



**Universidad Nacional Autónoma de México
Programa de Posgrado en Ciencias Políticas y Sociales
Facultad de Ciencias Políticas y Sociales**

**La política de promoción de la salud mediante la escuela en México en el
significado de la salud de los niños**

**Tesis
Que para optar por el grado de:
Doctor en Ciencias Políticas y Sociales**

**Presenta
Tonatiuh Cabrera Franco**

**Tutor Principal
Dr. Guillermo Farfán Mendoza
Facultad de Ciencias Políticas y Sociales UNAM**

**Comité tutor
Dra. Bertha Lerner Sigal
Instituto de Investigaciones Sociales UNAM
Dra. Valeria Marina Valle
Departamento de Estudios Internacionales UIA CDMX
Dra. Fiorella Mancini
Instituto de Investigaciones Sociales UNAM
Dra. María del Consuelo Chapela Mendoza
Departamento de Atención a la Salud UAM Xochimilco**

Ciudad Universitaria. CD. MX. Octubre 2022



Universidad Nacional
Autónoma de México



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.

La política de promoción de la salud mediante la escuela en México en el significado de salud de los niños

Tonatiuh Cabrera Franco



UNAM
POSGRADO



Índice

INTRODUCCIÓN	4
CAPÍTULO 1	
LA SALUD, SUS APROXIMACIONES Y SU CONCEPTUALIZACIÓN	16
El discurso de la salud: biopolítica y medicalización	17
La salud desde el discurso oficial.....	25
Una aproximación (oficial) a la salud y lo social: Los Determinantes Sociales.....	30
Salud Global: una perspectiva crítica del discurso y sus prioridades en salud.....	37
A manera de cierre	49
CAPÍTULO 2	
TRANSFERENCIA EN POLÍTICAS PÚBLICAS: DISCURSO Y RACIONALIDAD COERCITIVA	51
Las políticas públicas y su ciclo	52
Difusión, convergencia, lección y transferencia: distintas aproximaciones para el estudio de la importación de las ideas.....	61
Transferencia: un esquema teórico analítico	66
Conclusión.....	80
CAPÍTULO 3	
EL DISCURSO DE LA SALUD EN LAS ESCUELAS PRIMARIAS EN MÉXICO: UN RECORRIDO HISTÓRICO	82
Anatomopolítica de la compañía lancasteriana	83
Normalización del saber: Las niñas como blanco del sistema positivo	85
La consolidación biopolítica, salud pública y educación	87
Gubernamentalidad y (re) surgimiento de las instituciones biopolíticas de la higiene escolar	90
Regular la especie: homogeneizar escuelas.....	98
Medicalizar contenidos: Los cambios a los planes de estudio	103
La Biopolítica global en las escuelas.....	108
A manera de cierre	112
CAPÍTULO 4	
LAS ESCUELAS PROMOTORAS DE LA SALUD EN MÉXICO	115
La iniciativa global y regional de escuelas promotoras de la salud	116

El Programa Escuela y Salud en México	120
La transferencia de la Iniciativa Global Escuelas Promotoras de la Salud	126
El programa Escuela y Salud: los números en México.....	140
Conclusiones.....	156
CAPÍTULO 5	
LAS ESCUELAS PROMOTORAS DE LA SALUD EN LA PRÁCTICA: EL CASO DE LA JURISDICCIÓN SANITARIA ÁLVARO OBREGÓN EN LA CIUDAD DE MÉXICO Y LOS LIBROS DE TEXTO GRATUITOS	159
Una mirada a la implementación del Programa Escuela y Salud en la Jurisdicción Sanitaria Álvaro Obregón de la Ciudad de México.....	160
La salud en los libros de texto gratuitos de educación primaria	166
Conclusiones al capítulo.....	186
CAPÍTULO 6	
LA ESCUELA MEXICANA ANTE COVID-19: LOS NUEVOS CONTENIDOS DE SALUD	188
La Agenda y definición del problema	189
El diseño y sus actores	193
La implementación.....	204
Consideraciones finales.....	214
CONCLUSIONES.....	218
ANEXO	
EXPLORAR CÓMO SIGNIFICAN LA SALUD LOS NIÑOS: UNA PROPUESTA METODOLÓGICA	234
Punto de partida metodológico	234
Los Grupos Focales.....	240
La ejecución de los grupos focales	242
Primera aproximación: un piloto en tiempos de COVID-19	246
Referencias	259

INTRODUCCIÓN

Por definición toda política pública busca incidir en la población, y es que si entendemos a las políticas públicas (PP), siguiendo a Aguilar (2005), como un conjunto de acciones que realizan las instituciones del Estado para resolver o disminuir las causas de los problemas públicos existentes, sería incongruente no pensar que toda intervención pública genera un efecto o resultado en la población. Disminuir, eliminar o controlar las causas de los problemas públicos existentes será el resultado buscado de las intervenciones pública, pero ¿existe una única forma de entender las causas de los problemas público y definir las intervenciones?

Dentro de la literatura en política pública queda claro que no, ya que desde la misma fundación de la disciplina en 1951 por Harold Lasswell se reconoció el papel capital que la definición del problema juega en el proceso, sin que por ello la literatura de análisis o evaluación se haya detenido a ver a detalle cómo el definir o entender un problema de forma diferente puede tener resultados o efectos distintos.

El análisis y evaluación de las PP se han centrado en el proceso de implementación y los resultados obtenidos sin reconocer la importancia necesaria en el papel que el discurso juega en la orientación a ciertos resultados y en la circulación de significados, que, vía las PP, llegan a la población dominando y organizando acontecimientos aparentemente aleatorios. Definir un problema de manera diferente o entender un área de incidencia de forma distinta tendrá resultados no sólo retóricos sino también en el diseño de intervenciones y en los efectos que dichas intervenciones estén teniendo, por lo que resulta pertinente problematizar la construcción de los significados en las PP. En este punto convergen tres términos: definición del problema, significado y discurso.

Dentro de la literatura de PP la definición del problema es el establecimiento de la relación causal, o el motivo del problema público (Aguilar: 2014). Desde una perspectiva sociológica interaccionista (Collins 1996) el significado es la forma de definir y actuar frente a los objetos, el cual se establece en relación con los otros o

el grupo en el cual nos encontramos. Y también desde la perspectiva interaccionista, pero dentro de la literatura de PP, se entiende al discurso como “los significados comunes construidos socialmente que dan sentido a las políticas públicas” (Cejudo, 2010: 99). Las políticas públicas se construyen desde cierta definición causa que se estructura desde un discurso y emergen en significados sociales, por lo que estarán determinadas no sólo por el marco organizativo o institucional sino también por los discursos que establecen significados y formas de definir los problemas. De esta manera el problema de la realidad que aquí se atiende, es el de la relación entre el discurso de las PP, y la construcción de significado en la población. De donde deriva la pregunta:

¿Qué relación hay entre el discurso de las PP y la construcción de significados en la población?

Entonces el objetivo de la investigación cuyos resultados aquí se comunican, es identificar los contenidos ocultos del discurso de las PP y contrastarlos con los significados explícitos, a partir de lo cual se podría avanzar en el entendimiento de cómo opera e impacta en la vida social.

Para contestar la pregunta, se optó por un camino que mira el proceso de larga trayectoria, asumiendo que la definición de un problema hoy es el resultado de una construcción discursiva de larga data que entiende de una u otra manera el área en que se pretende incidir. Para encontrar dichos discursos escondidos detrás de la enunciación, se analizó una política pública particular en México en su trayectoria histórica y cambiantes contextos sociales, político e ideológicos entre 1821 y 2021, es decir, a partir del fin de la Colonia y hasta nuestros días.

Cabe señalar que esta investigación comenzó por plantearse la exploración de una vía alternativa de evaluación de la incidencia de política pública, donde más allá del logro de objetivos planteados según la definición causal establecida, se reconocieran y visibilizaran los otros resultados no buscados de manera explícita.

Esos otros resultados se querían establecer en torno a los significados que la población tiene al estar expuesta a la política y sus instrumentos, lo cual marcaba que sin ser las políticas el único elemento mediador de significados era uno de los muchos elementos que hacían circular un discurso, lo legitimaban y perpetuaban dentro de lo social. Pero para abordar dicha forma de incidencia se tuvo que detener primero en los contenidos discursivos que estructuraban y hacían circular las políticas públicas. Sin embargo, la revisión de la literatura mostró una brecha de información y conocimiento al respecto, de donde surge la necesidad de comenzar a indagar los discursos que circulan detrás de las políticas y de su repercusión en los significados de la población.

Dado que la salud no tiene un único significado (ver capítulo 1) y la educación es un ámbito importante de construcción de estos (Rochex, 2009), la observación de las políticas públicas en educación y promoción de la salud ofrecen abundante información para nutrir el análisis propuesto. Pero cuando se habla del estudio, análisis o evaluación de políticas de salud el grueso de la literatura se enfoca en las acciones para prevenir o curar la enfermedad. Ortega señala que institucionalmente las políticas de salud se han expresado en:

... políticas de aseguramiento individual, o programas focalizados; propuestas que configuran cambios en estilos de vida constituyéndose en una vía expedita para garantizar hegemonía” (Ortega, 2018: 651).

Como sugiere la cita de Ortega, la tecnología para evaluar políticas de salud se ha orientado a responder a lo que se hace dentro del marco de los sistemas de atención médica, quedando el análisis de las políticas de salud atrapado en: el campo del aseguramiento y su cobertura y acceso; o de los cambios en los estilos de vida individuales y su efectividad para lograrlos.

A partir de una suposición inicial de que el discurso dominante en salud ha orientado el actuar institucional para mejorar, mantener o promover la salud de acuerdo con los propósitos propios de su hegemonía, al diseñar la propuesta de la investigación

a la que se refiere esta comunicación, se observó la necesidad de cuestionar la forma en que la PP y su discurso han definido a la salud. Aunque en la literatura podemos encontrar avances en el cuestionamiento a la perspectiva hegemónica de la salud, por ejemplo, las de la Salud Colectiva Latinoamericana (Blanco, Laurell), hay un vacío de conocimiento en tanto al análisis del contenido discursivo de las PP en salud. La investigación cuyos resultados aquí se comunican, se propuso atender este vacío de conocimiento tanto para acortarlo como para señalar la necesidad de que, desde la Administración Pública, se promuevan los esfuerzos en este sentido.

Pero aún resulta bastante amplio el hablar de las políticas de salud por lo que se utilizó como trazador una de las muchas variantes de dicha política, la orientada a la educación. Si pensamos en un ámbito de la política de salud que tendrá una clara incidencia en los significados de la población será aquella que se hace desde los centros educativos, y es que la escuela es en muchas ocasiones el primer círculo de interacción social extra familiar de los niños y, como señala Dubet y Martuccelli (1998), se ha convertido en un espacio esencial de la vida infantil y la socialización de aprendizajes a través de la experiencia.

Para poder abordar lo anterior con el debido detenimiento, esta investigación optó por un estudio de caso el cual se entiende como “un examen intensivo de una entidad individual de una categoría o especie” (Reyes, 1999: 78), lo que permite mirar a detalle la entidad que se considera relevante debido a sus características. El caso seleccionado para esta investigación es el de: La política de salud escolar en las escuelas primarias de México.

Es así que de la pregunta de investigación ¿Qué relación hay entre el discurso de las PP y la construcción de significados en la población? Se derivó la pregunta operativa general:

¿Cuáles son los principales contenidos discursivos de la política de educación primaria en materia de salud en México?

Para atender esa pregunta operativa general, se hicieron las siguientes preguntas particulares

- ¿Cuáles han sido los elementos discursivos que históricamente ha considerado la política de educación primaria en materia de salud en México?
- ¿Cuáles son los elementos discursivos más relevantes de la política de intervención en materia de salud en las escuelas de México (PEyS)?
- ¿Cuál fue el proceso de transferencia del discurso de intervención en materia de salud dentro de las escuelas que se dio en México?
- ¿Cómo el discurso se refleja en los principales indicadores del PEyS?
- ¿Cómo se ha dado el proceso de implementación del PEyS?
- ¿Cuáles son los principales elementos discursivos que mediante los materiales educativos se les presentan a los niños de educación primaria en México?

Desde el punto de vista teórico dos fueron los principales ejes que guiaron el trabajo: el primero el del discurso de la salud que se abordó desde Foucault, quien en general entiende al discurso, viéndolo más allá del conjunto de signos enunciados o escritos, como un dispositivo estratégico en las relaciones de poder (Foucault, 1992), y que en el campo de la salud se ha estructurado desde la estrategia biopolítica de la medicalización, o la forma de regulación de todo aspecto de la vida individual y colectiva desde los parámetros biomédicos (Foucault, 1998). El segundo eje es el de las políticas pública, que como forma legítima y eficiente del ejercicio del poder público mediante intervenciones colectivas que buscan atender o subsanar las causas de los problemas públicos existentes, se construyen según cierta definición causal, misma que en el campo de la salud se estructura según el discurso dominante y que se materializa en las intervenciones en materia de salud.

Esta investigación comenzó planteándose la exploración del significado de salud que los niños expuestos al PEyS tienen, para lo cual se tenía que identificar primero

los elementos discursivos que el programa en cuestión tenía, para enseguida construir un instrumento que identificara dichos elementos y explorara en qué grado habían sido incorporados al significado de salud de los niños de una escuela certificada como saludable. El primer reto metodológico consistió por tanto en tomar una postura frente al discurso de la política en cuestión, concluyendo que un abordaje directo y descontextualizado no lograría develar la profundidad de los contenidos discursivos inscritos en el programa. Ante dicha situación y reflexionando teóricamente en la poca atención que ha tenido el discurso en la literatura de política pública, se optó por desmontar los antecedentes estructurales desarrollados históricamente y que permanecen detrás del discurso de la salud en las políticas de educación primaria en el país. Por tanto, se optó por un acercamiento historiográfico para construir una descripción y explicación de los principales contenidos discursivos de la política de educación primaria en materia de salud en México, para llegar a comprenderlos en el caso particular del PEyS.

Desde la perspectiva histórica se reconoce entonces que una política no se puede dar de la nada, sino que es el resultado de un proceso social más amplio que ha determinado su agenda, definición, diseño e implementación. La visión clásica de autores como Rymond Aron (2006) entiende que la labor de la historia es tan sólo documentar el pasado y relatar lo acontecido, es decir que por medio de la documentación es posible verificar y presentar hechos:

La historia tradicional, atenta al tiempo breve, al individuo y al acontecimiento, desde hace largo tiempo nos ha habituado a su relato precipitado, dramático, de corto aliento” (Braudel, 1970: 64).

En contraposición Aron Braudel (1970), entre otros autores, apelan a un trabajo histórico que sea “crítico por excelencia”, en el que los documentos y materiales sean analizados a profundidad y bajo guías no sólo técnicas sino también teóricas. Esto es pasar de una “historia-relato” de acontecimientos, a una “historia de larga duración” que además del evento vea también la coyuntura que fue determinada por el pasado, pero que también determinará el futuro.

Braudel señala que la historia se ha centrado en episodios de corta duración que por su misma visibilidad y trascendencia se les otorga “un tiempo muy superior al de su propia duración”, por lo que, más allá de ver a la historia de episodios de tiempo corto que determinan procesos generales, se requiere virar hacia una historia de “larga duración” donde los problemas y acontecimientos sociales no se expliquen sólo a raíz de un evento, sino de su estructura y coyuntura. Para Vilar (1999), que recupera a Braudel, la noción de estructura en la historia se refiere en términos generales a las relaciones fundamentales (que pueden ser modificadas a raíz de los conflictos) que orientan el funcionamiento social. La coyuntura, por su parte, será “el conjunto de las condiciones articuladas entre sí que caracterizan un momento” (Vilar, 1999: 81), por lo que hablar de historia desde la estructura y coyuntura implica definir el momento y establecer la serie de condiciones en que se está dando, lo cual involucra pensar dichas condiciones dentro de un marco estructural dominante. Bajo estos supuestos:

El objetivo de la historia no es hacer revivir el pasado, sino comprenderlo. Para esto hay que desconfiar de los documentos brutos, de las supuestas experiencias vividas, de los juicios probables y relativos (Ibid:22)

Para Vilar los tipos de hechos que se pueden abordar desde la materia histórica son: hechos de masas, hechos institucionales y acontecimientos. El presente trabajo se enfoca en hechos institucionales los cuales son “más superficiales, pero más rígidos, tienden a fijar las relaciones humanas dentro de los marcos existentes” (Vilar, 1999: 43), y aunque la misma propuesta de Braudel y Vilar rompe con la historia del relato de acontecimientos o retablo de las instituciones, también señalan no se pueden desinteresar de ellas, pero sí abordar desde lo coyuntural y estructural.

Al hablar de política pública se habla entonces de un hecho institucional, pero al reconocer que este hecho y sus contenidos discursivos no emergen de la nada, sino que son el resultado de procesos coyunturales enmarcado en una estructura, es que el abordaje metodológico de este trabajo se inscribe en la perspectiva de la

“historia de larga duración” donde el tiempo no es sólo la suma de los días, y el recuento histórico es más que la presentación de los sucesos por lo que:

Puede pensarse en la indagación histórica como un proceso de interpretación que dota de significado a los acontecimientos -singulares y dispersos- de los que dan cuenta las fuentes o testimonios (Rico, 2009: 203).

Para Rico (2009) el análisis historiográfico consistirá en la fragmentación de un todo en sus partes, que por las características específicas del texto historiográfico no corresponde a elementos lingüísticos, sino históricos como: el objeto de la narración o investigación, los actores, factores históricos, espacialidad, escala temporal y fuentes. Una vez identificadas las características componentes se procede a la recomposición o puesta en relación de los elementos, proceso de síntesis donde la analogía y la teoría se entrecruzan en la reconstrucción del relato histórico que Rico llama “estudio crítico”.

(...) cuya tarea es identificar las condiciones de posibilidad de las representaciones del pasado a estudiar, así como la forma y los recursos mediante los cuales el sujeto de la enunciación expresa una determinada conciencia de la historicidad de su ser en el mundo” (Rico, 2009: 207)

Este trabajo se aborda entonces desde el método de investigación y análisis histórico, con la intención de presentar una descripción y explicación de la relación entre los contenidos discursivos de la política de educación primaria en materia de salud en México y la construcción de significados. Esta reconstrucción explicativa busca entonces no sólo dar cuenta de los contenidos y el discurso, sino ponerlos dentro del marco social, político e ideológico, que parecieran en momentos ajenos a ellos, pero que interactúan en una coyuntura y estructura.

La base del trabajo se organiza principalmente con fuentes documentales primarias como: códigos, reglamentos y leyes sanitarias y educativas; manuales procedimentales; memorias de gobierno; transcripciones de eventos oficiales; entre

otras. También se recurrió a fuentes secundarias que, sin tratar de forma directa el objeto de este trabajo, si lo hacen de manera indirecta, como lo son: bibliografía contemporánea historiográfica, artículos periodísticos y memorias personales. Por el tipo de fuentes consultadas, se advierte que se está recurriendo a una visión oficial, pero que se trata de ver detrás de lo enunciado.

En esta comunicación, en el capítulo uno se explora el discurso de la salud, donde a partir de conceptos de Michel Foucault, se identifica primero a la estrategia biopolítica de la medicalización como el discurso dominante desde la visión biomédica de la misma. En la segunda sección, se analizan las distintas formas de entender y tratar de operacionalizar a la salud, concluyendo que el mismo discurso medicalizado ha establecido dos parámetros generales para su entendimiento, uno biomédico y otro socio médico. Desde la segunda perspectiva se aborda en la tercera sección a los determinantes sociales de la salud como discurso oficial de esta visión que estructura el discurso de las acciones promotoras de la salud. Se concluye el capítulo con una visión a la salud global y sus prioridades, estableciendo lo que es y cuál de las dos ha sido la visión preponderante en el discurso oficial internacional.

El capítulo dos se enfoca a la segunda arista teórica: las políticas públicas (PP) y la herramienta teórico-conceptual que se utilizó para su análisis, la transferencia. Comienza por definir a las PP y su ciclo. Con los preceptos básicos establecidos se diferencia y explica a la transferencia como enfoque particular que observa la importación de ideas o discursos y que, además de ver lo “racional” permite identificar lo coercitivo a partir de contestar a seis preguntas básicas: ¿por qué se transfiere?, ¿quién está involucrado en la transferencia?, ¿qué se transfiere?, ¿de dónde se transfiere?, ¿en qué grado se transfiere?, y ¿qué restricciones tiene la transferencia?

