Concepción del otro	Forma en la que el programa o política entiende a su población objetivo desde su concepción como entidad responsable.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Definición o características que se le atribuyen a los niños en el documento a revisar</li> </ul>
Ejercicio del poder	Con base en las características que se le otorgan a la población objetivo, posibilidades que se le dan para intervenir en el programa o política.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Facultades que se le conceden a los niños (como población objetivo) para participar en el programa.</li> </ul>
Clasificación	Perspectivas a partir de las cuales se define el problema en la política o programa y que repercuten de manera directa en la delimitación del mismo.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Instituciones o actores involucrados tanto en el diseño como en la implementación del programa o política según el documento analizado.</li> </ul>
Paradigma	A partir de la clasificación o perspectivas desde las cuales se define el problema, definición o manera en la que el programa o política define a la salud y la manera de llegar a ella.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Definición o elementos que el programa o política otorga a la salud y la manera de llegar a ella</li> </ul>

Tabla elaborada por el autor con base en Chapela (2013)

Debido a que los documentos a analizar no explicitan sus estatutos conceptuales en cuanto a su concepción de otro, ejercicio del poder, clasificación y paradigma, es que en este trabajo a partir de las definiciones teóricas generales de cada una de estas categorías construimos indicadores que fueran posibles de ubicar dentro de los documentos para que dieran una idea general de sus estatutos conceptuales. Por tanto, los indicadores remiten a frases que son susceptibles de ser ubicadas en los documentos de los programas analizados. Por ejemplo una concepción del otro que se entiende de manera genérica como la forma que una entidad mira al otro desde su concepción de sí, puede ser operacionalizada como la definición que se le da en un programa a la población objetivo.

Con esto se alcanzó el objetivo específico “Identificar los estatutos conceptuales de las políticas y programas de PS dirigidas al público infantil en escuelas y televisión en México (Lineamientos de la publicidad de alimentos y bebidas no alcohólicas dirigidas al público infantil, el Programa Escuela y Salud 2007-2012, la Norma Oficial Mexicana de Promoción de la Salud Escolar y el Plan de Estudios de Ciencias Naturales de Educación Básica de la SEP en nivel primaria en su componente de educación en salud)”.

Por último, y ya determinados los estatutos conceptuales que orientaron las políticas y programas de PS infantil en México según las categorías propuestas por Chapela ilustradas en la tabla 2, se contrastaron su concepción del otro, de ejercicio del poder, de clasificación y de paradigma, con lo que se pudo identificar la región epistemológica a la que fueran más próximos y con esto determinar la correspondencia entre los diferentes programas y saber si se puede hablar de una política (en su sentido más amplio) de PS infantil y responder al tercer objetivo específico “Examinar la correspondencia entre los programas de Promoción de la Salud dirigidos al público infantil en escuelas y televisión en México”

## **5.6 Plan de análisis**

Al ser parte del paradigma cualitativo, el análisis documental se orientó desde una perspectiva interpretativa, en la que, a pesar de tener una guía para el acercamiento empírico durante la revisión de los documentos se encontraron frases significativas adicionales que, aunque no respondían de manera directa a ninguna categorías, ayudaron al entendimiento del objeto de la realidad en estudio. El análisis documental, busca determinar los significados (no sólo explícitos sino también implícitos) alrededor de los cuales se orienta una práctica (en este caso) de PS. El análisis incluyó extractos del texto e interpretación del objeto de la realidad en estudio a partir de las frases significativamente relevantes.

El análisis cualitativo, que es por definición inductivo, busca llegar a interpretaciones al interior del documento partiendo de extractos del mismo texto que hagan referencia a determinada categoría o incluso a más de una. Se comenzó el análisis con la identificación de los principales supuestos de los documentos internacional por un lado y de los documentos nacionales por el otro, para de esta forma contrastarlos y ver qué tanto respondían a la misma idea y a una forma específica de importación de éstas. Posteriormente, y ya con las frases relevantes de los documentos de las políticas nacionales que hacían referencia a determinada categoría, se interpretaron y definieron cada una de ellas en cada documento para interrelacionarlas e interpretarlas de manera conjunta y establecer una región epistemológica aproximada. Finalmente se contrastaron los significados hallados de las categorías en los diferentes documentos, así como la región epistemológica aproximada.

## **5.7 Consideraciones éticas**

Al realizar un análisis documental y no trabajar de manera directa con población, esta investigación no presenta ninguna consideración especial o riesgo ético. Sin embargo la repercusión que cualquier política tiene a nivel poblacional nos compromete a hacer una revisión lo más completa posible, reflexiva y ética para

señalar tanto aciertos como errores de programas que ya están siendo implementados en el país y que tendrán alguna repercusión. La intención ética de esta investigación será por tanto señalar aciertos y fallas de los programas analizados para futuras tomas de decisiones.

## Capítulo 6

### **Televisión escuela y salud: Directrices Internacionales y Programas Nacionales de Promoción de la Salud dirigidas a población infantil en México**

Los análisis en Políticas Públicas (PP) se han centrado tradicionalmente en alguno de los momentos del llamado “ciclo de las Políticas Públicas” buscando de manera específica la forma en que se agendan, diseñan, deciden, implementan o evalúan. Este acercamiento desde la llamada “heurística por etapas” se ha ido complejizando y han surgido modelos que tratan de ver etapas multipolares y no secuenciales estrictas donde el diseño puede anteceder a la agenda, o la implementación al diseño. Como se explicó en el capítulo cuatro, en este trabajo se analizará desde la perspectiva de transferencia y discurso en PP los programas de Promoción de la Salud (PS) infantil contrastando las directrices internacionales con los programas implementados en el país y analizar la forma de importación de las ideas.

La salud del niño ha sido siempre una de las máximas prioridades en políticas públicas de los países. La mortalidad infantil se ha posicionado como uno de los indicadores clave de desarrollo de un país, pero no únicamente se ha buscado que los niños sobrevivan, al considerar a esta población como vulnerable (o más bien vulnerada), se apela por un crecimiento y desarrollo saludable. Parte del esfuerzo internacional por mantener la salud del niño se ha reflejado en programas de PS que, sin considerar las diferentes realidades nacionales, se han mandado a los diferentes países del mundo vía la OMS y sus oficinas regionales. En este primer apartado se presentará el contexto internacional y nacional de las políticas de PS en televisión y escuelas en México para analizar qué tanto responden los programas nacionales a las iniciativas internacionales.

## **6.1. La regulación de la publicidad televisiva en horarios infantiles en México: Directrices internacionales y su repercusión en programas nacionales**

En 2014 y como parte de la Estrategia Nacional para el Control del Sobrepeso, Obesidad y la Diabetes en México se implementa un marco regulatorio de la publicidad de alimentos y bebidas no alcohólicas en horarios infantiles que tendría como propósito proteger a los niños de enfermedades no transmisibles relacionadas con el sobrepeso y la obesidad. Sin embargo esta no fue una innovadora forma de enfrentar el problema, sino una política adoptada según directrices internacionales.

### **Contexto**

Desde 2004 la Organización Mundial de la Salud (OMS) en su *Estrategia Global sobre Régimen Alimentario, Actividad Física y Salud* reconoce el papel que tiene la publicidad en la elección alimentaria de los niños, por lo que exhorta a los países miembros a “desalentar los mensajes que promuevan prácticas alimentarias malsanas o la inactividad física” (157): 9, esto en el marco de la nueva carga de enfermedades no transmisibles, donde el sobrepeso y la obesidad son cada vez mayores. Con la premisa de la “falta de experiencia y credulidad de los niños”(157): 9 la OMS en el punto referente a brindar información correcta y equilibrada, insta a los países no sólo a desalentar publicidad malsana, sino también a estandarizar y regular etiquetados y utilizar los medios para promover mensajes positivos.

Seis años después, en la 63 Asamblea Mundial de la Salud se puntualiza lo anterior en el *Conjunto de recomendaciones sobre la promoción de alimentos y bebidas no alcohólicas dirigidas a los niños*, un trabajo del grupo de “Enfermedades no transmisibles y salud mental” que buscaría una “acción mundial para reducir el efecto que tiene en los niños la publicidad de alimentos ricos en grasas saturadas, ácidos grasos trans, azúcares libres o sal” (158): 5. Este documento da doce recomendaciones agrupadas en cinco categorías, las cuales podemos ver en la tabla 3.

<b>Tabla 3</b> Descripción del Conjunto de Recomendaciones sobre la promoción de alimentos y bebidas no alcohólicas dirigida a los niños		
Apartado	Recomendación	Descripción
Fundamento	1. Reducir el impacto de la publicidad en niños	Establecer mecanismos normativos vía políticas públicas
	2. Reducir exposición y poder de la publicidad	La eficacia de la publicidad depende tanto de la frecuencia de los mensajes (exposición) como del contenido creativo (poder)
Formulación de las políticas	3. Considerar diferentes métodos	Existen dos métodos para la formulación, el integral enfrentado poder y exposición al mismo tiempo, y el progresivo en el que se considera una de las dos, o parte de las dos
	4. Definiciones claras	Se deben establecer definiciones claras para un adecuado proceso de aplicación entre las que se consideran grupos de edad, canales de comunicación, productos y tipos de alimentos
	5. Entornos de los niños	Los entornos en que se reúnan los niños deben ser libre de toda forma de promoción de alimentos ricos en grasas saturadas, ácidos grasos de tipo trans, azúcares libres o sal destacando principalmente las escuelas
	6. Gobierno parte interesada clave	El gobierno es la parte interesada clave en la formulación de las políticas, y el cual debe involucrar a diferentes sectores como el privado, social, no gubernamental, investigadores y la sociedad en general
Aplicación de las políticas	7. Método de aplicación	Según las particularidades de cada país se debe considerar el método más eficaz de aplicación que puede ser reglamentación estatutaria, autorregulación o corregulación
	8. Cooperación internacional	Publicidad que salga del país como publicidad que debe ajustarse a los criterios establecidos
	9. Medidas de sanción y quejas	Se deben incluir medidas de sanción y presentación de quejas claras
Vigilancia y evaluación de las políticas	10. Incluir sistema de vigilancia	Todo marco normativo debe incluir un sistema de vigilancia con indicadores claramente definidos para cuantificar el impacto de los fines y los objetivos de la política
	11. Sistema de evaluación	Incluir un sistema de evaluación también basado en los indicadores específicos de la política y su finalidad general
Investigación	12. Investigación local	Recabar información sobre magnitud, naturaleza y efectos de la promoción de alimentos y bebidas con alta densidad energética con miras a mejorar las políticas existentes.

Fuente: Elaboración por parte del autor con base en el Conjunto de Recomendaciones sobre la promoción de alimentos y bebidas no alcohólicas dirigida a los niños.

En el fundamento, se propone establecer mecanismos normativos para reducir la exposición o frecuencia y poder o contenido e impacto de la publicidad en niños. La formulación de las políticas señala se debe considerar el método de implementación



ya sea integral o progresivo, definiciones claras de productos, población objetivo y medios de comunicación, entornos en los que se reúnen los niños y al gobierno como parte interesada clave. La aplicación debe tomar en cuenta el método más adecuado, ya sea estatutaria, autorregulación o corregulación, la cooperación internacional que refiere un problema global en el que los países se responsabilicen de la publicidad que entra y sale de su territorio, y las medidas de sanción y queja ante el incumplimiento. En cuanto a la vigilancia y evaluación de las políticas, se señala que todo marco normativo debe contar con un sistema de vigilancia y evaluación que considere indicadores y objetivos claros. Finalmente, la investigación invita a recabar información para la mejora continua.

Tres años después, el 31 de octubre de 2013 el presidente de México Enrique Peña Nieto presentó la Estrategia Nacional para el Control del Sobrepeso Obesidad y la Diabetes (67) (ENPCSOD) un programa encabezado por la Secretaría de Salud (SS) en el cual se dice que bajo una perspectiva intersectorial se busca mejorar los niveles de bienestar de la población y desacelerar el incremento de la prevalencia de sobrepeso y obesidad en los mexicanos, así como revertir la epidemia de enfermedades no transmisibles en especial de la diabetes mellitus tipo 2 (DM2).

En el país, el Sistema Nacional de Información en Salud (SINAIS) reportó para 2008 a la diabetes mellitus como principal causa de muerte en México, seguida por las enfermedades isquémicas del corazón (159). Según la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012 (ENSANUT-2012), se estima que el 71.3% de los adultos en México (48.6 millones) tienen sobrepeso u obesidad (160) es decir 7 de cada 10 en el país. Además 6.4 millones de mexicanos o el 9.17% tienen un diagnóstico de diabetes (161). Y 5.6 millones de escolares tienen sobrepeso u obesidad, lo que coloca al país en primer lugar mundial en obesidad infantil según el Fondo de la Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) (162). Esto colocó como tema de agenda de gobierno el problema de sobrepeso, obesidad y diabetes, que se materializa con el lanzamiento de la ENPCSOD, la cual se dice sostenida sobre tres pilares: salud pública, atención médica, y regulación sanitaria y políticas fiscales.

En cuanto a salud pública dice la estrategia buscar preservar la salud mediante acciones de promoción de estilos de vida saludables, campañas educativas y una constante vigilancia epidemiológica de las enfermedades no transmisibles, esto se ha visto reflejado principalmente con la campaña “chécate, mídete, muévete” lanzada seis días después de la ENPCSOD por la SS. En lo que respecta a atención médica se dice garantiza el “acceso efectivo” a servicios de salud a través de intervenciones médicas dirigidas a personas con factores de riesgo o que ya cuenten con el diagnóstico de hiperglucemia o DM2 para evitar complicaciones. El tercer y último pilar es el referente a la regulación sanitaria y políticas fiscales el cual se ha visto reflejado en acciones específicas que ya se trabajaban con anterioridad como lo es el impuesto especial sobre productos y servicios (IEPS) que aumentó un 8% a los alimentos con un alto valor calórico y un peso por litro en las bebidas saborizadas o con azúcar añadida.

En lo que respecta al instrumento de ésta PP a analizar, la estrategia se tradujo en lo que el 15 de abril de 2014 se publicó en el Diario Oficial de la Federación, el nuevo reglamento sanitario o los lineamientos en materia de publicidad y etiquetado de alimentos y bebidas no alcohólicas, el cual restringe la publicidad de “productos poco nutritivos” en horario infantil, y los cuales tienen los supuestos presentados en la tabla 4.

Las nuevas reglas sanitarias para la publicidad de alimentos y bebidas no alcohólicas destacan por restringir la publicidad en televisión y cine de los productos poco nutritivos en horarios y salas de exhibición destinadas a un público infantil. Esto será en el caso de la televisión, de lunes a viernes de 2:30 pm a 7:30 pm y sábados y domingo de 7:00 am a 7:30 pm, los criterios nutrimentales de los alimentos y bebidas no alcohólicas permitidos y no se desglosan en el documento, sobresaliendo la completa prohibición de confitería y chocolates en los horarios señalados.

<b>Tabla 4</b> Lineamientos por los que se dan a conocer los criterios nutrimentales y de publicidad que deberá observar los anunciantes de alimentos y bebidas no alcohólicas para publicitar sus productos en televisión abierta y restringida, así como en salas de exhibición cinematográfica	
Puntos principales	Descripción
Instrumento de la política para el combate de la obesidad la diabetes	Como parte de la ENCSOD en el punto referente a regulación sanitaria y política fiscal se establece la regulación publicitaria
Sustento jurídico en la LGS y su reglamento en materia de publicidad	Los lineamientos se desprenden del RLGSMMP que en su artículo 22 BIS decretan su publicación por lo cual responde a las disposiciones de este reglamento en materia de permisos, autorizaciones, vigilancia, multas y cualquiera otra.
Expedida por la COFEPRIS	Son lineamientos expedidos por la COFEPRIS por lo cual la principal responsabilidad para su cumplimiento recae en esta comisión
Población objetivo	Niños de 6 a 12 años
Objetivo de los lineamientos	Reducir exposición a la publicidad
Campo de aplicación	Televisión abierta y restringida, así como salas de exhibición cinematográfica
Foco del instrumento	Alimentos y bebidas no alcohólicas según lo definido en la LGS
Criterios nutrimentales	Límites máximos de energía, sodio, azúcares y grasas saturadas establecidas según las doce categorías
Horarios restringidos y excepciones	Se establecen en los artículos tercero, cuarto, quinto y sexto de los lineamientos
Otros organismos involucrados	RTC de SEGOB e IFT de SCT

Fuente: elaboración por parte del autor con base en: Lineamientos por los que se dan a conocer los criterios nutrimentales y de publicidad que deberá observar los anunciantes de alimentos y bebidas no alcohólicas para publicitar sus productos en televisión abierta y restringida, así como en salas de exhibición cinematográfica.

Los límites máximos de contenido de energía, sodio, grasas saturadas y azúcares se señalan por categoría, las cuales fueron 12: Aceite de origen animal, vegetal y grasas; verduras, frutas, leguminosas, nueces, semillas y tubérculos; productos a base de carne, productos de la pesca; productos lácteos; productos a base de cereal y tubérculos; sopas, platos compuestos, platos principales, sándwiches rellenos, sazónadores y condimentos; postres; bebidas saborizadas; botanas; productos de confitería; y chocolates. Por su parte los establecimientos que ofrecen alimentos preparados estarán sujetos a la categoría siete (platos principales, sándwiches

rellenos, sazónadores y condimentos) mientras que si se pretende transmitir spots sobre ofertas o promociones de cualquier producto restringido, este podrá hacerse sin autorización previa siempre y cuando se pueda identificar el nombre de la empresa pero no marcas o productos.

También es permitido anunciar estos productos que no cumpla con los criterios nutrimentales en los horarios “restringidos” durante la transmisión de telenovelas, deportes, noticieros y series y películas cuya clasificación no sea apta para el público infantil, así como en programas que no tengan más de un 35% de audiencia de población entre 4 y 12 años. Estos lineamientos publicitarios entraron en vigor en dos etapas, la primera el 15 de julio de 2014 con las bebidas saborizadas, botanas, confitería y chocolates y la segunda el 1 de enero de 2015 con las ocho categorías restantes, y podrá ser modificado hasta cinco años después de su publicación.

### **Marco Jurídico**

Estos lineamientos están sustentados jurídicamente por la Ley Federal de Telecomunicaciones y Radiodifusión (LFTR) que señala en su título décimo primero relativo a los contenidos audiovisuales en su capítulo primero de las competencias de las autoridades, en el artículo 219:

Corresponde a la Secretaría de Salud:

- I. Autorizar la transmisión de publicidad relativa al ejercicio de la medicina y sus actividades conexas;
- II. En los términos establecidos en las disposiciones que en materia de Estrategia Digital emita el Ejecutivo Federal, promover, en coordinación con la Secretaría, el uso de las tecnologías de la información y la comunicación en el sector salud;
- III. Autorizar la publicidad de suplementos alimenticios, productos biotecnológicos, bebidas alcohólicas, medicamentos, remedios herbolarios, equipos médicos, prótesis, órtesis, ayudas funcionales, agentes de

diagnóstico, insumos de uso odontológico, materiales quirúrgicos, plaguicidas, nutrientes vegetales y sustancias tóxicas o peligrosas y demás que se determinen en la legislación aplicable. La Secretaría de Salud podrá emitir las disposiciones generales aplicables a la publicidad de los productos señalados en este artículo, sin perjuicio de las atribuciones que en materia de contenidos correspondan a la Secretaría de Gobernación;

IV. Establecer las normas en materia de salud para la programación destinada al público infantil;

V. Con base en los resultados de la supervisión realizada por el Instituto, imponer las sanciones por el incumplimiento de las normas que regulen la programación y la publicidad pautaada dirigida a la población infantil en materia de salud, y

VI. Las demás que le confieran esta Ley y otras disposiciones legales.  
(163):90-91.

Por su parte la Ley General de Salud (LGS) contempla en su Título Décimo Tercero, referente a Publicidad, Capítulo Único, Artículo 300:

Con el fin de proteger la salud pública, es competencia de la Secretaría de Salud la autorización de la publicidad que se refiera a la salud, al tratamiento de las enfermedades, a la rehabilitación de los inválidos, al ejercicio de las disciplinas para la salud y a los productos y servicios a que se refiere esta Ley... (51): 79.

Para lo cual tiene un Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Publicidad (RLGSP), que en febrero de 2014 fue modificado al añadir el artículo 22 Bis que dice:

Será objeto de permiso por parte de la Secretaría, otorgado a través de la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios, la publicidad que se realice en televisión abierta, televisión restringida y salas de exhibición

cinematográfica, sobre la existencia, calidad y características de los alimentos y bebidas no alcohólicas, así como para promover su uso, venta o consumo en forma directa o indirecta, cuando dichos productos no se ajusten a los criterios a que se refiere este artículo.

Para efectos de lo dispuesto en el párrafo anterior, la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios, mediante Lineamientos que se publiquen en el Diario Oficial de la Federación, establecerá los criterios nutrimentales y de publicidad que deberán cumplir los alimentos y bebidas no alcohólicas para publicitarse en televisión abierta, televisión restringida y salas de exhibición cinematográfica, así como las condiciones para otorgar el permiso previsto en el párrafo anterior, los cuales deberán apegarse al principio del interés superior de la niñez, contemplado en el artículo 4o. de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. La publicidad de alimentos y bebidas no alcohólicas, incluyendo la de los productos que se ajusten a los criterios referidos en el párrafo anterior, deberá cumplir con lo establecido en el artículo 22 del presente Reglamento.(164): 6.

### **Correspondencia entre los lineamientos internacionales y el programa en México**

Al contrastar las recomendaciones de la OMS con lo establecido en los lineamientos de la regulación publicitaria en México podemos ver la concordancia (o no) que hay entre estos. De las doce recomendaciones que hace la OMS, México cumple al considerar en su política: siete de manera total, cuatro de manera parcial y una no es atendida, lo anterior se muestra en la tabla 5.

Comenzando con el apartado de fundamento se invita en la primera recomendación a: establecer mecanismos normativos, lo cual se reflejan en los lineamientos que la COFEPRIS publica en abril de 2014 en el Diario Oficial de la Federación , sustentados jurídicamente por la LFTR, LGS y su reglamento en publicidad.

<b>Tabla 5</b> Comparativo de los lineamientos publicitarios		
Recomendación	¿Se cumple ?	¿Cómo se Cumple?
Mecanismos Normativos	Si	Lineamientos para la publicidad de alimentos y bebidas no alcohólicas en horarios infantiles
Reducción de exposición y poder de los mensajes	Parcialmente	En los lineamientos únicamente se considera reducir exposición a productos que no cumplan con los criterios nutrimentales
Método progresivo o integral	Si	Se opta por un método progresivo que abarca únicamente la reducción de exposición
Definiciones claras	Si	Se definen claramente los criterios nutrimentales aprobados y los horarios restringidos y sus excepciones
Entornos escolares	Parcialmente	En la ENCSOD se justifica no tomar en cuenta los entornos escolares debido a que ese era un punto ya tratado por el ANSA
Gobierno parte interesada clave	Si	Los lineamientos son una reglamentación de COFEPRIS
Diferentes métodos de aplicación (reglamentación, autorregulación o corregulación)	Si	Ante las fallas del ya existente código PABI de autorregulación publicitaria se opta por un método de reglamentación
Cooperación entre países	No	-
Sistema de sanciones	Si	Al estar sustentados los lineamientos en el RLGSMMP en este se consideran las sanciones en su capítulo IV
Vigilancia	Si	RLGSMP art. 106 y 107, y en la LFTR art. 216
Sistema de evaluación	Parcialmente	Los lineamientos no consideran evaluación, pero se realizan monitoreos por parte de la COFEPRIS
Investigaciones nacionales	Parcialmente	Aunque no es parte de la política se reconocen investigaciones en el tema en el INSP y el INCMN

Fuente: Elaboración por parte del autor

La segunda recomendación correspondiente a este primer apartado refiere: reducir exposición y poder de los mensajes, lo cual quiere decir que no sólo se regule la cantidad de mensajes transmitidos sino que también se regulen las técnicas mercadológicas para hacerlo, de lo cual en el país se concentró en la reducción de la exposición.

Esto se sostiene en el apartado de formulación y la recomendación tres que refiere dos métodos: progresivo o integral, el primero de ellos considera formular políticas

que abarquen tanto reducción de exposición como poder de los mensajes y el segundo (progresivo) que posibilita tomar únicamente uno de los puntos (reducción o poder) , método por el cual opta México al únicamente concentrarse en la reducción de spots.

La cuarta recomendación plantea: definiciones claras para la aplicación, lo cual debe ser inherente a cualquier política y que cumple los lineamientos al establecer población objetivo por grupo de edad (niños de 6 a 12 años), canales de comunicación (televisión abierta, restringida y salas de exhibición cinematográficas), productos y sus densidades energéticas, y horarios y excepciones.

La quinta recomendación dice se deben considerar: los entornos escolares como libres de toda forma de promoción, aunque no se trata este punto en los lineamientos, dentro de la estrategia nacional se justifica el no considerar entornos escolares debido a que desde el 23 de agosto del 2010 como parte del Acuerdo Nacional de Salud Alimentaria (ANSA) se estableció una lista de alimentos y bebidas que pueden y no venderse dentro de los planteles escolares.

Finalmente la recomendación seis de este segundo apartado nos dice que: es el Gobierno la parte interesada clave, lo cual se refleja en el tipo de reglamentación donde el gobierno vía sus instituciones y en especial la COFEPRIS tiene la principal autoridad regulatoria habiendo elaborado dichos lineamientos, sin embargo no se convocó a ningún grupo de expertos o de la sociedad civil para la elaboración de los criterios nutrimentales, esto lo señala la Alianza por la Salud Alimentaria tras haber realizado una consulta pública (165).

En el tercer apartado referente a la aplicación, en la recomendación siete se señala que hay: diferentes métodos de aplicación reglamentación, autorregulación o corregulación. La estrategia nacional hace durante sus antecedentes un comparativo del Código PABI de autorregulación publicitaria de alimentos y bebidas no alcohólicas dirigida al público infantil de México y el código Pledge de Europa, concluyendo en la



ineficacia del primero como una forma de autorregulación publicitaria, por lo cual opta, en este caso por una reglamentación.

La octava recomendación invita a: una cooperación entre países, punto que no se trata en los lineamiento o en la estrategia nacional pero que responde al reconocimiento de un problema global y a la necesidad de una acción conjunta.

En el último punto de este apartado la recomendación nueve menciona la necesidad de: incluir sanciones y quejas, lo cual se establece en el RLGSM (164) en el que se sostienen jurídicamente los lineamientos, que en su capítulo IV referente a sanciones, estipula los mecanismos para llevarse a cabo estas acciones de todos los productos y servicios a los cuales hace referencia dicho reglamento.

En el cuarto apartado sobre vigilancia y evaluación en la recomendación diez se exhorta a: incluir un sistema de vigilancia, lo cual se hace patente en el RLGSM en sus artículos 106 y 107, donde dotan a la Secretaría de Salud de dicha competencia, además, la Ley Federal de Telecomunicaciones y Radiodifusión establece en su artículo 216 apartado III referente a las competencias del IFT, que este deberá:

Supervisar que la programación dirigida a la población infantil respete los valores y principios a que se refiere el artículo 3º de la Constitución, las normas en materia de salud y los lineamientos establecidos en esta ley que regulan la publicidad pautada en la programación destinada al público infantil, con base en las disposiciones reglamentarias emitidas por las autoridades competentes (163): 89.

La recomendación once señala la necesidad de: incluir un sistema de evaluación, lo cual no se contempla, pero podemos señalar que con motivo del día del niño, el 29 de abril de 2015 en un comunicado de prensa la COFEPRIS resaltó que habían salido del aire 27507 spots de alimentos y bebidas poco nutritivos (166).

Finalmente en el último apartado y recomendación referente a la investigación, se

exhorta a alentar: investigación nacionales en la materia; lo cual se ha trabajado desde el lado gubernamental con incipientes proyectos en el Instituto Nacional de Salud Pública (INSP) y el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición (INCMN).

Este es el panorama a partir del cual se impulsa la política regulatoria de la publicidad en horarios infantil en México, que respondiendo a un momento específico de la coyuntura epidemiológica del país se ve obligado a adoptar las recomendaciones de la OMS. De las doce recomendaciones, los lineamientos para la publicidad en México consideran de forma total siete, cuatro de manera parcial y una no es atendida.

## **6.2. Escuelas promotoras de la salud: De la tradición nacional a las directrices internacionales**

El diseño de políticas que responden a directrices de organismos internacionales pueden parecer en ocasiones cambios incrementales, debido a que en el país importador existían programas similares que se adaptan según las “recomendaciones” transnacionales. La temprana implementación de programas de PS escolar en México y América Latina es un ejemplo de cómo a partir de experiencias en diferentes países, los organismos internacionales articulan programas similares para enfrentar problemas globales e impulsar estrategias mundiales.

### **Contexto Nacional**

En México desde 1867 durante la presidencia de Juárez se publica la *Ley Orgánica de la Instrucción Pública en el Distrito Federal (167)*, la cual señalaba que en las escuelas de instrucción primaria para niñas se enseñaría entre sus materias la “higiene práctica”, para lo cual el profesor de instrucción primaria de primera, segunda o tercera clase debía haber aprobado el examen de higiene doméstica, y

las profesora de primaria de primera, segunda o tercera clase, tenían que haber aprobado las materias de medicina e higiene y economía doméstica.

Para 1877 durante el mandato de Porfirio Díaz, señala Carrillo (168) , el Reglamento del Consejo de Salubridad, otorgaba a dicho comité la autoridad para la vigilancia de las condiciones higiénicas de las escuelas, autoridad que se ejerce de manera concreta con la convocatoria y celebración del *Congreso Higiénico Pedagógico* el 21 de enero de 1882, que tenía como tema central las condiciones higiénicas que debían tener las casas destinadas a ser escuela primaria. Con comisiones mixtas integradas por médicos y maestros se establecen lineamientos sobre orientación, materiales, condiciones generales y espacios mínimos de las escuelas, además de exhortar al nombramiento de “médicos inspectores de la higiene escolar”, y proponer materias de estudio entre las que estaban la higiene.

Tras dos Congresos Nacionales de Instrucción Pública y el Congreso Higiénico Pedagógico, en 1888 se aprueba la *Ley de Instrucción Obligatoria y su Reglamento Interior de las Escuelas Oficiales de Enseñanza Primaria Elemental*, que en su capítulo dos, referente al local de las escuelas, recupera lo recomendado en el *Congreso Higiénico Pedagógico* y estipula las condiciones de aseo e higiene mínimas y obligatorias a las escuelas (169). También como resultado de esta ley en 1892 se reforma el plan de estudios que ahora sería de carácter nacional e incluiría en el quinto año la asignatura de Higiene General y Escolar. Por su parte, en las escuelas Normales, se enseñaría la Higiene Escolar.

En 1889 se publica el *Código Sanitario de los Estados Unidos Mexicanos* (170), que incorpora un capítulo específico sobre la construcción de habitaciones, escuelas y otros lugares de reunión pública, estableciendo criterios mínimos de higiene, y formalizando en su artículo 89 la inspección higiénica en las escuelas.

Para 1926 el recién publicado código sanitario (171) seguía estableciendo las condiciones sanitarias para edificios público, y en especial de escuelas, fijando

amplitud, distancia mínima a lugares peligrosos, número de excusados entre otras. Además de los espacios, en su capítulo de *servicio de educación y propaganda higiénica*, estableció el uso de la prensa y conferencias en centros educativos para dar a conocer los procedimientos y prácticas de higiene social e individual

Ya creada la Secretaría de Educación Pública (SEP) por decreto presidencial en 1921, para 1940 se expide la *Ley Orgánica de Educación, Reglamentaria de los Artículos 3º; 27, Fracción III; 31, Fracción I; 73 Fracción X y XXV, y 123, Fracción XII Constitucionales*, que con los antecedentes sobre infraestructura y contenidos mínimos señala en su artículo 12 que “los planes de estudio , programas escolares, métodos de enseñanza, calendario, sistemas de calificaciones, libros de texto, reglas de higiene y servicios médicos y reglamentos interiores de las escuelas particulares, serán los mismos que se implanten para las escuelas oficiales” (172): 4, al igual que en las negociaciones agrícolas, industriales, mineras o de cualquier otra clase donde los patrones estaban obligados a establecer escuelas de educación primaria con condiciones higiénicas.

En 1942 se promulga la *Ley Orgánica de Educación Pública Reglamentaria de los Artículos 3º; 31, Fracción I; 73 Fracción X y XXV, y 123, Fracción XII. De la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos*, que en sustitución de la anterior Ley Orgánica de Educación, destacan entre sus cambios la consideración de la población indígena del país y sus condiciones higiénicas y de enfermedad, por lo que señala en su artículo 13:

En las Entidades Federativas en cuyo territorio existan grupos indígenas y campesinos, aún no incorporados económica y culturalmente a la vida nacional, la Federación y los Estados, aislada o coordinadamente, sostendrán servicios, escuelas o institutos permanentes para la enseñanza; de la lengua nacional y alfabetización; de conocimientos agropecuarios de acuerdo con las condiciones regionales; de pequeñas industrias aprovechadoras de los recursos naturales de la comarca; de prácticas que faciliten el desarrollo de las

manifestaciones artísticas primitivas; de prácticas higiénicas y profilácticas para la prevención de las enfermedades más frecuentes entre los indígenas y campesinos; y de prácticas que tiendan a mejorar la vida doméstica, las relaciones familiares y a proporcionar recreaciones sanas y vida social satisfactoria.(173): 4.

Al mismo tiempo que seguían considerando la importancia de espacios educativos bien planeados bajo los mismos preceptos de la ley anterior.

Para agosto de 1973, durante la presidencia de Luis Echeverría Álvarez, se promulga el *Reglamento Interior de la Secretaría de Educación Pública*, por el cual se establece la organización de la secretaría, de la que destaca la *Dirección General de Higiene Escolar*, que tenía las competencias según este reglamento de:

- I.-Cuidar y propiciar el fortalecimiento de la salud física y mental de los educandos y del personal escolar;
- II.-Propiciar la superación del medio ambiente en que se desenvuelven los educandos; y
- III.-Promover la formación de hábitos higiénicos y crear una conciencia sanitaria en los escolares.(174): 13.

Para noviembre de ese mismo año se promulga la *Ley Federal de Educación (175)* que en materia de salud o higiene se limita a considerar las instalaciones y su adecuación higiénica para la autorización de instituciones de educación privada, además de la obligatoriedad del cumplimiento de planes y programas de la SEP.

En 1978 se publican dos nuevos reglamentos y con esto las funciones de la dirección de higiene quedan de la siguiente manera:

- I.- Proponer los contenidos y las normas técnico-pedagógicas para los programas de higiene escolar;
- II.- Adoptar las medidas conducentes para que en los planteles de la Secretaría se apliquen las normas técnico-pedagógicas y los contenidos aprobados en materia de higiene escolar;
- III.- Organizar, desarrollar y evaluar programas educativos que propicien la salud física y mental de los educandos y del personal escolar, la detección y prevención de los problemas de aprendizaje y la superación del medio ambiente en el que se desenvuelven aquéllos;
- IV.- Organizar, operar, desarrollar, vigilar y evaluar los servicios de higiene escolar, con la participación de las delegaciones generales;
- V.-Organizar y desarrollar, en coordinación con la Dirección General de Capacitación y Mejoramiento Profesional del Magisterio, programas de capacitación y actualización de inspectores, directores y personal docente de educación preescolar y primaria en materia de salud pública e higiene personal;
- VI.- Participar, dentro de la esfera de su competencia, en las acciones que el sector educativo realice en coordinación con el sector salud, particularmente en los programas de educación para la salud;
- VII.-Promover la formación de hábitos higiénicos y crear una conciencia sanitaria en los escolares;
- VIII.- Impartir cursos a los educandos y a la comunidad en general de acuerdo con los programas especiales de educación para la salud;
- IX.- Realizar investigaciones y formular propuestas para el mejoramiento de la higiene escolar, y
- X.- Realizar aquellas funciones que las disposiciones legales confieran a la Secretaría, que sean afines a las señaladas en las fracciones que anteceden y que le encomiende el secretario.(176): 14.

Para 1980 con un nuevo reglamento de la SEP cambia las funciones de la dirección de higiene sobresaliendo la inclusión de la tarea de “Desarrollar investigaciones y

Formular propuestas para el mejoramiento de la higiene escolar”(177): 21. Con el reglamento de 1981 no se tocan las funciones otorgadas a la dirección, pero un año después en 1982, la SEP (178), desaparece la dirección.

Dos años después en 1984 se publica la hoy vigente Ley General de Salud (51) que bajo la premisa de que es materia de salubridad general la educación para la salud, estipula en su título séptimo sobre promoción de la salud, capítulo II, sobre educación para la salud, los objetivos de esta encaminados a: la prevención de enfermedades, accidentes, planificación familiar, nutrición, salud mental, prevención de alcoholismo y farmacodependencia entre otras. Esto en coordinación con la SEP para la formulación de programas de educación para la salud.

Además en su artículo 138 establece la obligación de directivos de escuelas de dar aviso a la Secretaría de Salud (SS) sobre ciertas enfermedades transmisibles, y en su artículo 150 otorga a la autoridad sanitaria la posibilidad de excluir de las escuelas a enfermos o portadores de gérmenes según lo considere la misma secretaría.

En 1993 se publica la Ley General de Educación que estipula en su artículo 7º que la educación impartida por instituciones públicas y privadas tendrá entre sus fines:

Desarrollar actitudes solidarias en los individuos, para crear conciencia sobre la preservación de la salud, la planeación familiar y la paternidad responsable, sin menoscabo de la libertad y del respeto absoluto a la dignidad humana, así como propiciar el rechazo a los vicios (179): 2.

En el *Programa Nacional de Salud 1990-1994* (180) se tenía como una de sus premisa que es la educación un factor condicionante de la salud por lo que tenía como uno de sus objetivos el establecimiento de políticas de fomento de la cultura de la salud y como primer programa el de *educación para la salud* que en coordinación con la SEP se entendía como:

La educación para la salud debe ser parte esencial de todos los programas sanitarios. Tiene como propósito proporcionar información que corresponda a los adelantos técnicos y científicos y que sea de utilidad para contribuir a modificar los hábitos, costumbres y conductas nocivas para la salud. (180).

Dentro de los *Programas para lograr el acceso universal a los servicios de salud con equidad y calidad* se encontraba el *Programa de promoción y cuidado de la salud escolar* que tenía por objetivo “Fomentar la salud del escolar a través de acciones educativas y de participación organizada, encaminadas hacia la promoción de la salud, prevención de enfermedades y rehabilitación de los pacientes” (180) para llevar a cabo acciones coordinadas dentro de los planteles educativos de nivel básico. Este programa Nacional de Salud que tenía un fuerte enfoque educativo y de coordinación escolar, se reflejó desde 1989 con la firma de la *Base de Coordinación para la Formulación, Desarrollo y Ejecución del Programa Nacional de Promoción y Cuidado de la Salud de los Educandos del Sistema Educativo Nacional* por parte de los secretarios de salud y educación, en 1990 se presenta el *Subprograma de Salud Escolar* de la Dirección General de Fomento a la Salud de la Secretaría de Salud y también en ese año el *Programa de Salud Escolar* del Instituto Mexicano del Seguro Social, llegando a consolidarse en 1994 con la *NOM Para el Fomento de la Salud del Escolar* (181).

Esta norma dice estar orientada desde la atención primaria a la salud y el derecho constitucional a la protección a la salud, y se organiza en tres acciones: las básica (educación para la salud y prevención), de apoyo (planeación, capacitación y comunicación educativa), y de participación social (promoción y organización), siendo su población objetivo los escolares de educación básica, y sintetizando dos de los programas propuestos en el Plan Nacional de Salud 1990-1994.

Con todo lo anterior y respondiendo a un trabajo que se venía dando en toda América Latina en 1996 México, Cuba, República Dominicana y todos los países de Centro y Sudamérica conforman la Red Latinoamericana de Escuelas Promotoras de



la Salud que tenía como misión “promover y facilitar la interrelación entre los países miembros, para compartir experiencias y avanzar conjuntamente desde la planeación hasta la evaluación de las escuelas promotoras de la salud” (31): 4.

En 1999 un nuevo reglamento de la SEP (tras dos reglamentos posteriores al de 1982: 1989 y 1994) vuelve a considerar a la salud, esta vez, como una función de la Dirección General de Extensión Educativa, que tenía entre sus tareas:

I.- Planear, programar, organizar, dirigir, controlar y evaluar las actividades relacionadas con la actualización magisterial, la seguridad y emergencia escolares, la educación extraescolar, el fomento a la salud, la orientación a alumnos y padres de familia, la educación a distancia y el apoyo bibliotecario de la educación inicial, básica y especial en el Distrito Federal, en coordinación con las direcciones generales encargadas de la operación del servicio; (...)

IX.- Promover el apoyo y asesoría interinstitucional en materia de contingencia ambiental, salud escolar, orientación educativa, orientación a padres de familia y educación a distancia (182): 30.

Con un nuevo reglamento en 2002 estas funciones siguen vigentes, pero con el actual reglamento de 2005 desaparece la dirección, pasando a ser una subdirección de la Dirección General.

En el año 2001 el proyecto de promoción de la salud escolar toma un nuevo impulso con la firma por parte de los secretarios de Educación y Salud de las *Bases de Coordinación para establecer, desarrollar, ejecutar y promover un Programa de Educación Saludable en las escuelas de educación básica del sistema educativo nacional*, lo cual se traduciría en el Programa Intersectorial de Educación Saludable (46) que identifica el problema a atacar como “el círculo vicioso de la pobreza” que se expresa en adicciones, enfermedades, accidentes, embarazos no planeados, bajos niveles educativos, baja productividad y pobreza.

Con el objetivo de mejorar los niveles de salud en escolares, el programa tiene cuatro líneas de acción: educación para la salud; prevención, detección y referencia de casos; promoción de ambientes escolares saludables y seguros; y participación social. Acciones muy parecidas a las ya establecidas en la NOM Para el Fomento de la Salud del Escolar.

<b>Tabla 6</b> Programa de Acción específico 2007-2012 Escuela y Salud	
Supuestos	Descripción
Visión	Establecer un entorno escolar favorable para la adopción de conocimientos y desarrollo de competencias que refuercen e impulsen una cultura de la salud y del autocuidado en la comunidad escolar
Estrategia 1. Desarrollar competencias en la comunidad educativa que provean de conocimientos, y desarrolle capacidades para la modificación de los determinantes de la salud de niñas, niños adolescentes y jóvenes de nivel básico, medio superior y superior	Estrategias de comunicación educativas, desarrollo de competencias, impulso de conocimientos y prácticas saludables, y elaboración y actualización de guías y libros de texto
Estrategia 2. Implementar políticas públicas y desarrollar propuestas de normatividad que facilite la modificación de los determinantes favorables para la salud de niños, adolescentes y jóvenes del nivel básico, medio y superior	Incidir en el ambiente escolar mediante modificación de lineamientos de expedición de alimentos y saneamiento del entorno
Estrategia 3. Acceso de los escolares a los servicios públicos de salud	Garantizar acceso de los escolares a servicios preventivos y de orientación
Estrategia 4. Establecer entornos seguros y favorables para la salud de las y los escolares de los tres niveles educativos; básico, medio superior y superior tanto en el área urbana como en la rural	Certificación de escuelas según el Sistema Nacional de Entornos Favorables a la Salud
Estrategia 5. Establecer los mecanismos que fortalecen el vínculo sectorial y la articulación de la comunidad escolar con las instituciones gubernamentales, así como los de participación social para llevar a cabo acciones que permitan modificar los determinantes de la salud de las y los escolares en los tres niveles educativos	Integrar a los municipios, los consejos escolares, la comunidad y las escuelas de nivel medio y superior al programa Escuela y Salud

Fuente: elaboración por parte del autor con base en Programa de Acción específico 2007-2012 Escuela y Salud.

En 2006 y con un nuevo gobierno federal, se replantea el programa con un plan de acción específico 2007-2012 de *Escuela y Salud*, buscando incidir en los “determinantes causales de la salud”, pero abarcando también los niveles medios y superiores de educación además del básico. Los principales supuestos de este programa se muestran en la tabla 6.

Con cinco estrategias, el programa se orienta a los contenidos educativos en la primera de ellas, en los entornos y la alimentación en la segunda, el acceso a los servicios médicos en la tercer, la cuarta busca certificar escuelas y la quinta integrar a las escuelas con la comunidad. Todo con el objetivo de impulsar la cultura de la salud y el autocuidado.

En 2010 el Acuerdo Nacional para la Salud Alimentaria” impactaría en las escuelas y la venta de alimentos y bebidas a su interior, esto para prevenir el sobrepeso y la obesidad en los escolares, y que se convertiría en un programa de la SEP en conjunto con la SS sobre Salud Alimentaria. Esto traería también reformas a nivel legal que en 2013 adiciona el artículo 24 Bis de la Ley Federal de Educación donde se puede leer:

La Secretaría, mediante disposiciones de carácter general que se publiquen en el Diario Oficial de la Federación y sin perjuicio del cumplimiento de otras disposiciones que resulten aplicables, establecerá los lineamientos a que deberán sujetarse el expendio y distribución de los alimentos y bebidas preparados y procesados, dentro de toda escuela, en cuya elaboración se cumplirán los criterios nutrimentales que para tal efecto determine la Secretaría de Salud.

Estas disposiciones de carácter general comprenderán las regulaciones que prohíban los alimentos que no favorezcan la salud de los educandos y fomenten aquellos de carácter nutrimental.(179): 13.

Y en la Ley General de Salud se establece en su artículo 115 fracción XI, que la Secretaría de Salud tendrá a su cargo:

XI. Expedir, en coordinación con la Secretaría de Educación Pública, los lineamientos generales para el expendio y distribución de alimentos y bebidas preparadas y procesadas en las escuelas del Sistema Educativo Nacional, a fin de eliminar dentro de estos centros escolares el consumo y expendio de aquellos que no cumplan con los criterios nutrimentales que al efecto determine la Secretaría de Salud y, en consecuencia, no favorezcan la salud de los educandos y la pongan en riesgo.(51): 36.

Para 2011 y con la Reforma Integral a la Educación Básica (RIEB) comenzada en 2004 se reforman planes de estudios y se pretende dar una continuidad a los contenidos de educación básica (preescolar, primaria y secundaria), lo cual toca también a los temas relativos a educación y salud, que si bien ya eran considerados desde 1867 (en ese entonces como temas higiénicos) se reestructuran y articulan a lo largo de la formación básica dentro de los contenidos de Ciencias Naturales según los supuestos presentados en la tabla 7.

<b>Tabla 7</b> Plan de Estudios de Educación Básica 2011	
Supuestos	Descripción
Competencias	Orientado al desarrollo de competencias y centrado en el aprendizaje de los estudiantes
Temas de relevancia social	Entre otros se considera a la salud y la educación para la salud para una actuación responsable
Exploración y comprensión del mundo natural y social	Como parte del campo se incluye la asignatura de Ciencias Naturales en Primaria
Ciencias Naturales en Primaria	La cultura de la prevención es uno de sus ejes prioritarios favoreciendo la toma de decisiones responsables e informadas

Fuente: elaboración con base en Plan de Estudios de Educación Básica 2011

El actual plan de estudios tiene una orientación por competencias, donde la salud es considerada como un tema de relevancia social que dentro del apartado de

comprensión del mundo natural y social en nivel primaria forma parte de los contenidos de las Ciencias Naturales pero que pretende tener una continuidad desde preescolar, hasta secundaria según la “cultura de la prevención”.

Finalmente en octubre de 2012 se publica el proyecto de NOM de Promoción de la Salud Escolar, que en sustitución de la NOM para el Fomento de la Salud del Escolar es aprobada y publicada en 2013, y que de cierta forma busca conjuntar la trayectoria desde la primera norma y lo establecido en el Programa Escuela y Salud. Un resumen de sus principales características se muestra en la tabla 8.