Con el propósito de comenzar a develar los contenidos discursivos que han estructurado la política de salud en las escuelas primarias en México y contestar a

la primera pregunta particular de esta investigación, en el capítulo tres se presenta una revisión histórica de las acciones en materia de salud escolar desde el México independiente, con la llegada del sistema lancasteriano y sus acciones higiénicas, hasta el México contemporáneo, con la alineación a las iniciativas globales hegemónicas. Se advierte la arbitrariedad temporal en la elección del periodo de inicio de este relato que ignora el momento colonial y el precolombino. La razón de haber hecho este recorte en la historia es la centralidad que tienen las instituciones modernas como eje para el seguimiento histórico que aquí se propone. Para no presentar la reseña cronológica de eventos, se analizan los cambios históricos en el discurso que las políticas de salud escolar han tenido en el país con base en las premisas presentadas en el capítulo uno y dando cuenta de la forma institucional en que se ha entendido y enseñado a la salud en las escuelas primarias.

En el capítulo cuatro se profundiza en el caso de la política vigente desde una visión histórica. Se presentan primero el contenido discursivo y su ruta de acción de la Iniciativa global y regional “Escuelas Promotoras de la Salud”, iniciativas de las que deriva el PEyS. También se presenta el contenido discursivo y su ruta de acción del programa mexicano y con esto se contesta a la segunda pregunta particular de esta investigación. Después se realiza el análisis histórico-institucional del PEyS con la herramienta teórico-analítica presentada en el capítulo dos (transferencia), para dar cuenta del proceso de importación del discurso llevado a cabo en el año 2001, y se contesta a la tercera pregunta particular. Para terminar el capítulo, y contestar a la cuarta pregunta, se da cuenta de los principales indicadores del programa, y se hace un análisis estadístico descriptivo de sus resultados del año 2000 al 2018 reportados en el Sistema Nacional de Información en Salud.

El capítulo cinco profundiza en los contenidos discursivos del programa. Primero con una descripción del proceso de implementación del PEyS en la Jurisdicción Sanitaria Álvaro Obregón de la Ciudad de México. Segundo, y contestando a la sexta pregunta de esta investigación, se abordan los contenidos de salud en los libros de texto gratuito de 2019, viendo su concordancia con el PEyS y recuperando

los temas, objetivos, perspectivas y en general el discurso desde el cual se estructuran.

El componente COVID-19 como irruptor en la vida nacional, en las escuelas y en las vidas de las y los niños, no podía escapar a los alcances de este trabajo, por lo que el capítulo seis aborda, en tiempo real y con el auxilio de la comprensión lograda en los capítulos anteriores, la respuesta del sistema educativo mexicano ante el panorama epidémico. El capítulo reseña y analiza la agenda, definición, diseño e implementación de la nueva asignatura “vida saludable”.

Entre otras cosas, en la conclusión de esta comunicación, se presentan las tesis de conocimiento y nuevas preguntas que emergieron durante el proceso de la investigación y que ayudarán a la discusión conceptual de la política pública.

Por último, en un anexo que puede parecer desarticulado al resto del trabajo, se incluye una propuesta metodológica susceptible a críticas, cambios y mejoras, la cual mira hacia la primera propuesta de esta investigación, y que, construida con base en la develación de los contenidos discursivos de la política de salud en las escuelas, propone una manera de explorar de manera empírica cómo significan la salud los niños. Planteado desde el interaccionismo simbólico, se presenta un plan metodológico, proyecto de acción, y propuesta de instrumento con base en grupos focales, además resultados preliminares, pero muy ricos, de un ejercicio piloto que se realizó para ajustar y validar la idoneidad del instrumento, y los cuales son congruentes con la literatura y los hallazgos de esta investigación.

Lo aquí presentado más que concluir o cerrar la exploración de los contenidos discursivos en la política de salud, abre la puerta a más y nuevas preguntas que posibiliten mirar de manera más detallada el papel que los discursos están teniendo en el diseño de políticas, y a mirar cómo estos instrumentos institucionales hacen circular ideas y visiones detrás de la aparente objetividad y eficiencia de la intervención pública, por lo que el lector no debe esperar respuestas tajantes o

visiones absolutas, sino descripciones históricas explicativas de los contenidos discursivos de la política de salud en el entorno escolar en México que apuntan y esclarecen contenidos ocultos detrás de las aparentemente asépticas políticas en salud escolar.

CAPÍTULO 1

LA SALUD, SUS APROXIMACIONES Y SU CONCEPTUALIZACIÓN

En este capítulo se busca plantear un saque conceptual para el análisis y comprensión del discurso de la salud en la política pública, por lo que, asumiendo un sesgo teórico, se reconoce que es la visión clásica de Foucault la guía en la discusión y comprensión de este capítulo y este trabajo.

Lo primero que se plantea en este capítulo son las generalidades del discurso de la salud, para lo cual, en la primera sección se inicia por establecer la forma en que se estructuran los discurso en general, lo cual se ilustra desde las mediaciones de verdad del poder, posteriormente se señala y explica cómo en el campo de la salud esto se da desde la estrategia biopolítica de la medicalización. En la segunda sección se aborda un recorrido general de la forma de definir, operacionalizar y medir a la salud, que desde la visión oficial hace patente la materialización del discurso medicalizado. La tercera sección, aborda el componente social del discurso hegemónico, con la presentación de la perspectiva de los Determinantes Sociales de la Salud. Y se cierra el capítulo reseñando la vía internacional de circulación y legitimación del discurso oficial y dominante en salud desde la salud internacional a la salud global.

Antes de comenzar cabe advertir que esta no será una revisión exhaustiva del concepto de salud, y que si acaso, sólo será una presentación de la visión oficial sobre la misma, pero para los fines de esta investigación lo que se busca es visibilizar el discurso detrás de la política pública, por lo cual la revisión se centra en las perspectivas oficiales y dominantes, y no considera (sin que por eso minimice o invisibilice) a las versiones alternativas desde la resistencia al poder.

El discurso de la salud: biopolítica y medicalización

Para entender las implicaciones del discurso en la política es importante comenzar por develar primero las formas en que se estructuran los discursos dominantes, y segundo, establecer la perspectiva desde la cual en el campo específico de la salud se ha estructurado dicho discurso hegemónico. Para lo anterior este apartado abordará primero al discurso y su forma de construirse, y segundo a la estrategia biopolítica de la medicalización, ambos a partir de reflexiones básicas desde Foucault.

Desde la perspectiva foucaultiana, el discurso más allá del conjunto producido de signos enunciados y su realidad materia de lo escrito o pronunciado, es una conjunción de poderes que dominan acontecimientos aleatorios, todo discurso tendrá una intencionalidad que vía los signos marca esquemas de comportamiento y control de un discurso sobre otros y sobre los mismos sujetos. Para Foucault citado por Castro:

El poder no es ni la fuente ni el origen del discurso. El poder es algo que funciona a través del discurso, porque el discurso es, él mismo, un elemento es un dispositivo estratégico de relaciones de poder (Castro, 2004: 142).

Por tanto, y como dispositivo estratégico de las relaciones de poder, el discurso tiene procedimientos de exclusión de otros discursos que por no concordar con los fines del poder quedan fuera. Estos “tres grandes sistemas de exclusión que afectan al discurso (son:) la palabra prohibida, la separación de la locura y la voluntad de verdad” (Foucault, 1992:11).

Lo prohibido, refiere Foucault, es la no posibilidad de hablar de todo, la falta de derecho de enunciar ciertos temas, aspectos o características, y que va acompañado por amenazas de distintas formas de sanción material o social. La separación de la locura es el rechazo, resistencia o extrañamiento de formas de discursos que no coinciden con el dominante, que tiene en la razón y la locura su

principal ejemplo de discursos que no pueden circular el uno con el otro. Finalmente, la voluntad de verdad, señala una oposición entre lo verdadero y falso.

Este último procedimiento es al que Foucault le pone un mayor interés al referir que los primeros derivan siempre hacia él, reforzándolo y haciéndolo cada vez más profundo e inevitable. La coacción de la verdad es un sometimiento de discursos alternativos al discurso históricamente determinado que define lo que se ha de aceptar como veraz según una *voluntad del saber* que responde a las cambiantes formas de verdad y que tiene un soporte institucional con sus distintas formas visibles e invisibles de vigilancia y castigo.

Ese soporte institucional puede ser libros, escuelas, sabios, u hoy día dice Foucault, laboratorios. La ciencia entonces aparece con su conjunto de información, conocimientos, indicaciones, espacios y prácticas, y se perfila sobre otros saberes para establecer su dominio. La verdad científica históricamente determinada juega entonces un papel determinante en toda sociedad, ya que articula prácticas a través del discurso donde “el saber (es) un dominio en que el sujeto está necesariamente situado y es dependiente, sin que pueda figurar en él jamás como titular (Foucault, 2002:307).

Esto quiere decir que como sujetos nos situamos y entendemos al mundo desde verdades mediadas por el poder, sin que por eso podamos intervenir o cambiar las mediaciones o las verdades, ya que nos coaccionan desde el discurso que nos rechaza o excluye si lo contravenimos. Por tanto, se puede decir que es el discurso un vehículo o dispositivo de poder de unos sobre otros, ya que, entendiendo al poder de manera relacional, se excluye a aquellos que se posicionan fuera de la verdad normalizada a través de las instituciones, lo cual puede verse en lo “prohibido”, por lo que al enunciante de eso que se considera no verdadero se le toma como *loco*, al no ajustarse a la “racionalidad” imperante. Esta relación de poder que se establece vía el discurso tiene por tanto como fin que el sujeto actúe por sí mismo según lo estipulado por el poder, y que reproduzca su verdad.

... lo que define una relación de poder es un modo de acción que no actúa directa e inmediatamente sobre los otros, sino que actúa sobre su propia acción. Una acción sobre la acción, sobre acciones eventuales o concretas, futuras o presentes (Foucault, 1989:29)

Con esto se quiere señalar cómo se estructuran y actúan los discursos dominantes, al señalar primero el papel de las verdades mediadas por el poder que, como dispositivo, actúan sobre las acciones de los sujetos según la *voluntad de verdad* de la época, lo que orienta la forma de ver, conocer, acercarse y actuar en el plano de lo real, ya no por sometimiento, sino por convicción de que la verdad imperante es la única y correcta.

De manera particular lo anterior lo podemos ver en el campo de la salud, donde el discurso se articula desde la biología y la medicina, lo que da paso a la estrategia biopolítica (que se definirá más adelante) de la medicalización, o la acción de la medicina fuera de su objeto de estudio tradicional (la enfermedad) rebasando su dominio más allá del enfermo, sus síntomas y su tratamiento, y regulando todo aspecto de la vida individual y colectiva. Partiendo del supuesto de la medicina como práctica social, Foucault ilustra una perspectiva histórica de la medicalización desde Europa.

la medicina social no existe porque toda la medicina ya es social. La medicina fue siempre una práctica social, y lo que no existe es la medicina “no social”, la medicina individualista, clínica, del coloquio singular, puesto que fue un mito con la cual se defendió y justificó cierta forma de práctica social de la medicina: el ejercicio privado de la profesión (Foucault, 1976:158)

Para Foucault en el capitalismo no se pasó de una medicina colectiva a una privada, sino que ocurrió lo contrario al socializar el cuerpo en función de la fuerza productiva. Para él, “el cuerpo es una realidad biopolítica; la medicina es una estrategia biopolítica” (Foucault, 1977:5), lo cual explica en su Historia de la medicalización (1977) a partir de tres etapas en la historia de la medicina, que tiene como resultado primero una estatización, después una urbanización y llegando en un tercer

momento a una proletarización o medicina de los pobres (Foucault 1977).

La primera etapa o *Medicina del Estado*, la ubica en Alemania a inicios del siglo XVIII, que de la mano del surgimiento de la ciencia del Estado desarrolla un mecanismo de vigilancia poblacional y organización de un saber médico al servicio de este que tenía como puntos principales: un sistema de observación de la morbilidad, una normalización de la formación médica, una organización administrativa central de la actividad médica, y la creación de funcionarios médicos a cargo de una región. En esta primera etapa se observa una burocratización o estatización de la medicina (Foucault 1977).

La segunda etapa o *Medicina urbana*, la ubica en Francia a finales del siglo XVIII, donde la principal preocupación se vuelve la urbe a medida que las ciudades crecen y se convierten en centros de mercado, ante lo que surge la necesidad de la buena organización sanitaria de las ciudades que tenía por objetivo: analizar lugares de acumulación de aquello que podía causar enfermedades, y el control de la circulación del agua y el aire. La medicalización de las ciudades significó el control médico de las condiciones de vida del medio existente surgiendo nociones como las de salubridad e higiene pública como formas de control político-científico de lo que ahora se denomina “medio ambiente” (Foucault 1977).

Después de tomar al Estado y la Ciudad la medicina tuvo entonces como preocupación a los trabajadores, esto en la última etapa o *Medicina de la fuerza laboral* que en el segundo tercio del siglo XIX se da en Inglaterra con una enmienda a la *ley de los pobres*. Debido a la fuerza política que adquirió este grupo y las epidemias de cólera en toda Europa, se ve en la clase obrera un peligro político y sanitario al cual era necesario controlar, lo cual se hizo vía los “beneficios” del sistema de asistencia, que estableció controles médicos obligatorios que fungieron como cordón sanitario al interior de las ciudades entre ricos y pobres.

Con esto Foucault ilustra el inicio del dominio del discurso médico y su uso como

estrategia “biopolítica” en tres principales momentos: el primero a partir de la burocratización del saber médico o su uso instrumental para el control del Estado; el segundo con la urbanización u organización sanitaria del medio existente en las ciudades; y el tercero con el control médico obligatorio del pobre para la protección del rico.

Lo anterior muestra cómo la política médica (no política de salud) ha sido uno de los más claros ejemplos de lo que Foucault llamó “biopolítica” o consideración de la vida por parte del poder, una estatización de la vida en la que más allá de concentrarse en disciplinar cuerpos, se va a interesar en regular poblaciones, “se destina, por así decirlo, no al hombre/cuerpo, sino al hombre vivo (...) si lo prefieren, al hombre/especie”¹ (Foucault, 2001:220) concentrándose en los acontecimientos poblacionales que parecen aleatorios para “normalizarlos”, o en otras palabras, hacerlos regulares.

El interés del poder sobre la vida, dice Foucault, se puede rastrear desde el poder soberano del derecho de matar o dejar vivir simbolizado por la espada, pero que es desplazado en el siglo XVII por el poder de hacer vivir, un poder político de administración de la vida a lo largo de su desarrollo que en términos generales podemos llamar “biopoder” el cual se desarrolla en dos principales formas: una centrada en el cuerpo como máquina a la que es necesario disciplinar, llamada “anatomopolítica” del cuerpo humano, y el otro, surgido más tarde hacia mediados del siglo XVIII, centrada en el cuerpo especie como soporte de los procesos biológicos, llamado “biopolítica” (Foucault, 1998).

Lo que hará la biopolítica será afectar los procesos conjuntos que son propios de la vida, regular cuerpos individuales y sociales con el fin de mantener un poder, y que

¹ En esta traducción de Foucault se utiliza el término “hombre especie” para referirse al ser humano como especie biológica, sin embargo, se reconoce que el término refuerza una posición discursiva machista al sobreponer la masculinidad sobre toda la especie humana, para fines de este trabajo y por conveniencia teórica-conceptual se seguirá utilizando la categoría “hombre especie” pero reconociendo sus implicaciones discursivas y refiriendo más bien a un humano especie.

tuvo como primeros objetos de saber y blancos de control vía la estadística los nacimientos, las muertes y la enfermedad como fenómenos poblacionales aparentemente aleatorios en los cuales se busca intervenir para:

establecer mecanismos reguladores que, en poblaciones globales con sus campos aleatorios, puedan fijar un equilibrio, mantener un promedio, establecer una especie de homeostasis (...) instalar mecanismos de seguridad alrededor de ese carácter aleatorio que es inherente a una población de seres vivos (Foucault, 2001:223)

La biopolítica se estructura como un poder de regularización mediante mecanismos generales o globales para obtener estados de equilibrio poblacionales. Esta biopolítica detenta el derecho de intervenir en los procesos biológicos en conjunto para poder de cierta forma funcionar como “aseguradora de la vida” a partir de la intrusión en los aparentes “acontecimientos aleatorios” los cuales analiza estadísticamente para regularlos y “normalizarlos”, es decir encauzarlos hacia “un orden artificial dispuesto de manera explícita por una ley” (Foucault, 2005:184) esa ley que puede o no ser jurídica establece lo que se espera en materia biológica de una población.

La medicalización de la salud como estrategia biopolítica busca por tanto regular poblaciones desde el discurso dominante que, al igual que en el caso de la sexualidad como dispositivo de biopoder, “permitió agrupar en una unidad artificial elementos anatómicos, funcionales, biológicos, sensaciones, placeres (...) pudo funcionar como significado único y como significante universal” (Foucault, 1998:189) es decir, que al igual que la sexualidad, la salud funciona como significado único en el que más allá de su dimensión psicológica, social o cultural (entre otras) se articula únicamente a partir del significante² universal de lo biológico, por lo que “la salud se convirtió en un objeto de intervención médica” (Foucault, 1976:13).

La medicina se impone entonces como acto de autoridad en muchos planos de la

² Para Saussure (2008) el significado corresponde a la imagen fónica o palabra, mientras que el significante corresponde a la imagen o concepto mental

vida interviniendo más allá de la enfermedad y tomando conductas como la sexualidad, espacios como las escuelas y entornos generales o el medio, medicalizándolos en nombre de la salud. Esto ha puesto al conocimiento médico-científico como uno de los campos de mayor desarrollo lo que ha traído consigo importantes consecuencias.

Para los fines de este trabajo sólo cabe destacar como consecuencia de la medicalización el desarrollo de la economía política de la medicina o economía política de la salud, es decir el interés por parte de la economía (neoliberal) en el ser humano y la medicina en nombre de la salud. En términos generales ya se ha señalado el interés capital que se tiene en la medicina, ya sea como forma de administrar del Estado, como manera de organizar las ciudades o más directamente como vía de dominio y control de la clase trabajadora, tanto para proteger al rico de su enfermedad, como en su rol de fuerza productiva.

Pero en la actualidad, la medicina no sólo interesa desde el punto de vista económico como forma de administrar Estados, organizar ciudades, o como medio de reproducción de la fuerza laboral, sino que es una generadora de capital que utiliza el discurso de la salud como fuente de deseo para convertirla en objeto de consumo producida por la industria médico-farmacéutica y consumida no sólo por enfermos, sino por población libre de enfermedad con miras a formar y mejorar un *capital humano*.

Es a partir del desarrollo del neoliberalismo (principalmente norteamericano) que Foucault (2008) encuentra otra forma en que el nuevo liberalismo se interesa por el hombre; partiendo de la premisa que la economía política clásica (de Ricardo o Keynes) habían ignorado el análisis del trabajo, señala que la nueva economía política o neoliberal reintroduce en el análisis al trabajo, reinterpretando en términos económicos al ser humano. El “nuevo” *homo economicus* será la forma de ver al ser humano como empresario de sí mismo, ya que recibe una renta (salario) afectada a cierto capital. El capital al cual se refiere es el capital humano (el cuerpo mismo),

el cual está determinado por elementos innatos (genéticos en los cuales es difícil intervenir) y adquiridos (educación, nutrición o salud sobre los cuales se puede y debe invertir). La inversión en capital humano busca formar una especie de “idoneidad máquina”, es decir, el mejor hombre-especie o capital humano posible para generar una mejor y más alta renta, para lo cual “pueden repensarse todos los problemas de la protección de la salud, de la higiene pública, como elementos capaces de mejorar o no el capital humano” (Foucault, 2008:270), la reinterpretación del trabajo y más específicamente del ser humano como capital sobre el cual se puede y debe invertir, hará de la salud una fuente de consumo y objeto de deseo.

Con lo anterior, dice Foucault, “el cuerpo humano se introdujo dos veces al mercado: la primera por el asalariado (...) y la segunda por intermedio de la salud” (Foucault, 1976:168). Con la introducción del cuerpo humano como capital en el cual se puede y debe invertir en el mercado de la salud con bienes y servicios médicos, se ofertan estos bienes y servicios en diferentes presentaciones, ante lo cual aumenta su uso y disponibilidad lo que antes de representar una mejora resulta en una paradoja ya que el aumento en el consumo médico no refleja en la misma proporción una mejora de salud poblacional en indicadores como morbilidad³ y mortalidad⁴, ejemplo que en la actualidad puede verse en sistemas de atención médica como el de Estados Unidos, que pese ser el país que gasta un mayor porcentaje de su Producto Interno Bruto en salud (OCDE, 2019), tiene resultados que no lo reflejan⁵.

En contraposición un aumento en educación, ingresos familiares o alimentación influyen de manera más directa y positiva en indicadores tradicionales de salud, “la educación actúa sobre el nivel de vida en una proporción dos veces y media mayor que el consumo médico. Por consiguiente, para una vida prolongada, es preferible

³ Número de enfermos en un lugar y tiempo determinado en relación con el total de la población de ese lugar y tiempo determinado.