<b>Tabla 8</b> NOM Promoción de la Salud Escolar	
Supuestos	Descripción
Objetivo	Fomentar un entorno favorable y una nueva cultura de la salud , mediante la educación para la salud, el desarrollo de competencias, el acceso a los servicios de salud y la participación social
Componente sustantivo 1 Educación para la salud y desarrollo de competencias	Brindar conocimientos y desarrollar capacidades para la modificación de los determinantes de la salud
Componente sustantivo 2 Acceso a los servicios de salud	Facilitar el acceso de escolares a servicios de salud y manejo de Cartilla Nacional de Salud
Componente sustantivo 3 Entornos favorables a la salud	Proporcionar asesoría técnica y evaluar las características para el reconocimiento de escuelas
Componente sustantivo 4 Participación social en salud	Fortalecer el vínculo sectorial y con la comunidad
Componente transversal 1 Abogacía para la salud	Impulsar el diálogo, vinculación y coordinación con la comunidad educativa
Componente transversal 2 Mercadotecnia social en salud	Desarrollar estrategias de comunicación educativa en temas prioritarios de salud
Componente transversal 3 Evidencia de promoción de la salud	Registrar las acciones realizadas de promoción de la salud escolar

Fuente: elaboración por parte del autor con base en NOM Promoción de la Salud Escolar

La NOM de Promoción de la Salud Escolar tiene el objetivo de fomentar entornos saludables y una nueva cultura de la salud, lo cual pretende lograr en las escuelas vía cuatro componentes sustantivos: el primero de ellos la educación para la salud, brindando conocimientos sobre los determinantes de la salud, el segundo acceso a los servicios de salud que busca facilitar el acceso a servicios médicos y el uso de la

cartilla nacional de salud, el tercero entornos favorables para la salud se centra en la certificación de escuelas, y el cuarto participación social en salud busca vincular a la escuela con la comunidad. Y tres componentes transversales: abogacía para la salud a partir de un diálogo con la comunidad, mercadotecnia social en salud con la comunicación educativa como principal herramienta, y evidencia de promoción de la salud a partir del registro de las acciones realizadas.

### **Contexto internacional**

En el plano internacional, el proyecto oficial de PS escolar comienza en 1991 con el documento *Educación para la Salud Comprensiva, una Perspectiva Integral y Amplia*, de la Organización Mundial de la Salud (OMS), el Fondo para la Infancia de las Naciones Unidas (UNICEF), y La Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO). En 1986 OMS y UNICEF publican *Ayudando a un Billón de Niños a Aprender sobre la Salud*, documento en el que se da un panorama de la educación para la salud en cuanto a la forma de aprender y las estrategias y guías metodológicas para su enseñanza. Y para 1991, estas instituciones junto con UNESCO, convocan a una consulta de expertos de 16 países para discutir un significado común de la educación para la salud y delinear acciones para su fortalecimiento (183).

En noviembre de 1993 se lleva a cabo en Costa Rica la Reunión de Consulta sobre Educación en Salud en el Ámbito Escolar. Dicha reunión concluyó con la elaboración de lineamientos y guías de acción para el desarrollo de políticas y currículas integrales de educación y salud en las escuelas. En 1995 la OMS lanza la *Global School Health Initiative*, que con base en los preceptos de la Carta de Ottawa, la Declaración de Yakarta y las recomendaciones del comité de *Comprehensive School Health Education and Promotion*, tiene como meta “incrementar el número de escuelas que puedan ser realmente llamadas *Escuelas Promotoras de la Salud*” (184): 2 para mejorar la salud de estudiantes, personal escolar, familias y miembros de la comunidad en general. Los puntos más importantes se presentan en la tabla 9.

<b>Tabla 9</b> Iniciativa Global Escuelas Promotoras de la Salud	
Supuesto	Descripción
Meta	Incrementar el número de escuelas que puedan ser llamada realmente escuelas promotoras de la salud
Estrategia 1 Mejorar los programas de salud escolar	Incidir en los ambientes escolares, educación en salud, y acceso a servicios de salud
Estrategia 2 Creación de redes de alianza para el desarrollo de las escuelas promotoras de la salud	Un esfuerzo internacional de movilización y apoyo regional
Estrategia 3 Fortalecimiento de las capacidades nacionales	Capacitación e impulso por parte de la organización a los diferentes países
Estrategia 4 Investigación para mejorar los programas de salud escolar	Fortalecer la evaluación de las capacidades nacionales en las escuelas promotoras de la salud, determinar el punto en que una escuela es considerada promotora de la salud, y monitorear el estado de salud de niños y maestros

Fuente: elaboración por parte del autor con base en Iniciativa Global Escuelas Promotoras de la Salud.

Para lograr su meta, la iniciativa cuenta con cuatro estrategias para la acción: mejorar los programas de salud escolar (enfocados en el ambiente o entorno físico, la educación para obtener herramientas de salud para la vida como la nutrición o actividad física y servicio de salud y prevención de enfermedades, violencia y adicciones). Creación de redes de escuelas promotoras de la salud (como un esfuerzo internacional a partir de conformación de redes regionales). Fortalecimiento de las capacidades nacionales (a partir del apoyo de la OMS se pretenden fortalecer políticas nacionales de cooperación de los sectores educativo y de salud). Investigación para mejorar los programas de salud escolar (enfocados en capacidades nacionales, certificación de escuelas y monitoreo del estado de salud de niños y maestros).

En ese mismo año la oficina regional de América Latina (OPS) lanza la Iniciativa Regional Escuelas Promotoras de la Salud con el propósito de “fortalecer y actualizar la capacidad de los países de la Región de Latinoamérica y el Caribe en área de salud escolar con un enfoque integral” (185): 1 para lo cual apoyaba a los países miembros para el desarrollo y ejecución de acciones de promoción y educación en

salud alrededor del ambiente escolar más allá del paradigma médico tradicional y enfocados en una concepción del trabajo conjunto del sector salud, educativo y la comunidad.

En 2001 la Unidad Regional Responsable de Escuelas Promotoras de la Salud de la OPS aplica una encuesta regional sobre el estado de la Iniciativa Regional en las Américas. Con una participación de 17 países, destacan entre sus resultados que: la estrategia se implementa predominantemente en escuelas públicas del nivel primaria, el 64 % de los países han conformado comisiones mixtas, en 76% de los países se cuenta con programas de capacitación, sólo 41% cuentan con proyectos de investigación de escuelas promotoras de la salud, sólo el 30% tiene presupuesto específico y el 100% abordan la educación en salud a nivel curricular (185).

<b>Tabla 10</b> Iniciativa Regional Escuelas Promotoras de la Salud	
Supuestos	Descripción
La iniciativa regional se fundamenta en tres componentes principales	Educación para la salud con enfoque integral; creación y mantenimiento de entornos y ambientes saludables; y provisión de servicios de salud
Red Latinoamericana y Caribeña de Escuelas Promotoras de la Salud	Coordinada por la OPS su misión es apoyar la organización y desarrollo de Escuelas Promotoras de la Salud y las Redes en cada país de la Región, así como facilitar el intercambio de experiencias
Estrategias y líneas de acción 2003-2012	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Abogacía de los programas de salud escolar</li> <li>2. Institucionalización de la estrategia Escuelas Promotoras de la Salud y formulación de políticas saludables en las comunidades educativas</li> <li>3. Participación de actores clave en la gestión de los programas de salud escolar</li> <li>4. Fortalecimiento de la capacidad técnica de los países</li> <li>5. Investigación</li> </ol>
Acreditación de Escuelas Promotoras de la Salud	Definición de criterios y procedimientos para la certificación de Escuelas Promotoras de la Salud

Fuente: elaboración por parte del autor con base en Iniciativa Regional Escuelas Promotoras de la Salud

En 2003, tras la III Reunión de la Red Latinoamericana de Escuelas Promotoras de la Salud, celebrada en Quito en 2002, y la Reunión de Expertos en Salud Escolar, llevada a cabo en Washington en octubre de 2002, se presenta la estrategia y líneas



de acción de la iniciativa regional para el periodo 2003-2012. Bajo la premisa de la corresponsabilidad del sector educativo y salud en el logro de ocho de las *Metas del Milenio para el Desarrollo*, es que se proponen las estrategias y líneas de acción a 10 años. Su principales características se presentan en la tabla 10.

En la primera sección de este documento se caracteriza a la población de 5 a 18 años en la región según sus condiciones sociodemográficas, pero también de enfermedad y muerte. La segunda sección hace un especial énfasis en el enfoque medicalizado que han tomado los programas en la región que aunque presentan importantes diferencias se han centrado en acciones preventivas y asistenciales, y en la parte educativa, en la simple transmisión didáctica de la información, haciendo un llamado a la consideración del enfoque integral de la salud en las escuelas. El Resto de las secciones aunque bajo fines diferentes nos presentan la estrategia en su generalidad, que concordante con la iniciativa global y sus cuatro estrategias (mejoramiento de programas, creación de redes, fortalecimiento de las capacidades nacionales e investigación), se desglosan y explican en el contexto latinoamericano.

### **Las escuelas promotoras de la salud en México después de la iniciativa global**

Desde 1994, con la NOM para el fomento de la salud del escolar, las recomendaciones de la OMS orientaron la política de las escuelas promotoras de la salud en el país, aún cuando la política de las escuelas saludables en México datan de 1867 con la Ley orgánica de la Instrucción Pública en el Distrito Federal y 1882 con el Congreso Higiénico Pedagógico. Este programa toma un rumbo específico en 2001 con el Programa Intersectorial de Educación Saludable que se consolida en 2007 con el plan de acción específico 2007-2012 Escuela y Salud tras la publicación de las Estrategias y Líneas de Acción 2003-2012 Escuelas Promotoras de la Salud de la OPS. En 2011 la Reforma Integral de la Educación Básica modifica el Plan de Estudios de Educación Básica y consolida la educación para la salud, y en 2013 se publica la NOM Promoción de la Salud Escolar todo esto en concordancia con la Iniciativa Global Escuelas Promotoras de la Salud de la OMS.

La iniciativa global de la OMS pone como su primera estrategia “Mejorar los programas de salud escolar” lo cual dice se hará mediante la intervención en: ambientes escolares, educación en salud y servicios de salud. Por su parte la iniciativa regional se dice centrar en tres componente principales: educación para la salud con enfoque integral, creación y mantenimiento de entornos y ambientes saludables y provisión de servicios de salud. Este primer punto lo podemos ver de manera comparativa con la política mexicana en la tabla 11.

Componente	¿Se considera?	¿Dónde se considera?
Ambiente escolar	Si	<ul style="list-style-type: none"> <li>• PEyS estrategia 2 y 4</li> <li>• Manual operativo del PEyS</li> <li>• NOM PSE componente sustantivo 3, apéndice normativo EyD</li> </ul>
Educación para la salud	Si	<ul style="list-style-type: none"> <li>• PEyS estrategia 1</li> <li>• PEEB-2011 Exploración y comprensión del mundo natural y social</li> <li>• NOM PSE componente sustantivo 1</li> </ul>
Servicios de salud	Si	<ul style="list-style-type: none"> <li>• PEyS estrategia 3</li> <li>• NOM PSE componente sustantivo 2, apéndice normativo C</li> </ul>

Fuente: elaboración por parte del autor

En lo referente a la educación para la salud con enfoque integral, dice la estrategia regional debe ser de carácter multidisciplinario sobre las habilidades y competencias para la vida que debe estar integrado en el currículo escolar con base en las prioridades locales y con reforzamiento del conocimiento con actividades en el ámbito escolar y la comunidad.

El Programa Escuela y Salud (PEyS) toca este punto en su estrategia uno, en la que considera de forma general el desarrollo de competencias en la comunidad escolar mediante comunicación educativa, pero que profundiza en sus líneas de acción al considerar: conocimientos y prácticas saludables adecuadas, guías y libros según el nivel y actualización de libros de texto gratuitos respecto a determinantes de la salud.

El Plan de Estudios de Educación Básica 2011 (PEEB-2011) profundiza en contenidos e incluye dentro de la currícula obligatoria primero a la educación por competencias, segundo la transversalidad de contenidos a lo largo de la formación, y tercero a la educación para la salud como uno de los temas de relevancia social que se abordarán dentro del campo de *Exploración y comprensión del mundo natural y social* que en preescolar busca que el niño “tome conciencia de las acciones que se realizan para prevenir enfermedades; lograr estilos de vida saludables” y en Ciencias Naturales en Primaria y Ciencias en Secundaria “La cultura de la prevención es uno de sus ejes prioritarios, ya que la asignatura favorece la toma de decisiones responsables e informadas”. Además en cuanto a los programas específicos por año escolar en Ciencias Naturales de Primaria el bloque V concluye con la invitación a la realización a un “Proyecto estudiantil para integrar y aplicar aprendizajes esperados y competencias” en el cual según los contenidos de cada año en las diferentes unidades se exhorta a intervenir en la comunidad según lo aprendido.

La NOM de Promoción de la Salud Escolar tiene como primeros componentes sustantivos la “Educación para la salud y desarrollo de competencias” que tiene como propósito brindar conocimientos y desarrollar capacidades para la modificación de los determinantes de la salud. Su apéndice normativo responde a lo establecido en el PEyS y de la misma forma dice buscar impulsar conocimientos según necesidades locales, elaboración de guías y actualización de libros de texto gratuitos.

De esta manera podemos ver cómo la política mexicana considera a la educación para la salud desde el PEyS y la NOM y su traducción en contenidos curriculares en el PEEB-2011 que se dicen tener un enfoque transversal orientado por competencias y con reforzamiento del conocimiento con actividades en el ámbito escolar y la comunidad, además de considerar en el PEyS las necesidades locales, considerando México este punto en su política.

En cuanto a los ambientes escolares que la iniciativa regional llama creación y mantenimiento de entornos y ambientes saludables, dice tener dos principales

dimensiones, la física que involucra las condiciones mínimas de seguridad y saneamiento (agua, servicios sanitarios, espacios libres de humo y tipos de alimentos que se venden en las cafeterías escolares), y la psicosocial reflejada en la construcción de un clima de interacción armónico, equitativo y libre de violencia.

Este punto es abordado por el PEyS en su estrategia cuatro referente a los entornos seguros y favorables para la salud, que busca el mejoramiento del entorno escolar en lo referente a espacios físicos que incluyen iluminación, ventilación, agua potable, y libre de tabaco, drogas y violencia, y el ambiente psicosocial con respeto, confianza y cuidado entre la comunidad. Además esta estrategia refiere la certificación de escuelas, para lo cual se establecen proceso de mejoramiento y visitas. Esta misma estrategia cuatro considera los entornos seguros y saludables para los escolares, que enfoca su línea de acción a la certificación de escuelas según el Sistema Nacional de Entornos Favorables a la Salud. Por su parte el Manual Operativo del PEyS (que forma parte de la política de este sexenio) establece que:

... la finalidad de las acciones intersectoriales (SS-SEP) realizadas a través del PEyS se materializan en el reconocimiento o CERTIFICACIÓN DE ESCUELAS COMO PROMOTORAS DE LA SALUD” que dice “se fundamenta en la iniciativa *Escuelas Promotoras de la Salud 2003-2012*, de la Organización Panamericana de la Salud se centra en la certificación de escuelas promotoras de la salud (186): 18.

Además de la certificación y los criterios del entorno físico y psicosocial, el PEyS en su estrategia dos refiere la implementación de PP que faciliten la modificación de determinantes favorables para la salud, en sus dos líneas de acción se centran en la regulación de cooperativas escolares, lo cual se tradujo en el Acuerdo para la Salud Alimentaria que en el ámbito escolar restringe la venta de ciertos productos, además de ser el único vestigio del PEyS dentro de la lista de programas actuales de la SEP. En este punto la NOM en su componente sustantivo tres refiere “entornos favorables para la salud” cuyo propósito es el reconocimiento de escuelas según la asesoría

técnica que brinde el personal de salud para la “modificación de entornos físicos y psicosociales”. En su apéndice normativo D establece las características físicas como ventilación, iluminación, agua, saneamiento y espacios libres de tabaco, alcohol, drogas y violencia, y las características psicosociales las cuales son respeto, confianza y cuidado entre la comunidad. En su apéndice E se establecen los criterios de reconocimiento de escuelas promotoras de la salud de los cuales una vez cumplido el 50% se puede pedir el “izamiento de bandera blanca”, y ya con el 80% se podrá solicitar el reconocimiento.

Nuevamente el PEyS y la NOM tocan los mismos puntos, aunque en el caso de la NOM ya se incluyen los criterios específicos de certificación que en el programa se dice se tienen que redefinir, pero en el manual operativo se definen y contemplan junto con todos los supuestos técnicos de certificación. Este por tanto es otro punto considerado por la política mexicana y que debido a la orientación que da la OMS desde su meta ha sido el criterio al que se le ha dado mayor importancia, al punto de muchas veces reducir el programa a esta acción.

Como último punto de la primer estrategia se tiene la provisión de servicios de salud, aunque se dice tomará diferentes sentidos según cada país y sus necesidades, debe en lo general dar acceso a acciones preventivas como la inmunización, tamizaje visual y salud mental entre otras, coordinar con la red local de servicios la prestación directa, informar de los derechos dentro del sistema sanitario y participar en la vigilancia epidemiológica.

El PEyS toca este punto en su estrategia tres “Acceso de los escolares a los servicios públicos de salud” que se enfoca en el conocimiento del Paquete Garantizado de servicios de prevención y promoción, el uso de la Cartilla Nacional de Salud, realización de somatometrias, referencias a los servicios de salud por parte de los profesores a los alumnos y la orientación por parte del personal de salud en materia de adicciones, sexualidad y violencia.

El componente sustantivo dos de la NOM refiere al “Acceso a los servicios de salud” que dice se encamina al accesos propio a los servicios y al uso de la Cartilla Nacional de Salud según el apéndice normativo C referente a la misma, para lo cual el personal educativo colaborará en referir a escolares a los servicios de salud, contribuirá en el seguimiento de la cartilla, operará filtros escolares para evitar el ingreso de alumnos con enfermedades infecciosas, y participará en estudios epidemiológicos de brotes.

Este que es el tercer apartado del primer punto de la estrategia global y regional es también considerada por parte de la política mexicana, ya que dice dar acceso a acciones preventivas (mediante la Cartilla Nacional de Salud), además se establece la coordinación con la red local de servicios de prestación directa y la información a los alumnos de los derechos dentro del sistema sanitario, así como la participación por parte del personal educativo en la vigilancia epidemiológica.

Con esto se puede decir que la primera estrategia de la OMS “Mejorar los programas de salud escolar” mediante la intervención en: ambientes escolares, educación en salud y servicios de salud, no sólo es retomado y adaptado por la OPS sino que ha sido considerada en buena medida como el centro de la estrategia en la región, por lo cual en el caso de México se ha traducido tanto en el PEyS, con su correspondiente eco del componente educativo en el PEEB-2011, como en lo general en la NOM de Promoción de la Salud Escolar que retoma estas intervenciones como parte de sus componentes sustantivos. Por lo que se puede decir que México considera en su totalidad esta estrategia de la recomendación global y regional.

Como segundo punto la iniciativa global establece la “creación de redes de alianza para el desarrollo de las escuelas promotoras de la salud” lo cual señala, es un esfuerzo cardinal internacional de redes regionales para el fortalecimiento de la iniciativa global. Esta segunda iniciativa la podemos ver de manera comparativa en la tabla 12.

<b>Tabla 12</b> Comparativo Iniciativa 2: Creación de redes de alianza para el desarrollo de las Escuelas Promotoras de la Salud	
¿Se considera?	¿Dónde se considera?
Si	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Creación e integración a la Red Latinoamericana de Escuelas Promotoras de la Salud desde 1996</li> <li>• PEyS estrategia 5</li> </ul>

Fuente: elaboración por parte del autor

Tras la *Conferencia Europea sobre Educación Sanitaria y Promoción* celebrada en Estrasburgo en 1990 que diera como origen la primera red de escuelas promotoras de la salud, con el antecedente de la *Reunión de Consulta sobre Educación en Salud en el Ámbito Escolar*, llevada a cabo en Costa Rica en 1993, y ya establecidas en la región escuelas promotoras de la salud (aunque aún no bajo las directrices de OMS) la OPS se suma al llamado internacional y en Chile, en el Congreso de Salud Escolar en 1995, se acuerda la creación de la Red Latinoamericana de Escuelas Promotoras de la Salud, que se fundaría un año después en Costa Rica.

Para 2003 participaban en la red 20 países de América Latina, dentro de los que México ha sido miembro desde su fundación, y tenía entre sus propósitos: la difusión del marco conceptual y operativo de la iniciativa, impulso a la formación de redes nacionales, el intercambio de experiencias y conocimientos, y el fortalecimiento de la coordinación intersectorial.

Además de formar parte México de la Red Latinoamericana de Escuelas Promotoras de la Salud, en el PEyS en su estrategia cinco referente a mecanismos de vinculación y articulación, en su línea de acción “g”, se propone la cooperación internacional para el impulso de la salud en el entorno escolar, lo cual dice se logrará mediante la integración del país a las Redes Panamericanas de Escuelas y Universidades Promotoras.

Con esto México no sólo “cumple” desde 1996 con la integración de una alianza o red de cooperación internacional en la región, sino que plantea seguir consolidando

el componente de ayuda internacional al buscar formar parte en redes de universidades promotoras en Latinoamérica.

La tercera estrategia de la iniciativa global señala el “fortalecimiento de las capacidades nacionales”, lo cual se logrará mediante el apoyo desde la organización para desarrollar programas y crear alianzas intersectoriales en los diferentes países. Esto se trata en la red latinoamericana, pero también es parte de las estrategias y líneas de acción 2003-2012 de la OPS, que de sus seis estrategias, cuatro corresponden al fortalecimiento de las capacidades nacionales, lo cual podemos ver en la tabla comparativa 13.

<b>Tabla 13</b> Comparativo Iniciativa 3: Fortalecimiento de las capacidades regionales	
¿Se considera?	¿Dónde se considera?
Si	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Red Latinoamericana de Escuelas Promotoras de la salud: objetivos</li> <li>• Escuelas Promotoras de la Salud. Estrategias y líneas de acción 2003-2012 de la OPS estrategia 1,2,3 y 4</li> </ul>

Fuente: elaboración por parte del autor

La primera estrategia de la iniciativa regional refiere a la “abogacía de los programas de salud escolar” la cual se orienta a colocar en las agendas nacionales el tema y aumentar las capacidades de los países. Su segunda estrategia “institucionalización de la estrategia Escuelas Promotoras de la Salud y formación de políticas saludables en las comunidades educativas” se refiere a la multisectorialidad en el desarrollo de planes conjuntos y la inclusión de contenidos relativos en planes educativos. La estrategia tres “participación de actores clave en la gestión de los programas de salud escolar” se encamina a la conformación de redes nacionales, su fortalecimiento y su relación con la red latinoamericana. La estrategia cuatro “fortalecimiento de las capacidades técnicas de los países” se enfoca en el fomento de la formación y certificación de recursos humanos en lo relativo a la promoción de la salud escolar, y mejorar los mecanismos de certificación de Escuelas Promotoras de la Salud.

Si bien esta es una estrategia centrada en la misma organización que indica su papel como institución transferente de la política de las escuelas promotoras las constantes



referencias que hace el PEyS a la OMS y la OPS son un reflejo de este trabajo como lo son: la definición de salud de la OMS, el programas de envejecimiento y salud, el programa de actividad física, la estrategia mundial sobre regímenes alimenticios, actividad física y salud y Programa de Escuelas Promotoras de la Salud de la OPS.

Como último punto, la iniciativa global, invita a fomentar la “investigación para mejorar los programas de salud escolar” lo cual se articula en tres puntos: la evaluación de las capacidades nacionales en las escuelas promotoras de la salud, determinar el punto en que una escuela es considerada promotora de la salud y monitorear el estado de salud de niños y maestros. Al ser estos planes generales, en muchas ocasiones se pueden llegar a traslapar, como lo es el caso de los dos primeros puntos, que en el caso de la iniciativa regional son tratados como diagnósticos para el fortalecimiento. Sin embargo en la estrategia cinco “investigación” la OPS exhorta por un lado al desarrollo de la investigación aplicada de los programas de salud escolar y la difusión de resultados e información actualizada, y por el otro a la vigilancia de prácticas de riesgo y factores protectores en la población escolar. Estos son también puntos considerados en México como puede verse en la tabla 14.

<b>Tabla 14</b> Comparativo Iniciativa 4: Investigación para mejorar los programas de salud escolar	
¿Se considera?	¿Dónde se considera?
Si	<ul style="list-style-type: none"> <li>• PEyS estrategia 6</li> <li>• NOM PSE componente transversal 3</li> </ul>

Fuente: elaboración por parte del autor

En la política nacional en el PEyS se dedica la estrategia seis a la medición, análisis y evaluación de las intervenciones del programa refiriendo específicamente a la recolección de datos, su organización y el impulso a investigaciones específicas. Y la NOM en su tercer componente transversal refiere a la “evidencia de promoción para la salud” para lo cual en coordinación con las instituciones educativas se deben registrar las acciones según los formatos del Sistema Nacional de Información en

Salud para utilizarla en “la evaluación, seguimiento y mejoramiento de los procesos”. Como pudo verse las líneas generales de la OMS que lanza en 1995 son retomadas por la iniciativa regional de la OPS de 2003 que llegan a los diferentes países de América Latina buscando homogeneizar la práctica de las escuelas promotoras de la salud, y pese a que México tiene una larga trayectoria en el tema que se remonta a 1867 con la Ley Orgánica de la Instrucción Pública en el Distrito Federal que consideraba contenidos y formación docente, y el Congreso higiénico Pedagógico de 1882 que se preocupó por las condiciones infraestructurales de las escuelas, el país ignora su experiencia acumulada y opta por virar hacia las recomendaciones del organismo internacional.

## **Conclusión**

Hoy día son pocas las políticas o programas que podemos considerar como un desarrollo puramente nacional para responder a problemáticas específicas de un país y sus habitantes, y más bien podemos encontrar políticas transferidas por países dominantes en la región u organismos supranacionales que buscan la homogeneidad según su punto de vista y sin considerar las condiciones reales de los países.

Tanto los lineamientos de la publicidad en horarios infantiles como la política de escuelas promotoras de la salud son ejemplos de estas formas de importación de las ideas y de cómo las directrices internacionales impactan de forma directa sobre los programas nacionales.

En el primero de los casos observamos una forma específica de definición del problema (obesidad infantil) y sus causas (publicidad), y en razón de lo cual se enfrenta desde una perspectiva particular (reducción de exposición). Pero ante lo cual cabría preguntarse si en el contexto nacional es adecuado o suficiente limitar publicidad y qué responsabilidades están tomando el gobierno y la iniciativa privada si podemos señalar que en las telenovelas se permite la transmisión de spots que no

cumplan con los criterios nutrimentales independientemente de la hora, cuando este es el género de mayor consumo en población infantil, señala el IFT (6), además, el horario con mayor encendido de televisiones por parte de los niños es entre las 20:00 y 22:00 horas, horario no restringido.

Con esto tan sólo se quiere señalar que esta sigue siendo una política sectorial impulsada por un organismo supranacional en la que pese ajustarse a las recomendaciones de la OMS priman los intereses comerciales y del mercado al dejar una amplia brecha de posibilidades para vulnerar a la población que se dice proteger, ignorando la información local disponible para su formulación.

El segundo caso nos muestra como pese a la trayectoria nacional se abandona el trabajo realizado en el país y se adopta en su totalidad las directrices internacionales. El recorrido que México tiene en materia de contenidos e infraestructura data de ya hace muchos años, y al renunciar a esta experiencia acumulada desplaza el programa y lo sectorializa al punto en que la SEP no lo considera ya como uno de sus programas vigentes.

México como nación importadora adoptan las recomendaciones de la OMS e ignora su información local disponible y se conforma con decir que cumple con las directrices supranacionales o que es parcialmente equivalente con políticas internacionales, pero no siempre esto resulta lo más conveniente, ya que impulsa políticas adecuadas para el exterior pero poco aptas para el interior

## Capítulo 7

### **Televisión, escuela y salud: La región epistemológica de los programas de Promoción de la Salud Infantil**

Una vez analizada la forma de importación de las ideas de los programas de Promoción de la Salud Infantil, es necesario analizar parte de la dimensión de su diseño. Si consideramos que estos programas buscan mejorar la salud de los niños cabría cuestionarse sobre los estatutos conceptuales que orientan sus acciones. Para esto se utilizará la herramienta teórica propuesta por Chapela que nos posibilita ubicar la dimensión ontológica (concepción del Otro), epistemológica (clasificación), metodológica (paradigma) y práctica (ejercicio del poder) de los programas.

Al ser este un análisis únicamente documental, se tomarán estas dimensiones a partir de los indicadores expuestos en el apartado metodológico. Con esto únicamente podremos develar la dimensión discursiva “ideal” que se propone desde los programas con lo cual se le asignará una región epistemológica aproximada a cada uno de ellos teniendo en cuenta que esto puede variar en la implementación de los mismos según las “ideas de las ideas” de cada implementador o promotor de la salud.

#### **7.1. La región epistemológica de los lineamientos de la Publicidad en Horarios Infantiles en México <sup>14</sup>**

Bajo el principio de interés superior de la niñez establecido en el artículo 4º constitucional es que los lineamientos de la publicidad en horarios infantiles dicen tener el propósito de proteger a los menores de edad ante la publicidad de alimento y bebidas no alcohólicas para que estos no distorsionen la buena nutrición.

---

14 En este apartado los entrecomillado (“”) será de frases o unidades de análisis extraídas de los *Lineamientos de la Publicidad de Alimentos y Bebidas no alcohólicas en horarios infantiles*, por lo cual no se le colocará una referencia inmediata y únicamente se indicará la página.

## ¿Quién es el Otro para los lineamientos de la Publicidad en Horarios Infantiles?

En cuanto a la concepción del Otro en este documento los niños son considerados como clientes faltos de conocimientos e incapaces de analizar de forma objetiva los mensajes, lo que los coloca en el extremo izquierdo del eje.

Cliente  Agente

Esto lo podemos ver desde un inicio del documento en el que en las consideraciones definen a su población objetivo (niños) como:

... considerando esta etapa como la comprendida entre los 6 hasta los 12 años de edad donde los niños no son capaces de lograr un pensamiento abstracto, por lo que pueden asumir a la publicidad como mensajes absolutos; y en este sentido no cuentan con conocimiento, experiencia y madurez para evaluar objetivamente, la información publicitaria relacionada con las características, propiedades y modo de uso de los alimentos y bebidas no alcohólicas en el contexto de una dieta correcta (pág. 1).

A partir de lo anterior se puede ver que se les considera a los niños como consumidores potenciales en el contexto del mercado en el que se sitúa la publicidad, la cual puede inducirlos a una dieta incorrecta debido a su falta de conocimientos e incapacidad de entender mensajes de manera objetiva.

Esta es la única referencia que se hace a su población objetivo por lo cual se considera la concepción del Otro en este documento como la de clientes faltos de conocimientos e incapaces de analizar de forma objetiva los mensajes.

## ¿Cuál es la clasificación del conocimiento de los lineamientos de la Publicidad en Horarios Infantiles?

La clasificación a la que responden estos lineamientos es cerrada, ya que pese a poder involucrar a diferentes instancias en su elaboración o ejecución, y por tanto involucrar más que una única forma de entender el problema, se ciñen a una sola institución y su forma de definir y enfrentar el problema lo que la coloca en el extremo izquierdo del eje.

Cerrada  Abierta

Pese a ser esta una política que involucra tanto a la Secretaría de Comunicaciones y Transportes (SCT) como a la SS, el programa termina por ser sectorial en el que toda acción se lleva a cabo “por conducto de la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios” (pág. 6), siendo este el único actor involucrado en su elaboración y por tanto viendo y definiendo el problema desde un punto de vista único.

Pese a que los lineamientos se sustentan jurídicamente en el Ley General de Salud (a la cual se le confieren dichas atribuciones desde la Ley Federal de Telecomunicaciones y Radiodifusión en su artículo 219) la única mención que se hace al sector comunicaciones es en materia de clasificación de programación al señalarse en el apartado tercero: “... de conformidad con el Reglamento de la Ley Federal de Radio y Televisión, en materia de Concesiones, Permisos, y Contenidos de las Transmisiones de Radio y Televisión” (pág. 6), clasificación que según dicho reglamento otorga la Secretaría de Gobernación.

La perspectiva a partir de la cual se define y enfrenta el problema es la del sector salud y más específicamente del sector médico vía la COFEPRIS, en la que dicha comisión es el principal actor involucrado, tanto en el diseño como en la implementación, siendo su conocimiento el único válido.

### **¿Cuál es el paradigma de los lineamientos de la Publicidad en horarios infantiles?**

En cuanto al paradigma o la forma en que se entiende a la salud en estos lineamientos, se le ve como lo opuesto a enfermedad, siendo esta una concepción biomédica y colocándose en el extremo izquierdo del eje.

Biomédico  Crítico-hermenéutico

Los lineamientos se enfocan en la co-morbilidad, es decir las consecuencias que el sobrepeso y obesidad tienen a manera de enfermedad como se hace notar desde las consideraciones donde se menciona: “Dado su papel como causa de enfermedad, la obesidad aumenta la demanda por servicios de salud y afecta el desarrollo económico y social de la población” (pág. 1).

En estas mismas consideraciones se sustenta el tomar esta labor regulatoria debido a: “Que de conformidad con el Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018, el sobrepeso, la obesidad, la diabetes y la hipertensión, han llegado a niveles muy elevados en todos los grupos de la población” (pág. 1). Por tanto se puede ver que se le entiende a la salud como lo opuesto a enfermedad, y la forma para llegar a ella es evitando el sobrepeso y obesidad, esto por medio de la reducción de un factor de riesgo específico (publicidad), por lo cual, el paradigma al que responde es el biomédico.

### **¿Para qué se quiere el poder en los lineamientos de la Publicidad en Horarios Infantiles?**

El poder se quiere para controlar al niño y su consumo alimentario, por lo cual, el control que pueden ejercer los niños en este programa es nulo, y por tanto hegemónico del lado del ejecutor del mismo, lo cual lo coloca nuevamente en el extremo izquierdo del eje.

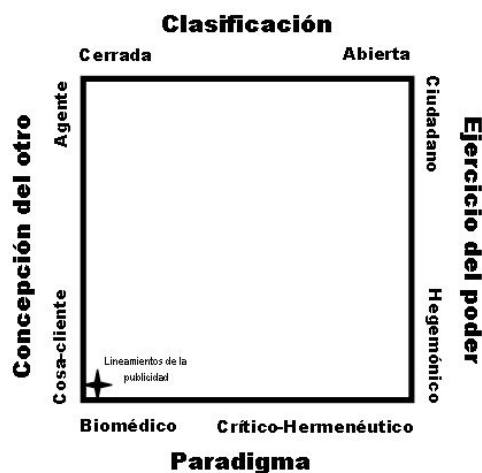
De la mano de la forma de entender a los niños, podemos ver un rol paternal por parte de la institución responsable que plantean desde sus consideraciones: “la urgencia de proteger a los niños mexicanos en riesgo” (pág. 1).

Esta “protección” se logra vía la reducción de la exposición de la publicidad de productos con un alto contenido calórico al “contribuir al seguimiento de una dieta correcta de los niños mexicanos, modificando la información que reciben a través de la televisión abierta y restringida” (pág. 1). Bajo la premisa de la incapacidad de los niños, los lineamientos no le otorgan a la población objetivo ninguna facultad o atribución para participar en el programa. Al ser un proyecto preventivo sobre un factor de riesgo bien definido que se disminuye según el criterio de la autoridad, el poder que puede ejercer el niño es nulo y el de la autoridad regulatoria hegemónico.

### ¿Cuál es la región epistemológica de los lineamientos de la publicidad en horarios infantiles?

Considerando lo anterior, la región epistemológica en la cual se ubican estos lineamientos sería en la parte inferior izquierda como un promoción de la salud del mercado.

Figura 2.





Se concibe al Otro como un consumidor/cliente sin conocimiento e incapaz de analizar mensajes de manera objetiva, y que por tanto debe ser protegido al alejarle la publicidad pero sin darle ninguna facultad, con una clasificación del conocimiento cerrada en la que el principal actor en el diseño e implementación es la COFEPRIS, con un paradigma biomédico de factores de riesgo específicos ante una comorbilidad.

## **7.2. La región epistemológica del Programa de Acción Específico 2007-2012 Escuela y Salud <sup>15</sup>**

Tras la firma en 2001 de las *Bases de Coordinación para establecer, desarrollar, ejecutar y promover un Programa de Educación Saludable en las escuelas de educación básica del sistema educativo nacional* por parte de los titulares de la SEP Y SS, el programa de salud escolar impulsado en el sexenio presidencial 2000-2006 comienza a tomar forma y se va consolidando con el paso de los años. En 2006 y con una nueva administración que daría continuidad a lo comenzado en el sexenio anterior, termina su etapa de maduración al surgir el programa *Escuela y Salud*, y con él un plan de acción específico para el periodo 2007-2012.

El 28 de mayo de 2012, el que fuera secretario de Salud al presentarse el *Programa de Acción específico 2007-2012. Escuela y Salud* y a partir de marzo de 2012 secretario de educación (José Ángel Córdoba) y el entonces secretario de salud, firman las *Bases de Colaboración para el Establecimiento, Desarrollo y Ejecución del Programa de Acción Específico Escuela y Salud*.

En 2013 con un nuevo responsable en el ejecutivo federal y por tanto en la SS se presenta un *Manual Operativo del Programa Escuela y Salud* (186) que con la premisa de ser un apoyo al documento rector (*Programa de Acción Específico 2007-2012. Escuela y Salud*) presenta una sistematización del proceso de planeación,

---

15 En este apartado los entrecomillado (“”) será de frases o unidades de análisis del *Programa de Acción Específico 2007-2012 Escuela y Salud* por lo cual no se le colocará una referencia inmediata y sólo se colocará la página.

ejecución y seguimiento del programa en su carácter técnico. Por tanto el programa 2007-2012 sigue estando vigente en la actual administración (por lo menos para SS), al reconocerlo e incluso marcar su continuidad desde inicios del sexenio.

Por parte de la SEP el PEyS ya no aparece dentro de la lista de sus programas vigente, y el único remanente de este es *Salud Alimentaria*, que como ya se dijo derivó del *Acuerdo Nacional para la Salud Alimentaria (ANSA)* de 2010, pero que responde a parte de los objetivos del PEyS, por lo que el Programa de Acción en el Contexto Escolar del ANSA fue elaborado por la *Dirección General de Desarrollo de la Gestión e Innovación Educativa* de la *Subsecretaría de Educación Básica* de la SEP a través del PEyS y en colaboración con la *Dirección General de Promoción de la Salud* de la SS (187).

Con la premisa de que son la educación y la salud instrumentos para combatir la pobreza, la desigualdad y fomentar el desarrollo es que el PEyS dice promover la creación de una “nueva cultura para la salud” trascendiendo las acciones meramente higiénicas y de autocuidado, y respondiendo a las iniciativas de la OMS y en concordancia con lo empezado en el *Programa Intersectorial de Educación Saludable* del sexenio anterior, y complementario a los programas de *Entornos y Comunidades Saludables* y *Vete Sano, Regresa Sano*.

### **¿Quién es el Otro para el Programa Escuela y Salud?**

Par el PEyS el Otro es visto como un ente biológico de desarrollo diferencias, si bien no se le considera cliente, la concepción del Otro en este programa es cercano al extremo izquierdo al considerar a su población objetivo como entes o cosas biológicas.

Cosa/cliente  Agente

En su introducción el PEyS establece su población objetivo como: “El Programa de Escuela y Salud tiene la virtud de considerar una población específica que son los escolares desde el nivel básico hasta el nivel superior” (pág. 11). Esta población objetivo no es definida en ningún apartado del programas, aunque al considerar del nivel básico al superior y según el diagnóstico de salud que presenta, se puede decir que esta población comprende de los 6 a 24 años, correspondiendo a los niños el rango de 6 a 12 años. No se define esta etapa, pero en el glosario se considera a la adolescencia y la pubertad como:

Adolescencia: Periodo de la vida comprendido entre los 10 y los 19 años, caracterizado por cambios biopsicosociales, que transforman al niño en adulto, mediante un proceso de modificaciones interdependientes en el cuerpo, en la mente y en las relaciones sociales (pág. 101)

Pubertad: Etapa en la que inicia la aparición de los caracteres sexuales secundarios, como parte del proceso de maduración de los órganos reproductivos (pág. 102)

Con base en lo anterior se puede ver que el PEyS pese a no definir la niñez tan sólo considera a su población objetivo como entes de desarrollo biológico diferencial caracterizado por cambios en el cuerpo y maduración orgánica. Por tanto la concepción del otro en el PEyS está lejos de ser la de agentes, pero tampoco se les considera clientes o cosas, aunque sí cercanos.

### **¿Cuál es la clasificación del conocimiento en el Programa Escuela y Salud?**

En cuanto a la clasificación del conocimiento y pese a suponer un programa intersectorial, en el que dos instancias tuvieran que estar involucradas, la perspectiva termina por ser cerrada, al concentrar el diseño y ejecución en manos de la SS y quedar tan sólo en manos de la SEP una implementación pasiva sin injerencia, por lo que el diseño del problema es a partir del conocimiento “bueno” para SS.



Desde la introducción este programa se enfoca a “ realizar un abordaje integral, intersectorial y dirigido al ámbito individual y colectivo” (pág. 12), esto mismo se reitera a lo largo del documento, como en los principios de implementación o en el objetivo general, al igual que se reafirma con la firma de las bases de implementación entre la SEP y la SS, sin embargo esto no se lleva a cabo en igualdad de condiciones. En los antecedentes se establece que “la comunidad educativa se corresponsabilice impulsando y participando en múltiples estrategias que generen mejores condiciones de salud en el espacio escolar” (pág. 13) y el sector salud:

Siempre se ha buscado delimitar la contribución de cada uno de los sectores. Así, el sector salud en general provee los lineamientos, ofrece las intervenciones preventivas, proporciona conceptos para los libros de texto, genera mensajes para campañas, y efectúa vacunaciones en el sitio. Mientras que las autoridades escolares dan apertura para incorporar a las escuelas al proceso de certificación de escuelas favorables a la salud, para el entrenamiento de los docentes, de los comités de participación escolar, y organizar la estructura curricular y del tiempo escolar para prácticas saludables (pág. 13).

En la estrategia uno se dice que se coordinarán ambas secretaría para la elaboración conjunta de contenidos en los libros de texto gratuitos, y en la estrategia cinco se busca el fortalecimiento de los vínculos intersectoriales, pero esto siempre bajo la tutela de SS donde su conocimiento y ejercicio del poder es hegemónico, al no tener la misma capacidad las diferentes instancias, por lo que la SEP se reduce a la instancia ejecutora de lo dispuesto por SS, por lo cual el abordaje integral estriba en la implementación por parte de una secretaría de lo dispuesto por otra.

La clasificación del conocimiento o definición del problema en esta política no responde a la participación de dos instancias, sino que se reduce al diseño, supervisión, certificación y capacitación por parte de SS según su perspectiva del problema y la forma de resolverlo y la ejecución pasiva de SEP según lo dispuesto por SS en una clasificación del conocimiento cerrada.

### **¿Cuál es el paradigma en el Programa Escuela y Salud?**

El paradigma, correspondiente con las otras categorías, es medicalizado ya que se entiende a la salud como lo opuesto a enfermedad, lo que lo coloca en el extremo izquierdo del eje.

Biomédico  Crítico/hermenéutico

Desde la introducción se establece que “El entorno escolar es un espacio en el que es posible aumentar, practicar y fortalecer el conocimiento sobre la promoción de la salud y la prevención de enfermedades, ayudando a que los escolares tomen una adecuada decisión en torno a su salud” (pág. 11) siendo la PS un sinónimo de la prevención específica de enfermedades, lo cual se evidencia en las competencias que deben tener los escolares.

De igual forma se establece en la introducción que los problemas de salud son enfermedades “Estos problemas son: mortalidad materna, mortalidad infantil, cáncer cérvicouterino, discapacidad auditiva, dengue, planificación familiar, enfermedades prevenibles por vacunación, diabetes mellitus, sobrepeso y obesidad, adicciones, lesiones por accidentes viales, cáncer mamario, VIH-Sida y trastornos de la salud mental” (pág. 11) por lo que el diagnóstico de salud que se hace presenta las principales causas de muerte, enfermedad y egresos hospitalarios.

Con base en lo anterior se dice que esto los “obliga a enfocar las acciones a la modificación de los determinantes del proceso salud-enfermedad, caracterizado por

la presencia de enfermedades transmisibles y crónico-degenerativas” (pág. 39), siendo el reto de esta política “Detener desde edades tempranas la epidemias de enfermedades crónicas y lesiones, propiciadas por el sobrepeso y la obesidad, debido al consumo de bebidas y hábitos alimentarios no saludables, la falta de actividad física y los comportamientos y condiciones de riesgo” (pág. 38), y que se reitera en su objetivo general y las competencia que deben tener la comunidad educativa.

Finalmente la estrategia tres “Facilitar el acceso de la comunidad educativa al Paquete Garantizado de prevención y promoción de la salud y manejo de la Cartilla Nacional de Salud” (pág. 50) se enfoca además del acceso de los escolares a los servicios públicos de salud y el uso de la Cartilla Nacional de Salud, en el cumplimiento de citas médicas, valoraciones clínicas de los escolares, y somatometrías y referencia a los servicios de salud que deben realizar los profesores.

Para esta política el único conocimiento útil es el de la medicina, por lo que la definición de esta es lo opuesto a enfermedad y la forma de llegar a ella es mediante acciones preventivas y sobre factores específicos y bien definidos, por lo que incluso la educación se medicaliza.

### **¿Para qué se quiere el poder en el Programa Escuela y Salud?**

El poder se quiere para perpetuar una idea de salud, controlar a la población y orientarla según sus fines. Aunque el PEyS dice buscar que su población objetivo controle su entorno e intervenga en su comunidad, esto será bajo la tutela o según lo establecido por la autoridad central.



Desde su objetivo general el programa establece: “Realizar intervenciones intersectoriales, anticipatorias, integradas y efectivas, con los niños de educación básica, adolescentes y jóvenes de educación media y superior, que les permitan desarrollar capacidades para ejercer mayor control sobre los determinantes causales de su salud, mejorarla, y así incrementar el aprovechamiento escolar” (pág. 41)

Este “desarrollo de capacidad para ejercer control sobre los determinantes causales de la salud”, se enfoca en el documento primero desde el desarrollo de competencias y la formación, y segundo, dice en los retos del programa, desde la participación social activa e informada por lo que su visión será

Al 2012 habremos establecido un entorno escolar favorable para la adopción de conocimientos y el desarrollo de competencias que refuercen e impulsen una cultura de la salud y del autocuidado en la comunidad escolar, y que de manera participativa y responsable les brinde la habilidad y los medios para controlar su salud, contribuyendo a mejorar el aprovechamiento escolar y detener las epidemias de padecimientos crónicos, infecciosos y lesiones (pág. 39).

Para lograr esto la estrategia uno se enfoca al desarrollo de competencia, una visión que desde lo educativo ha sido cuestionada por la reducción de conocimientos al mínimo y la falta de reflexión sobre estos. En la estrategia dos, relativa a políticas para la modificación de los determinantes de la salud, también refiere la importancia de las competencias y establece:

Capacitar a la comunidad educativa para el desarrollo de competencias, que permita la acción para Modificar:

Hábitos de consumo de alimentos y bebidas.

El nivel y la frecuencia de la actividad física.

Los hábitos higiénicos personales y las prácticas de almacenamiento de agua.

El comportamiento de riesgo, al ejercer los derechos sexuales y reproductivos.

El entorno para prevenir accidentes en el hogar y en la vía pública.

Prevenir las adicciones y la violencia, ampliando la oferta de actividades deportivas, artísticas y sociales.

Promover el autocuidado de la salud. (pág. 48).

Lo que nos habla de competencias o conocimientos específicos en los que la población objetivo no reflexionará o ejercerá un verdadero poder o control sobre los determinantes de la salud o su entorno, sino que actuarán como replicadores de conocimientos específicos, lo cual se expone en la estrategia cuatro: "Los escolares son buenos replicadores de la información y de esa manera pueden ejercer una influencia positiva en su comunidad" (pág. 55).

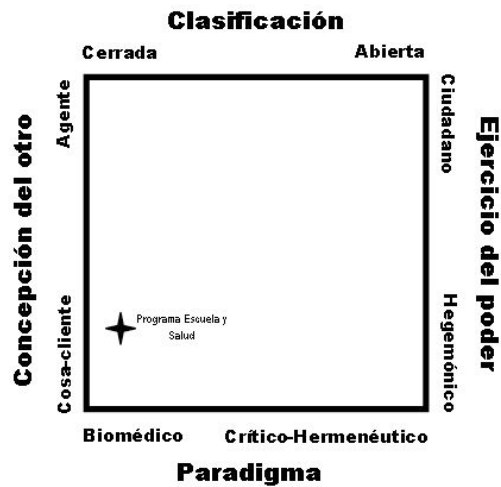
Con esto se reduce su ejercicio del poder o su capacidad de intervenir o tomar control, a la réplica de lo instituido específicamente desde un programa central. Por tanto se puede decir que el ejercicio del poder no es la del control de su entorno o de la participación comunitaria, ya que esto se reduce a transmisión de conocimientos específicos sobre causas bien definidas de riesgo y la réplica por parte de la población escolar según un poder y un conocimiento hegemónico.