⁴ Número de muertos en un lugar y tiempo determinado en relación con la población viva a mitad del periodo en el lugar y tiempo determinado

⁵ Para 2018 Estados Unidos gastó 16.9% de su PIB en salud con una esperanza de vida al nacer de 78.6 años, en comparación España gastó el 8.9% de su PIB en salud con una esperanza de vida al nacer de 83.4 años, México apenas gastó el 5.5 de su PIB con una esperanza de vida al nacer de 75.4 años (OCDE 2019).

un nivel de educación que el consumo médico” (Foucault, 1976:169). La economía política de la salud o el interés capital en la producción, distribución y consumo de la salud como un bien será a la vez consecuencia, pero también vía de ejercer la biopolítica, que en nombre de la salud y por medio del deseo de obtenerla, inserta al hombre como capital al mercado.

Cabe señalar que con todo lo anterior este trabajo (o Foucault) no intenta decir que la medicina no sirve, es un problema o debe ser rechazada, al contrario, se reconoce a la medicina como parte de un sistema histórico, pero se advierte su uso instrumental a favor de un poder que ha llevado a medicalizar la vida y la salud por medio del discurso, lo cual se ve reflejado en las diferentes *biopolíticas globales* que como en el caso de las escuelas promotoras de la salud se diseñan y orientan a su población objetivo (los niños), a ser un mejor “capital humano” que entienda y eventualmente actúe según el discurso dominante y sus objetivos.

La salud desde el discurso oficial

El apartado anterior estableció los parámetros generales del discurso hegemónico en el campo de la salud, el cual se ha construido desde la estrategia biopolítica de la medicalización. En este segundo apartado se presenta la forma en que esa verdad hegemónica se ha traducido en una definición oficial multicitada pero poco entendida, en operacionalizaciones institucionales que observan la funcionalidad, y mediciones oficiales que más que dar cuenta del estado de salud de una población lo dan del estado de enfermedad.

Desde 1946 la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el primer párrafo de su constitución plasmó lo que hasta ahora es la más recurrente definición de salud, en ésta se puede leer que:

La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. El goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza,

religión, ideología política o condición económica o social. (OMS,1948:1)

Son varios los aspectos a resaltar de esta definición. Primero, se dice “estado completo de bienestar”, esta primera frase desprende tres señalamientos: rederirse al estado como una situación dada e inamovible, completo que remite a una situación perfecta e hipotética en que ningún ser vivo podría estar, y finalmente bienestar, que resulta relativo en un contexto de una organización transnacional, pero que abre la puerta a una interpretación social, temporal y cultural de la misma.

Como segundo aspecto se destaca el reconocimiento a la dimensión física, mental y social, ya que más allá del punto de vista biologicista que se hubiera podido tomar, desde su fundación la OMS ha reconocido que a la par de lo físico, la salud tiene también una importante dimensión psicológica y social.

Como tercer aspecto se puede decir que se rompe con el estigma binario de salud-enfermedad, que los ha colocado como antónimos, tanto en la parte operativa como en el discurso colectivo, sin embargo, pese a reconocer la salud como algo que va más allá de la ausencia de enfermedades, la medicalización de la vida y la salud sigue siendo el discurso predominante.

Como último punto sólo cabe destacar la referencia al derecho, que desde el punto de vista internacional abre la discusión alrededor del derecho a la salud, que cuatro años después consideró la Declaración Universal de los Derechos Humanos de la Organización de las Naciones Unidas (ONU) y en 1966 el Pacto Internacional de Derechos Económicos Sociales y Culturales.

La definición de salud de la OMS que pese al paso del tiempo sigue siendo la más recurrente, fue redactada en 1945 por Andrija Stampar (médico croata exponente de la medicina social ⁶) y fue plasmada un año después en la constitución de la OMS

⁶ Rama de la medicina que surge tras la Revolución Industrial y ve en lo social y las condiciones de vida y trabajo aspectos importantes en la determinación de la salud.

(Piedrola, 2008), pero al no concordar del todo con el discurso dominante de la época, ha tenido críticas incluso desde la misma organización, por ejemplo, Halfdan Mahler, quien fue director de la OMS, no coincidía con la mirada de Stampar, por lo cual, desde una perspectiva funcional añade a la definición “la posibilidad de realización de una vida social y económicamente productiva” (Delgado de Cantú, 2007:3).

Esta perspectiva funcional encaminada a la mejora del capital humano ha imperado en otras importantes definiciones de salud como la de Milton Terris (médico estadounidense reconocido en el campo de la Salud Pública y Epidemiología) quien cuestiona el sentido de “completo” y redefine a Stampar al decir que la salud es “un estado de bienestar físico, mental y social con capacidad de funcionamiento y no sólo la ausencia de afecciones o enfermedades” (Orozco, 2006:11). Para Terris (desde el discurso hegemónico) la salud y la enfermedad van de la mano formando un continuo gradual funcional que tiene en su punto más bajo a la muerte y en su extremo contrario a la salud óptima con capacidad funcional.

Y es que ante una realidad en que se busca regular poblaciones, se puede reconocer en lo enunciado la definición de salud de Stampar (sin por eso entenderla), pero desde el discurso hegemónico y ante la necesidad de controlar colectividades, se mide y operacionaliza un concepto multivalente desde el objeto de estudio de la medicina (la enfermedad) con indicadores como: mortalidad, morbilidad o número de hospitales, camas, médicos o enfermeras; con lo cual más que remitir al estado de salud de una población se remite al estado de enfermedad, esto con miras a la normalización y regulación social.

Por tanto, los indicadores de salud han remitido siempre al estado de enfermedad, y eventualmente como “componente social” se ha incluido la funcionalidad. Marilyn Bergner (1985) 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 Bergner, 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, estos estaban aún basados en el nivel de enfermedad como prevalencia e incidencia y niveles de mortalidad. Pero al tiempo que se desarrollan estos nuevos indicadores se comienza a considerar el “componente social de la salud”. Pero este componente social viene de la mano del funcionalismo, y por tanto de la idea del hombre máquina y el capital humano, ejemplo de esto lo encontramos en Patrick y colaboradores que 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 señalaron que su mayor dificultad se encontraba en distinguir salud de enfermedad al momento de medir por lo cual propusieron una definición de salud 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 (Patrick, 1973:6)

A pesar de que se proponen medir salud sin referir enfermedad, se hacen constantes señalamientos a la discapacidad física producto de un deterioro biofuncional, a la vez que se enfatiza en el carácter individual y lo “normal” desde el adecuado biofuncionamiento que posibilita o no a una persona lograr esas expectativas sociales o ser el esperado “hombre máquina” u hombre funcional.

En 1974) Twaddle en su artículo *The concept of health status* se pregunta por qué se le ha dado tan poca importancia al concepto social de *estado de salud*. Desde una perspectiva dicotómica 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 la que el individuo se percibe en armonía con su entorno, y una social que considera las capacidades del

individuo para desarrollar su rol de manera óptima. Desde esta perspectiva la enfermedad es vista como un cambio en el sentir del individuo en cuanto a su estado (biológico y psicológico) lo cual merma o influye sobre el componente social y la capacidad del individuo de ejercer su rol. Pese a que esta forma de entender a la salud–enfermedad parece congruente, establece una *normalización* del cuerpo según lo socialmente aceptado (o según el discurso hegemónico), donde desde una perspectiva de la medicina occidental se dicta lo que está bien y mal en lo individual para lo productivo-funcional.

Para la década de 1980 Bergner (1985) 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. Años más adelante y a partir del uso y popularización de la *calidad de vida* como indicador del estado de salud se desarrolló un índice específico de “calidad de vida relacionada con la salud” que Bowling define como:

... 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 (Bowling, 2001:7)

Definición que, al igual que las anteriores, hacen hincapié en el rol social que, aunque parece comienza a abrir el espectro, desde la perspectiva de Foucault se puede apuntar que eso que se espera socialmente de las personas estará enmarcado en las relaciones de poder orientadas por el discurso hegemónico, lo cual en este caso remite más bien a una calidad de vida relacionada con la (ausencia-presencia de) enfermedad.

Lo predominante del modelo biomédico y en términos generales la supremacía de un discurso medicalizado en el campo de la salud, la ha encajonado como lo opuesto a enfermedad desde una perspectiva funcional y la ha definido como un desajuste o lo fuera de la “norma” impuesta por lo biomédico, donde mente, cuerpo

y entorno son tratados por separado y sin una aparente correspondencia. Para Giddens (2007), este modelo concluye con la supremacía médica que no da espacio a otro tipo de saber que no sea considerado como *científico* 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 (Giddens, 2007:268)

Este corto recorrido en el que se destacan algunos de los trabajos pioneros en la definición, medición y operacionalización de la salud nos sitúa ante el discurso hegemónico institucional en el campo, en el que la perspectiva biomédica sigue siendo la dominante, y es a partir de ésta que se mide y entiende la salud desde el modelo del déficit, en el que la enfermedad impide ejercer el rol social, ante lo cual es necesario intervenir para mejorar el capital humano, lo cual se verá reflejado en los programas dirigidos a niños y la forma en que se quiere que entiendan y actúen para la salud.

Una aproximación (oficial) a la salud y lo social: Los Determinantes Sociales

En los últimos diez años, y desde la óptica de los Determinantes Sociales de la Salud (DSS), el discurso oficial estructurado desde la verdad hegemónica ha retomó la perspectiva de la medicina social que Stampar imprimió en la definición de salud de la organización al incorporar lo social más allá de la funcionalidad. En este apartado se dará cuenta de ese discurso oficial en salud que incorpora lo social.

En el discurso de la medicina y por tanto de la salud se ha buscado el “determinante”⁷ de la enfermedad, y por tanto (desde el discurso medicalizado) de la pérdida de la salud que desde diferentes formas de definir dicha determinación

⁷ Condición, causa o indicador de la ocurrencia de algo

ha tratado de explicar lo que dicotómicamente llaman el proceso salud-enfermedad.

Una de las formas más antiguas de explicar dicha determinación surgió a comienzos del siglo XVIII, en el que médicos como Giovanni María Lancisi presentan lo que ahora se conoce como la *teoría miasmática*, o el supuesto de que los vapores producidos por aguas estancadas y organismos en descomposición forman *miasmas* (emanaciones fétidas) que esparcidos por la atmósfera causan distintos tipos de enfermedades en el ser humano (Urteaga, 1980).

Para finales del siglo XVIII, y ante las cambiantes condiciones de Europa, una interpretación social de la determinación de la enfermedad comienza a desarrollarse. Por una parte, el médico vienés Johann Peter Frank ve en la administración del Estado una vía para mejorar la salud, interviniendo en factores sociales como la pobreza, hacinamiento o malas condiciones de trabajo, lo cual se ve reflejado en su texto de 1790 *La miseria del pueblo, madre de enfermedades* (Medina, 2011). Años después Rudolf Virchow (considerado padre de la patología moderna) tras participar en 1848 en el estudio de la epidemia de tifus, se percató que son las condiciones sociales y económicas elementos causantes de la enfermedad, por lo que debían ser estudiadas científicamente, lo cual hace patente en *La reforma médica*, publicación que invita a los médicos a participar de reformas sociales (Villanueva, 2012).

Pero el paradigma que llegó a eclipsar éstas y otras formas de interpretación de la determinación de la enfermedad, y por tanto la salud, llegó a mediados del siglo XIX de la mano de Louis Pasteur y Robert Koch y el establecimiento del *modelo unicausal*. Con los avances de Pasteur en el campo de la microbiología y la teoría germinal de las enfermedades que encontró su guía epistemológica en los postulados de la causalidad del médico descubridor del bacilo de la tuberculosis, Robert Koch, se establece la premisa “causa igual a microorganismo”, o el supuesto de que toda enfermedad, y por tanto la pérdida de la salud, se debe exclusivamente a un agente patógeno que puede ser aislado y cultivado (Moreno Altamirano, 2010).

Como respuesta al modelo unicausal se comenzó a señalar que, además del microorganismo, el medio externo es también causa de la enfermedad con lo que surgen los *modelos multicausales*, que establecen que la pérdida de la salud se debe al desequilibrio de la *triada ecológica*: agente (factor patógeno), huésped (individuo que aloja al agente) y ambiente (factores físicos, biológicos y sociales en que se encuentra el huésped), que pese a seguir poniendo un énfasis en lo biológico (desde el mismo discurso medicalizado), trata de romper con el paradigma unicausal (Arredondo, 1992).

Ejemplos del modelo multicausal, que en menor o mayor medida vieron nuevamente en las condiciones de vida de las personas determinantes del proceso salud-enfermedad, se reflejan en trabajos como los de Leavell y Clark (1958) quienes al retomar a Macfarlane plantean una historia natural de la enfermedad en que se explica el equilibrio y quiebre de la triada ecológica. Rothman (1976) por su parte explica la causalidad a partir de causas necesarias (factor patógeno), causas componentes (ambientales y sociales) y causas suficientes (la suma de la causa necesaria más las componentes), exponiendo que la simple presencia de las causas necesarias no dará como resultado la enfermedad sin causas componentes que lo posibiliten.

Formas oficiales de concebir a lo social como determinante de la salud las podemos encontrar desde 1974 con el *Informe Lalonde*, documento de trabajo del ministerio de salud de Canadá considerado como un hito en el posterior desarrollo e institucionalización del concepto de *promoción de la salud* a nivel mundial al plantear 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 lo que un año antes Huber Laframboise (1973) propuso al subdividir al campo de la salud en cuatro elementos: estilos de vida, ambiente,

sistemas de salud y biología humana.

Desde la OMS la perspectiva de la determinación social de la salud comenzó a tomar fuerza a partir de 1978 tras la firma del *acuerdo Salud Para Todos en el años 2000* y el reconocimiento de que las intervenciones clínicas no habían logrado resolver los principales problemas de salud, por lo que se convocó a la *Primera Conferencia Internacional Sobre Atención Primaria de la Salud (APS)*, la APS más que un programa sectorial se consideró como una estrategia política y de desarrollo comunitario donde la gestión de políticas y servicios fueran más allá de la simple provisión de asistencia médica para buscar acciones encaminadas al mejoramiento de las condiciones físicas, laborales y sociales.

Pero como respuesta desde la concepción más biologicista, un año después a lo planteado en Alma Ata con la APS, la Fundación Rockefeller promovió el encuentro sobre salud, población y desarrollo, 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 se propuso un nuevo concepto, el de *Atención Primaria de la Salud Selectiva (APS-S)* (Wilner, 2007) una crítica no directa al primer concepto de APS pero que desde la lógica neoliberal de mercado buscó el subsidio a la demanda de atención, reduciendo el concepto de APS a la prestación de servicios mínimos y posibilitando la ganancia privada a partir de fondos públicos, con lo cual se apostó a las intervenciones clínicas en el capital humano.

Con esto se quiere ilustrar que desde el parámetro institucional y oficial estructurado desde el discurso dominante en salud han habido dos grandes posturas para entender y atender la determinación de la salud, la primera más cercana al paradigma o modelo unicausal en que la enfermedad y por tanto la pérdida de la salud es la respuesta casi exclusiva ante un factor patógeno, y la segunda que, sin dejar el discurso hegemónico, reconoce a lo biológico como “necesario” (diría Rothman), pero ve en lo social un importante factor que determina en buena medida la distribución de la enfermedad.

Es desde esta segunda perspectiva que en 2005 Lee Jong-Wook, entonces director de la OMS, creó la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud, con la premisa, resumida en palabras de Villar que: “Procesos en curso como la globalización de signo neoliberal y el cambio climático agudizan las inequidades así como la exclusión en salud al actuar directa y desigualmente sobre los DSS” (Villar, 2007:7). Las desigualdades en salud se consideran desde esta perspectiva como: “diferencias en materia de salud que son innecesarias, evitables e injustas” (Palomino, 2014:77), por tanto, conceptos como inequidad o justicia social giran en torno a los DSS.

Estas diferencias en materia de salud evitables son entonces producto de los DSS y no sólo una manifestación biológica aleatoria que casualmente recaen con mayor fuerza sobre los países más pobres o incluso dentro de un mismo país sobre los estratos sociales más bajos. Según esta perspectiva más allá de intentar incidir únicamente en materia de salud sobre la atención médica se deben buscar intervenciones sobre lo social y las causas verdaderas de estas diferencias o desigualdades en salud.

La comisión estuvo integrada de 2005 a 2008 por 19 personalidades del campo de la salud y la vida política de 16 países de diferentes latitudes, siendo Estados Unidos de América el único país con más de un representante. La comisión definió a los DSS como:

Los determinantes sociales de la salud son 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 depende a su vez de las políticas adoptadas. (OMS, 2018)

En su informe final “Subsanar las desigualdades en una generación” la comisión parte de la existencia de grandes desigualdades que hacen que la esperanza de vida al nacer de un niño pueda ser de 80 años si se nace en cierto país o de 45 si

es otro, lo cual está determinado más que por lo biológico, por las fuerzas políticas, sociales y económicas, por lo que con el espíritu de la justicia social se busca alcanzar equidad y reducir la brecha sanitaria.

Para explicar estas grandes diferencias en los patrones de enfermedad y muerte entre individuos pero también colectividades se hace a partir de la perspectiva del curso de vida, la cual analiza “cómo los eventos históricos y los cambios económicos, demográficos, sociales y culturales moldean o configuran tanto las vidas individuales como los agregados poblacionales” (Blanco, Mercedes, 2011:6) es decir que la situación macroeconómica que sitúa a un sujeto o país en un gradiente social ⁸ específico, está directamente relacionado con sus niveles de morbilidad y mortalidad, o en palabras de la comisión: “los más pobres entre los pobres de todo el mundo son los que tienen el peor estado de salud (...) a causa de la explotación histórica y la inequidad persistente en las instituciones que ejercen poder y formulan políticas internacionales” (CDSS, 2008:31).

Para explicar ese gradiente social o lo que llama la comisión “jerarquía social del mundo” se centran en lo que denominan las “causas de las causas”, por lo cual se establecen dos niveles de la determinación de la salud, un gran nivel que envuelve todo o también llamado determinantes estructurales, y un subnivel con el cual el individuo está en contacto en su día a día, llamado determinantes intermediarios, que son la expresión material de los estructurales.

Los determinantes estructurales son los factores de los cuales dependen las condiciones de vida de las personas, ya que “no es una condición natural que algunas personas vivan con mucho y otras con poco (...) las desigualdades son sistémicas y son el resultado de políticas que toleran o, incluso, favorecen la distribución injusta del poder, la riqueza y otros recursos sociales”(CDSS, 2008: 109),

⁸ Desde la perspectiva de la comisión se considera el “escalón” en la distribución de la riqueza mundial y nacional, por lo cual este gradiente puede medirse entre sujetos de un mismo país, pero también entre colectividades o países.

por tanto la comisión insta a intervenir sobre: la amplia gama de políticas, la disposición de fondos públicos, la regulación de mercados, la equidad de género, la emancipación política y la gobernanza mundial.

Como resultado de estos determinantes estructurales se tienen condiciones de vida material diferencial, lo que son determinantes sociales de la salud intermediarios, o “circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen” (CDSS, 2008: 49), esto impacta a lo largo de la vida, desde la primera infancia, la escolarización, el empleo y el envejecimiento, por lo que la comisión insta a intervenir sobre: equidad desde la primera infancia, entornos saludables, empleo y trabajo digno, protección social a lo largo de la vida, y cobertura médica universal. Es decir que los DSS estructurales e intermediarios, condicionan la trayectoria en salud de sujetos y grupos en su desarrollo a lo largo de su vida.

A grandes rasgos desde el discurso oficial en salud ésta es la perspectiva social, la cual más allá del discurso biologicista estricto de la determinación de la salud o la relación etiológica de la enfermedad, ve en los cambios macroeconómicos y sus expresiones sociales, la causa o determinación diferencial de la enfermedad y muerte entre países y personas de gradientes sociales diferentes.

Al poner de manifiesto que desde el mismo discurso hegemónico existen dos polos para entender la determinación de la salud (uno estrictamente biologicista y otro con perspectiva social) no se quiere invisibilizar otras miradas alternativas que buscan responder al poder, sino que se pretende hacer patente en este trabajo que incluso desde el poder y el discurso dominante pueden existir diferentes miradas y posibilidades desde donde se puede entender a la salud y orientar el diseño de políticas públicas y sus instrumentos que no sólo consideren lo patógeno y anatómico, sino que también vean en lo social una posibilidad de incidencia para la mejora de la salud poblacional, sin que por eso abandonen la esencia discursiva de la estrategia biopolítica de la medicalización.

Salud Global: una perspectiva crítica del discurso y sus prioridades en salud

Para cerrar este capítulo, en este apartado se dará cuenta del establecimiento del discurso dominante oficial desde la perspectiva internacional y que se ha traducido en políticas y prioridades que se tienen en materia de salud desde el plano global. El apartado hace un breve recorrido histórico desde la salud internacional hasta la salud global, al observar de manera crítica sus principales actores, sus estrategias, agendas y en términos generales de los cambios enunciativos (no de discurso) que se han adaptado a los cambios amplios en el panorama mundial, y que han llegado a las naciones desde organismos supranacionales incorporándose a sus políticas y perpetuando e internalizando una visión desde el poder sobre la salud.