### **¿Cuál es la región epistemológica del Programa Escuela y Salud?**

La región epistemológica en que se ubica es cercana a lo oficial, buscando cambiar comportamientos específicos según el criterio biomédico sobre una población homogénea y pasiva.



Figura 3.



Con una concepción de otro como un ente biológico de desarrollo diferencial, un ejercicio del poder que se reduce a la réplica de las competencias específicas, una clasificación del conocimiento que se dice abierta e intersectorial pero termina siendo cerrada al ser una institución la diseñadora según su conocimiento y otra la implementadora pasiva, y un paradigma medicalizado en el que salud es lo opuesto a enfermedad y por tanto la forma de llegar a ella es mediante la prevención.

### 7.3. La región epistemológica del Plan de Estudios de Ciencias Naturales de Educación Básica en nivel primaria en su componente de educación en salud <sup>16</sup>

La Reforma Integral de la Educación Básica (RIEB) ha sido un proceso de reestructuración curricular de la educación básica (preescolar, primaria y secundaria) comenzado en 2004 con la reforma de la currícula de preescolar, a la cual siguió en 2006 la de educación secundaria, y en 2009 primaria, para concluir en el años 2011 con una reforma a la Ley General de Educación (LGE) y un nuevo Plan de Estudios de Educación Básica (PEEB). Pero estos cambios vinieron acompañados de modificaciones tanto del esquema de enseñanza (al orientarse a la educación por

<sup>16</sup> En este apartado los entrecomillado (“”) será de frases o unidades de análisis extraídas del *Plan de Estudio de Ciencias Naturales de Educación Básica en nivel primaria* por lo cual no se le colocará una referencia y sólo se colocará la página.

competencias), como del esquema laboral de los profesores (al crear un Padrón Nacional de Maestros, el Sistema Nacional de Evaluación para el Ingreso Docente, y el Padrón Nacional de Alumnos, Instalaciones y Centros Escolares).

El PEEB-2011 dice que el sistema educativo debe orientar al alumno a que “desarrolle competencias” para conducirse en una economía en la que el conocimiento es fuente principal para crear valor, es entonces que se espera un perfil de egreso con “aprendizajes esperados” o “competencias relevantes” para una “vida plena y productiva”.

El PEEB-2011 establece los aprendizajes esperados y los estándares curriculares en los niveles educativos preescolar, primaria y secundaria con doce principios pedagógicos: centrar la atención en los estudiantes y en su proceso de aprendizaje, planificar para potenciar el aprendizaje, generar ambientes de aprendizaje, trabajar en colaboración para construir el aprendizaje, poner énfasis en el desarrollo de competencias, el logro de los estándares curriculares y los aprendizajes esperados, usar materiales educativos para favorecer el aprendizaje, evaluar para aprender, favorecer la inclusión para atender a la diversidad, incorporar temas de relevancia social, renovar el pacto entre el estudiante, el docente, la familia y la escuela, reorientar el liderazgo, y la tutoría y asesoría académica a la escuela.

Abarcando los tres niveles de la educación básica, el mapa curricular 2011 se organiza en cuatro campos formativos para la articulación curricular: lenguaje y comunicación, pensamiento matemático, exploración y comprensión del mundo natural y social, y desarrollo personal y para la convivencia. Y cuatro periodos escolares: el primero con los tres años de preescolar, segundo con los tres primeros años de primaria, el tercero con los tres últimos años de primaria, y cuarto con los tres años de secundaria.

La educación para la salud forma parte del campo de *exploración y comprensión del mundo natural y social*, que se aborda en el primer periodo en la asignatura de

*desarrollo físico y salud*, en el segundo periodo en *exploración de la naturaleza y la sociedad*, en el tercero en *ciencias naturales*, y en cuarto en *ciencias*.

EL programa de *exploración de la naturaleza y la sociedad* aborda las temáticas en tres rubros (formación científica básica, espacios geográfico y el tiempo histórico) estando los contenidos relativos a educación para la salud en la formación científica básica, que en el primer año de primaria se abordan en el bloque I *Yo, el cuidado de mi cuerpo y mi vida diaria*, y el bloque V *Los riesgos y el cuidado del lugar donde vivo*; y en el segundo años también en el bloque I *Mi vida diaria*, y el bloque V *Juntos mejoramos nuestra vida*.

De tercero a sexto año de primaria los contenidos de educación para la salud forma parte del programa de la asignatura de *ciencia naturales*, estando las competencia relacionadas con la salud dentro del ámbito de *desarrollo humano y cuidado de la salud* que se abordan en el bloque I durante los cuatro años. En tercer año en: *¿Cómo mantener la salud? Me reconozco y me cuido*, en cuarto años *¿Cómo mantener la salud? Fortalezco y protejo mi cuerpo con la alimentación y la vacunación*, en quinto año *¿Cómo mantener la salud? Prevengo el sobrepeso, la obesidad, las adicciones y los embarazos*, y por último en el sexto año *¿Cómo mantener la salud? Desarrollo un estilo de vida saludable*.

Antes de comenzar con el análisis hay que señalar que las categorías (concepción del Otro y ejercicio del poder) serán abordadas desde la perspectiva general que toma el PEEB, ya que pese a dividirlos por periodos (y en este trabajo sólo considerar dos de los cuatro) no se les considera de manera diferente en los distintos bloques. Las categorías (clasificación y paradigma) sí serán abordadas de manera específica en el segundo y tercer periodo.

### ¿Quién es el Otro para el Plan de Estudios de Educación Básica?

En cuanto a la población objetivo, el PEEB-2011 plantea una integralidad de los tres niveles o los cuatro periodos escolares, al establecer una población de 3 a 15 años con una sucesión curricular establecida, en la que bajo la premisa del alumno como centro del proceso de aprendizaje se le reconoce de manera integral, e incluso casi como agente.

Cosa/cliente ————— ✦ ————— Agente

Desde la presentación, el PEEB-2011 busca fortalecer las capacidades de los alumnos, si bien su orientación es un tanto hacia el mercado, reconoce la participación, las tradiciones, al otro como igual y termina diciendo buscar una apertura al pensamiento crítico y propositivo.

El sistema educativo nacional deberá fortalecer su capacidad para egresar estudiantes que posean competencias para resolver problemas; tomar decisiones; encontrar alternativas; desarrollar productivamente su creatividad; relacionarse de forma proactiva con sus pares y la sociedad; identificar retos y oportunidades en entornos altamente competitivos; reconocer en sus tradiciones, valores y oportunidades para enfrentar con mayor éxito los desafíos del presente y el futuro; asumir los valores de la democracia como la base fundamental del Estado laico y la convivencia cívica que reconoce al otro como igual; en el respeto de la ley; el aprecio por la participación, el diálogo, la construcción de acuerdos y la apertura al pensamiento crítico y propositivo (pág. 9).

Además al considerar al alumno como centro del proceso de aprendizaje se reconoce que “cuentan con conocimientos, creencias y suposiciones sobre lo que se espera que aprendan, acerca del mundo que les rodea, las relaciones entre las personas y las expectativas sobre su comportamiento” (pág. 26) por lo que en el

reconocimiento de su diversidad (social, cultural, lingüística) se pretende que se de la planeación y generación de ambientes de aprendizaje en un trabajo colaborativo entre maestros y alumnos.

Pese a ser un plan de estudios orientado por competencias en cuanto a la concepción del otro se le reconoce al niño o estudiante su carácter encarnado, crítico e independiente, así como sus diferencias y posibilidades, donde es este el centro del proceso de aprendizaje, y el cual se debe orientar según sus particularidades y las del colectivo en el que se encuentre.

### **¿Cuál es la clasificación del conocimiento en el Plan de Estudios de Educación Básica?**

En esta categoría se hablará de manera específica del componente de educación en salud del PEEB-2011, que en cuanto a la clasificación del conocimiento podemos señalar es tendiente a lo abierto al considerarla dentro de la comprensión del mundo natural y social e incluso tener interrelaciones entre asignaturas.

Cerrada



Abierta

Esto lo podemos constatar desde el perfil de egreso de educación básica que señala que el alumno debe: “interpreta y explica procesos sociales, económicos, financieros, culturales y naturales para tomar decisiones individuales o colectivas que favorezcan a todos” (pág. 39). Como primer rasgo podemos observar que pese a tener una fuerte orientación económica se busca conseguir una interrelación del conocimiento y por tanto enfrentar problemas complejos con conocimientos complementarios.

La interrelación se puede comenzar a ver en el mapa curricular, que dice tener “un carácter interactivo entre sí” en el cual los contenidos de educación para la salud se encuentran dentro del campo de formación de *Exploración y comprensión del mundo natural y social*, que comprende las asignaturas de las ciencias naturales y sociales

de manera conjunta. Estos contenidos se abordan en un mismo bloque, pero aunque esto por un lado podría llevar a una reducción de la currícula (principalmente del lado social al darle mayor peso a lo biológico), por el otro posibilita la comprensión integral de lo natural y lo social y de la salud más allá de lo biológico. Sin embargo al señala:

Este campo integra diversos enfoques disciplinarios relacionados con aspectos biológicos, históricos, sociales políticos, económicos culturales, geográficos y científicos. Constituye la base de formación del pensamiento crítico, entendido como los métodos de aproximación a distintos fenómenos que exigen una explicación objetiva de la realidad (pág. 49).

Se reduce el pensamiento crítico a un mismo método “objetivo” de aproximación a los fenómenos, siendo entonces el método positivo mediante el cual se abordan todas las disciplinas.

En los periodos a analizados (segundo y tercero) podemos resaltar que en el primero y segundo año de primaria los contenidos forman parte de la asignatura exploración de la naturaleza y la sociedad, que dice el programa “presenta de manera integral” el enfoque que dará continuidad a las asignaturas de ciencias naturales, geografía e historia, señalando en sus estándares buscar: “vinculación creciente del conocimiento científico con otras disciplinas para explicar los fenómenos y procesos naturales, y su aplicación en diferentes contextos y situaciones de relevancia social y ambiental”(188) (pág. 93).

De tercero a sexto de primaria los contenidos relativos a educación y salud forman parte de la asignatura de Ciencias Naturales, que en su primera unidad (“desarrollo humano y cuidado de la salud”) busca: “además de considerar los riesgos personales, colectivos y del ambiente, se incluye una visión de causalidad integral (...) a partir de los principales determinantes de la salud en la población mexicana infantil y adolescente” , pese a hablar de causalidad integral y determinantes de la salud, se termina por cerrar la clasificación al referir su campo de acción en la

“alimentación correcta, higiene personal, sexualidad responsable y protegida, así como la prevención de enfermedades, accidentes, adicciones y conductas violentas para la creación de entornos seguros y saludables”(189) (pág. 94) .

Finaliza la descripción de esta primera unidad señalando que se busca “fomentar la autoestima, la equidad de género y la valoración del cuerpo humano” todo, orientado a que se identifique “la relación de la salud con las condiciones del ambiente como aspectos de la calidad de vida” (pag. 94) con lo que se vincula con la segunda unidad del programa de Ciencias Naturales (biodiversidad y protección ambiental), lo cual se pretende interrelacionar al final de cada año con la invitación a desarrollar un “proyecto ciudadano”.

Además de estas vinculaciones dentro del mismo programa y las vinculaciones supuestas dentro del bloque, en cuarto grado al revisar el funcionamiento del sistema inmunológico se dice que “estos contenidos se complementan con lo desarrollado en el programa de educación física”(190) (pag. 100), en quinto grado al revisar consumo de sustancias adictivas se dice “estos contenidos se vinculan con Formación Cívica y Ética, para contribuir a que las y los alumnos cuiden su salud y prevengan adicciones como parte de un proyecto de vida sano y seguro” (191) (pag. 102), y en sexto año se vuelve a vincular con Educación Física al estudiar dieta correcta y consumo de agua simple y potable.

La clasificación del conocimiento en el PEEB-2011 se muestra de manera general tendiente a lo abierto al incluirse en un bloque a las ciencias naturales y social que se dice interactivo entre sí, pero desde una perspectiva “objetiva” o de ciencia positiva de la “causalidad integral” en la que se consideran diversos aspectos más allá de lo biológico, pero que terminan por decantarse en la prevención de enfermedades específicas con una correspondencia dentro de la misma asignatura con el cuidado ambiental e incluso con asignaturas de otros bloques, teniendo apertura a diferentes conocimientos.

### ¿Cuál es el paradigma del Plan de Estudios de Educación Básica?

En cuanto al paradigma, pese que el plan de estudios reconoce a la educación en salud como un “tema de relevancia social”, este se aborda desde las ciencias naturales lo que la orienta al discurso preventivo unicausal y al paradigma biomédico.

Biomédico  Crítico - hermanéutico

En los principios pedagógicos que orientan el PEEB-2011 se puede leer en su punto 1.9 Incorporar temas de relevancia social:

Los temas de relevancia social se derivan de los retos de una sociedad que cambia constantemente y requiere que todos sus integrantes actúen con responsabilidad ante el medio natural y social, la vida y la salud, y la diversidad social, cultural y lingüística (...) se refieren a la atención a la diversidad, la equidad de género, la educación para la salud, la educación sexual, la educación ambiental para la sustentabilidad, la educación financiera, la educación del consumidor, la prevención de la violencia escolar, la educación para la paz y los derechos humanos, la educación vial y la educación en valores y ciudadanía (pág. 36).

Con lo que se le reconoce en un primer momento a la educación y salud como una dimensión social que pertenece a los estándares curriculares de comprensión del mundo natural y social, pero que se estudia desde las ciencias naturales.

En el segundo periodo escolar en la asignatura de Exploración de la naturaleza y la sociedad (1º y 2º de primaria) se puede leer en sus propósitos que se pretende, entre otras cosas, que las niñas y los niños: “Reconozcan la importancia de cuidar su cuerpo y de participar en acciones para prevenir accidentes y desastres en el lugar donde viven” (188) (pág. 91), esto a partir de conocer su cuerpo y su entorno.



En el primer año de primaria en el bloque I “Yo, el cuidado de mi cuerpo y mi vida diaria” los aprendizajes esperados (señala la guía del maestro (188) son los relativos al reconocimiento de sus características personales, las partes externas de su cuerpo y los hábitos de higiene, en el bloque V “Los riesgos y el lugar donde vivo” se espera el aprendizaje de riesgos y cuidado del lugar donde viven .

En el segundo año de primaria en el bloque I “Mi vida diaria” se espera aprendan (según la guía del maestro) el cuidado de su cuerpo y alimentación con base en el plato de bien comer, en el bloque V “Juntos mejoramos nuestra vida” se espera la práctica de prevención de accidentes y el cuidado del ambiente. En esta asignatura en ambos años se favorece la competencia de “Aprecio de sí mismo, de la naturaleza y de la sociedad” (192) (pág. 112).

En la descripción general de los campos formativos del PEEB-2011 en Ciencias Naturales en primaria y Ciencias en secundaria se puede leer “La cultura de la prevención es uno de sus ejes prioritario, ya que la asignatura favorece la toma de decisiones responsables e informadas a favor de la salud y el ambiente; prioriza la prevención de quemaduras y otros accidentes mediante la práctica de hábitos, y utiliza el análisis y la inferencia de situaciones de riesgo, sus causas y consecuencias” (pág. 51).

Entre los propósitos específicos de la asignatura para los cuatro años de primaria (190) se puede leer que los niños y adolescentes: “Participen en el mejoramiento de su calidad de vida a partir de la toma de decisiones orientadas a la promoción de la salud y el cuidado ambiental, con base en el consumo sustentable” (pág. 81) y “Practiquen hábitos saludables para prevenir enfermedades, accidentes y situaciones de riesgo a partir del conocimiento de su cuerpo” (pág. 82).

Aunque esto pareciera abrir el paradigma, a la hora de enunciar las competencias requeridas (lo cual orienta el enfoque didáctico), la competencia relativa a educación y salud es: “Toma de decisiones informadas para el cuidado del ambiente y la

promoción de la salud orientadas a la cultura de la prevención” en la cual los alumnos “tomen decisiones y realicen acciones para el mejoramiento de su calidad de vida, con base en la promoción de la cultura de la prevención” (pág. 93) lo cual da una idea de la forma en que se entenderá la salud (opuesto a enfermedad) y la manera de llegar a ella (cultura de la prevención).

En tercer año de primaria (189) el bloque I de Ciencias Naturales (“¿Cómo mantener la salud? Me reconozco y me cuido”) explica los sistemas digestivo, circulatorio y excretor con una profundización del plato del bien comer. Posteriormente se aborda el funcionamiento de los sistemas nervioso, óseo y muscular, con un énfasis en prevención de accidentes. Finaliza con la higiene de los órganos sexuales externos para evitar infecciones y la importancia de manifestar emociones para prevenir violencia y abuso sexual. Todo esto “enmarcado por la cultura de la prevención”.

En el tercer periodo (4º, 5º y 6º de primaria) (190) en lo referente a educación y salud, se enfoca al “funcionamiento integral del cuerpo humano y factores que afectan a la salud, las características de una dieta correcta y cambios en la pubertad, así como el proceso de reproducción y su relación con la herencia” (pág. 99), con aplicaciones esperadas en el desarrollo de “estilos de vida saludables”.

En el cuarto año de primaria en el bloque I (“¿Cómo mantener la salud? Fortalezco y protejo mi cuerpo con la alimentación y la vacunación”) comienza con el plato del bien comer y las características de una dieta equilibrada e inocua. Posteriormente se explica la forma en que la dieta y las vacunas fortalecen el sistema inmune y se entienden a estas últimas como aporte de la ciencia y se explica el uso de la Cartilla Nacional de Salud. Finaliza con las descripción de las funciones de los aparatos sexuales y hacer nuevamente énfasis en la higiene.

En quinto año (191) el bloque I (“¿Cómo mantener la salud? Prevengo el sobrepeso, obesidad, las adicciones y los embarazos”) empieza por enfocarse en las necesidades nutrimentales, la dieta correcta y las costumbres alimenticias para de esta forma ver la prevención y causas del sobrepeso y la obesidad. Posteriormente

se enfocan en el consumo de sustancias adictivas como alcohol, tabaco e inhalables, sus consecuencias en el sistema nervioso, respiratorio y circulatorio, y su prevención. Terminar con una explicación del ciclo menstrual y la prevención de embarazos, todo esto con el fin de desarrollar “actitudes de responsabilidad, respeto y participación que contribuyan al cuidado de la salud y la cultura de la prevención” (pág. 102).

“Como parte de la promoción de la salud y la educación sexual”, el bloque I de sexto año de primaria (193) (“¿Cómo mantener la salud? Desarrollo un estilo de vida saludable”) comienza por exhortar a la activación física y consumo de agua simple potable en lugar de bebidas azucaradas, esto según las “Recomendaciones sobre el Consumo de Bebidas para una Vida Saludable” hechas por la Secretaría de Salud y el Instituto Nacional de Salud Pública. Posteriormente se aborda el proceso reproductivo y la herencia genética, y se busca: la prevención de la violencia de género asociada a la determinación del sexo, la detección oportuna del cáncer de mama y las conductas sexuales responsables para la prevención de embarazos e Infecciones de Transmisión Sexual. Estos contenidos deben ser complementarios en el primer caso con Educación Física y en el segundo con Formación Cívica y Ética.

Tomando en consideración lo anterior, el paradigma al cual responde el PEEB-2011 en sus programas de educación primaria en lo referente a educación y salud, no es crítico o hermenéutico pues pese a reconocer en un primer momento a la educación y salud en cuanto a su relevancia social y formar parte de la “Comprensión del Mundo Natural y Social” después de segundo año de primaria (en que se trabajan de manera conjunta las ciencias naturales y sociales), a partir de tercer años se aborda la educación y salud desde la perspectiva de las Ciencias Naturales, lo cual no es incorrecto en un principio al proponerse una comprensión orgánica-funcional pero que se centra en el discurso médico y preventivo, en el que la higiene, sobrepeso, accidentes, sexualidad o sustancias adictiva, son vistos como factores de riesgo ante la enfermedad, por lo que según la consecución lógica y coherente que se toma termina por evocar en sexto año a los estilos de vida preventivos e individuales, perdiendo el carácter colectivo de la promoción de la salud a la cual se dice ceñir.

### ¿Para qué se quiere el poder en el Plan de Estudios de Educación Básica?

El poder se quiere para establecer una hegemonía del “conocimiento útil” a partir de competencias, ya que pese a tener una concepción del Otro como ser encarnado, la educación por competencias tiene una mayor repercusión, al terminar estandarizando y orientando el actuar según una concepción hegemónica.

Hegemónico ————— ✦ ————— Ciudadano

Lo anterior lo podemos ver desde su presentación en la que se señala:

La reforma integral de la educación Básica es una política pública que impulsa la formación integral de todos los alumnos de preescolar, primaria y secundaria con el objetivo de favorecer el desarrollo de competencias para la vida y el logro del perfil de egreso, a partir de aprendizajes esperados y del establecimiento de Estándares Curriculares, de Desempeño Docente y de Gestión (pág. 17).

Al referir la educación por competencias se señalan “estándares curriculares” y “aprendizajes esperados”, donde pese a decir que el trabajo en aulas debe ser inclusivo, de liderazgo compartido y con metas comunes, el trabajo docente sigue siendo “potenciar el aprendizaje de los estudiantes hacia el desarrollo de competencias” (pág. 27), que son las competencias esperadas. En cuanto a los estándares curriculares:

Los estándares curriculares son descriptores de logros y definen aquello que los alumnos demostrarán al concluir un periodo escolar (...) Los aprendizajes esperados son indicadores de logros que, en términos de la temporalidad establecida en los programas de estudio, definen lo que se espera de cada alumno en términos de saber, saber hacer y saber ser (pág. 29).

Los estándares curriculares son entendidos como “logros” que los alumnos demostrarán al concluir un periodo, y los aprendizajes esperados vistos como los “indicadores de logro” serán evaluados, o medidos en bloques según lo esperado y los referentes establecidos, donde más allá del reconocimiento de las diferencias a las que se apelan en un primer momento, en este segundo momento se busca la homogeneidad según un estándar nacional hegemónico en el que pocas posibilidades hay al reconocimiento de las diferencias regionales o locales.

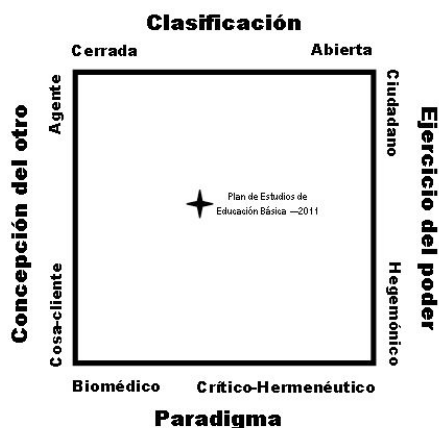
En lo que respecta a la asignatura de ciencias naturales: “La cultura de la prevención es uno de sus ejes prioritarios, ya que la asignatura favorece la toma de decisiones responsables e informadas” (pág. 51) aunque se le otorga al sujeto el poder o posibilidad de tomar decisiones esta se supedita a la información disponible u otorgada según los estándares curriculares y aprendizajes esperados, por lo que termina siendo una toma de decisión orientada u esperada según competencias.

El ejercicio del poder en el PEEB-2011 se mueve entre darle a la población objetivo la posibilidad de intervenir y formar parte del proceso de manera activa y como agente principal, pero por el otro termina estandarizándolos y aguardando un comportamiento esperado según un poder y orientación hegemónica.

### **¿Cuál es la región epistemológica del Plan de Estudios de Educación Básica?**

La región epistemológica de PS del PEEB-2011 se ubica arriba del Programa Escuela y Salud. En este caso cerca del centro, con la PS popular.

Figura 4.



Esto tampoco podría parecer sorprendente, pero hubiera podido colocarse más abajo debido a la orientación por competencias o más arriba debido al componente crítico y de toma de decisiones por parte de los niños y adolescentes que se reitera a lo largo del plan de estudios. Pese a estas tensiones y contradicciones aún se considera a los sujetos como parte de un colectivo que intenta articularse con su entorno y la sociedad en general, buscando un sostenimiento de la vida biológica y posibilitando la actuación tanto de la población como de los profesionales.

#### 7.4. La región epistemológica de la Norma Oficial Mexicana de Promoción de la Salud Escolar <sup>17</sup>

La Norma Oficial Mexicana (NOM) 009-SSA2-2013 de Promoción de la Salud Escolar es la modificación de la NOM-009-SSA2-1993 para el Fomento de la Salud del Escolar. Las actualizaciones siempre resultan necesarias pero en este caso la nueva norma, entre otras cosas, abre su población objetivo, cambia la educación en salud por desarrollo de competencias, comunicación educativa por mercadotecnia social y quita la prerrogativa de apoyo por parte del personal de salud al personal educativo en el desarrollo de contenidos programáticos referentes a salud.

<sup>17</sup> En este apartado todo entrecomillado (“”) será de frases o unidades de análisis extraídas de la *Norma Oficial Mexicana de Promoción de la Salud Escolar* por lo cual no se le colocará una referencia y sólo se le colocará la página.

En la elaboración de la actual NOM participaron la Secretaría de Salud, Secretaría de Educación Pública, Secretaría de Marina (vía su Dirección General Adjunta de Sanidad Naval), el Instituto Mexicano del Seguro Social, el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, Instituto Nacional de Rehabilitación, Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia, Petróleos Mexicanos (vía su Subsecretaría de Servicios y Prevención Médica), Comisión Nacional de Derechos Humanos, Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación, Consejo Nacional para la Inclusión de Personas con Discapacidad y Secretaría de Salud del Gobierno del Distrito Federal, y fue publicada en el Diario Oficial de la Federación el 18 de octubre de 2012.

La NOM establece las estrategias y actividades que el personal de salud debe de realizar de manera obligatoria en “intervenciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad” dirigidas a población escolar del Sistema Educativo Nacional. Con la finalidad de fomentar un entorno favorable y una nueva cultura de la salud, el documento establece cuatro componentes sustantivos (educación para la salud y desarrollo de competencias, acceso a los servicios de salud, entornos favorables a la salud y participación social en salud) y tres componentes transversales (abogacía para la salud, mercadotecnia social en salud y evidencia de promoción para la salud).

### **¿Quién es el Otro para la NOM de Promoción de la Salud Escolar?**

Para la NOM de Promoción de la Salud Escolar el Otro es visto como un promotor de la salud por competencias, donde pese a darles ciertas capacidades lejos está de ser un agente.

Cliente ———— ✦ ———— Agente

La NOM dice estar encaminada a la población escolar de los niveles básicos a superior, a los cuales segmenta en dos grupos, aquellos que se encuentran entre los

3 y 15 años atendidos en el nivel básico y los que se encuentran entre los 15 y 24 años atendidos en el nivel medio-superior y superior lo que en total representa el 46.3% de la población total, señala el documento. Sin embargo pese a decir que abarca dicho grupo poblacional tan amplio, a lo largo del documento se centra en la población escolar del nivel básico, de la cual dice en su introducción:

La etapa entre los 3 y 15 años, es la más importante en términos del desarrollo integral humano, es en estos años que se van construyendo la personalidad, los conceptos y el pensamiento, aprendiendo y formando principios y valores, así como adquiriendo hábitos, comportamientos y herramientas para desarrollar las capacidades y enfrentar la vida” (pág. 3).

Después del apartado introductorio el segundo grupo de edad no vuelve a ser mencionado de manera directa y se centran en acciones encaminadas al primero, en un entendido de lograra este desarrollo para la adquisición de habilidades , hábitos y herramientas por medio de “desarrollo de competencias en la comunidad escolar que brinde conocimientos y desarrolle capacidades para la modificación de los determinantes de la salud” (pág. 9). Como ya se ha mencionado el enfoque de competencias orienta a la educación hacia el mercado y su necesidad de una fuerza laboral según saberes útiles a la productividad.

Pero reconociendo la forma encarnada de su población objetivo la NOM les posibilita también tomar el rol de “promotores de la salud” sin embargo esto con la tutela del personal de salud que brindará una “capacitación a escolares de los grados superiores y la réplica por éstos, a los grados inferiores” (pág. 14) es decir que su población objetivo no es un simple receptor o cosa sino un ser, pero con la única posibilidad de replicar.

Es entonces que en cuanto a la concepción del otro se puede decir que este documento abre primero su espectro de posibilidades a escolares de 3 a 24 años y a los niveles básicos, medios-superior y superior, sin embargo en un segundo



momento los acota a escolares de 3 a 15 años en el nivel básico a los cuales los reconoce como seres capaces de ser promotores de salud pero no bajo sus propios criterios o de manera independiente y menos como agentes reflexivos, sino como seres subordinados y orientados según competencias.

### **¿Cuál es la clasificación del conocimiento en la NOM de Promoción de la Salud Escolar?**

La clasificación del conocimiento de la NOM se muestra en un inicio abierta a la participación de distintas instancias y diferentes puntos de vista, pero se va cerrando poco a poco al no permitir gran participación y al ser muchas de estas instancias del sector médico lo cual la coloca muy cerca de lo cerrado en el eje.

Cerrada  Abierta

Las instituciones que participaron en el diseño del programa y por tanto en la definición del problema, se dice fueron catorce, de las cuales ocho corresponden al sector salud en su componente médico siendo el principal, la Secretaría de Salud.

Esta es una Norma aprobada por el Comité Consultivo Nacional de Normalización de Prevención y Control de Enfermedades que por tanto es únicamente obligatoria para el personal de salud como puede leerse en su apartado de campo de aplicación:

Esta norma es de observancia obligatoria para el personal de salud de los sectores público, social y privado del Sistema Nacional de Salud que realiza intervenciones de promoción de la salud y prevención de enfermedades (pág.4).

Pero si su principal campo de acción es la escuela debería tener igual peso la Secretaría de Educación Pública y por tanto ser también obligatoria para el personal educativo. Aunque se puede decir que la segunda instancia más involucrada es la

SEP siempre es bajo la tutela de la SS como puede leerse en sus disposiciones generales que señalan: “Las instituciones públicas del Sistema Nacional de Salud promoverán la coordinación con las autoridades educativas, a efecto de impulsar mecanismos de colaboración” (pág. 9).

Otras instituciones que se dice participaron en la elaboración de la NOM no se ven reflejadas en el documento como lo son la Comisión Nacional de Derechos Humanos (CNDH) o el Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación.

Aunado a esto se puede leer que para la correcta implementación de la misma se tiene que consultar otras normas como las de Infección por Virus de Inmunodeficiencia Humana, para la vigilancia epidemiológica, para la aplicación de vacunas, para la prevención de la brucelosis, o de las enfermedades bucales.

Más allá del estricto campo de la medicina la NOM también se acerca al territorio de la nutrición, la sexualidad y los accidentes, pero viéndolos no como componentes integrales a la salud, sino como una forma específica de prevención de lesiones, enfermedades de transmisión sexual y obesidad.

Además le corresponde al personal de salud otorgar “el servicio integrado de promoción de la salud” con base en los componente sustantivos y transversales. En cuanto a los sustantivo, la SEP podría tener injerencia en lo relativo a educación para la salud y entornos favorables. En la participación social en salud los escolares podrían tomar el rol más importante. Y en cuanto a los componentes transversales (que por tanto deberían incluir otras instancias) también es la SS la responsable aún cuando la ciudadanía podría intervenir en su componente de abogacía, instituciones públicas y privadas en el componente de mercadotecnia social en salud, y la academia en la generación de evidencias.

Al igual que en el PEyS, para esta NOM el sector educativo, las escuelas y su población involucrada, son únicamente el campo de implementación pasiva de un

programa planeado y diseñado desde la SS. Por tanto podemos decir que en cuanto a la clasificación del conocimiento, aunque no es completamente cerrada por tener apertura ante otras instancias tampoco se aleja demasiado del extremo izquierdo al definir el problema y plantear la solución desde la SS, los recursos de los que dispone esta NOM son en mayor medida de una sola instancia, y pese a tener el acercamiento con otras dependencias y tratar de ir más allá del campo exclusivo de la medicina, la SS no logra delegar responsabilidades, siendo el único conocimiento bueno el de la medicina.

### **¿Cuál es el paradigma de la NOM de Promoción de la Salud Escolar?**

Correspondiente con la clasificación el paradigma de la NOM es biomédico al ver a la salud como lo opuesto a enfermedad y medicalizar incluso a las aulas y los profesores colocándose en el extremo izquierdo del eje.

Biomédico  Crítico – hermenéutico

Destaca primero la alusión constante que se hace a los “determinantes de la salud” y su forma de definirla como: “todas aquellas condiciones en las que la gente nace, crece, vive, trabaja, se reproduce, envejece y muere; incluyendo de manera especial al sistema de salud” (pág. 6) aunque se toma la definición de la OMS, se le quita el sustantivo “sociales” lo cual es un primer indicador del paradigma con el cual se entenderá salud. Esto se hace patente al referir durante la introducción que son determinantes de la salud condiciones sociales, psicológicas, económicas y biológicas que derivan en “enfermedades diarreicas y respiratorias” en los niños, y “además de la mala nutrición, el sedentarismo y la falta de prevención de enfermedades infectocontagiosas, se presentan eventos y padecimientos derivados de las relaciones sexuales no protegidas, como los embarazos no planeados y las infecciones de transmisión sexual” (pág. 3) en los adolescentes.

También se puede leer que “Es necesario considerar las condiciones de vulnerabilidad determinadas por el género, el grupo étnico, las diferencias en las capacidades físicas o intelectuales y la migración, condiciones que en muchas ocasiones conllevan a la discriminación y a la exclusión, lo que a su vez afecta el proceso salud enfermedad biopsicosocial de la población escolar” (pág. 3) este es el único apartado que refiere a la discriminación como componente estructural de la salud pero que termina decantándose al proceso salud-enfermedad y al paradigma biomédico.

De igual manera a lo largo del documento son constantes las referencias al “control de enfermedades”, “prevención”, “infecciones” “valoraciones clínicas” e incluso a “exantemáticas” o “dorsopatias”, pero esto no sólo en la labor del personal de salud ya que en las disposiciones específicas se señala que el personal educativo debe ajustarse también al paradigma biomédico al referir:

6.1.2.2 Las instituciones públicas del Sistema Nacional de Salud promoverán la coordinación con las autoridades educativas, a efecto de que el personal del sector educativo colabore en:

6.1.2.2.1 Referir a escolares a sus unidades médicas de adscripción o a las que regularmente asistan como usuarios del Sistema Nacional de Salud, para que reciban los servicios curativos y de promoción y prevención para una mejor salud.

6.1.2.2.2 Contribuir en el seguimiento de las Cartillas Nacionales de Salud a escolares.

6.1.2.2.3 Promover la operación de un filtro escolar para evitar el ingreso a la escuela de escolares con padecimientos infectocontagiosos o con sintomatología que amerite consulta médica.

6.1.2.2.4 Promover las acciones de las Semanas Nacionales de Salud y otras campañas intensivas, según los instrumentos consensuales correspondientes.

6.1.2.2.5 Participar, con el personal de salud, en el estudio epidemiológico de brotes y en la aplicación de las medidas de prevención y control correspondiente. (pág. 10-11)

Como puede leerse se pretende tomar a las aulas y los profesores como una extensión de las clínicas y los médicos al convertirlos en espacios de referencia, seguimiento, estudios de brotes, y control de los sujetos escolares bajo el paradigma biomédico.

### **¿Para qué se quiere el poder en la NOM de Promoción de la Salud Escolar?**

La NOM quiere el poder para imponerse frente a las autoridades educativas y alumnos con el fin de sobreponer su conocimiento y forma de actuar. Aunque en un momento dice querer dotar de poder a los escolares, en otro se los quita y reduce a la subordinación al personal del salud, recorriéndolo al extremo izquierdo del eje.

Hegemónico  Ciudadano

Dentro de la NOM destacan dos conceptos clave la participación social y la cultura de la salud, destacan porque pese a ser muy poco referidos, se le entiende a la primera como “involucrar a la población, a las autoridades locales, a las instituciones públicas y a los sectores sociales y privado” (pág. 7) esto con el fin, señala el apartado normativo referente, de crear una nueva cultura de la salud. A esta cultura de la salud se le define como “conjunto total de los actos humanos en una comunidad dada, tales como: prácticas económicas, sociales, artísticas, científicas, o cualquiera sobre las que la gente tenga control” (pág.6) si por medio del involucramiento de todos los sectores se apela por el cambio de prácticas económicas, sociales o científicas podríamos estar hablando de un ejercicio del poder ciudadano, sin embargo estos son conceptos muy poco tratados a lo largo del documento y pasan prácticamente inadvertidos, además de no hacer referencia

directa a la población objetivo del programa como capaces de ejercer ese control sobre el conjunto de los actos humanos.

Por el contrario se cae en un fuerte paternalismo en el que no se le reconoce a los menores mayor capacidad de intervención activa e independiente en el programa ya que hay una constante referencia a “El personal de salud debe” seguido de verbos como asesorar, actualizar, informar, capacitar o intervenir en acciones específicas como el “desarrollo de competencias” definida como “la transmisión de conocimientos hacia la población” (pág. 6).

Además de esto destaca el concepto de “filtros escolares” que remite a la medicina del Estado y la policía médica como instrumentos de control del cuerpo donde los sujetos (escolares) no tienen ninguna injerencia.

Por último pese a que es la educación un “componente sustantivo” de la NOM y parte fundamental en lo relativo al poder, debido a que es vía esta que se pretende posibilitar a los escolares al “manejo y control” de los “determinantes no favorables para la salud” en el apéndice normativo de educación para la salud y desarrollo de competencias dice debe orientarse a:

La capacitación sobre los determinantes de la salud escolar del personal docente (por parte del personal de salud); de escolares (por parte del personal docente capacitado y/o personal de salud); de grupos de madres y padres de familia (por parte del personal docente capacitado y/o personal de salud) y de los Consejos Escolares (por parte del personal de salud y personal docente capacitado) (pág.14).

Cuando se podría pensar a la educación como alternativa en la formación de los escolares para apoderarlos y permitirles intervenir de manera activa y crítica en su entorno se vuelve a decantar vía el poder hegemónico del personal de salud en primera instancia, y en segunda del personal docente capacitado por el personal de

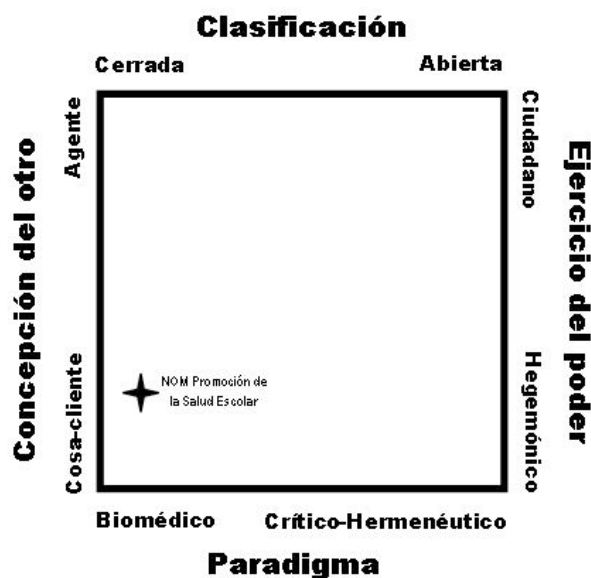
salud y nunca en los escolares o siquiera en padres de familia. Este “manejo y control” de los “determinantes no favorables para la salud” es reducido entonces, en este apartado normativo, a la capacitación del uso de la Cartilla Nacional de Salud, modificación de hábitos personales de alimentación y sexualidad, y al saneamiento.

El ejercicio del poder en este documento es menos alentador que la concepción del otro, ya que pese a presentar conceptos como participación social y cultural de la salud estos no hacen referencia a la población objetivo por lo cual no se les reconoce su posicionamiento. Al contrario el poder es hegemónico con las constantes referencias al personal de salud que debe orientar todas las acciones, y en su pretensión de dar control sobre los determinantes de la salud, termina por darles un carnet donde se registre toda acción del personal de salud sobre los escolares.

### ¿Cuál es la región epistemológica de la NOM de Promoción de la Salud Escolar?

La región epistemológica en la cual se sitúa la norma es en el grupo de la PS oficial con acciones principalmente preventivas orientadas por el pensamiento médico considerando a su población objetivo como pasiva encaminándola a un cambio de conducta principalmente individual.

Figura 5.



La NOM tiene una concepción del otro como sujeto, pero orientado por competencias y pasivo, al que por tanto no se le reconoce su posicionamiento social, por lo cual no es capaz de ejercer el poder o intervenir dentro del programa más allá de hacerlo bajo la tutela y directrices del personal de salud. Del lado de la clasificación del conocimiento, pese a tratar de incluir a diversas instituciones, estas son en su mayoría del sector médico, lo cual se refleja en la construcción del problema y el diseño del programa según su concepción del mundo, tomando a las escuelas como el campo de implementación, esto repercute en el paradigma en el que lo biomédico toma el lugar principal al entender a la salud como lo opuesto a enfermedad y querer que el resto de las instituciones involucradas la entiendan de la misma manera.

## **7.5 Discusión**

En este trabajo de corte cualitativo fueron dos los principales hallazgos tras el análisis de los cuatro programas. Por un lado se pudo reseñar y contrastar la forma de importación de ideas que responden a un transferencia hecha por un actor supranacional identificado como la OMS vía sus oficinas regionales OPS para agendar, definir y diseñar un programas según los parámetros establecidos internacionalmente. Por otro lado los estatutos conceptuales que orientaron estas políticas aunque diferentes tienen puntos en común, al ser predominantemente bajo un paradigma biomédico y un ejercicio del poder hegemónico.

Comenzando con la forma de importación de ideas en los lineamientos de la publicidad en horarios infantiles, podemos señalar primero que para hablar de transferencia en políticas públicas se debe referir a un problema global que es enfrentado en distintas partes del mundo de maneras similares. En este caso el problema del sobrepeso y obesidad infantil se ha posicionado a nivel mundial, al estimarse en 42 millones de niños en todo el mundo para el 2010 (158), sin embargo aunque en los países de altos ingresos la prevalencia general es casi del doble que en los países de bajos y medianos ingresos, el 81% de niños afectados viven en países del segundo tipo (194).



En cuanto a las causas del problema se ha señalado en particular a la publicidad de alimentos y bebidas poco nutritivos. UNICEF (194) indica que la publicidad de alimentos y bebidas no saludables se ha reconocido como un “factor de riesgo” de la obesidad infantil al influir en las preferencias y solicitud de compra y consumo de niños y adolescentes debido a su falta de madurez y desarrollo cognitivo

Por su parte en el Conjunto de Recomendaciones Sobre la Promoción de Alimentos y Bebidas no Alcohólicas Dirigida a los Niños también señala a la publicidad como un factor de riesgo, y apunta con base en una revisión sistemática, que la publicidad de alimentos poco nutritivos dirigida a los niños es común en todos los países, por lo cual se pide una “acción mundial” no sólo en publicidad televisiva sino en el “amplio abanico de técnicas de la mercadotecnia”<sup>18</sup>.

Este problema con esta causa ha sido enfrentado a nivel mundial con una misma solución, la regulación de la promoción y publicidad de alimentos y bebidas dirigidas a niños, que para 2011 se registró en 59 países en todo el planeta, según el National Health Forum, de los cuales únicamente dos pertenecían a América Latina (Chile y Brasil).

Este es entonces un problema que se presenta a nivel global, con una causa bien definida y que se ha enfrentado de manera similar en distintas partes del mundo, y que en México se orienta según los lineamientos de la OMS, lo cual puede verse en la ENPCSOD que cita diversos documentos del organismo internacional como la Estrategia Global sobre Régimen Alimentario, Actividad Física y Salud de la OMS, o la Declaración ministerial para la Prevención y Control de las Enfermedades Crónicas no Transmisibles, convocada por la Organización Panamericana de la Salud en 2011, y la cual recomienda “tomar las medidas necesarias en forma gradual o completa para implementar las recomendaciones sobre la publicidad de alimentos y bebidas no alcohólicas para niños, teniendo en cuenta la legislación existente y las

---

18 Patrocinio, inserciones, usos de personajes famosos, sitios web, envases, rotulados, actividades filantrópicas, etcétera.

políticas según sea el caso” (67): 31 sugerencia correspondiente con el Conjunto de Recomendaciones de la OMS.

La estrategia nacional dice buscar “concordancia con las mejores prácticas internacionales” y en el comunicado de prensa 42/14 de la Comisión Federal para la Protección Contra Riesgos Sanitarios (COFEPRIS), dice que estos lineamientos “se apegan a los criterios de la OMS” (195), lo que comienza a señalar una forma de importación de ideas que podría ser por lo menos un *aprendizaje*, al tomar en cuenta para su desarrollo el conocimiento y la información en otro lugar del mundo.

Sin embargo esta acción en específico no es un simple aprendizaje o toma de decisión estrictamente racional, ni una difusión al no seguir una política innovadora específica, tampoco responde a una convergencia por los señalamientos que se hacen a la OMS, más bien responde a un esquema de transferencia donde sobre el conocimiento que se tiene de un problema en específico (obesidad infantil) y una de sus causas (publicidad) se enfrenta con una misma idea en diferentes partes del mundo (regulación publicitaria). Por tanto la forma de importación de idea responde a una transferencia que es hecha por un actor supranacional (OMS) vía sus oficinas regionales (OPS).

En cuanto a la forma de importación de las ideas es híbrida al haber participado ambas instancias en la adaptación de la política ya que las mismas recomendaciones dan la posibilidad de tomar distintos caminos. La recomendación tres posibilita un método integral o progresivo, y la recomendación siete posibilita autorregulación, co-regulación o regulación . Y esta transferencia se hace de manera impuesta, ya que no se obliga de forma directa a México a adoptar la política pero si se le presiona a partir de los señalamientos del problema de sobrepeso y obesidad infantil en el país.

En el caso del programa de promoción de la salud escolar, este ha sido siempre un tema de agenda internacional, por lo cual antes de la iniciativa global de la OMS ya había en diferentes partes del mundo programas que atendían el problema de la

mala salud de los escolares mediante intervenciones en las escuelas, pero si bien este problema y esta solución han sido comunes en diferentes partes del mundo, el enfoque a partir de una misma idea impulsada por la OMS le han impreso particularidades y especificidades que han hecho de esta una política transferente.

La idea a partir de la cual la OMS impulsó el proyecto desde 1995 ha influido en los contenidos y procesos de las políticas de promoción de la salud escolar en los diferentes lugares del mundo, ya que dicha “creencias” ha guiado el actuar de sus oficinas regionales y estas a su vez han orientado (según esa misma idea) a los diferentes países en los distintos momentos del ciclo.

Esto ha llevado a cambios en la política de salud escolar que se venía trabajando con anterioridad en los diferentes países, esto con el fin de adaptarlas a los lineamientos internacionales, por lo que pese a parecer cambios incrementales responden más bien a un esquema de transferencia de ideas.

Aunque en un principio esta forma de importación de ideas pareciera que haya respondido a otros esquemas como difusión (al pensarse que se estaban siguiendo políticas innovadoras) o convergencia (al observar el aparentes “surgimientos simultáneos” de políticas similares) en el momento que la OMS toma dicha política y la impulsa con lineamientos específicos de manera internacional, se habla ya de transferencia o el proceso por el cual el conocimiento o la idea específica sobre un problema y su solución es usado en diferentes sistemas del mundo.

Esta idea que guía el actuar internacional en materia de salud escolar, se traduce en las cuatro estrategias que la OMS ha impulsado desde 1995 y han guiado a su vez la iniciativa regional de OPS, y que en México se ven reflejadas en el Programa Escuela y Salud, la NOM para la Promoción de la Salud Escolar y en su apartado específico de educación en salud en el Plan de Estudios de Educación Básica 2011.

Como señala la Iniciativa global, su meta es incrementar el número de escuelas que puedan ser llamadas saludables por lo cual no es raro que el único documento del PEyS en este sexenio reduzca el programa a la certificación de escuelas, por lo que buena parte del programa se enfoque en este punto en específico.

Como ya se señaló en el capítulo seis, las cuatro estrategias de la iniciativa global son retomadas por la iniciativa regional y en México, son también consideradas, con lo que podemos ver que la política mexicana de escuelas promotoras de la salud se ajusta a las directrices internacionales, siendo esta transferencia una de tipo híbrida en la que tanto la supranacional transferente o exportadora (OMS-OPS) como el país importador (México) participan en la adaptación o ajuste de la política en el contexto tanto regional como local o nacional.