Junto con las posibilidades en materia de desplazamientos (de bienes y personas), pero también junto con la inter y multi conexión que han posibilitado viejos y nuevos medios, se ha señalado, desde el discurso hegemónico, que “las enfermedades no conocen fronteras” ya que los agentes (patógenos y ambientales) responsables de padecimientos y “hábitos” o “estilos” de vida (propios de una sociedad occidental y de libre consumo) y sus morbilidades asociadas, han logrado desplazarse más allá de límites geográficos y políticos.

Pero antes de hacer referencia genérica del interés mundial en la salud (o más bien en la enfermedad) poblacional cabe señalar el interés del Estado en la salud de sus habitantes. La Salud Pública que se puede entender como una forma de organizar la salud de la población orientada por instituciones del Estado, surge después de la génesis del Estado Nacional y junto con la Revolución Industrial. Con el fin del régimen feudal, la delimitación geográfica de los Estados, una población relativamente estable en esos territorios, un gobierno central reconocido, y el interés capital en la fuerza productiva, se ve en la salud poblacional un asunto de interés público en el cual el Estado debía tomar parte. Para el salubrista e historiador George Rosen “los 100 años transcurridos entre 1750 y 1850 constituyeron un periodo crucial para la moderna salud pública” (Castro, 2010:96) al consolidarse como doctrina política y práctica social.

Pero tan pronto se instauró como práctica legítima al interior de los Estados Nacionales se puso un interés institucional desde el plano internacional. Si bien el interés internacional en la salud existe desde los inicios de las relaciones comerciales, las guerras y la colonia, no fue sino hasta 1851 que se da la Primera Conferencia Sanitaria Internacional que tuvo como tema central las cuarentenas marítimas debido al cólera, la peste y la fiebre amarilla, posterior a esta primera conferencia, se realizaron trece conferencias más hasta 1926 (Mateos, 2005).

Otro paso importante en el tema de la salud internacional se dio el 2 de diciembre de 1902 cuando se celebró la Primera Convención General de Sanidad Internacional de las Repúblicas Americanas que tuvo como propósito la lucha contra epidemias y enfermedades infectocontagiosas y dio como resultado la creación del organismo internacional más antiguo dedicado a la salud, la Oficina Sanitaria Panamericana, hoy llamada Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2018). Cinco años después, en Europa se creó la Oficina Internacional de Higiene Pública (OIHP), encaminada principalmente al control de puertos y cuarentenas, la cual se disolvió en 1946 pasando sus funciones un año después a la Organización Mundial de la Salud (OMS).

Para 1913 un nuevo actor no previsto se une al mapa internacional de la salud, cuando John Rockefeller establece en Nueva York la Fundación Rockefeller (FR), una asociación privada que buscó promover el “bienestar de la humanidad” en todo el mundo y que popularizó vía su Comisión Internacional de Salud el concepto de “salud internacional”, el cual se enfocó al control de epidemias entre fronteras, así como a la ayuda a países pobres, la FR, señala Birn (2014), fue la mayor influencia en el campo de la salud internacional en el siglo XX.

En 1918 una pandemia de influenza conocida como *Gripe Española* azotó al mundo, dejando como saldo más de 50 millones de personas muertas, lo que significó tres veces más de los muertos en la Primera Guerra Mundial, lo que trajo como

consecuencia, tras el fin de la Primera Guerra Mundial y la firma del Tratado de Versalles en 1919, la creación de la Sociedad de las Naciones (Redacción BBC Mundo, 2018), organismo internacional encaminado a establecer la paz y reorganizar el panorama mundial, pero que ve en los devastados sistemas de atención médica del mundo y los brotes de enfermedades epidémicas la necesidad de intervenir en materia de salud, por lo cual en 1920 convocó a una *conferencia sanitaria internacional* que dio como resultado en 1923 la creación de un Comité de Higiene que trabajó de manera coordinada con la Oficina Internacional de Higiene Pública (OMS, 1958).

Al finalizar la Segunda Guerra Mundial en 1945 se celebró la Conferencia de las Naciones Unidas sobre Organización Internacional, donde en la Carta de las Naciones Unidas (tratado fundador de la organización) el memorándum de Brasil señaló que:

... la medicina es uno de los puntales de la paz”, con lo cual, junto con la delegación china, presentan una declaración conjunta en la que “recomiendan que se convoque en los próximos meses una Conferencia General encargada de establecer una organización Sanitaria Internacional (OMS, 1958)

Declaración aprobada por unanimidad por la Conferencia de San Francisco, con lo cual se convocó en junio de 1946 a la Conferencia Sanitaria Internacional que dio como resultado la firma de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud. Con la Constitución de la OMS se estableció una comisión técnica e interina encargada de constituir técnica y administrativamente a la organización, que convocó en junio de 1948 a la Primera Asamblea Mundial de la Salud, con lo cual desapareció la comisión interina y se fundó oficialmente la OMS, que concentró las funciones que hasta entonces realizaban la OPS, la OIHP y el Comité de Higiene de la Sociedad de las Naciones, siendo entonces el organismo internacional de salud más importante (OPS 2018).

Sin embargo, ya se ha señalado que fue la FR la mayor influencia en el campo de

la salud internacional durante el siglo XX, y es que más allá de los buenos deseos que pudo tener la OMS en su fundación, fue la FR la que fijó las pautas a seguir en materia de salud internacional, estableciendo prioridades, prácticas y agendas, todo vía el financiamiento de casi todas las demás organizaciones internacionales de salud de la época (Birn, 2009).

Desde el establecimiento del Comité de Higiene de la Sociedad de las Naciones éste fue parcialmente modelado a semejanza de la Comisión Internacional de Salud de la FR, compartiendo valores, prácticas, formas de trabajo y una “forma medicalizada de entender a la salud” (Birn, 2014:6). Las prioridades de la FR siempre estuvieron orientadas a la medicina, con una preocupación geoeconómica que buscó impactar en enfermedades específicas como la fiebre amarilla o la malaria en países colonizados, para lo cual fundó docenas de escuelas de salud pública en todo el mundo a la vez que estableció oficinas en diversos países, transfiriendo una forma de hacer y entender a la salud.

De esta manera el impacto que tuvo la FR en el campo de la salud a nivel internacional, principalmente en la primera mitad del siglo XX, estribó en la forma de establecer prioridades, programas y formas de incidir en la salud a nivel mundial, “el éxito no fue definido en términos de erradicación de enfermedades, más bien en términos de aceptación popular y política de la importancia de la salud pública” (Birn, 2009:55), aceptación de una forma específica de hacer salud pública según un discurso medicalizado que orientó la creación de departamentos de salud pública por todo el mundo según una serie de valores y verdades preestablecidos por la fundación y que fueron enseñados a los nuevos técnicos en la materia.

Esto constituyó la primera etapa llamada *salud internacional*, la cual, señala Frenk (2007), se orientó al control de epidemias en puertos y fronteras y a intervenciones norte-sur, por lo que se catalogan sus actividades como de defensa y asistencia. Otra forma de entender a la salud internacional es como una “respuesta a las preocupaciones acerca de los movimientos de enfermedades infecciosas más allá

de las fronteras y el establecimiento de regulaciones internacionales de salud (...) su tema de mayor interés fue la afectación a países de bajos y medianos ingresos” (Battams, 2013: 3).

Por tanto se puede resumir que en la primera etapa de la concepción internacional de la salud se institucionalizó la medicalización de la salud, primero a partir de la preocupación del movimiento de agentes infecto contagiosos vía puertos y fronteras, y segundo con la entrada de la FR a la escena, cuando en 1913 acuña el concepto de salud internacional, como una forma específica de intervenir en los países en desarrollo, lo cual perpetuó a partir de establecer escuelas de salud pública y ministerios de salud, es decir a partir de una institucionalización del discurso.

A mediados de la década de 1990, la FR comienza a perder fuerza, y con ella la concepción de salud internacional, y un nuevo actor que Birn (2014) denomina filantropocapitalista toma el lugar central en el plano mundial. Ante la crisis de autoridad dejada tras la guerra fría, en el año 2000 la Fundación Bill y Melinda Gates (FBMG) entra a escena junto con la nueva forma de entender a la salud internacional, ahora como *salud global*. La definición más citada de salud global es de Jeffrey Koplan, quien en 2009 en *The Lancet* la presenta como:

un área de estudio, investigación y práctica que pone como prioridad mejorar la salud logrando equidad en salud para todas las personas en todo el mundo. La salud global hace énfasis en los temas de salud internacional, determinantes y soluciones; involucrando muchas disciplinas dentro y más allá de las ciencias de la salud y promueve la colaboración interdisciplinaria; es una síntesis de la prevención con base poblacional y el nivel clínico individual de cuidado (Koplan, 2009:195)

Por el otro lado para Koplan (2009) la salud internacional es el trabajo en salud con enfoque geográfico en países en desarrollo centrado en enfermedades infecciosas y tropicales, agua, malnutrición, sanitización, y salud materna e infantil. En un comparativo, desde el punto de vista del autor, el interés geográfico de la salud global ve más allá de fronteras nacionales, mientras que la salud internacional se

enfoca en países en desarrollo; el nivel de cooperación por un lado es global y del otro binacional, el acceso es por un parte equitativo a todos y por el otro específico a naciones, y finalmente una tiene perspectiva interdisciplinaria mientras que la otra abarca unas pocas disciplinas.

Para Frenk (2007) este tránsito de lo internacional a lo global ha pasado por tres tendencias: la primera una transferencia internacional de riesgos y oportunidades acrecentada por el cada vez mayor contacto entre naciones, lo cual posibilita un tráfico microbiano; la segunda la aparición de nuevos actores globales, que comenzando desde el surgimiento de la OMS, se han incorporado desde su área de interés como es el caso de UNICEF o UNESCO, pero también actores filantrópicos y organismos económicos como el Banco Mundial o la FBMG; y tercero el paso de la salud de ser considerada como una política menor vista como humanitaria a ser una política mayor al incidir en temas de seguridad y crecimiento económico.

Siguiendo a Frenk la salud global estará marcada por una interdependencia en salud, bajo el supuesto de que muchos problemas son comunes a todos los países y dichos problemas no son todos transmisibles, por lo que se requiere un estudio interdisciplinario del proceso salud-enfermedad en el nivel mundial. Aún con todo lo anterior reconoce que “la salud global ha puesto demasiado énfasis en los programas dedicados a atender enfermedades particulares, sobre todo de naturaleza infecciosa” (Frenk, 2007: 162).

Por decirlo de alguna manera, la visión “idealista-institucional” de la salud global, dice reconocer que existen determinantes globales (no exclusivamente biológicos) que no pueden tan sólo atacarse de manera focalizada, ya que como lo señala Battams (2013), una de las características de la salud global es su énfasis en incluir determinantes políticos, sociales y económico además de los biomédicos, por lo cual como señala Koplan o Frenk, se debe atacar un problema complejo de manera interdisciplinaria.

Pero esto está aún muy lejos de ocurrir, desde posturas críticas se ha visto a lo global en la salud más que como un beneficio como la fuente misma de los males. Es decir, que más allá de entender a lo global como lo universal o supraterritorial donde las fronteras parecen desaparecer ante la interconexión (Kayvan Bozorgmehr, 2010), se le ve como un proceso de liberalización internacional del comercio, privatización y desregulación que ha desencadenado el deterioro de las condiciones sanitarias por la pobreza e inequidad (Franco-Giraldo, 2016), en otras palabras la mirada optimista de lo global como ausencia de fronteras se topa en el campo de la salud con la liberalización del tránsito de productos que acentúa las diferencias entre países de ingreso bajo y medios y países de ingresos altos, lo cual impacta de forma directa en las condiciones de vida de los países del primer tipo.

La globalización como signo del triunfo del capitalismo y la política neoliberal ha impactado de manera directa a la salud con lo cual, la antes llamada salud internacional será ahora llamada salud global, y se distinguirá, señala Birn (2011), por la intervención del capital privado en la salud, que desde el año 2000, con el lanzamiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), señala Valle (2014) se impulsa a partir de una nueva arquitectura de la Cooperación Internacional para el Desarrollo (CID), donde la eficiencia y la repartición de costos, hacen que entre en escena el sector privado como un actor importante vía compañías o fundaciones.

Lo anterior se ha visto reflejado en la proliferación de asociaciones público-privadas en el campo, las cuales han sido impulsadas tanto por la Comisión de la OMS sobre Macroeconomía y Salud, como por el Banco Mundial, ambas instituciones exhortando a los países a “invertir en salud”, o más bien en capital humano, lo cual ha incentivado el lucro privado a partir de un bien público (la salud), todo esto en nombre de la “equidad” y el “beneficio” de todos, sin hacer una mención a la fuente verdadera de los problemas: la desigualdad, cómo se han creado, o la forma de enfrentarla.

Afirmar que la salud global aspira principalmente a “lograr equidad” y “recalca las cuestiones, los determinantes y las soluciones de salud transnacional” parece prometedor, pero hay pocas pruebas de que supere las pautas condescendientes y de interés propio del pasado. Indudablemente oculta su orientación actual hacia el lucro” (Birn, 2011:103)

Ante este panorama podemos decir que más que una optimista re conceptualización de la salud internacional que considera ahora a los países como iguales desde una perspectiva de los problemas comunes a todos y la equidad, la salud global resulta un vía sofisticada de poner en marcha una estrategia global de la economía de la salud, donde en nombre de la equidad, el beneficio de todos y en general de la salud, el sector público busca “socios para repartir costos” y esos socios o empresas buscan ganancia privada.

La salud global como la nueva forma de conceptualizar lo que antes era la salud internacional viene de la mano de la FBMG, cuyo lema general dice “Todas las vidas tienen el mismo valor: somos optimistas trabajando para reducir la inequidad”, si bien la fundación tiene otras área de interés como agricultura, educación, o equidad de género, el grueso de su presupuesto (60%) está destinado al área de salud, lo cual supera el presupuesto de la OMS (Birn, 2014), presupuesto que la FBMG ha incrementado de manera sostenida desde el año 2000 (Valle, 2014).

La FBMG se posicionó por tanto como el nuevo actor preponderante en el área de la salud a nivel mundial, y sin alejarse del modelo de operación de la FR trabaja por cofinanciamientos, fijando metas a corto plazo y en términos generales adoptando un modelo de negocios. De la misma forma que la FR tuvo intereses muy particulares, la FBMG se ha enfocado principalmente en enfermedades infectocontagiosas y el desarrollo de vacunas. Los intereses de la fundación son claros, como lo señaló Bill Gates en su discurso de la 58 Asamblea Mundial de la Salud en 2005:

Algunos apuntan que la mejora de la salud en el mundo desarrollado sólo se puede cuando eliminamos la pobreza. Y eliminar la pobreza es un objetivo importante. Pero el mundo no

tenía que eliminar la pobreza para eliminar la viruela, y no tenemos que eliminar la pobreza antes de reducir la malaria. Necesitamos producir y administrar una vacuna. (Birn, 2014:11)

Aunque es de reconocer el esfuerzo en materia preventiva de la FBMG, principalmente en el campo de la malaria que se estima cobra la vida de 400,000 personas al año, tampoco hay que dejar de lado que en este esfuerzo se beneficia a empresas privadas como *GlaxoSmithKline* (farmacéutica británica en la cual la fundación tiene una inversión indirecta al adquirir parte de la tenedora Berkshire Hathaway, la cual ha sido también donadora a la fundación al otorgarle 107,6 millones de dólares para el desarrollo de una vacuna contra dicha enfermedad (La Monica, 2018).

Con esto se puede notar que la prioridad de la fundación y de la salud global, no está ni siquiera en atacar lo que desde el discurso de los determinantes sociales de la salud llaman estructurales, ni siquiera los intermediarios, no se preocupa por la distribución del poder y del dinero ni por las condiciones de vida, y únicamente buscan erradicar enfermedades específicas vía uno de los grandes negocios a nivel mundial, la industria farmacéutica.

Ante este panorama podemos advertir que la preocupación central de la salud global en general y de la FBMG en particular sigue dentro del discurso hegemónico más tradicional de la salud, pero ahora con un componente económico importante que se enmascara tras su filantropocapitalismo, con un modelo de negocios que ha tomado el papel central en el campo de la salud, donde en la búsqueda de una buena constitución de “capital humano” las acciones en materia de salud global se han enfocado al correcto biofuncionamiento.

Lo anterior se ve reflejado en biopolíticas globales que establecen una forma de entender a la salud, sus prioridades y la forma de alcanzarla, y las cuales son transferidas a los distintos países junto con su discurso, ejemplo de ello lo encontramos en la Ayuda para el Desarrollo en Salud (ADS), los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) y los ahora Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS).

Cada una de estas formas de ejercer la salud global está enfocada a la constitución de mejor “capital humano”, según el discurso dominante, al ser más cercanas a la comprensión de la salud biomédica estricta.

La ADS “consiste en contribuciones financieras cuyo objetivo es mejorar las condiciones de salud de los países con ingresos medios y bajos e incluye las contribuciones financieras de los gobiernos con altos ingresos y una variedad de actores no gubernamentales, incluyendo las organizaciones filantrópicas, corporaciones privadas y organismos no gubernamentales” (Ibargüen, 2016:27). Como puede verse la ADS es la forma clásica de la salud internacional (norte-sur), que se enfocó en los ODM, destinando hasta 2014 el 61.3% de la ayuda a impulsar los objetivos específicos de salud (Ibargüen, 2016).

Los ODM fueron metas cuantificables para luchar contra la pobreza, hambre, enfermedad, problemas educativos y ambientales, fueron compromisos de 191 jefes de Estado signado en el año 2000 en la Cumbre del Milenio (ONU, 2018). De los ocho objetivos establecidos, tres se enfocaban a temas de salud: salud materna, mortalidad infantil y tres enfermedades infectocontagiosas: VIH/SIDA, malaria y tuberculosis. Como puede verse, los ODM en materia de salud se orientaban a las metas de la salud internacional y de igual forma al centrarse en enfermedades específicas, se enfocan a un entendimiento biomédico de la misma.

Con el plazo por vencer de los ODM, y lejos de cumplir sus metas, en 2010 en la reunión de alto nivel de la Asamblea General de las Naciones Unidas se establece la necesidad de empezar a trabajar en una nueva agenda de desarrollo global, la cual fue presentada en 2014 como los ODS o agenda 2030 con ahora 17 objetivos, 169 metas y 232 indicadores globales. La salud es abordada en el objetivo 3, cuenta con nueve metas y fueron los principales responsables de su diseño la OMS y el Fondo para la Infancia de las Naciones Unidas (UNICEF) (Ibargüen, 2016).

Objetivo 3: Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades.

- 3.1 Para 2030, reducir la tasa mundial de mortalidad materna a menos de 70 por cada 100.000 nacidos vivos
- 3.2 Para 2030, poner fin a las muertes evitables de recién nacidos y de niños menores de 5 años, logrando que todos los países intenten reducir la mortalidad neonatal al menos hasta 12 por cada 1.000 nacidos vivos, y la mortalidad de niños menores de 5 años al menos hasta 25 por cada 1.000 nacidos vivos
- 3.3 Para 2030, poner fin a las epidemias del SIDA, la tuberculosis, la malaria y las enfermedades tropicales desatendidas y combatir la hepatitis, las enfermedades transmitidas por el agua y otras enfermedades transmisibles
- 3.4 Para 2030, reducir en un tercio la mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles mediante la prevención y el tratamiento y promover la salud mental y el bienestar
- 3.5 Fortalecer la prevención y el tratamiento del abuso de sustancias adictivas, incluido el uso indebido de estupefacientes y el consumo nocivo de alcohol
- 3.6 Para 2020, reducir a la mitad el número de muertes y lesiones causadas por accidentes de tráfico en el mundo
- 3.7 Para 2030, garantizar el acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva, incluidos los de planificación de la familia, información y educación, y la integración de la salud reproductiva en las estrategias y los programas nacionales
- 3.8 Lograr la cobertura sanitaria universal, en particular la protección contra los riesgos financieros, el acceso a servicios de salud esenciales de calidad y el acceso a medicamentos y vacunas seguros, eficaces, asequibles y de calidad para todos
- 3.9 Para 2030, reducir sustancialmente el número de muertes y enfermedades producidas por productos químicos peligrosos y la contaminación del aire, el agua y el suelo
- 3.a Fortalecer la aplicación del Convenio Marco de la Organización Mundial de la Salud para el Control del Tabaco en todos los países, según proceda

- 3.b Apoyar las actividades de investigación y desarrollo de vacunas y medicamentos para las enfermedades transmisibles y no transmisibles que afectan primordialmente a los países en desarrollo y facilitar el acceso a medicamentos y vacunas esenciales asequibles de conformidad con la Declaración de Doha relativa al Acuerdo sobre los ADPIC y la Salud Pública, en la que se afirma el derecho de los países en desarrollo a utilizar al máximo las disposiciones del Acuerdo sobre los Aspectos de los Derechos de Propiedad Intelectual Relacionados con el Comercio en lo relativo a la flexibilidad para proteger la salud pública y, en particular, proporcionar acceso a los medicamentos para todos
- 3.c Aumentar sustancialmente la financiación de la salud y la contratación, el desarrollo, la capacitación y la retención del personal sanitario en los países en desarrollo, especialmente en los países menos adelantados y los pequeños Estados insulares en desarrollo
- 3.d Reforzar la capacidad de todos los países, en particular los países en desarrollo, en materia de alerta temprana, reducción de riesgos y gestión de los riesgos para la salud nacional y mundial (ONU, 2018a)

Los ODS en el campo de la salud se enfocan en: mortalidad materna, infantil, por enfermedades no transmisibles, accidentes y productos químicos; enfermedades transmisibles; abuso de sustancias; vacunas; acceso y cobertura universal; financiamiento; y gestión de riesgos. Si bien se amplían los objetivos sigue habiendo un importante énfasis en la mortalidad materno-infantil y las enfermedades infecciosas, pero ahora se agregan también enfermedades no transmisibles y lesiones, al igual que se pone un importante énfasis en el acceso y cobertura de sistemas de atención médica desde la premisa de la protección financiera.

Sin profundizar más en los ODS queda claro como el discurso medicalizado en materia de salud se traduce en metas e indicadores específicos orientados a la enfermedad, su prevención y tratamiento, haciendo de estos un claro ejemplo de lo que se ha denominado biopolítica, o la búsqueda de la regulación de eventos aparentemente aleatorios en cuerpos individuales y sociales con la finalidad del mantenimiento de un orden inventado desde un poder hegemónico.

Pensar de forma azarosa la circulación y perpetuación de un discurso no es viable, con este apartado se quiso mostrar como en el campo de la salud aquello que entendemos y hemos internalizado sin cuestionar ha sido el resultado de procesos globales amplios donde organizaciones supranacionales y filantropocapitalistas han hecho circular y establecido discursos, y no con parámetros de buena voluntad, sino económicos, incidiendo desde la política en nombre de la salud en países, comunidades poblaciones y cuerpos, legitimando que el papel de las acciones en materia de salud son para evitar la enfermedad y generar mejor capital humano.

A manera de cierre

En este capítulo se planteó un panorama general del discurso hegemónico/institucional en materia de salud, se reconoce que este no fue un examen exhaustivo sobre todas las visiones y modelos entorno a la salud, sino que sólo fue la presentación crítica de un panorama general del discurso que transita a través de la política pública. Con esto no se quieren invisibilizar o menospreciar las miradas alternativas desde la resistencia al poder, sino que se quieren hacer patentes los elementos del discurso oficial y dominante que se busca analizar en este trabajo.

Cuatro son las principales conclusiones que en este punto se quieren dejar: primero desde la perspectiva de Foucault en este trabajo se entiende al discurso como un dispositivo en las relaciones de poder que de manera sutil impone sobre las persona ciertas formas de ver, entender y actuar sobre el mundo, aceptando y legitimando de forma inconsciente la visión del poder, y que en el campo de la salud se estructura desde la estrategia biopolítica de la medicalización que busca regular todo aspecto de la vida individual y colectiva desde el saber biomédico en nombre la salud. Segundo, este discurso hegemónico se ha adaptado a los cambios científicos y sociales por lo cual, desde el modelo del déficit ha encontrado dos vías interpretativas de la causa y prevención de la enfermedad (que pueden convivir

entre sí), una biomédica estricta cercana al paradigma unicausal de la enfermedad y otra sociomédica. Tercero, desde la visión sociomédica la perspectiva de los DSS es la que actualmente se encuentra vigente de manera oficial, encontrando en el discurso hegemónico una ruta de incidencia con contenido biomédica matizado. Y por último, se pone de manifiesto la ruta global de institucionalización y circulación del discurso dominante que, desde parámetros económicos, establece una visión de la salud funcional al sistema.

Se insiste en que este trabajo no busca menospreciar o descalificar la labor médica, tampoco proponer una definición alternativa o acabada de la salud, sino que busca visibilizar el uso instrumental del saber médico a favor de un poder, desde el cual se reduce a la salud a la ausencia de enfermedad con miras al control y dominio de sujetos, poblaciones y comunidades, y el cual circula por medio de la política pública.

CAPÍTULO 2

TRANSFERENCIA EN POLÍTICAS PÚBLICAS: DISCURSO Y RACIONALIDAD COERCITIVA

Ya se ha señalado en el capítulo anterior el papel del discurso en las relaciones de poder y la manera en que este transita vía las políticas públicas y en específico en las grandes (bio) políticas globales que como en el caso de la Ayuda para el Desarrollo en Salud (ADS) o los Objetivos de Desarrollo Sustentable (ODS) son enviadas y adoptadas en diferentes países que asumen una forma específica de entender y solucionar un problema. Si desde la perspectiva teórica del capítulo uno hemos comenzado a abordar el tema, en este segundo capítulo se busca entrecruzar al discurso con el enfoque de las Políticas Públicas (PP).

En este capítulo se discute y presenta el abordaje teórico clásico desde el cual se han visto y analizado a las políticas PP (el ciclo) que desde la perspectiva positiv-racional ha sido el modelo explicativo más usado, pero que también ha dado espacio a enfoques alternativos que alejándose en menor o mayor medida de él, tratan de abordar y explicar el proceso de la toma de decisiones públicas.

En la primera sección de este capítulo se aborda el enfoque clásico, haciendo una pausa en la definición del problema y el papel que esta y el discurso juegan a lo largo de todo el proceso. En la segunda sección, se distinguen las distintas formas de explicar la importación de políticas públicas que desde la perspectiva de esta investigación señalaremos como importación de discursos. Y para terminar, la tercera sección explora el enfoque de transferencias, que tomando como punto central al discurso y la coerción será el modelo utilizado para el análisis. Con lo anterior no se trata de romper teóricamente con la literatura de política pública, sino abonar un poco, desde la misma perspectiva, en lo enriquecedor que sería detenerse a ver el papel de los discursos al hablar y analizar PP.

Las políticas públicas y su ciclo

Antes de la década de 1950 “el proceso mediante el cual los gobiernos formulaban y decidían sus políticas económicas y sociales no habían sido objeto de estudio” (Aguilar, 2010:18), si bien se habían interesado por la legitimidad, el gobierno y su estructura no se había estudiado de manera formal lo que ahora se denomina en inglés como *policy*. *Polity*, *politics* y *policy* son tres conceptos que en español tienen un sólo significado (política) pero que en inglés se diferencian 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 intervenciones y programas en el tercero. Y aunque para Arellano (2013) estos tres ámbitos confluyen a la hora de determinar qué problemas enfrentar, como enfrentarlos y qué alternativa y definición tomar, no es sino hasta mediados del siglo pasado que se comenzó a interesar en el estudio de la *policy*.

Las PP han tenido desde entonces un enfoque positivo racional de la toma de decisiones basadas en información. Según el “nuevo liberalismo”, señala Parsons, “la clave para resolver el conflicto entre las demandas de lo privado y lo público era contar con una forma de gobernanza más erudita” (Parsons, 2009:39), el autor señala que ante las crisis del mercado que había demostrado no poder hacer converger intereses públicos y privados se vio en la información y erudición la vía para retomar la administración de lo público, una nueva forma de entenderlos y enfrentarlos desde esta ideología liberal fue entonces un nuevo enfoque de gobierno según políticas públicas que tuvo su primera representación en el *New Deal* y sus primeros estudios con Harold Lasswell en 1951.

En una época de posguerra fue necesario entender el papel del Estado de manera diferente, y por tanto su rol 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) dio pie a repensar las decisiones públicas a la luz de la información disponible o lo que fue 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, al buscar establecer

un diálogo entre investigadores sociales, económicos y tomadores de decisiones para eficientar las acciones públicas (Subirats, 2008).

Por tanto, la definición del PP trae consigo el componente positivo racional al considerarla sistémica, causal y funcional. Para Aguilar Villanueva una política pública es “un conjunto (secuencia sistema) de acciones, estructuradas de modo intencional y causal, en tanto se orientan a realizar determinados objetivos considerados de valor para la sociedad, o a resolver problemas considerados de interés público” (Aguilar, 2006:15). Es sistémica en la medida que una política se compone no únicamente de una acción sino de varias formas específicas de materialización como leyes, programas o procesos administrativos (a los que se les llama instrumentos de políticas públicas) que en su conjunto forman un sistema o plan de acción específico e interdependiente. Es causal, porque la misma política define una hipótesis sobre el o los motivos o causas a los cuales se le atribuye un problema ya definido, actuando sobre dicho o dichos motivos para disminuirlos o resolverlos. Y funcional ya que toda política tiene un fin determinado, aquel instrumento o aquella política que no cumpla su hipótesis causal o haya logrado su objetivo es rediseñada o eliminada.

Esta visión racional de la toma de decisiones públicas trajo como resultado una manera de estudiar las políticas separándola por momentos, a lo que Sabatier (2010) llama heurística por etapas o el enfoque clásico de las políticas públicas (el ciclo) que se lleva a cabo en dos grandes momentos, uno pre-decisional y otro post-decisional. Para Aguilar (2010) 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 operaciones el momento pre-decisional y las tres últimas el momento post-decisional, separadas por la toma de decisión, que en conjunto forman el ciclo de las políticas públicas. Este ciclo que Laswell denominaba como un “modelo del proceso de decisiones”, o un modelo funcional lineal, establece que se requiere un momento para poder continuar con el siguiente, pero hoy se considera como una serie de momentos que se segmentan para el análisis, pero que en la realidad pueden ser transpolares y multidireccionales. Por tanto, este *policy process* es más bien, como lo señala Aguilar (2014), un dispositivo analítico de la relación de gobierno y sociedad que más que responder a un orden cronológico responde a uno lógico y secuencial de cómo las instituciones públicas dan soluciones a problemas sociales.

Bajo la lógica secuencial del ciclo, antes de llegar a esas soluciones, el primer paso consiste en 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 (1986) existen dos tipos de agenda: la sistémica e institucional. La sistémica es aquella percibida por los miembros de una comunidad, por lo cual puede o no llegar a la agenda institucional. La institucional o de gobierno es el primer escalón del *policy process* en el cual se reconoce como problema público o de gobierno cierta circunstancia que es colocada en la agenda institucional para su resolución en lo que más adelante podrá ser una política pública o instrumento de ella.

En este primer momento del ciclo la racionalidad se ve reflejada en la inclusión o no de un problema en la agenda, ya que bajo esta lógica una demanda social no es necesariamente un problema real según parámetros técnicos o institucionales, o al

revés, un problema real no es siempre percibido por una comunidad. En el campo de la salud esto puede verse reflejado en la tipificación de *necesidades* entre sentidas y reales, las primeras centradas en las personas pero que se consideran subjetivas y las segundas centradas en apreciaciones técnicas o “científicas”, las cuales se consideran normativas o reales y por tanto atendibles (Donabedian, 1988).

Como segundo escalón y junto al momento de agendar un problema se encuentra la definición, ya que no sólo se considera un problema en lo abstracto, y al agendar un problema se da un paso crucial para todo el proceso: la definición del problema.

Colocar una cuestión en la agenda significa implícita o explícitamente ir dando forma a una definición del problema aceptable para el público y, sobre todo, tratable para el gobierno (Aguilar, 2014: 51)

El “ir dando forma” que menciona Aguilar es a lo que en la perspectiva positivista se le denomina el establecimiento de la relación causal del problema. Según la información disponible se agenda un problema del cual se tiene un motivo presuntivo, lo cual direcciona el actuar o la política. Este momento es racional, pero como bien lo señala Aguilar está supeditado a la “tratabilidad” por parte de las instituciones. En términos del ciclo este es el punto en el cual este trabajo se quiere detener, ya que esa definición, relación causal o ir dando forma, implicará implícita o explícitamente un discurso que desde el poder se le imprime a las PP.

En el caso de la salud, o la falta de ella como problema público, la definición que se tenga sobre la misma direccionará todo el actuar de una política. Ya se ha señalado que desde el discurso hegemónico medicalizado de la salud existen dos perspectivas, una más cercana al modelo médico-biologicista que encuentra en la dimensión biológica de las personas (y principalmente en los microorganismo) el principal factor causal de la pérdida de la salud; y otro, que de igual manera teniendo como objetivo únicamente la enfermedad, ve en lo social y las condiciones de vida o la distribución desigual del dinero el poder y los recursos (como lo señala el discurso oficial de los Determinantes Sociales de la Salud) las causas a atacar. Sea cual sea

la forma de definir el problema, el diseño y el resto del ciclo deberá ser congruente a la definición del problema.

Como tercer momento en la fase pre-decisional se tiene el diseño, bajo el supuesto que hay suficiente información, se ha definido el problema y por tanto establecido la relación causal. En esta etapa del ciclo señala Aguilar (1996) han predominado dos perspectivas: la elección racional (*rational choice*) y el incrementalismo. La elección racional supone un esquema técnico de presentación de propuestas estrictamente congruentes con el esquema causal, esta es la perspectiva original del modelo bajo la 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 un diseño estrictamente racional por lo que surgieron diferentes mecanismos como el de la racionalidad limitada de Simon y la ingeniería social gradual de Popper, de los cuales surge la propuesta de Lindblom (2007) que después fue llamada *incrementalismo*, que contempla las realidades organizacionales del sistema y en razón de ello diseña o adapta lo que se puede hacer en una lógica gradual, 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 permite señalar las tendencias teóricas en la construcción de las políticas públicas. Por un lado, tenemos un modelo que busca eficacia mediante un análisis operativo caracterizado por ordenar las preferencias, indicar las opciones de acción y calcular las consecuencias, y por el otro uno que busca eficiencia mediante una serie de cambios graduales, 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 (Aguilar, 2006: 21).

Este tipo de quiebres con la racionalidad desde el momento de la agenda, la definición, el diseño y finalmente la decisión han hecho surgir modelos explicativos que ven más allá de la racionalidad estricta y explican los cambios en las políticas que por sí sólo el incrementalismo no ha podido hacer, ejemplos de esto son los modelos de *ventanas de oportunidades*, *equilibrio puntual*, *coaliciones promotoras*, *gobernanza*, y centro de este trabajo la *transferencia*, que desde sus especificidad intentan explicar la fase pre-decisional y decisional de las PP.

Decidida alguna de las opciones de PP llega el momento post-decisional que comienza en una sociedad democrática o plural con la comunicación de la decisión tomada bajo el supuesto de una comunidad democrática representativa en la que se da la 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 (Aguilar, 1997:32).

En este punto del ciclo la racionalidad se ve expresada en lo que el mismo Lasswell refirió como una de las tres funciones del proceso comunicativo: “la puesta en relación de los componentes de la sociedad para producir una respuesta al entorno” (Mattelart, 2005: 35). Los efectos y respuestas esperadas son un punto básico de los estudios pioneros en comunicación en los que de manera simplista se pensaba, como en este caso, que con los argumentos y evidencias racionales se llevaría a

las audiencias a responder de la manera deseada.

El modelo de la *aguja hipodérmica* del mismo Lasswell establece esa relación unidireccional y aparentemente todopoderosa que se colocaba como “instrumento indispensable para la gestión gubernamental de las opiniones” (Mattelart, 2005:32), con lo que se considera a la propaganda el único y más eficaz medio para buscar y encontrar la adhesión de las masas a las decisiones de gobierno. Los avances en los estudios de las ciencias de la comunicación han mostrado (aún desde el mismo paradigma funcional) que no se puede considerar a los medios como omnipotentes y que los argumentos y evidencia racional no son suficientes para convencer a audiencias diferenciales.

El quinto paso en el ciclo es la implementación, que puede definirse como: la transformación en hechos concretos de la teoría causal vía uno o varios instrumentos específicos para lograr un resultado esperado. Más allá de los problemas técnico o burocrático, en esta fase existen, señala Roth (2002), dos principales enfoques, de arriba hacia abajo (*top-down*) y de abajo hacia arriba (*bottom-up*). El enfoque de arriba hacia abajo, o también llamada enfoque tradicional, es el dado del centro a la periferia, suponiendo una separación conceptual y temporal entre la formulación de la política y la implementación de esta, por lo que cualquier problema surgido durante esta fase se considera como de coordinación y no de diseño. Por el otro lado el enfoque de abajo hacia arriba es visto como la contraparte o enfoque crítico o alternativo, ya que se pretende un diseño retrospectivo que incida en el lugar donde existe el problema y llega posteriormente al centro tomador de decisiones.

Por un lado se tiene la concepción racional estricta en que cualquier error será atribuido a un fallo organizacional y no de diseño, y por el otro la respuesta que incluso permite la acción antes del mismo diseño. La literatura sobre implementación es vasta y fluctúa entre concepciones administrativas, políticas y organizacionales, y aunque es la parte más visible del proceso, aún se tiene la idea

de que ya diseñada y decidida una política la implementación es un asunto burocrático (Sabatier, 1986).

Finalmente, el último escalón del proceso es la evaluación de la política pública que para Thoenig es “apreciar los efectos atribuibles a una intervención gubernamental en un campo específico de la vida social y del entorno físico” (Thoenig, 1992: 208) o, enunciar los cambios que hubo o no debido a la solución y el problema. Pero para observar estos efectos o cambios hay que tener en cuenta que se debe responder a la primera definición causal del problema, y por tanto se estará sesgado por la perspectiva tomada y los factores externos a la relación causal.

Desde el modelo secuencial se habla de una evaluación *ex post*, es decir, posterior a la implementación, sin embargo, en el proceso de política pública se pueden también contemplar evaluaciones *ex ante* como diagnóstico para la definición del problema o el diseño, y durante el mismo proceso. La evaluación *ex post*, puede tomar diferentes vías según la actitud del evaluador, la profundidad de la evaluación, o los criterios a evaluar, recurriendo en mayor medida a la evaluación de los efectos (Bouzas, 2005). Para evaluar estos cambios o efectos de la política, el método estadístico es el que más se utiliza a nivel nacional e internacional con indicadores cuantitativos que dan cuenta, por ejemplo, del número de enfermos nuevos (incidentes) o existentes (prevalentes), o dando sólo cuenta de acciones realizadas como parte de la implementación o cumplimiento de una política (consultas dadas u hospitales construidos).

Con la evaluación se cierra el ciclo de las políticas públicas que se ha tratado de ilustrar en sus tensiones entre racionalidad absoluta y racionalidad limitada, porque si bien se ha ido rompiendo poco a poco con el esquema racional estricto, la misma tradición de su estudio aún conserva su esencia al buscar la eficiencia de las decisiones públicas vía el uso de la información disponible. Siguiendo su línea argumentativa en este trabajo se entienden a las políticas públicas como un conjunto de acciones que realizan las instituciones del Estado para resolver o

disminuir las causas de los problemas públicos existentes⁹.

En este punto puede pensarse que la visión positivo racional de la política pública es incompatible con la perspectiva del discurso y medicalización en Foucault, pero en primera instancia este trabajo es un análisis de política pública que se diferencia de análisis del *polity* o *politics* por lo cual centrados u orientados en el papel que la definición del problema tiene sobre el resto del ciclo se busca analizar dicha definición a la luz del discurso, y en específico del discurso de la salud, por lo tanto al asumir (más no aceptar como una verdad irremediable y absoluta) que en la actualidad la forma de construir intervenciones públicas o gubernamentales se estructuran desde esta perspectiva, se quiere mostrar que la racionalidad para la eficiencia que dicen tener enmascara la circulación de discursos hegemónicos que perpetúan el dominio.

Sin abandonar por tanto la perspectiva de análisis de política pública, pero orientados a hacer visible el papel del discurso hegemónico que se esconde tras la racionalidad, se optó por uno de los enfoques alternativos de análisis que centrado en el momento predecisional, reconoce el papel de las ideas y mecanismos coercitivos en el proceso de importación de políticas públicas, esta es la transferencia.

⁹Textos más recientes de Aguilar (2015) señalan el problema de considerar esta visión más “esencialista” sobre PP en la cual se hace un gran énfasis en el momento predecisional, donde el gobierno es el único o el actor clave de las políticas y su hechura, dejando de lado la implementación, operación, y al resto de los actores que intervienen de las mismas bajo el supuesto de la primacía de un buen diseño. El mismo Aguilar señala que “Esta situación es sintomática de que los gobiernos de entonces (antes) y también los de ahora suelen tener un alto concepto de su poder e influencia” (Aguilar, 2015: 412) desdibujando otros actores como los privados o sociales, lo que hace que se pueda hablar más que de políticas públicas de políticas de gobierno. En este trabajo se reconocen las críticas actuales de Aguilar, pero se hablará de modo genérico de PP como toda acción gubernamental sobre problemas reconocidos en que la sociedad y los actores privados intervengan más o menos.

Difusión, convergencia, lección y transferencia: distintas aproximaciones para el estudio de la importación de las ideas

Una política pública se puede decir de manera condensada es una hipótesis causal de un problema público que se busca resolver vía instrumentos específicos. Desde la concepción originaria de las PP se señala que para resolver dichos problemas se necesita racionalizar las decisiones públicas vía información “técnico-científica” que eficiente la acción pública, pero ¿de dónde viene dicha información y su hipótesis causal?