La transferencia de esta política no es de carácter voluntaria o de una racionalidad perfecta, pero tampoco responde a una forma directa o coercitiva de condicionamiento de esta idea de política, más bien es de carácter impuesto o coacción indirecta en la que ante la percepción de la necesidad del cambio o ajuste de la política según recomendaciones de la supranacional se hace el viraje según el discurso dominante.

En lo referente a los estatutos conceptuales y en específico a la región epistemológica de los cuatro programas analizados podemos ver en la tabla 15 el comparativo de los cuatro:

<b>Tabla 15</b> Resumen comparativo de regiones epistemológicas					
Política/ programa	Concepción del Otro	Ejerció del Poder	Clasificación	Paradigma	Región epistemológica de PS
Lineamientos de la publicidad de alimentos y bebidas no alcohólicas en horarios infantiles	Cientes faltos de conocimientos	Hegemónico al ser el actor gubernamental el único capaz de intervenir en el programa	Cerrada, siendo la COFEPRIS la única institución que participa en el diseño e implementación	Biomédico, al ver a la salud como lo opuesto a enfermedad	De mercado o consumo individual de la salud
Programa Escuela y Salud	Ente biológico de desarrollo diferencial	Hegemónico, en el que la población objetivo es un replicador pasivo de las competencias instituidas desde el poder central	Cerrada, en la que la SS define, diseña y verifica, y la SEP brinda apertura para la implementación	Medicalizado, al ser el único conocimiento útil para llegar a la salud el de la medicina enfocando a prevención y factores de riesgo específicos	Oficial, al buscar cambiar comportamientos específicos según el criterio biomédico sobre una población homogénea y pasiva.
Plan de Estudios de Educación Básica- 2011	Alumnos encarnados y diferentes entre sí, críticos e independientes pertenecientes a un colectivo	Hegemónico orientado por competencias o estándares que les posibilita tomar decisiones según la información otorgada	Tendiente a lo abierto e interactiva - interrelacional entre lo social y natural que va de la causalidad integral a la prevención específica	Aunque la salud es vista como un tema de relevancia social se abordan desde las Ciencias Naturales y se llega a ella mediante la cultura de la prevención	Promoción de la salud popular que considera a los sujetos como parte de un colectivo, se busca un sostenimiento de la vida biológica y se posibilita la actuación de la población y los profesionales.
Norma Oficial Mexicana de Promoción de la Salud Escolar	Promotores de la salud por competencias	Hegemónico al ser la autoridad sanitaria la que guía toda práctica del escolar y el entorno	Pese a involucrar diferentes instituciones en su elaboración, la definición y el diseño responden a la mayoría que son instituciones médicas	No se considera a la salud en su dimensión social y se medicaliza incluso la labor del personal educativo	Promoción de la Salud Oficial con acciones e preventivas y considerando a su población como pasiva encaminándola a un cambio de conducta individual

Fuente: Elaboración por parte del autor

En cuanto a los lineamientos, su región epistemológica se ubica en la parte inferior izquierda al concebir al Otro como un consumidor/cliente sin conocimiento e incapaz de analizar mensajes de manera objetiva, y que por tanto debe ser protegido al alejarle únicamente la publicidad pero sin darle ninguna facultad, con una clasificación cerrada en la que el único conocimiento válido en el diseño e implementación es el de la COFEPRIS, con un paradigma biomédico de factores de riesgo específicos ante una co-morbilidad. Aunque esta es una práctica de PS preventiva se encuentra por sus elementos en la región del mercado, que pese a no vender de manera estricta un producto, si va enfocada a consumidores según el propio concepto de salud que se tiene, y con la idea de que ahora los productos anunciados en horarios infantiles cumplirán con “los más altos estándares nutrimentales” y ajustándose a los modelos internacionales, pero bajo un concepto de consumo individual de la salud.

El Programa Escuela y Salud tiene una concepción de Otro como un ente biológico de desarrollo diferencial, un ejercicio del poder que se reduce a la réplica de las competencias específicas, y que sirve para perpetuar la autoridad central, una clasificación del conocimiento que se dice abierta e intersectorial pero termina siendo cerrada al ser una institución la diseñadora y otra la implementadora pasiva, y un paradigma medicalizado en el que salud es lo opuesto a enfermedad y por tanto la forma de llegar a ella es mediante la prevención, por lo que la región epistemológica en que se ubica es cercana a lo oficial, buscando cambiar comportamientos específicos según el criterio biomédico sobre una población homogénea y pasiva.

Correspondiente con esta se encuentra la NOM de Promoción de la salud Escolar, la cual también se ubica en el grupo de la PS oficial con acciones principalmente preventivas orientadas por el pensamiento médico considerando a su población objetivo como pasiva encaminándola a un cambio de conducta principalmente individual. Aunque pareciera redundante situarla ahí, se hubiera podido esperar que se desplazara hacia arriba con la PS popular y más específicamente la educación para la salud o incluso en la región de la PS empoderante. Y es que incluso la misma

norma se dice “parcialmente equivalente con los lineamientos y recomendaciones emitidos por la Organización Mundial de la Salud y por la Organización Panamericana de la Salud” que entiende a la PS más allá de la prevención y el paradigma biomédico lo que la ubica discursivamente en la región de la PS empoderante, sin embargo, este parcialmente queda muy alejado.

Por último, en cuanto al Plan de Estudios de Educación Básica 2011, cabría primero señalar su orientación por competencias, lo cual ha formado parte de las agendas mundiales en lo que se conoce como la segunda generación de reformas educativas, el concepto se entiende de forma oficial desde la UNESCO como “En un curriculum orientado por competencias, el perfil de un educando al finalizar su educación escolar sirve para especificar los tipos de situaciones que los estudiantes tienen que ser capaces de resolver de forma eficaz” (196) .

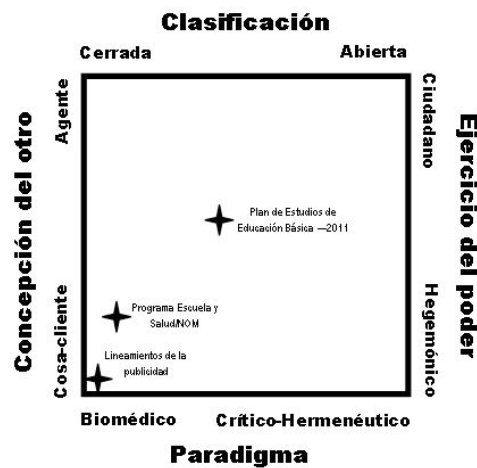
Pero frente a la forma técnica de entender las competencias hay un crítica que señala se está “concediendo una prioridad excesiva al mundo del trabajo, a la inserción eficiente en una sociedad productiva en detrimento de una mínima formación conceptual y del abandono a un conjunto de valores que permiten apoyar el proceso de constitución de lo humano en la persona” (197).

Más allá de una discusión teórica sobre la prioridad que se le han dado a las competencias educativas, en este trabajo asumimos una postura crítica frente al concepto que consideramos instrumental al mercado al reducir la currícula educativa a los saberes de utilidad inmediata para el mercado y no reflexivos.

Pese a esto, la región epistemológica del PEEB-2011 se ubica arriba del Programa Escuela y Salud y la NOM de Promoción de la Salud Escolar. En este caso cerca del centro, con la PS popular, lo cual tampoco podría parecer sorprendente, pero que hubiera podido colocarse más abajo como en el caso del PEyS debido a la orientación por competencias o más arriba debido al componente crítico y de toma de decisiones por parte de los niños y adolescentes que se reitera a lo largo del plan

de estudios. Pese a estas tensiones y contradicciones aún se considera a los sujetos como parte de un colectivo que intenta articularse con su entorno y la sociedad en general, buscando un sostenimiento de la vida biológica y posibilitando la actuación tanto de la población como de los profesionales. Su ubicación en el plano lo podemos ver en la figura 6.

Figura 6



La falta de correspondencia entre los programas lo podemos ver, por ejemplo, en la duplicación de contenidos, como es el caso de la obesidad infantil, que tratan los cuatro programas, pero sin ninguna correspondencia entre sí y entendiéndolo y enfrentándolo cada uno desde su propia perspectiva

Otro ejemplo lo podemos ver en sus estatutos conceptuales y su ubicación en el plano donde únicamente el Programa Escuela y Salud y la NOM de Promoción de la Salud Escolar se encuentran en la misma región lo cual se debe a que son un mismo programa expresado en dos documentos de naturaleza distinta, pero los lineamientos de la publicidad en horarios infantiles y el Plan de Estudios de Educación Básica difieren mucho entre sí y con los otros dos programas.

La falta de una política de Promoción de la Salud para niños es evidente y sólo encontramos instrumentos de diferentes políticas que atendiendo una misma



población y un mismo problema, lo cual hacen con acciones descoordinadas que por tanto difícilmente tendrán una trascendencia real.

Por tanto podemos decir que los programas de Promoción de la Salud en niños en el país han sido diseñados según los lineamientos impuestos por la OMS pese a lo cual no existe correspondencia entre sí como una política de PS, pero se orientan con dos estatus conceptuales básico: un paradigma biomédico en el que se entiende a la salud únicamente como la ausencia de enfermedad, y un uso del poder hegemónico que busca perpetua la autoridad del sector médico.

## Conclusiones

En este trabajo se analizaron tres programas específicos y un apartado del plan de estudios de educación básica. Estos cuatro documentos responden a tres políticas diferentes. Los lineamientos para la publicidad en horarios infantiles son parte de la política de combate al sobrepeso, obesidad y diabetes que se concentran en la “Estrategia Nacional para la Prevención y Control del Sobrepeso, Obesidad y Diabetes”, el programa Escuela y Salud y la Norma Oficial Mexicana (NOM) de Promoción de la Salud Escolar forman parte de la política de “Entornos y Comunidades Saludables” y el Plan de Estudios de Educación Básica es parte de la política educativa del país y más específico de la Reforma Integral de la Educación Básica.

Aunque estos cuatro programas son parte de políticas diferentes, tienen una misma población objetivo (niños de 6 a 12 años), un mismo problema (falta de salud infantil) y una misma línea de acción (promoción de la salud) pero con diferentes metas (disminuir la obesidad infantil; mejorar las condiciones físicas, ambientales y psicosociales de las escuelas; y formar niños competentes en salud) las cuales no se excluyen entre sí. Al contrario, bajo el supuesto de la transversalidad en Políticas Públicas o la salud en todas las políticas es que la salud del escolar como punto en común de estos cuatro documentos debieran orientar una verdadera política de Promoción de la Salud Infantil.

Para poder analizar estas concordancias o discordancias de los programas de promoción de la salud infantil este trabajo tuvo como pregunta general: ¿Qué estatutos conceptuales y contextuales orientan las Políticas y Programas de Promoción de la Salud infantil en escuelas y Televisión en México? La cual se contestó con base a la herramienta teórica propuesta por Chapela (7) y que tuvo como respuesta que los preceptos que orientan los programas analizados son de manera general: clasificación cerrada, paradigma biomédico y un ejercicio del poder

hegemónico. Por parte de la concepción del otro esta va desde una forma de ver a la población objetiva como clientes hasta seres encarnados pertenecientes a un colectivo.

En cuanto al ejercicio del poder, esta categoría es correspondiente en los cuatro documentos, ya que el uso hegemónico del poder es común en todos los programas, aunque de forma diferencial: en uno como el ente que decide que se puede ver y qué no (lineamientos de la publicidad); en otro al decir que se debe replicar (PEyS); en el tercero qué decisión se debe tomar (PEEB), y por último guía el actuar del sujeto y el del entorno (NOM).

En tanto a la clasificación los lineamientos de la publicidad son completamente cerrados y es únicamente la COFEPRIS la que tomó parte en su diseño; el Programa Escuela y Salud (PEyS) se dice abierta al involucrar a la SEP, pero termina siendo cerrada al ser la Secretaría de Salud (SS) la que define, diseña y verifica; el Plan de Estudios de Educación Básica (PEEB) es el más tendiente a lo abierto, al buscar interrelacionar el saber social y biológico no sólo en un mismo bloque de conocimientos sino en una concepción de la salud, aunque esto termina por decantarse a lo biológico y preventivo específico; y por último la NOM dice haber convocado a diferentes instancias para su diseño pero siendo la gran mayoría del sector médico, terminado por ser una versión condensada del PEyS en el que son las escuelas únicamente campos de implementación.

El paradigma biomédico es el dominante en estos programas, al ver a la salud como lo opuesto a enfermedad, por lo que la forma de llegar a ella es mediante la prevención específica, ya sea al reducir un factor de riesgo como lo es la publicidad; al considerar más de un factor de riesgo como en el caso del PEyS; al fomentar la cultura de la prevención y no de la salud (PEEB); o al medicalizar incluso al personal educativo (NOM).

La única categoría que presenta distinciones es la de concepción del otro, ya que en los extremos encontramos a cliente falto de conocimientos (lineamientos de la publicidad) y seres encarnados pertenecientes a un colectivo (PEEB-2011), y en el medio tenemos a un ente biológico de desarrollo diferenciado (PEyS) y a un promotor de la salud por competencias (NOM).

Sin embargo, la región epistemológica en la que se ubican es diferente, por un lado en el extremo inferior izquierdo y cercana al mercado donde el consumo individual es lo más importante se encuentran los lineamientos de la publicidad. El PEyS y la NOM al ser un mismo programa expresado en documentos diferentes, se ubican en regiones muy similares que se pueden llamar “oficiales” al ser vista la PS como un accesorio a programas diferentes donde lo preventivo, individual, pasivo y homogéneo de su población es común a los dos. Por último el PEEB es el que se ubica en una región superior al considerar a los niños como críticos y parte de un colectivo posibilitando hasta cierto punto su actuación.

Parte de la respuesta al problema de la falta de coordinación la encontramos al contestar al primer objetivo específico de este trabajo “Documentar la relación entre las políticas internacionales y nacionales en materia de Promoción de la Salud infantil en escuelas de educación primaria y televisión” ya que se logra ver cómo México se preocupa más por buscar correspondencia con los lineamientos internacionales que entre las políticas locales con lo cual ignora la realidad nacional para satisfacer los mandatos transnacionales, esto obedeciendo a una forma de importación de ideas como lo es la transferencia, la cual se hace de manera impuesta por un actor supranacional (OMS-OPS).

En razón de esto, una pregunta orientada hacia los preceptos, el diseño, pero también a los contenidos, hubiera podido dilucidar de mejor manera la falta de concordancia entre los diferentes programas analizados, cosas que en esta investigación no fue posible realizar. El alcance de este trabajo y sus objetivos es exploratorio, al únicamente hacer un primer acercamiento a este problema. Los

resultados de este trabajo dan pie a la realización de investigaciones subsecuentes que como parte de la línea específica de las política de promoción de la salud infantil, logran sistematizar antecedentes, procedencia de los programas, correspondencia con las políticas internacionales y una forma de acercarse a los estatutos conceptuales que orientan dichos programas.

La amplitud que representa esta investigación dificulta su abordaje conceptual pero al mismo tiempo da pie al encuentro de diferentes campos, pudiendo abordar el mismo problema desde las ciencias sociomédicas, ciencias políticas, pedagogía o ciencias de la comunicación, y da pie a diferentes abordajes empíricos. Aunque en este trabajo se optó por un abordaje cualitativo con base en un análisis documental, hubiera podido ser un abordaje cuantitativo con base en técnicas estadísticas que igualmente aportara valiosa información.

Aunque estos programas y la presentación de los mismos pareciera en ocasiones no coherente, parte del problema estriba en la falta de coordinación de los mismos, ya que si responden a una misma población y un mismo objetivo, se esperaría estuvieran ligados entre sí, y que pese a pertenecer a políticas diferentes se guiaran según el principio transversal de las políticas donde el componente salud debería estar presente en la política educativa y mediática, y no el componente mediático o educativo en la política de salud.

Este trabajo más que dar respuestas definitivas pretende identificar nuevas cuestiones alrededor de los programas de promoción de la salud infantil orientadas a contenidos específicos, implementación de los mismos, estudios de recepción en niños, pero también en padres y maestros, organización de procesos y evaluaciones de resultados e impactos reales. Porque pese a no negar que dentro de las políticas a las que pertenecen estos programas se dan los resultados que dicen buscar (menor número de anuncios, mayor número de escuelas certificadas, o cumplimiento de un plan de estudios) esto no necesariamente se refleja en términos reales en mejora de la salud de los niños.

La Promoción de la Salud como estrategia es difícil de medir en valores e impactos cuantitativos, por lo que se ha reducido a contar escuelas, anuncios, o evaluar según indicadores de conocimientos esperados o impuestos. Para mejorar esta limitación, como estrategia a largo plazo podría buscar formar conciencia del sujeto en su entorno y en la sociedad, no sólo para el autocuidado, sino para el cuidado del colectivo y del ambiente lo cual podría a su vez orientar de manera longitudinal a estos programas.

Este trabajo mostró la orientación médico biologicista en la que aún se encuentran atrapados los programas de promoción de la salud infantil, pero también que se sustenta en un ejercicio del poder hegemónico y una clasificación cerrada. Además, reseñó la falta de correspondencia entre los diferentes programas analizados, ya que más que preocuparse por lograr concordancia entre políticas nacionales, se preocupan por lograr equivalencia con estatutos o recomendaciones de organismos internacionales, lo cual se refleja en la falta de una política de promoción de la salud infantil, y en que lo único que encontremos sean programas descoordinados que dicen promover la salud de los niños.



## Referencias

1. Secretaría de Salud. Promoción de la Salud Escolar. NOM-009-SSA2-2013.
2. Secretaría de Salud. Lineamientos por los que se dan a conocer los criterios nutrimentales y de publicidad que deberán observar los anunciantes de alimentos y bebidas no alcohólicas para publicitar sus productos en televisión abierta y restringida, así como en salas de exhibición cinematográfica, conforme a lo dispuesto en los artículos 22 bis, 79 fracción X y 86 fracción VI del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Publicidad. Secretaría de Salud; 2014.
3. INEGI. Estadísticas a propósito del día del niño. Datos Nacionales. INEGI; 2013.
4. Sojo E. Conferencia de prensa ofrecida con motivo de los resultados definitivos del Censo de Población y Vivienda 2010. Ciudad de México: INEGI; 2011.
5. Jara E y RG. ¿Cómo la ves? La televisión mexicana y su público. México: IBOPE AGB; 2007.
6. Instituto Federal de Telecomunicaciones. Estudios sobre la oferta y consumo de programación para público infantil en radio, televisión radiodifundida y restringida. Instituto Federal de Telecomunicaciones; 2014.
7. Chapela M del C. Promoción de la salud y emancipación. México: Universidad Autónoma Metropolitana; 2013. 263 p.
8. Cairney P. Policy Transfer. In: Understanding Public Policy Theories and Issues. Reino Unido: Palgrave Macmillan; 2012. p. 244–64.
9. Jhon Lewis Gaddis. Nueva historia de la Guerra Fría. México: Fondo de Cultura Económica; 2011. 353 p.
10. Heffer J. La Guerra Fría. AKL. Madrid: Akal; 1992. 306 p.
11. Alcalá Ramírez Julián. Atención primaria de la salud renovada. En: La Salud Pública y el Trabajo en Comunidad. México: Mc Graw Hill; 2010. p. 137–42.
12. Castro Albarrán JM. La Medicina y la Salud Pública. En: La Salud Pública y el Trabajo en Comunidad. México: Mc Graw Hill; 2010. p. 95-106.
13. Organización Mundial de la Salud. Atención Primaria de Salud [Internet]. 2014. Disponible en: [http://www.who.int/topics/primary\\_health\\_care/es/](http://www.who.int/topics/primary_health_care/es/)
14. Wilner A y AS. Abordajes de la Atención Primaria y el derecho a la salud en los países del Cono Sur - Red ISSS. Flacso. 2007.



15. Lalonde M. A new perspective on the health of Canadians. Ministry of Health and Welfare; 1974.
16. Tello C. La Política económica de México 1970-1976. México: Siglo XXI; 2003. 183 p.
17. Casas Patiño D et al. Reseña cronológica del movimiento médico 1964-1965. Boletín Mexicano de Historia Filosofía Médica. 2009;1(12):9–13.
18. Woldenberg J. La mecánica del cambio político en México. México: Cal y Arena; 2011. 590 p.
19. Gomez Dantés O et al. Sistema de Salud de México. Salud Pública México. 2010 Octubre 31;53(2):S220–32.
20. Fajardo Ortiz G Ana María Carrillo y Rolando Neri Vela. Perspectiva histórica de la atención a la salud en México 1902-2002. México: Organización Panamericana de la Salud; 2002. 153 p.
21. Valdespino Gomez JL y M de LG. 30 Aniversario del Programa Nacional de Vacunación contra sarampión en México. Los grandes beneficios y los riesgos potenciales. Gaceta Médica México. 2004 Nov;140(6).
22. Nuestra Historia [Internet]. DIF. [consultado Septiembre 22 de 2014]. Disponible en: <http://dif.slp.gob.mx/historia.aspx>
23. Campa M. Planificación familiar y salud reproductiva: piedras angulares del desarrollo. México Social. Enero de 2014.
24. Ordóñez Barba GM. La Política social y el combate a la pobreza en México. México: SEDESOL; 2002. 401 p.
25. Rodríguez de Romo AC y MERP. Historia de la salud pública en México: siglos XIX y XX. Historia, Ciencia, Salud. Manguinhos. 1998 Julio;2:293–310.
26. Valdez D. El Derecho a la Protección de la Salud y el Federalismo [Internet]. Biblioteca Jurídica de la UNAM; [consultado Septiembre 22 de 2014]. Disponible en: <http://biblio.juridicas.unam.mx/libros/2/994/15.pdf>
27. Almada Bay I. Salud y Crisis en México. México: Siglo XXI; 1990. 401 p.
28. Laurell AC. La política social del pacto posrevolucionario y el viraje neoliberal. En: Hacia una política social alternativa [Internet]. México: IERD; 1996. p. 15–32. Disponible en: [http://www.nuso.org/upload/articulos/2818\\_1.pdf](http://www.nuso.org/upload/articulos/2818_1.pdf)
29. Frenk J. La salud de la población. México: Fondo de Cultura Económica; 2003. 166 p.
30. Gutiérrez G. México. En: Sistemas Nacionales de Salud en las Américas. México: Secretaría de Salud; 1994. p. 149–94.

31. Secretaría de Salud. Escuelas Promotoras de la Salud en México. Secretaría de Salud; 2000.
32. Secretaría de Salud. Norma Oficial Mexicana Para el Fomento de la Salud del Escolar. NOM 009-SSA2-1993 1993.
33. Chávez Galindo AM y FRH. El Programa de Solidaridad y la organización comunitaria en el estado de Morelos, México. [Internet]. COLMEX; Disponible en: [http://bibliocodex.colmex.mx/exlibris/aleph/a21\\_1/apache\\_media/PQ1ULN29SYK57CPBDYA3IMR7HB5ILH.pdf](http://bibliocodex.colmex.mx/exlibris/aleph/a21_1/apache_media/PQ1ULN29SYK57CPBDYA3IMR7HB5ILH.pdf)
34. Secretaría de Salud. Programa IMSS-SOLIDARIDAD [Internet]. Secretaría de Salud; 2002. Disponible en: [http://www.salud.gob.mx/unidades/evaluacion/informe\\_labores/2002/capitulo9.pdf](http://www.salud.gob.mx/unidades/evaluacion/informe_labores/2002/capitulo9.pdf)
35. Instituto Nacional de Salud Pública. Modelos de Atención [Internet]. Secretaría de Salud; 2002 [cited 2014 Oct 15]. Available from: <http://www.calidad-insp.mx/doctos/dnIGz70cpaDG5KoOxA53WxgWjo5kN7.pdf>
36. Secretaría de Salud. Modelo de Atención a la Salud para Población Abierta [Internet]. 1995 [consultado Octubre 15 de 2014]. Disponible en: [http://www.dgis.salud.gob.mx/descargas/pdf/MASPA\\_1995.pdf](http://www.dgis.salud.gob.mx/descargas/pdf/MASPA_1995.pdf)
37. Alessandro L. Municipios Saludables. Argentina: Organización Panamericana de la Salud; 2002. 144 p.
38. Gómez de León J. Progresá [Internet]. Secretaría de Salud; 1997. Disponible en: <http://biblio.juridicas.unam.mx/libros/3/1397/39.pdf>
39. Vargas RE. \$1,200 millones a los más pobres. La Jornada. agosto de 1997;1.
40. Secretaría de Desarrollo Social. Evaluación de resultados del Programa de Educación, Salud y Alimentación [Internet]. SEDESOL; 1999. Disponible en: [http://www.oportunidades.gob.mx:8010/es/wersd53465sdg1/docs/1999/1999\\_libro\\_evaluacion.pdf](http://www.oportunidades.gob.mx:8010/es/wersd53465sdg1/docs/1999/1999_libro_evaluacion.pdf)
41. Laurell AC. Health system reform in Mexico: a critical review. Int J Health Serv. 2007;37(3):515–35.
42. Ganem R y JA. Desde los Pinos. Una crónica del poder. México: Compañía Periodística Nacional; 2000. 188 p.
43. Ornales Delgado J. La economía Mexicana en el gobierno de Vicente Fox (2000-2006). Aportes. 2007 enero-abril;12(34):141–58.