Un postulado básico para hablar de la importación de las ideas en PP establece que los problemas en un lugar no son exclusivos, ya que se tienen problemas públicos comunes a más de una región o país, por lo cual hay información acerca del problema y su solución más allá de fronteras locales o nacionales. Una segunda premisa en la importación de las ideas se encuentra en el cada vez más amplio y rápido crecimiento de los medios y la interconexión que estos han favorecido, si bien siempre ha existido un contacto entre regiones y naciones y es a partir de la imprenta que la dispersión de las ideas comenzó a masificarse, el advenimiento de nuevos medios y el internet ha acelerado el proceso de intercambio de información, lo que ha dado como resultado el mayor contacto entre tomadores de decisiones y su eventual intercambio de ideas. Lo anterior enmarcado dentro de lo que se denomina como *globalización* que sin profundizar en el concepto podemos entender como “el hecho de que cada vez es más cierto que vivimos en un solo mundo, de manera que los individuos, grupos y naciones se hacen más interdependientes” (Giddens, 2007: 69), esta interdependencia nos ha situado ante problemas comunes y por tanto nos ha llevado a soluciones comunes que sin reconocer la diferencia buscan homogeneizar regiones, países y al mundo bajo un solo parámetro discursivo.

Puede haber muchas premisas más que expliquen el flujo de información y la importación de ideas y soluciones a problemas públicos más allá de las fronteras, pero estas tres (problemas comunes, interconexión y globalización) abren el

panorama para ver cómo se ha entendido y explicado el fenómeno de encontrar soluciones similares a problemas comunes, primero dentro de un país, pero después más allá de fronteras nacionales.

La información como insumo básico será la premisa en el diseño de políticas públicas, pero si bien la información con rigor científico es útil, la información basada en la experiencia tiene un valor agregado, lo cual será el punto de partida en el análisis de la importación de soluciones a problemas públicos, para Rose “la experiencia tiene un estatus único como justificación de efectividad; esta muestra que una propuesta no está sólo basada en especulaciones con la cabeza en las nubes” (Rose, 1991: 5). Desde el punto de vista del autor la experiencia ha sido siempre un punto importante en el diseño de políticas, ya que siempre se ha buscado conocimiento en el pasado, es decir, aprender de lecciones de éxito o fracaso para llevar o no a cabo un nuevo programa. Por tanto, en esta búsqueda de experiencias, es que se comenzó por ver lo que se había hecho en el pasado.

En esa misma línea Evans (2009) señala que el estudio de lo que aquí llamamos importación de ideas tiene sus orígenes en la literatura comparativa de políticas, ya que, en un primer momento, como lo señala Rose (1991), se buscó en la experiencia pasada, aprender en comparación con la experiencia actual, y más adelante en comparación entre regiones de un mismo país, y posteriormente entre países.

La *experiencia comparada* es el punto inicial en la importación de ideas, en la cual se analiza lo que otros están haciendo bien en contraste con el problema que no se ha atendido o no se ha resuelto, por lo cual en un primer momento se puede analizar cómo programas federales tienen un reflejo en programas locales, y cómo una política de un país tiene una ejecución en otro. A partir de esto, se comenzó a estudiar la importación de las ideas al ver la exploración y adopción de soluciones como un asunto voluntario y racional, en el que el país importador busca y usa de manera libre la información generada más allá de sus fronteras para el diseño de políticas que resuelvan los problemas que enfrenta.

La *difusión* es un primer modelo explicativo de la importación de ideas y soluciones con la premisa de la innovación y autonomía, bajo esta perspectiva existe:

... un tomador de decisiones (A) razonablemente autónomo que adopta una innovación de política o institucional influenciado significativamente por la decisión tomada fuera por otro tomador de decisiones (B); bajo la influencia de un actor promotor (C) que contribuye a que B adopte la decisión (Weyland, 2006:17).

Para Weyland los cambios y homogeneización en políticas que se observan a nivel mundial se consideran innovaciones las cuales son adoptadas por los diferentes países de manera voluntaria o libre y se caracterizan por: primero ocurrir poco a poco, o a manera de olas que van cubriendo todo el mundo; segundo esto tiene un efecto geográfico o por proximidad, los países más cercanos al centro innovador son los primero en adoptarla; y tercero se diversifica el modelo según la variedad política, económica y cultural que se adapta a la base conceptual. A pesar de que Weyland reconoce a la presión externa y los núcleos de poder, la perspectiva de difusión señala la autonomía de los actores en la toma de decisiones, que se ve reflejado en su “efecto de ola” bajo el cual explica que los diferentes países adoptan las innovaciones bajo la idea de la modernidad y el “verse bien”, algo así como un “contagio”.

Un segundo modelo se encuentra en *convergencia* la cual puede entenderse como “la tendencia de sociedades de crecer igual al desarrollar estructuras y procesos similares” (Bennett, 1991: 367), desde esta perspectiva se pone un interés especial en la integración regional y la fuerza de los mercados, lo cual hace que las políticas converjan hacia el mismo sentido, sin ser este un proceso intencional. Según este modelo los Estados industriales están enfrentando problemas similares y debido a la integración que se tiene y al nivel de desarrollo más o menos similar se da una respuesta en el mismo sentido, es decir que ante problemas iguales de sociedades iguales se tienen soluciones iguales. Si bien el enfoque no habla de una igualdad total, sino que refiere similitud, explica los cambios en políticas bajo esquemas de

confluencia, que hasta cierto punto parecen azarosas, y que son producto del nivel de integración regional, ya no por seguir “la ola” del cambio, sino como respuesta lógica que se da en las diferentes latitudes de manera coincidente y sin intencionalidad.

Un tercer camino en el estudio de importación de las ideas es la *lección*, la cual puede ser entendida como un “atajo que utiliza la experiencia disponible en otro lugar para producir un programa que es nuevo para la agencia adoptante y atractivo porque tiene la evidencia de haber sido efectivo en otro lado” (Rose, 1991:7), la lección se establece por tanto como una forma racional de búsqueda de experiencias exitosas para la posterior utilización en un lugar distinto para resolver el problema común. El proceso de lección comienza con una búsqueda intencional de experiencias exitosas en problemas similares y termina con una evaluación o modelación prospectiva del qué pasaría si dicha política se lleva a cabo en un contexto específico, más que innovaciones en momentos determinados impulsados por ciertas naciones “líderes” o convergencias azarosas, el modelo de lección presupone un determinismo tecnocrático, pero voluntario, en el que la racionalidad y la libertad, llevan a un tomador de decisiones a ir por cierto camino.

Esta visión voluntaria parte de que los problemas no son únicos y hay problemas similares en todo el mundo por lo que se puede buscar en las experiencias más próximas soluciones a dichos problemas, por lo que explica las circunstancias en que estos programas efectivos en algún país son llevados y adoptados en otro diferente siempre bajo el supuesto estrictamente racional de la toma de la mejor decisión posible.

Como último modelo explicativo a la importación de conocimiento, se presenta la *transferencia* que se diferencia de los anteriores en el reconocimiento de una importante dimensión coercitiva en la importación y adopción de ideas y programas para la resolución de problemas comunes, más allá de entender olas de difusión de políticas innovadoras, confluencias azarosas producto de momentos y contextos

similares, o aprendizajes estrictamente racionales de actores locales autónomos, la transferencia busca romper con lo racional voluntario y entender y buscar además mecanismo de coerción que también pueden llevar a la importación de ideas, soluciones y diremos en este trabajo discursos hegemónicos.

En el texto clásico de esta corriente de 1996, Dolowitz y Marsh engloban todos los modelos anteriores bajo el abanico de la transferencia al definirla como: “Proceso en el cual el conocimiento sobre política, acuerdos administrativos, instituciones, etcétera, en un tiempo y/o lugar es usado en el desarrollo de política, acuerdos administrativos e instituciones en otro tiempo y/o lugar” (Dolowitz, 1996: 344).

Desde la perspectiva de los autores todos los modelos analizan el uso de conocimiento en un tiempo y/o lugar para ser utilizado en uno diferente, pero estos modelos se centran en lo voluntario y la libre elección de los actores involucrados, sin embargo, el enfoque de transferencia ve lo voluntario, pero también lo coercitivo en lo cual pueden estar involucrados otros gobiernos o actores supranacionales que fuerzan en menor o mayor medida a un gobierno a adoptar una política particular.

Para Hadjiisky la contribución clave de la transferencia es “incluir la coerción, el miedo y el pastoreo” (Hadjiisky, 2017:5) en la literatura sobre el uso del conocimiento más allá de las fronteras, lo cual ha tomado relevancia en las últimas dos décadas con la irrupción del sistema internacional en lo local, imponiendo un “tipo apolítico de imperialismo técnico”.

Al englobar los diferentes modelos de importación de ideas en políticas públicas y con el reconocimiento de la dimensión voluntaria pero también coercitiva, se ha elegido el enfoque de transferencia para el análisis de la importación del programa de promoción de la salud escolar en México, el cual se deriva de la *Iniciativa global escuelas promotoras de la salud* de la OMS.

El enfoque de transferencia se estructura en seis preguntas (¿por qué se transfiere?,

¿quién está involucrado en la transferencia?, ¿qué se transfiere?, ¿de dónde se transfiere?, ¿en qué grado se transfiere?, y ¿qué restricciones tiene la transferencia?) que tratan de dibujar en términos generales el proceso por medio del cual se da la importación de ideas, que en este trabajo llamaremos discurso, por lo cual la transferencia nos ayudará a dar cuenta del proceso mediante el cual una política y su discurso asociado llega a los diferentes países por medio de esquemas voluntarios pero sobre todo coercitivos, imponiendo un “tipo apolítico de imperialismo técnico”.

Transferencia: un esquema teórico analítico

En un primer momento del análisis de políticas públicas se pensó que la agenda, definición, diseño y decisión eran procesos estrictamente locales en los cuales los tomadores de decisiones hacían uso de su información y conocimiento para resolver los problemas públicos, pero no pasó mucho tiempo antes de que esta primera fase del llamado ciclo de las políticas públicas comenzara a internacionalizarse. Y es que los problemas no son únicos o exclusivos de regiones o países, los nuevos medios posibilitan cada vez más la interconexión y, en términos generales, ante una realidad global el sistema internacional ha cooptado al sistema local orillándolo a tomar decisiones específicas en temas clave. Esto ha significado un desdibujamiento entre la política nacional y la política internacional en el que las antes muy bien definidas líneas que separaban a una de otra se han ido desvaneciendo, lo anterior como resultado del proceso globalizador que ha establecido formas comunes o dominantes de entender la política económica, de medio ambiente, desarrollo social, educación o salud.

Para analizar entonces el fenómeno de la transferencia Dolowitz y Marsh (1996) plantearon seis preguntas clave: ¿por qué se transfiere?, ¿quién está involucrado en la transferencia?, ¿qué se transfiere?, ¿de dónde se transfiere?, ¿en qué grado se transfiere?, y ¿qué restricciones tiene la transferencia? Con las cuales cual buscan explicar el proceso de importación de las ideas.

¿Qué se transfiere?

En el enfoque original de 1996 Dolowitz y Marsh señalan que hay siete objetos de transferencia: metas de políticas; contenido de políticas; instrumentos de políticas; instituciones; ideologías; ideas, actitudes y conceptos; y lecciones negativas, a las cuales agregan en su revisión del año 2000 a los programas de políticas. Pero más allá de esta segmentación, en este trabajo se argumenta que en términos generales se puede decir que lo que es transferido son ideas, o más bien discursos¹⁰ sobre el problema y sus causas, que englobaría lo que Dolowitz y Marsh anotan como ideas, actitudes, conceptos e ideologías, para Hajer, citado por Cejudo, se entiende a los discursos en políticas públicas como:

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 (Cejudo, 2010: 99).

Ya se había dicho el primer apartado de este capítulo que la forma en que signifiquemos la realidad física y social, establezcamos el modelo causal o fraseemos el problema orientará el resto del ciclo, por lo cual si importamos metas, contenidos, instrumentos, instituciones o programas, estamos importando de manera indirecta ideas, actitudes, conceptos o ideologías en torno al problema y sus causas y por tanto en términos generales discursos que dominarán el actuar público en el ámbito social.

... 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 (Cejudo, 2010: 93)

¹⁰ Siguiendo nuevamente a Foucault, el discurso será el vehículo del poder, en el que más allá de su realidad material de lo enunciado o escrito el discurso será la forma de dominar acontecimientos aleatorios vía los signos, por lo cual lo que se está transfiriendo será un dispositivo de dominio.

No podemos por tanto ignorar que toda forma de definir y enfrentar un problema tiene una carga conceptual e ideológica que en menor o mayor medida estará sustentada en evidencia científica, por tanto, un programa o instrumento en política pública trae consigo la carga discursiva de la definición de un problema, ante lo cual al transferirlo se transfiere consigo su discurso de forma implícita o explícita.

Si asumimos lo anterior al responder el ¿qué se transfiere? se debe responder de forma concreta un discurso, el cual puede estar expresado como metas de políticas; instrumentos de políticas; instituciones; programas de políticas; o lecciones negativas. Las metas de políticas se entienden como objetivos o resultados por cumplir que varios países acuerdan alcanzar, y para lo cual pueden establecer un plazo determinado, ejemplo de ello los ODM u ODS. Los instrumentos de políticas engloban en buena medida las diferentes formas de materialización de una política: regulaciones, acuerdos administrativos, o herramientas judiciales son algunos de los ejemplos de instrumentos que se pueden señalar como formas concretas de enfrentar las causas de los problemas que en conjunto forman una política. De la mano de los instrumentos tenemos a las instituciones, o estructuras, aparatos o sistemas operativos que organizan el actuar conforme a un tema en específico, la creación de sistemas de seguridad social similares en diferentes partes del mundo son ejemplo de ello. Los programas serán cursos de acción que pueden interrelacionar actos encaminados a las causas del problema, y que al igual que en el caso de los instrumentos, son parte de una política en específico. Por último, se tienen las lecciones negativas que desde el discurso hegemónico señala como forma fallida de enfrentar un problema. Stone (2012) apunta además de lo anterior, también se puede transferir *personal*, los cuales pueden ser estudiantes, profesores, consultores, expertos, visitantes, etcétera y que tendrán como labor la diseminación de un discurso.

Hay que tener en cuenta que en muchas ocasiones se transfieren metas junto con programas que pueden incluir instrumentos o instituciones, aunque también

podemos encontrar ejemplos de transferencia que sólo incluyan una o dos de las categorías, pero en las que siempre irán de manera implícita o explícita discursos. Pensar entonces que transferir metas, instituciones o personas no implica aceptar de manera consiente o inconsciente un discurso y su dominio no es posible.

¿Quién transfiere una política?

Aunque en el enfoque original la anterior no fue planteada como primera pregunta se le colocó en primer sitio por los fines de esta investigación. En el enfoque original (1996) el quién fue el primer cuestionamiento al buscar la identificación del o los actores involucrados en el proceso de lo que en este trabajo llamamos importación de discursos. Seis son las principales categorías de actores involucrados: oficiales electos, partidos políticos, burócratas, grupos de presión, grupos de expertos y supranacionales, a los cuales Evans (2009) incluye: instituciones de conocimiento y académicas; e instituciones financieras globales. Si bien las primeras cuatro categorías han sido en buena parte analizadas por la literatura de PP, los grupos de expertos y supranacionales (en los que podemos incluir también a los actores que señala Evans) toman una importante dimensión desde el punto de vista global.

Los grupos de expertos van a ser considerados como conjuntos o asociación de técnicos en un tema específico, cuyo rol será la dispersión de un discurso y su dominio. La trascendencia de este actor es la de formar redes internacionales a manera de comunidades epistémicas cuyo objetivo es la dispersión y establecimiento del dominio de su discurso. Ejemplos de estos grupos los vemos en los laboratorios de ideas o *think tanks* que como señala Stone (2000) toman un importante papel como actores políticos independientes a las instituciones oficiales al: funcionar como centro de información a los gobiernos sobre un problema en específico, abogar por una idea o enfoque, relacionarse e intermediar a manera de redes con actores locales e internacionales, y servir como base intelectual y académica especializada en cuestiones políticas relevantes.

En cuanto a los actores supranacionales, son las organizaciones internacionales, pero también las asociaciones no gubernamentales con presencia internacional, que alientan el intercambio o establecimiento de discursos. Ejemplos de estos lo podemos ver en las instituciones financieras globales como el Banco Mundial (BM) o Fondo Monetario Internacional (FMI), pero también organismos como el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) o la Organización Mundial de la Salud (OMS), y en el caso de asociaciones o fundaciones no gubernamentales, ya se ha reseñado a la Fundación Bill y Melinda Gates. Todas organizaciones e instituciones con un discurso que buscan perpetuar.

En un principio el énfasis se ponía en los actores domésticos los oficiales electos, partidos políticos o burócratas como facilitadores del proceso de transferencia (lo cual se hacía más desde un énfasis racional y voluntario), pero con el paso del tiempo se ha visto que, junto con ellos, los grupos de expertos y supranacionales juegan un papel clave en la conformación de redes para la imposición de ideas y soluciones específicas. Por tanto, es importante, como lo señala Evans (2009): identificar al agente, distinguir los recursos con que cuenta, especificar el rol que juega y determinar el tipo de transferencia que busca hacer; y en este trabajo se agregaría identificar el discurso desde el cual se sitúa.

¿Por qué se transfiere una política?

Explicar el proceso de transferencia involucra el responder al por qué se transfiere una política, como ya se explicó, una primera forma de ver y entender este por qué se encuentra en la perspectiva racional en la cual al reconocer un problema se busca de manera intencional información de experiencias exitosas en problemas iguales (o lo más similares posibles), lo cual explica el por qué una idea de fuera y/o de otro momento llega al lugar y/o momento en estudio.

Sin embargo, la llegada de fuera de soluciones a problemas específicos puede no ser siempre estrictamente racional. Ya se ha dicho que el aporte del modelo de

Dolowitz y Marsh se encuentra precisamente en el reconocimiento de que además de las formas voluntarias de importación de ideas se reconocen formas coercitivas en las que se fuerzan a gobiernos a adoptar una idea en específico, o incluso a incluir dentro de la agenda un problema aún no contemplado en el ámbito doméstico.

Para el año 2000 Dolowitz y Marsh señalaban que “es mejor conceptualizar la transferencia como una tendencia a lo largo de un continuo que va de la lección a la completa imposición de un programa, política o arreglo institucional en el sistema político por un tercero” (Dolowitz, 2000: 13), en este continuo por tanto se reconoce un extremo de completa libertad, en contraposición al extremo contrario de completa imposición, y por tanto zonas de interacción en que se involucran tanto lo voluntario (o de propia convicción) como lo coercitivo (o impuesto).

El primer extremo representado por la transferencia *voluntaria* es lo que también podemos ver como el modelo de *lección*, en el cual cuando un sistema reporta una falla que no puede ser atendida desde el conocimiento local, se busca de manera libre (en otro tiempo y/o lugar) una solución que es modelada y evaluada para su posterior implementación. En el extremo contrario, la transferencia directa o *coercitiva* es la imposición por otro país, organismo supranacional, corporación transnacional, u otro de los actores mencionados, de un problema y/o solución específica en pro de un sistema internacional o intereses específicos, en este tipo de transferencia los países se ven obligados o forzados al ser parte de un organismo o régimen internacional, buscando su alienación al discurso dominante.

En el medio de estas, podemos ubicar una *coerción indirecta*, Dolowitz y Marsh (1996) la definen como una externalidad de la interdependencia que crea problemas comunes, entre los ejemplos que los autores ponen están los cambios tecnológicos los cuales los países se ven “forzados” a adoptar de manera “voluntaria”, otro ejemplo es la integración económica mundial que empuja a los gobiernos a adoptar políticas para la seguridad de los mercados, y finalmente los consensos internacionales que podemos decir es una figura representativa de la coerción

indirecta, en la que una comunidad internacional define problemas y soluciones particulares que todos deben adoptar pero que en realidad son definidos por unos pocos¹¹.

Es raro encontrar actores perfectamente racionales y aunque sería más fácil ver ejemplos de transferencia coercitiva (préstamos a cambio de implementar cierta política, acuerdos comerciales impositivos para alguna parte, obligaciones sanitarias) tampoco son ejemplos completamente puros, ya que como se discutió en el capítulo uno, el discurso como mecanismo en las relaciones del poder, trabaja de manera sutil, haciéndonos creer que es el único y mejor, por lo cual lo aceptamos, asumimos y reproducimos.

¿En qué grado se transfiere?

Para contestar esta pregunta se parte de que existe un rango de opciones en que se pueden incorporar lo transferido al sistema político receptor, para lo cual Dolowitz y Marsh retoman los cinco grados que Rose (1991) identifica en este proceso (copia, emulación, hibridación, síntesis e inspiración).

El tipo más simple de lección refiere Rose (1991) es la *copia*, o un uso literal de la idea (en cualquiera de sus expresiones programa, instrumento, institución) en un país diferente al de su diseño, este tipo de transferencia en el cual no se realizan modificaciones requiere sistemas políticos muy similares para poder efectuar una transferencia sin cambios.

Una segunda forma es la *emulación* o una adaptación a las circunstancias específicas del país receptor bajo la premisa de que la mejor forma de enfrentar el

¹¹ Desde la perspectiva foucaultinana tomada en el capítulo anterior las tres formas de transferencia están enmarcadas por relaciones de poder, en las que no se actúa en todos los casos de manera directa o inmediata, pero que están presentes al utilizar un discurso que junto con su voluntad de verdad orienta la forma de ver, conocer, acercarse y finalmente actuar ante un problema específico y la forma de resolverlo, por lo cual los matices que aquí se señalan, son más bien desde esta perspectiva que tan convencidos o no se está sobre ese discurso y la forma de adoptarlo.

problema es con los estándares del diseño original, por tanto, se acepta en lo general la idea, pero se ajusta al contexto particular. Para Rose (1991) la emulación produce innovaciones al mejorar el modelo original.

La *hibridación* es la tercera forma de transferencia la cual rescata elementos de dos o más lugares para generar una nueva propuesta, se ve también como una especie de mezcla en que se combinan elementos de dos programas de diferentes lugares.

El cuarto tipo es la *síntesis*, para Dolowitz y Marsh este tipo de transferencia se maneja junto con la hibridación, ya que ambos recuperan la combinación de elementos de programas diferentes, pero para Rose la síntesis “se crea al combinar elementos familiares de muchos programas diferentes en un todo que es distinto. La lógica es comparable al montaje de partes humanas para formar una figura humana única” (Rose, 1991: 22). Más que tomar dos discursos diferentes se toman partes de programas diferentes que trabajan bajo el mismo discurso para crear un nuevo programa.

Por último, la *inspiración* es una forma de transferencia en que se ven las soluciones que se tienen a problemas similares en lugares distintos a partir de lo cual se construye una solución inspirada en ese contexto diferente. Para Rose (1991) esto pasa cuando un diseñador de políticas viaja a otro país y al ver problemas familiares en un contexto no familiar expande sus ideas sobre lo que se puede hacer en casa.

En trabajos más recientes Rose (2005) ha aumentado dos tipos más y ha hecho una modificación a lo antes propuestos. Comienza por incluir la *fotocopia*, que en comparación con la *copia* (a la cual se le considera una duplicación sin cambios) reconoce cambios mínimos al programa. Otro cambio es llamar ahora *disciplinada* a la *inspiración*, viéndola como respuesta a un estímulo de un modelo foráneo que tiene como resultado un programa no inconsistente con el modelo original, lo cual señala rasgos coercitivos y de poder. Por último, se incluye la *imitación selectiva* la cual dibuja como el tomar de un programa elementos atractivos, aunque no

esenciales, y dejar otros elementos más esenciales aún con el costo político que representa eso, lo cual puede dar una idea de resistencia.

En lo general las propuestas de Rose asumen la aceptación implícita del discurso dominante, lo cual lleva a diferentes modificaciones según parámetros locales, pero en estas últimas aportaciones deja ver algunos rasgos de resistencia a los discursos hegemónicos que ante la imposición directa se buscan establecer.

¿De dónde se transfieren las políticas?

Para contestar a esta pregunta Dolowitz y Marsh remiten nuevamente al trabajo de Rose, incluso al plantear la pregunta los autores la ponen como: *from where are lessons drawn?*, al remitir al modelo de importación de ideas de *lección* planteado por Rose, por lo cual buena parte de la respuesta a esta pregunta ya ha sido contestada en la búsqueda de lecciones ante problemas similares. Es la experiencia comparada la base que sustenta el planteamiento original de esta cuestión ante lo cual Dolowitz y Marsh (2000) señalan tres niveles: local, nacional e internacional con lo cual se puede suponer que es en uno de estos tres niveles que podemos encontrar la “lección” a partir de la cual una política fue transferida.

Bajo la lógica de Putnam (1988) esto remite al juego del doble nivel en el que ni el nivel nacional determinan la política internacional, ni el nivel internacional determina la política nacional ya que hay una interdependencia entre ambos niveles.

En el nivel nacional, los grupos persiguen sus intereses presionando al gobierno para que adopte políticas favorables, y los políticos buscan poder construyendo coaliciones entre esos grupos. En el nivel internacional, los gobiernos nacionales buscan maximizar su propia capacidad para satisfacer las presiones internas, minimizando al mismo tiempo las consecuencias adversas de los acontecimientos internacionales. Los miembros del gobierno y los altos cargos de la administración no pueden ignorar ninguno de los dos juegos mientras sus países, aún siendo soberanos, sean interdependientes. (Putnam, 1988: 434)

Siguiendo lo anterior, lo nacional es lo doméstico, que para Dolowitz y Marsh está representado por el nivel *local* o las áreas geográficas concernientes a lo subnacional, municipal o provincial. Dentro de lo internacional para Putnam se encontraría el nivel *nacional e internacional* de Dolowitz y Marsh, el primero de ellos refiere a los diferentes países o naciones, y el segundo al sistema internacional con actores como las supranacionales.

El primero de los niveles señala la búsqueda dentro de las mismas fronteras nacionales de soluciones a los problemas, mientras que el segundo de los niveles marca a la búsqueda de soluciones entre países, regiones y supranacionales, que tienen una batería de ideas y soluciones a problemas globales puestas al alcance de los diferentes países para su uso. Pero como bien lo señala Putnam el nivel doméstico e internacional se encuentran conectados entre sí, por lo cual es necesario hacer coincidir los intereses domésticos con los internacionales para lograr acuerdos en una lógica de negociación internacional y ratificación local. Si bien el trabajo de Putnam se enfoca más a la negociación bilaterales abre la puerta a pensar en que ante políticas globales no únicamente se juegan en una arena, sino que hay que hacer converger a los actores e intereses locales y sus discursos con los actores y demandas internacionales y sus discursos.

Pero además de lo geográfico, es también necesario incluir el componente temporal para contestar a la pregunta. Aunque no se haga un énfasis especial en la literatura, es relevante ya que, pese a que podemos dar por sentado que se indaga en el *pasado* al buscar experiencias exitosas o lecciones fallidas para no repetir, también la *contemporaneidad* es un punto a rescatar, si bien no a modo del modelo de convergencia que plantea coincidencia sin intencionalidad, sí más cercano al de difusión planteando una ola pero con orientación intencional.

Con el cruce de los niveles geográficos y la temporalidad es que se puede dar una respuesta a esta pregunta, en que se señale tanto la latitud geográfica de donde proviene el discurso (centros de poder), como la latitud temporal respecto al receptor

y el momento de búsqueda, uso o imposición de cierta idea para la resolución de un problema.

¿Qué factores limitan la transferencia de políticas?

La primera respuesta y más sencilla que da el enfoque original a esta pregunta es la *complejidad técnica*, es decir que mientras más sencilla es una solución existen menos factores que limiten o compliquen una transferencia, y mientras más compleja sea la solución se encontrarán más factores limitantes, estos factores limitantes pueden ser vistos como el marco legal del sistema receptor, su burocracia, economía, instituciones, tecnología o recursos políticos, entre otros, por lo cual mientras más compleja sea la solución mayores problemas encontrara en alguno o todos los aspectos mencionados.

De manera más detallada Benson y Jordan (2011) engloban en cuatro categorías lo que puede limitar una transferencia, estas son: primero el *lado de la demanda* que nos habla de las necesidades reales del país importador, cuando no es percibido el problema como tal se limita la transferencia, aún cuando esta se haga como imposición directa. Una segunda batería de limitantes se encuentra en el *programa*, lo cual habla de las características de la política importada y los problemas que la “jurisdicción exportadora” puede enfrentar para su implementación. Como tercera categoría se ve lo *contextual* o el entorno sociopolítico e histórico del país importador y lo que esto puede significar como incompatibilidades sociales, culturales y aquí se agregarían discursivas. Por último, señalan los autores a la *implementación* y las restricciones que esta puede tener debido a cuestiones económicas e institucionales.

Desde la perspectiva de Evans (2009) son tres los posibles obstáculos que puede enfrentar la transferencia de una política: el primero lo *cognitivo*, que se da en el reconocimiento y definición de la fase pre-decisional del problema, y que obedece a un orden de “asimilación cultural” de la idea. El segundo obstáculo se encuentra

en lo *ambiental* o la estructura política (organizacional, técnica y económica) que hará más fácil o difícil la implementación de lo transferido. Y finalmente, la *opinión pública*, tanto de las elites políticas, como de los medios y ciudadanos que acepten o no y den respaldo a una idea transferida, o lo que sería una no ratificación en el entorno local.

Lo anterior lleva a lo que Dolowitz y Marsh ya en 2000 llaman *fracaso de política*, o una transferencia no exitosa que puede darse debido a tres razones: la primera el no contar con información suficiente sobre la política transferida lo cual lleva a una *transferencia desinformada*; la segunda al no considerara elementos esenciales de la política, lo que da como resultado una *transferencia incompleta*; por último el no tomar en cuenta las diferencias sociales, culturales, políticas u organizacionales de los contextos emisores y receptores, lo que lleva a una *transferencia inapropiada*.

Lo arriba mencionado señala tanto los factores que limitan una transferencia como los resultados que esto puede traer, si bien el enfoque original hace énfasis en la complejidad técnica, esto se ha ido complejizando al considerar también la cultura organizativa, el contexto importador e incluso la resistencia deliberada, que en los términos de este trabajo hablaría de una incompatibilidad discursiva total o parcial, que puede poner importantes limitaciones para lo que llaman una transferencia exitosa.

Traducción

De la mano del proceso de *transferencia* diversos autores han señalado la importancia de incorporar a la *traducción* como proceso paralelo, ya que, salvo la *copi*a, todo movimiento de ideas implica consigo un movimiento contextual en el que existen modificaciones menores o mayores por lo cual no podemos pensar, o dar por sentado, que esta traducción se dará sin problemas. Bajo esta premisa se entiende de manera general a las políticas como una construcción de significados y por tanto a la transferencia como una transmisión e interpretación de esos

significados, los cuales no son sólo literales, apolítico o técnico sino una forma específica de construcción histórica y contextual de la configuración del poder (Lendvai, 2007).

Si partimos de entender a las políticas como construcción de significados y a la transferencia como su transmisión, vemos que se da también una interpretación a partir del movimiento de ideas de un contexto a otro, esto implica una “des-contextualización” y una “re-contextualización” de esas ideas, significados o formas específicas de materialización de la política, por lo cual es importante entender que la recepción de políticas es también una recepción de significados construidos en un contexto diferente.

En un primer acercamiento Johnson, citado por Wilding, definen a la traducción como: “un proceso de imitación en el que el significado es desentrañado temporal y espacialmente de su idea en el contexto previo y usado como un modelo para alterar la estructura política en un nuevo contexto” (Wilding, 2014: 5), en esta primera definición está claro el papel del movimiento contextual que implica la traducción, movimiento implícito en el proceso transferente. Por tanto, este movimiento contextual implica una transformación y negociación de significados en un nuevo contexto receptor, proceso que ocurre desde la misma traducción (entendida como el pasar de una lengua a otra), pero que aún si esta no se da (al tener la misma lengua) ocurre al adaptar una política a un contexto distinto.

Por su parte Stone (2012) señala que el proceso de traducción implica un movimiento que no es únicamente lineal, ya que este proceso que se dan entre la creación, transmisión, y recepción de una política de un lugar A a un lugar B resulta muchas veces disruptivo por la complejidad contextual, y al asumir la traducción como un proceso únicamente idiomático, no se toma en cuenta la necesidad de una mediación (no únicamente lingüística). En otras palabras, es este un proceso intersubjetivo que se da entre sujetos situados, los cuales tienen sus propios significados por lo cual tanto exportadores como importadores podrán tener no sólo

idiomas diferentes, sino marcos contextuales, simbólicos y referenciales que harán que entre el proceso de creación, transmisión, recepción y traducción se vean implicados no sólo movimientos espaciales y temporales sino también culturales.

Enfatizar el modo en que el proceso comunicativo no sólo da forma a la manera en que los tomadores de decisiones entienden una política en otro contexto, sino también la forma en que intentan reconstruir esa política en una nueva localidad (Wilding, 2014: 5)

Esta reconstrucción en una nueva localidad puede considerarse también como *traducción cultural*, que para Lendvai y Stubbs es otra forma de ver la traducción además de lo idiomático, lo cual entienden desde una postura *postcolonial* y la definen como “un sitio significativo de la reordenación de palabras enfocada en la representación, el poder y la historia” (Lendvai, 2007: 180), lo cual señala una forma de resistencia ante el intento de imposición de significados o discursos hegemónico, por lo que se puede señalar desde esta postura que el proceso de transferencia busca la modificación del conocimiento y el cambio de normas y actitudes.

Si bien la postura postcolonial es sólo una forma de entender la traducción y transferencia en políticas públicas, nos sitúa ante la dicotomía dominación/resistencia, importante de considerar ya que se ha señalado que la transferencia importa/exporta discursos hegemónicos que puede ser si voluntario, pero muchas de las veces con componentes coercitivos, por lo que es en la traducción que podemos ver el componente resistencia que ya se dibujaba con la inspiración disciplinada y la transferencia incompleta. De igual forma se puede decir que la “indigenización” de las políticas puede verse en alguna medida como una forma de resistencia, para Stone (2012) esta indigenización ocurre cuando las fuerzas endógenas hacen mutar la política.

Si bien la traducción y la transferencia no son iguales, si son procesos paralelos que implican en sí el movimiento de ideas y discursos entre contextos diferentes, un movimiento que implica por tanto actores, motivos y latitudes lo cual hará que una política llegue o no a un país, pero también hará que esa política se entienda de

cierta forma en el país receptor. La importancia de considerar a la traducción en la línea argumentativa de la transferencia radica por tanto en la particularidad de los significados, ya que si se sostiene que son ideas las que son transferidas, es importante señalar que esas ideas son traducidas, lingüística y culturalmente.

Conclusión

Es importante recalcar primero que este trabajo se centra en el análisis de políticas públicas (*policy*), que al inicio del capítulo se dijo es diferente al ámbito de gobierno (*polity*), y la lucha por el poder (*politics*), por lo cual nos centraremos en las intervenciones pública que desde su origen como disciplina se han orientado desde el corriente positivo funcional a la búsqueda de la eficiencia en las decisiones de gobierno. La postura de este trabajo ante dicha orientación es crítica, pero también se reconoce la necesidad de tomar decisiones desde el conocimiento científico, por lo que, en el afán de mejorar dicho proceso, esta investigación pretende tomar y analizar críticamente uno de sus elementos. Para lo anterior se presentó teóricamente al ciclo de la PP, esquemas de análisis e importación de ideas alternativos, y a la transferencia, todo abordado desde la perspectiva del papel que la definición y el discurso juegan en el proceso.

Si junto con el primer paso (agenda) del proceso de la política pública se debe ir dando forma al problema o definirlo para su tratabilidad, es evidente que esto no sólo será retórico, sino que orientará el resto del proceso hacia un diseño, decisión, implementación y evaluación acorde a la definición. Por lo que al voltear a ver el papel que juega el discurso en la política pública no sólo se quiere criticar una corriente de análisis, sino mejorar al poner sobre la mesa que más allá de los elementos visibles de la política, debemos ver los contenidos discursivos detrás de la misma.

Definir el problema no es entonces únicamente un paso técnico que implica el establecimiento de la relación causal, sino que es un momento sustantivo del

proceso que orientará el rumbo de toda la política desde el poder de un discurso. Por lo cual al pensar en una racionalidad absoluta o incluso limitada en el proceso de la política pública se desdibujan los elementos de poder que se inscriben de manera sutil pero determinante desde el discurso y la definición causal.

Desde esta perspectiva se consideró que el enfoque de transferencia es el más adecuado de la literatura para abordar el análisis de política pública según los fines de esta investigación, primero haciéndole una pequeña pero importante acotación al poner en el centro del modelo al discurso, y señalar que una política no se importa o exporta únicamente en su dimensión técnica o de curso de acción, sino que se hace en un nivel más profundo que de manera implícita inscribe en el aparente diseño racional un discurso que domina el actuar público en una latitud geográfica y temporal distinta. Al poner este elemento al centro, el resto de las preguntas deben entonces responder en lo general desde su particularidad al discurso de la política.

Segundo, la dimensión coercitiva es un elemento atractivo que se plantea desde el modelo, al romper con la racionalidad absoluta y reconocer la fuerza a la que someten a diferentes países o provincias para adoptar cierta medida de intervención pública. Si bien se contempla que no es siempre un proceso tan evidente en el que el sometimiento esté presente, desde la premisa discursiva del capítulo uno se asume que el discurso actúa de modo sutil y no siempre notorio, convenciendo a actores políticos o tomadores de decisiones que cierto curso de acción es el mejor, estableciendo una tenue pero notoria dominación técnica.

El trabajo se posiciona entonces desde el análisis de política pública, reconociendo su postura y a sus autores, pero tratando de incluir y visibilizar la dimensión del dominio discursivo que desde el poder se trata de ocultar tras parámetros técnicos de eficiencia y racionalidad.

CAPÍTULO 3

EL DISCURSO DE LA SALUD EN LAS ESCUELAS PRIMARIAS EN MÉXICO: UN RECORRIDO HISTÓRICO

Se puede pensar que con los grandes cambios sociales y sobre todo con el avance científico las intervenciones en materia de salud han tenido cambios profundos, y aparentemente eso es verdad, ya que no reconocer los avances científicos y los cambios en las intervenciones devenidos de estos sería un error, pero estos cambios que en momentos parecen abismales son en verdad un tanto superficiales, ya que la esencia discursiva de los grandes paradigmas no cambia sino que se adapta, mejora y puntualiza.

En este tercer capítulo desde la perspectiva historiográfica se quiere mostrar como el gran discurso de la salud atrapado en la estrategia biopolítica de la medicalización ha sido el mismo por lo menos desde 1822 en las políticas de intervención en salud en las escuelas primarias en México, por lo cual se presenta un recorrido del México independiente al contemporáneo identificando los principales elementos discursivos en leyes, reglamentos y proyectos oficiales de educación primaria en el país.

Sin presentar únicamente una sucesión de hechos cronológicos aparentemente desvinculados entre sí, bajo guías teóricas establecidas en el capítulo uno, se analizan los cambios e incorporaciones de elementos de intervención en las escuelas primarias de México, para mostrar cómo se han ido construyendo y tecnificando dichas operaciones hechas en nombre de la salud. Se advierte antes de empezar que el punto de inicio de esta narración es arbitrario, pero que en términos institucionales corresponde al inicio del México independiente, sin que por eso se ignore o desconozca el pasado prehispánico o colonial y sus implicaciones.

Anatomopolítica de la compañía lancasteriana

Para Foucault (1989), la injerencia del poder sobre la vida puede encontrar sus orígenes en el poder soberano de matar o dejar vivir que en el siglo XVII es sustituido por el *poder de hacer vivir*, una forma de administrar primero a los cuerpos y después a las colectividades para hacerlos vivir “más y mejor”, o, en otras palabras, el *poder de hacer vivir* puede ser visto como un poder de no dejar morir de manera prematura, o hacer vivir a los sujetos lo más posible.

Lo arriba descrito es una forma de entender al biopoder o la administración de la vida a lo largo de su desarrollo, la cual tiene dos expresiones, uno de carácter biopolítico (que se verá más adelante) y la otra anatomopolítico. Esta segunda, una forma primigenia de ejercer el poder sobre la vida centrada en los cuerpos de los sujetos, cuerpos que se busca disciplinar para hacerlos entrar en un orden que no es natural, sino artificial o construido.

En una primera etapa, el tratamiento de la salud en las escuelas del país resulta un claro ejemplo de la estrategia anatomopolítica del biopoder, en la cual los niños formados bajo el sistema lancasteriano eran disciplinados biológicamente, esto con una doble intención: la primera, controlar multitudes; y la segunda, estandarizar conocimientos de salud (entonces llamada higiene) desde una perspectiva impuesta por un médico.

En 1821 se firman los Tratados de Córdoba y con ellos se acuerda la independencia de México (Serrano, 2010). Durante estos años la salud no era un asunto de interés público y si algo se consideraba relevante era la limpieza e higiene personal como temas morales o de buenas costumbres a nivel individual, lo que hacía que una persona fuera más o menos reconocida en sociedad. En este nuevo e inestable México independiente, un año después de la firma de los Tratados de Córdoba, llega al país el sistema lancasteriano que, con la introducción de las primeras nociones de regulación higiénica en las escuelas para un uso instrumental, imprime un componente anatomopolítico aún vigente en algunos planteles. En 1822, el médico

Manuel Cordoníu, junto con otros cuatro hombres, funda la Compañía Lancasteriana, “una asociación filantrópica con el fin de promover la educación primaria entre las clases pobres” (Tanck, 1973: 495), retomando el modelo pedagógico de Joseph Lancaster, se propuso un sistema de enseñanza mutua que logró el apoyo gubernamental y el establecimiento de escuelas bajo sus preceptos en todo el territorio, logrando tal prestigio que en 1842 se le entregó a la compañía la dirección de la instrucción primaria de todo el país hasta 1845 (Tanck, 1973).