44. Dirección de Programas estratégicos en Áreas Rurales Indígenas. Salud y nutrición para población marginada rural e indígena [Internet]. Secretaría de Salud; 2005. Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/dgpfs/pueblosindigenas/Pueblos%20Indigenas.pdf>
45. Secretaría de Salud. Historia: la creación y desarrollo de la COFEPRIS [Internet]. COFEPRIS. 2014. Disponible en: <http://www.cofepris.gob.mx/cofepris/Paginas/Historia.aspx>
46. Secretaría de Salud. Programa intersectorial de educación saludable. Secretaría de Salud; 2002.
47. Organización Panamericana de la Salud. Escuelas Promotoras de la Salud. Washington: Organización Panamericana de la Salud; 2003. 93 p.
48. Delgado de Cantú G. De la era revolucionaria al sexenio del cambio. México: Pearson; 2007. 648 p.
49. Gakidou E. Evaluación del impacto de la reforma mexicana de salud 2001 - 2006: un informe inicial. Salud Pública de México. 2007;49(Suplemento I):S88–109.
50. Uribe Gómez M y RA. Las Reformas a la protección social en salud en México: ¿rupturas o continuidades? Perfiles Latinoamericanos. 42(Julio/diciembre 2013):135–62.
51. Heroico Congreso de la Unión. Ley General de Salud. Febrero 7, 1984 p. 231.
52. Núñez Albarrán Ernesto. La tragedia del calderonismo. Crónica de un sexenio fallido. México: Grijalbo; 2012.
53. Gobierno de la República. Mensaje del presidente Calderón sobre salud. spot. México: Televisión abierta; 2012.
54. Knaul F et al. Hacia la cobertura universal en salud: protección total para todos en México. Salud Pública de México. 2013 Mar;55(2):207–35.
55. Laurell AC. Impacto del Sistema de Protección Social en Salud (Seguro Popular) sobre el acceso a los servicios, el gasto de bolsillo y el financiamiento del sector público de salud en México. Investigación Política. 2012 Diciembre;(1):1–2.
56. Guerra HF. México protege a los más vulnerables: Oportunidades para Vivir Mejor [Internet]. Blog de la presidencia. 2011 [consultado Octubre 23 de 2014]. Available from: <http://calderon.presidencia.gob.mx/el-blog/mexico-protege-a-los-mas-vulnerables-oportunidades-para-vivir-mejor/>

57. Muñoz Izquierdo C. Comentarios sobre las políticas públicas relacionadas con la educación básica, que fueron implementadas durante el sexenio del presidente Calderón. En: Sexenio en perspectiva. México: Universidad Iberoamericana; 2012. p. 23–8.
58. Secretaría de Salud. Programa de acción específico 2007-2012 Escuela y Salud. Secretaría de Salud; 2008.
59. Chapela M del C y AC. Promoción de la salud y poder: Reformulaciones desde el cuerpo-territorio y la exigibilidad de derechos. México: Universidad Autónoma Metropolitana; 2010. 156 p.
60. Secretaría de Salud y Secretaría de Educación Pública. Lineamientos generales para el expendio o distribución de alimentos y bebidas en los establecimientos de consumo escolar de los planteles de educación básica. Gobierno Federal; 2010.
61. González Jácome A. El maíz: planta portentosa. Iberóforum. 2008 Jun;III(5):1–17.
62. Secretaría de Educación Pública. Programa Sectorial de Educación. Secretaría de Educación Pública; 2007.
63. Dirección General de Desarrollo Curricular (SEP). Plan de estudio. Ciencias Naturales. Educación Primaria. Reforma Integral de la Educación Básica. Institucional.
64. Alanis Figueroa M del C. Reforma Electoral 2007-2008: fortaleciendo la justicia electoral. Biblioteca Jurídica Virtual Instituto de Investigaciones Jurídicas - UNAM. 2008;9–14.
65. Laurell AC. El regreso de Funsalud. La Jornada. Diciembre de 2012;
66. Redacción. Prospera, nuevo programa social, releva a Oportunidades. Aristegui Noticias. Octubre 24 de 2014.
67. Gobierno de la República. Estrategia Nacional para la prevención y el Control del Sobrepeso, la Obesidad y la Diabetes. Gobierno de la República; 2014.
68. Foucault M. Historia de la medicalización. In Universidad Estatal de Rio de Janeiro; 1974. p. 23.
69. Castro Albarrán JM. Marcos conceptuales de la promoción de la salud. En: Manos a la salud Comunicación y publicidad: herramientas para la promoción de la salud. México: CIESS/OPS; 1998. p. 31–44.
70. Organización Mundial de la Salud. Constitución de la Organización Mundial de la Salud. Julio 22, 1946 p. 20.
71. Bergner M. Measurement of health status. Medical Care. 1985 May;23(5):696–704.

72. Twaddle A. The concept of health status. *Social Sciences and Medicin.* 1974;8:29–38.
73. Patrick D JW Bush y Milton M CHEN. Toward an operational definition of health. *Journal of Health and Social Behavior.* 1973 Mar;14(1):6–23.
74. Bowling A. *Measuring Diseases.* Philadelphia: Open University Press; 2001.
75. Giddens A. *Sociología.* España: Alianza; 2007. 1023 p.
76. Winslow CEA. The untilled fields of public health. *Science.* Enero de 1920; 51(1306):23–33.
77. Organización Panamericana de la Salud. *Herramientas de comunicación para el desarrollo de entornos saludables.* Washington: Organización Mundial de la Salud; 2006. 248 p.
78. Sigerist H. *The university at the crossroad: Addresses & essays.* New York: H. Schuman; 1946. 162 p.
79. Leavell HR y C F. *Preventive medicine for the doctor in his community.* New York: Mc Graw Hill; 1958.
80. Laframboise H. Health policy: breaking the problem down into more manageable segments. *Canadian Medical Association Journal.* 1973;108:388–91.
81. Richmond JB. *Healthy People. The surgeon General's report on health promotion and disease prevention.* US Department of Health, Education and Welfare; 1979.
82. Chapela M del C. Promoción de la salud. Un instrumento del poder y una alternativa emancipadora. En: *Temas y desafíos en Salud Colectiva.* Buenos Aires: University of New Mexico; 2008. p. 347–73.
83. *Primera Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud. Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud.* Organización Mundial de la Salud; 1986.
84. Chapela M del C. 25 años de conceptos y estrategias para promover la salud. En: *La Promoción de la Salud 25 años después.* Cataluña: Documenta Universitaria; 2012. p. 43–78. (Cátedra de Promoción de la Salud).
85. *II Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud. Declaración de Adelaide: Políticas públicas para la salud.* Organización Mundial de la Salud; 1988.
86. *III Conferencia Internacional sobre Promoción para la Salud. Declaración de Sundsvall: Entornos propicios para la salud.* Organización Mundial de la Salud; 1991.
87. *Conferencia Internacional de Promoción de la Salud en América Latina. Declaración de Santa Fe.* Organización Panamericana de la Salud; 1992.

88. IV Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud. Declaración de Yakarta: Nuevos actores para una nueva era: llevar la promoción de la salud hacia el siglo XXI. Organización Mundial de la Salud; 1997.
89. V Conferencia Mundial de Promoción de la Salud. Declaración ministerial de México para la Promoción de la Salud. Organización Mundial de la Salud; 2000.
90. Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud. Carta de Bangkok para la promoción de la salud en un mundo globalizado. Organización Mundial de la Salud; 2005.
91. Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. Subsanan las desigualdades en una generación: Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud. Organización Mundial de la Salud; 2008.
92. 7th Global Conference on Health Promotion. The Nairobi call to action for closing the implementation gap in health promotion. Organización Mundial de la Salud; 2009.
93. Reunión Internacional sobre la Salud en Todas las Políticas. Declaración de Adelaida sobre la salud en todas las políticas. Hacia una gobernanza compartida en pro de la salud y el bienestar. Organización Mundial de la Salud; 2010.
94. Dubos R. El espejismo de la salud. México: Fondo de Cultura Económica; 1975.
95. Chadwick E. Report on the sanitary condition of the labouring population of Great Britain. 1842.
96. Snow J. On the mode of communication of cholera. 1855.
97. Chapela M del C. Diabetes, obesidad, ocultamiento y promoción de la salud. In: En el debate: diabetes en México. México: Universidad Autónoma Metropolitana; 2010. p. 135–66.
98. Chapela M del C. ¿Qué promoción de la salud ha fracasado? En: Aspectos de las políticas y críticas públicas de la salud en México. México: Universidad Autónoma Metropolitana; 2008. p. 91–116.
99. Thompson JB. Los media y la modernidad. Barcelona: Paidós; 1998. 357 p.
100. Pasquali A. Comprender la comunicación. Barcelona: Gedisa; 2007. 320 p.
101. Thompson JB. La transformación de la visibilidad. En: La cultura del espectáculo y el escándalo: los medios en la sociedad actual. Mazatlán, Sinaloa: Universidad Autónoma de Sinaloa; 2007. p. 227–50.
102. Brody T. et al. Symposium sobre información y comunicación. México: Centro de Estudios Filosóficos, UNAM; 1963. 83 p.

103. Freire P. La educación como práctica de la libertad. México: Siglo XXI; 1977.
104. Morin E. Los siete saberes de la educación del futuro. Argentina: Nueva Visión; 2001. 71 p.
105. Frigerio G y MP. Políticas, instituciones y actores en educación. Argentina: Novedades educativas; 2001.
106. García Matillas A. Una televisión para la educación. La utopía posible. Barcelona: Gedisa; 2003. 256 p.
107. Silverstone R. ¿por qué estudiar los medios? Buenos Aires: Almorortu; 2004.
108. Orozco G. Televidencia, perspectiva para el análisis de los procesos de recepción televisiva. México: Universidad Iberoamericana; 1994. 141 p.
109. Orozco G. Comunicación social y cambios tecnológicos: un escenario de múltiples desordenamientos. En: Sociedad Mediatizada. México: Gedisa; 2007. p. 197.
110. Comte A. Cursos de Filosofía positiva. Puerto Rico: Orbis; 1984. 127 p.
111. Durkheim É. Las Reglas del método sociológico. México: Colofón; 2004. 153 p.
112. Schramm W. La Ciencia de la Comunicación Humana. México: Roble; 1973. 166 p.
113. Mattelart A y M. Historia de las teorías de la comunicación. España: Paidós; 2005. 148 p.
114. Vega Montiel A. La comunicación en México. Una agenda de investigación. México: Universidad Nacional Autónoma de México; 2009. 340 p.
115. Rogers E. The field of health communication today. *American Behavioral Scientist*. 1996;1(1):15–23.
116. Neal H. Better communication for better health. New York: Columbia University Press; 1962. 224 p.
117. International Communication Association. ICA History [Internet]. International Communication Association. [Consultado Sep 9 de 2015]. Disponible en: [https://www.icahdq.org/about\\_ica/history.asp](https://www.icahdq.org/about_ica/history.asp)
118. Kreps G et al. The History and Development of the Field of Health Communication. En: *Health Communication Research*. Westport: Greenwood Press; 1998. p. 1–15.
119. Donohew L y EBR. Systems Perspectives on Health Communication. En: *Communication and health*. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates; 1990. p. 3–9.

120. Atkin C y KS. Health Communication. En: An Integrated Approach to communication Theory and Reserch. New York: Routledge; 2009. p. 489–503.
121. Thompson T et al. Health Communication. Health Communication. 1989;1(1):1–73.
122. Rogers E. Up-to-Date Report. Journal of Health Communication. 1996;1(1):15–24.
123. Ratzan S. Journal of Health Communication. Journal of Health Communication. 1996;1(1):1–131.
124. Editorial. Focus and Scope [Internet]. Journal of Medical Internet Research. 2015 [consultado Septiembre 23 de 2015]. Disponible en: <http://www.jmir.org/about/editorialPolicies#focusAndScope>
125. Asociación Española de comunicación Sanitaria. Conócenos [Internet]. Asociación Española de comunicación Sanitaria. 2009 [consultado Septiembre 18 de 2015]. Disponible en: <http://www.aecs.es/conocenos.htm>
126. Engebretsen N. Communication and HIV/AIDS Working Group [Internet]. International Association form Media and Communication Research. [consultado Septiembre 23 de 2015]. Disponible en: <http://iamcr.org/s-wg/working-group/communication-and-hiv-aids>
127. Gavarvarapu S. Health Communication and Change Working Group [Internet]. International Association form Media and Communication Research. [consultado Septiembre 23 de 2015]. Available from: <http://iamcr.org/s-wg/working-group/health-communication-and-change>
128. Revista de Comunicación y Salud. Temática y alcance [Internet]. Revista de Comunicación y Salud. [consultado Septiembre 23 de 2015]. Disponible en: <http://www.revistadecomunicacionysalud.org/index.php/rcys/about/editorialPolicies#focusAndScope>
129. Ugarte A. Por qué Revista de Comunicación y Salud. Revista de Comunicación y Salud. 2011;1(1):1–3.
130. Islas O y AA. Breve historia de la academia latinoamericana de comunicación. Inventario de instituciones, hechos y caudillos [Internet]. academia.edu [consultado Septiembre 30 de 2015]. Disponible en: [http://www.academia.edu/7507362/Breve\\_historiografia\\_de\\_la\\_academia\\_latinoamericana\\_de\\_comunicacion.\\_Con\\_Amaia\\_Arribas\\_Venezuela\\_Comunica\\_2011](http://www.academia.edu/7507362/Breve_historiografia_de_la_academia_latinoamericana_de_comunicacion._Con_Amaia_Arribas_Venezuela_Comunica_2011)
131. Grupo de Trabajo 5. Comunicación y Salud [Internet]. Asociación Latinoamericana de Investigadores de la Comunicación. 2013 [consultado Septiembre 30 de 2015]. Disponible en: <http://www.alaic.org/site/grupos-de-trabajo/gt5-comunicacion-y-salud/?lang=es>



132. Molina G. Políticas públicas en salud; aproximación a un análisis. Medellín: Facultad Nacional de Salud Pública; 2008. 91 p.
133. Arellano Gault D y FB. Políticas públicas y democracia. México: Instituto Federal Electoral; 2013. 63 p.
134. Aguilar Villanueva L. Política pública. México: Siglo XXI; 2010. 172 p.
135. Bobio N. Estado, gobierno y sociedad: por una teoría política. México: Fondo de Cultura Económica; 2006. 243 p.
136. Maquiavelo N. El Príncipe. México: Editores Mexicanos Unidos; 2013. 151 p.
137. Rousseau JJ. El Contrato Social. México: Taurus; 2012. 168 p.
138. De la Cueva M. La idea del Estado. México: Fondo de Cultura Económica; 1975. 414 p.
139. Habermas J. Historia y crítica de la opinión pública. Barcelona: Gustavo Gili; 2006. 351 p.
140. Parsons W. Políticas públicas. México: Flacso; 2009. 815 p.
141. Subirats J et. al. Análisis y gestión de políticas públicas. España: Ariel; 2008. 178 p.
142. Sabatier P. Teorías del proceso de las políticas públicas. Buenos Aires: Westview; 2010. 378 p.
143. Aguilar Villanueva L. Problemas públicos y agenda de gobierno. México: Porrúa; 2014. 285 p.
144. Cobb R y EC. Participación en política americana. La dinámica de la estructura de la agenda. México: Noema; 1986. 244 p.
145. Aguilar Villanueva L. La hechura de las políticas públicas. México: Porrúa; 1996. 393 p.
146. Aguilar Villanueva L. Marco para el análisis de las políticas públicas. In: Políticas Públicas. México: Fundación Rafael Preciado; 2006. p. 11–33.
147. Aguilar Villanueva L. Introducción. In: Evidencia, argumentación y persuasión en la formulación de políticas. México: Fondo de Cultura Económica; 1997. p. 13–34.
148. Roth Deubel AN. La implementación de las decisiones. En: Políticas públicas: Formulación, implementación y evaluación. Bogotá: Aurora; 2002. p. 185–223.
149. Tohenig J-C. Las políticas públicas. Barcelona: Ariel; 1992.

150. Cejudo G. Discurso y políticas públicas. En: Problemas, decisiones y soluciones. México: Fondo de Cultura Económica; 2010. p. 93–125.
151. Cairney P. The Rol of Ideas. En: Understanding PublicnPolicy Theories and Issues. Reino Unido: Palgrave Macmillan; 2012. p. 220–43.
152. Carrillo Montenegro P. La transversalización del Enfoque de Género en las Políticas y las Gestión Pública. Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables; 2012.
153. Alfama E y MC. Evaluación y políticas transversales: el caso de las políticas de género. Congreso AECPA; 2011.
154. Organización de la Naciones Unidas. Informe de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer. ONU; 1995.
155. Krippendorff K. Metodología del análisis de contenido. Barcelona: Paidos; 1990.
156. Hernandez Sampieri R. Metodología de la investigación. México: Mc Graw Hill; 2009. 613 p.
157. Organización Mundial de la Salud. Estrategia Mundial sobre regímenes alimentario, actividad física y salud. Organización Mundial de la Salud; 2004.
158. Organización Mundial de la Salud. Conjunto de recomendaciones sobre la promoción de alimentos y bebidas no alcohólicas dirigidas a los niños. Organización Mundial de la Salud; 2010.
159. Sistema Nacional de Información en Salud. Principales causas de mortalidad en México [Internet]. SINAIS. 2008. Disponible en: <http://www.sinais.salud.gob.mx/mortalidad/index.html>
160. Barquera S et al. Prevalencia de obesidad en adultos mexicanos, ENSANUT 2012. Salud Pública México. 2013;55(2):151–60.
161. Hernandez Ávila M et al. Diabetes Mellitus en México. El estado de la epidemia. Salud Pública México. 2013;55(2):129–36.
162. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. Salud y Nutrición México [Internet]. UNICEF. 2012. Available from: <http://www.unicef.org/mexico/spanish/17047.htm>
163. Congreso General de los Estados Unidos Mexicanos. Ley Federal de Telecomunicaciones y Radiodifusión. Julio 14, 2014 p. 137.
164. Congreso de la Unión. Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Publicidad. Mayo 4, 2000 p. 31.
165. Calvillo A et al. Contra la obesidad y la diabetes: una estrategia secuestrada. Alianza por la Salud Alimentaria; 2015.

166. Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios. SALEN DEL AIRE CASI 26,000 SPOTS DE BEBIDAS Y ALIMENTOS CON ALTO CONTENIDO DE AZÚCAR PARA PROTEGER LA SALUD DE LOS NIÑOS. COFEPRIS; 2015.
167. Ministerio de Justicia e Instrucción Pública. Ley Orgánica de la Instrucción Pública en el Distrito Federal. de diciembre de, 1867 p. 15.
168. Carrillo AM. El inicio de la higiene escolar en México: Congreso Higiénico Pedagógico de 1882. Rev Mex Pediatría. 1999 Abril de;66(2):71-4.
169. Meneses Morales E. Tendencias Educativas Oficiales en México 1821-1911. México: Universidad Iberoamericana; 1998. 961 p.
170. Secretaría de Gobernación. Código Sanitario de los Estados Unidos Mexicanos. de Diciembre de, 1889 p. 80.
171. Departamento de Salubridad Pública. Código Sanitario de los Estados Unidos Mexicanos. May 27, 1926 p. 90.
172. Heroico Congreso de la Unión. Ley Orgánica de Educación, Reglamentaria de los Artículos 3º; 27, Fracción III; 31, Fracción I; 73 Fracción X y XXV, y 123, Fracción XII Constitucionales. Febrero 3, 1940 p. 15.
173. Heroico Congreso de la Unión. Ley Orgánica de Educación Pública Reglamentaria de los Artículos 3º; 31, Fracción I; 73 Fracción X y XXV, y 123, Fracción XII. De la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. de Enero de, 1942 p. 22.
174. Secretaría de Educación Pública. Reglamento Interior de la Secretaría de Educación Pública. de Agosto de, 1973.
175. H. Congreso de la Unión. Ley Federal de Educación. Noviembre 29, 1973 p. 11.
176. Secretaría de Educación Pública. Reglamento Interior de la Secretaría de Educación Pública. Septiembre 11, 1978 p. 30.
177. Secretaría de Educación Pública. Reglamento Interior de la Secretaría de Educación Pública. Febrero 4, 1980 p. 38.
178. Secretaría de Educación Pública. Reglamento Interior de la Secretaría de Educación Pública. Febrero 23, 1982 p. 40.
179. H. Congreso de la Unión. Ley General de Educación. Julio 13, 1993 p. 65.
180. Programa Nacional de Salud 1990-1994. 1991.
181. Dirección General de Fomento de la Salud. Norma Oficial Mexicana para el Fomento de la Salud del Escolar. de Agosto de, 1994 p. 9.

182. Secretaría de Educación Pública. Reglamento Interior de la Secretaría de Educación Pública. Junio 23, 1999 p. 33.
183. Organización Panamericana de la Salud. Educación para la salud en el ámbito Escolar: una perspectiva integral y guía para la acción basada en la experiencia latinoamericana. Biblioteca virtual de desarrollo sostenible y salud ambiental OPS;
184. Jones JT. WHO's Global School Health Initiative. Organización Mundial de la Salud; 1998.
185. Ippolito-Shepherd J. Las Escuelas Promotoras de la Salud en América Latina. Organización Panamericana de la Salud; 2005.
186. Dirección General de Promoción de la Salud. Manual Operativo Programa Escuela y Salud. Secretaría de Salud; 2012.
187. Programa Escuela y Salud. Programa de Acción en el Contexto Escolar. ANSA. SEP-SS; 2010.
188. Secretaría de Educación Pública. Exploración de la Naturaleza y la Sociedad (Guía para el maestro primer grado). Secretaría de Educación Pública;
189. Secretaría de Educación Pública. Ciencias Naturales (Guía para el maestro tercer grado). Secretaría de Educación Pública; 2011.
190. Secretaría de Educación Pública. Ciencias Naturales (Guía para el maestro cuarto grado). Secretaría de Educación Pública; 2011.
191. Secretaría de Educación Pública. Ciencias Naturales (Guía para el maestro quinto grado). Secretaría de Educación Pública; 2011.
192. Secretaría de Educación Pública. Exploración de la Naturaleza y la Sociedad (Guía para el maestro segundo grado). Secretaría de Educación Pública; 2011.
193. Secretaría de Educación Pública. Ciencias Naturales (Guía para el maestro sexto grado). Secretaría de Educación Pública; 2011.
194. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. Estudio exploratorio sobre la promoción y publicidad de alimentos y bebidas no saludables dirigida a niños en América Latina y el Caribe. UNICEF; 2013.
195. El día de hoy se publicaron las nuevas reglas sanitarias para publicidad y etiquetado de alimentos y bebidas no alcohólicas. México: Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios; 2014 de abril de p. 5. Reporte No.: 42/14.

196. UNESCO. Enfoque por competencias [Internet]. Oficina Internacional de Educación. [consultado Febrero 28 de 2015]. Disponible en:  
<http://www.ibe.unesco.org/es/temas/enfoque-por-competencias>
197. Díaz-Barriga A. Competencias en educación. Corrientes de pensamiento e implicaciones para el currículo y el trabajo en el aula. *Revista Iberoamericana de Educación Superior*. 2011;II(5):3-24.



ZENITH

MODEL 20

AUTOMATIC

CHANNEL

1 2  
3 4  
5 6  
7 8  
9 0