Es de resaltar el modelo lancasteriano ya que, pese a llegar al país vía actores privados, logró el apoyo gubernamental desde su fundación y tomó el control de la instrucción primaria oficial en todo el país en 1842, Staples (2008) señala que:

Una de las primeras escuelas de tipo lancasteriano, proyectada para Guadalajara en 1824, pedía que los niños pasaran revista afuera del salón, “antes de entrar, se formaban en línea para la inspección de la limpieza de cara, manos y ropa”. En las escuelas gratuitas se aconsejaba al preceptor que los niños tuvieran “su ropa como puedan, pero sin causar asco” y “sus zapatos o pies sin lodo” (Staples, 2008:24)

Para difundir el modelo, en 1824 se publicó la *Cartilla Lancasteriana: sistema de enseñanza mutua para escuelas de primeras letras en los estados de la República* (Tanck, 1998), a la que en 1835 se le hacen adiciones, entre ellas la inclusión de la inspección de caras, manos, uñas y la limpieza de ropa y zapatos al ingreso a la escuela. De hecho, en los asilos lancasterianos se expulsaba a los niños por enfermedad y se les ponía a marchar con cánticos, ya que: “estas medidas, que constituyen una gimnasia para su musculatura y sus pulmones, les proporcionan salud y desarrollo” (Sociedad Lancasteriana de México, 1870: 22). Desde su llegada al país el sistema lancasteriano adoptó una estrategia anatomopolítica representada por el disciplinamiento de cuerpos y la exclusión de los no disciplinados. La revisión de caras, manos, uñas, ropa y calzado eran instrumentos entonces novedosos, que buscaban controlar a grandes masas de escolares con el poco personal que se tenía; de la misma manera, las marchas y los cantos reforzaban el control.

Fueron sólo tres años los que la Compañía Lancasteriana estuvo al frente de la Instrucción Primaria en el país, pero aun así siguió recibiendo ayuda gubernamental, por ejemplo, durante la Presidencia de Juárez “el gobierno apoyó a la Compañía Lancasteriana para que continuara con su labor educativa” (Galván, 2016: 57) con lo que se dio continuidad a la estrategia anatomopolítica en las escuelas, creando un fondo de instrucción pública para apoyar a la compañía y para fundar nuevas escuelas. En 1890, y tras 68 años de labores, la compañía Lancasteriana fue disuelta (Villa Lever, 2009).

El modelo lancasteriano hizo un uso instrumental de la salud, bajo el precepto higiénico de la época, utilizando la inspección de cuerpos y la exclusión de enfermos como una forma de control y disciplinamiento. Al estar basado en la enseñanza mutua o entre pares el modelo lancasteriano economizó personal, por lo cual un solo profesor podía atender entre 200 y hasta 1000 alumnos (Tanck, 1973), en esta situación los cuerpos de los niños se convirtieron en blanco del poder y la higiene, al constituirse ésta como un dispositivo para su control o una forma de ejercer el poder para *hacer vivir*. La anatomopolítica es representada entonces por la inspección, exclusión y disciplinamiento de los cuerpos, lo cual se hizo con auspicio público hasta el punto de llegar a ser política de estado.

Normalización del saber: Las niñas como blanco del sistema positivo

Las acciones anatomopolíticas del sistema lancasteriano buscaron disciplinar cuerpos o someter a los niños a un orden artificial desde un discurso dominante, pero con la presidencia de Juárez y la Reforma, ese discurso se trató de normalizar, al estandarizar la enseñanza a las niñas. En 1857 se promulgó una nueva Constitución que estableció en su artículo tercero la enseñanza libre, sin embargo, fue con el triunfo de la Reforma y la caída del segundo imperio que la educación en el país comenzó a tomar un rumbo definido de la mano del médico tabasqueño Gabino Barreda.

Con Barreda la idea de utilizar la enseñanza para transformar los patrones de

comportamiento y efectuar una modernización económica y política llegó a ser una característica permanente de la política educativa mexicana. La premisa de Gabino Barreda era la de “libertad, orden y progreso” (Galván, 2016:55)

Con esto en mente, se adoptó una postura positivista que, sin abandonar el liberalismo, dio pie al inicio de la reforma educativa mediante la promulgación en 1867, de la *Ley Orgánica de la Instrucción Pública en el Distrito Federal* que entre otras cosas destacó por la secularización, la gratuidad y la obligatoriedad de la enseñanza. En cuanto a contenidos, se buscó estandarizar el currículo y la formación docente para normalizar los saberes según un discurso dominante. En el campo de la salud se señala en su artículo cuarto que en las escuelas de instrucción primaria de niñas se debía enseñar, entre otras materias, la “higiene práctica”, por lo que en las escuelas de instrucción secundaria para personal femenino de donde egresaban las profesoras que atendían las escuelas primarias, se enseñaba “medicina, higiene y economía doméstica”, por tanto, en el Capítulo Tercero de esta ley referente a la inscripción, exámenes y títulos profesionales se dice que los profesores de segunda o tercera clase debían aprobar el examen de higiene doméstica, y las profesoras de primaria de primera, segunda o tercera clase, tenían que aprobar las materias de medicina e higiene y economía doméstica.

El proyecto educativo de la Reforma quería hacer converger la ideología liberal con la perspectiva positiva del orden y el desarrollo, con lo cual se trató de normar y estandarizar la enseñanza desde la formación misma de los profesores, donde los temas higiénicos y de salud eran competencias femeninas. En este periodo se observa la entrada de los contenidos de salud en las aulas, pero únicamente hacia la población femenina y bajo un discurso médico o biologicista.

No considerando el disciplinar cuerpos como con el sistema lancasteriano, en este periodo se buscó “normar” las prácticas domésticas en las que la mujer era la principal protagonista de la época. Bajo los preceptos dominantes de la medicina se les enseñó la higiene como práctica o estrategia cotidiana para organizar el ámbito privado, utilizando la enseñanza femenina como estrategia biopolítica.

La consolidación biopolítica, salud pública y educación

Con el paso del tiempo, el biopoder dejó de concentrarse en el cuerpo de los individuos (anatomopolítica) y comenzó a ver en las multitudes, o en el “hombre” como especie, su centro de interés (biopolítica), tratando de regular procesos biológicos poblacionales. Durante el Porfiriato, México presencié una importante expansión de acciones biopolíticas en donde el campo educativo no fue la excepción.

En 1876, con el plan de Tuxtepec, Porfirio Díaz asumió la presidencia de la república por la vía armada y el año siguiente lo hizo por la vía electoral; juró constitucionalmente el 5 de mayo de 1877 y ejerció de manera directa o indirecta el poder durante 34 años hasta su exilio en 1911.

El gobierno porfirista respetó el modelo constitucional e hizo suyas gran parte de las aspiraciones de la Reforma (...) impulsó una estabilidad política que México no conocía desde que se consumó la independencia (...) la economía se desarrolló, la población aumentó, las ciudades crecieron y adoptaron muchos elementos del nuevo plan urbano, y se desplegaron los primeros esfuerzos en salud y educación (Kuntz, 2010:490).

Es durante el porfiriato que se abre la puerta a la práctica generalizada de la Salud Pública o, en otras palabras, a las acciones institucionales en el campo de la salud colectiva. En términos de Foucault, se puede decir que se ingresó a la imposición del poder en el entorno y las colectividades desde el saber biológico como forma de ejercer la biopolítica. En este periodo, las acciones de salubridad tendientes al ambiente y las personas aumentaron y se consolidaron, ejemplo de esto fue el tratamiento de la basura y las aguas negras, la pavimentación de calles, el control de enfermedades y la vacunación: “hacia finales del Porfiriato la vacunación se hizo forzosa en la mayor parte del país y los padres que no vacunaban a sus hijos eran castigados”(Kuntz, 2010: 525).

La estrategia biopolítica llegó a las escuelas de manera directa con el Reglamento

del Consejo Superior de Salubridad (1872), que contemplaba la vigilancia de las condiciones higiénicas de las escuelas, lo cual se discutió y puntualizó el 21 de enero de 1882, en el *Congreso Higiénico Pedagógico*. Este congreso fue organizado por Ildefonso Velasco, presidente del Consejo Superior de Salubridad, y convocó a médicos y profesores que tenían como objetivo, señala Carrillo (1999), mejorar la salud de los escolares y, como principal eje, las condiciones higiénicas que debían tener las casas destinadas a fungir como escuelas primarias.

Se llegó al acuerdo sobre la orientación que debían tener las escuelas (este, noreste), los materiales de la construcción (sólidos, ligeros, refractarios a la humedad y malos conductores de calor), la condiciones de los salones de clase (bañados por luz natural directa a la que se consideraba agente poderoso para conservar y aún para restablecer la salud de los niños, bien ventilados y dotados de agua), el espacio que debía estar destinado a cada alumno (1.50 m² de superficie y de 4.50 a 5 m de altura). También, sobre la existencia de gimnasios, la construcción de inodoros, los ejercicios corporales que podrían realizar, y los libros en que deberían estudiar (Carrillo, 1999: 72)

Además de lo anterior, se estipularon las medidas de aislamiento de niños enfermos, se propuso la certificación de niño sano por parte de un médico antes de su ingreso a la escuela, y se pidió nombrar médicos inspectores de la higiene escolar (lo cual se hizo realidad en 1896 con la creación de la Dirección General de Instrucción Primaria al formalizar la *Inspección Médica e Higiénica de las Escuelas*), además de proponer asignaturas como la Higiene.

La estrategia biopolítica planteada en el Congreso Higiénico Pedagógico, vinculó acciones anatomopolíticas de disciplinamiento de cuerpos con acciones biopolíticas de regulación de colectividades; por un lado se propuso inspeccionar a los escolares y sus condiciones de salud antes del ingreso a una institución educativa, pero con miras a la regulación de la población infantil general que, junto con acciones sobre los entornos, buscó normar a los cuerpos de manera colectiva para regularlos mediante medidas generales.

Parte de lo estipulado en el Congreso Higiénico Pedagógico, se institucionalizó en

el campo educativo a partir de la promulgación en 1888 (Reglamento Interior de la Secretaría de Educación Pública, 1973) de la *Ley de Instrucción Obligatoria* y su *Reglamento Interior de las Escuelas Oficiales de Enseñanza Primaria Elemental*. Esta ley estipula en su capítulo dos, referente al local de las escuelas, las condiciones de aseo e higiene mínimas y obligatorias (Meneses, 1998).

Bajo los principios de laicidad, gratuidad y obligatoriedad, la Ley de Instrucción Obligatoria estipuló la formulación y el control de los programas de estudio por parte del gobierno federal, tan ambicioso plan requirió que, un año después (1889) y el siguiente (1890), se llevaran a cabo Congresos de Instrucción Pública con el fin de uniformar la enseñanza en todo el país (Galván, 2016). Como resultado, quedaron aceptadas 32 recomendaciones del Congreso Higiénico Pedagógico referentes a las condiciones de los inmuebles (Carrillo, 1999). También como consecuencia de esta ley y de los congresos, en 1892 se reformó el plan de estudios para que incluyera en el quinto año la asignatura de Higiene General y Escolar. Por su parte, en las escuelas Normales, se enseñaba la Higiene Escolar.

En 1889 se publicó el Código Sanitario de los Estados Unidos Mexicanos, que ratificaba lo ya planteado por el Consejo de Salubridad General, 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.

En 1908, la Secretaría de Instrucción Pública y Bellas Artes, reglamentó la acción biopolítica, misma que, como recomendación del Congreso Higiénico Pedagógico, ya se realizaba desde 1896 a través de la *Inspección Médica e Higiénica de las Escuelas*. Así, promulgó el *Reglamento de Higiene Escolar* enfocado a la supervisión de edificios y mobiliario escolar (que de no contar con las características solicitadas se clausuraban), del personal docente y alumnos (realizándoles exámenes médicos periódicos), y de la profilaxis de enfermedades transmisibles (con visitas quincenales para la prevención), estipulando formalmente lo que ya se

hacía, y llamándolo entonces *Inspección General de Higiene Escolar*, con lo cual aumentó su personal, en el caso del Distrito Federal, pasó de 6 a 11 médicos inspectores escolares (Uribe y Troncoso, 1911).

La biopolítica del Porfiriato en el campo educativo emergió con las recomendaciones del Congreso Higiénico Pedagógico que con el paso de los años se institucionalizaron en el campo educativo hasta convertirse en un servicio especial de higiene escolar con acciones sobre cuerpos individuales y entornos, que buscó regular a la población infantil de las escuelas mediante acciones o mecanismos generales que pretendían que todos los niños que asistieran a las escuelas entraran en un “orden artificial” en el que sus procesos biológicos naturales (como la enfermedad) no resultaran aleatorios sino controlados.

Esta etapa de la consolidación de la práctica biopolítica en el país se vio interrumpida por la revolución mexicana, sin embargo, es evidente su correspondencia con la segunda etapa de la medicalización o de la medicina urbana en la que el principal interés del Estado fue la organización del medio o los espacios.

En una arista tan pequeña como la salud escolar se puede ver el gran impacto que la estrategia biopolítica tuvo en este periodo, al incidir en las condiciones físicas de las escuelas, para lo cual se instituyó la entrada de la autoridad médica a los recintos, entrada avalada y subvencionada por el mismo campo educativo y que permitió imponer sobre edificios, personal y alumnos una forma específica de ser y estar desde el conocimiento médico hegemónico.

Gubernamentalidad y (re) surgimiento de las instituciones biopolíticas de la higiene escolar

El ejercicio del poder como forma de normar conductas ha ido evolucionando desde un poder disciplinar en el que se buscó fabricar individuos a partir de enderezar conductas, hasta un biopoder que regula al hombre no como sujeto sino como

especie (población), y que puede llegar a gubernamentalizarse. Para Foucault, la gubernamentalidad del Estado es un procedimiento calculado, constituido por instituciones, que permiten ejercer el poder y tiene como objeto a las poblaciones, en otras palabras, las instituciones racionalizan procedimientos técnicos para instrumentalizar acciones o ejercer el poder sobre colectividades.

En la narrativa hasta ahora presentada se ilustró, primero, el poder disciplinar o anatomopolítico a partir de las estrategias de utilización de espacios y tiempos en la educación lancasteriana, que mantuvo a los cuerpos de los niños como objeto y blanco del poder; en un segundo momento, se ilustró el biopoder como una intervención global o general que buscó incidir en eventos que hasta entonces se creían aleatorios, a partir de la normalización del conocimiento en la enseñanza femenina que eventualmente normalizarían los eventos de salud en los hogares, y posteriormente, y con mayor fuerza, con el auge de la salud pública en el país y las biopolíticas porfiristas que buscaron en el ámbito escolar construir regularidades, en instalaciones, personal y alumnos con la higiene escolar.

Pero con la Revolución Mexicana se ven interrumpidas estas biopolíticas en materia de salud escolar, ya que, ante la sinuosa situación del país, incluso las acciones que ya se llevaban a cabo resultaron complicadas de realizar. Ejemplos de lo anterior se puede encontrar en reportes de la época de profesores que hacían notar la falta de medicamentos y servicios médicos, así como de agua en las escuelas “lo que dificultaba que la higiene escolar se llevara a cabo” (Galván, 2016:95).

Con la Constitución de 1917 y el fin de la lucha armada tres años después, las instituciones biopolíticas o de regulación biológica de las poblaciones comienzan a (re) surgir y tomar fuerza. En 1917 con el artículo 73 de la Constitución se creó el Departamento de Salubridad Pública (DPS); en términos educativos, el artículo 3º referente a educación dio la pauta para la creación, en 1921, de la Secretaría de Educación Pública (SEP).

Lo anterior dio pie a una nueva era de (re) surgimiento de las instituciones biopolíticas que, además de tomar un segundo aire, se comenzaron a profesionalizar en los asuntos administrativos mediante una nueva racionalidad institucional o, lo que es lo mismo, a través de un proceso de gubernamentalidad. Este proceso de racionalización de las prácticas administrativas en el campo de la salud escolar se puede observar en el sector salud desde 1921 cuando el Departamento de Salubridad Pública celebra el Primer Congreso del Niño Mexicano, a raíz del cual se crea el Servicio de Higiene Escolar que buscó “proteger la salud de los niños y vigilar su desarrollo armónico” por medio de:

Visitas periódicas a las escuelas con el fin de vigilar que los edificios, mobiliario y útiles escolares reunieran las condiciones higiénicas necesarias. Practicaron exámenes médicos a los alumnos con el propósito de conocer su estado de salud. Separaron a los que tenían algún padecimiento “nocivo” para la comunidad y vacunaron o revacunaron a quienes lo necesitaron (Alanís, 2015: 14)

Estas acciones tendientes a lo infraestructural y al aislamiento de los enfermos no eran nuevas, pero se comenzaron a hacer de manera organizada por un departamento destinado exclusivamente a ellas, abriendo la puerta al fortalecimiento de la gubernamentalidad de las acciones biopolíticas sobre los niños y la escuela.

Para consolidar lo anterior (y el resto de las acciones del DSP) y con la influencia de las políticas de salud de otros países (Aboites, 2010), en 1925 se redactó el Reglamento de Salubridad Pública y en 1926 Código Sanitario de los Estados Unidos Mexicanos, reglamentaciones tendientes a la especificación de labores y por tanto a la consolidación de instituciones y sus funciones como entidades técnicas que racionalizaban las acciones poblacionales.

En lo concerniente a la salud escolar, el código sanitario estableció en su capítulo décimo primero, sobre ingeniería sanitaria, las condiciones mínimas para edificios públicos, en particular escuelas, fijando amplitud, distancia mínima a lugares

peligrosos, número de excusados, iluminación y ventilación, entre otras, y en el artículo 106 se estableció la obligación de las escuelas de dar aviso en caso de detectar enfermedades transmisibles como cólera, tifo, paludismo, entre otras. En el mismo sentido, en su capítulo decimocuarto referente a *servicio de educación y propaganda higiénica*, se estableció el uso de la prensa y de conferencias en centros educativos para dar a conocer los procedimientos y prácticas de higiene social e individual, así como acciones profilácticas.

Aunado a los Servicios de Higiene Escolar y como parte de las acciones de institucionalización de acción de protección infantil, en 1929 se crean los Servicios de Higiene Infantil, dependencia del Departamento de Salubridad Pública, que un año después, por decreto del Presidente Portes Gil, fue absorbido por el Servicio de Higiene Escolar “lo cual se hacía con el fin de completar y unificar el criterio y la acción general que legal y técnicamente corresponde a dicha autoridad sanitaria en materia de higiene infantil” (Alanís, 2015: 21).

En 1929 se fundó la Asociación Nacional de Protección a la Infancia, que inició como asociación altruista para apoyar los trabajos de los Servicios de Higiene Infantil, llegando a tener en 1931 diez escuelas hogar que daban alimentación, educación y servicios médicos e higiénicos en zonas populares de la ciudad de México. Para 1932, la Asociación pasó a ser dependencia del Departamento de Salubridad Pública (Santiago, 2015).

En 1937 se creó el Departamento de Asistencia Social Infantil que tuvo como uno de sus fines atender la higiene infantil y preescolar en la educación urbana, semiurbana y rural de niños de hasta seis años, sin embargo, un año después, este Departamento desaparece y sus funciones pasan a ser parte de la recién creada Secretaría de Asistencia Pública (Santiago, 2015).

Para el año de 1943, por decreto presidencial, el Departamento de Salubridad Pública y la Secretaría de Asistencia Pública se fusionan para dar paso a la

Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA) que conjuntó los Servicios de Higiene Infantil, la Asociación Nacional de Protección a la Infancia y al Departamento de Asistencia Social Infantil. En 1961, también por decreto presidencial y como parte de la SSA, se crea el Instituto Nacional de Protección a la Infancia que conjuntó la labor que realizaban la Asociación Nacional de Protección a la Infancia y el Departamento de Asistencia Social Infantil, institución que, de la mano con la SEP y su “plan de once años”, entregaron desayunos en las escuelas para evitar la deserción escolar y mejorar la salud de los niños (Secretaría de Salud, 2018) (Loaeza, 2010).

De esta manera, por parte del sector salud se comenzó a desarrollar una fuerte institucionalización y racionalización de las acciones técnicas y administrativas de la salud escolar que, con el paso de los años, se fueron diluyendo hasta incorporarse como componente accesorio de distintas sub dependencias del sector sanitario.

En el campo educativo, la gran institución que impulsó el (re) surgimiento de la biopolítica escolar fue la SEP, que “atribuyó a la educación la responsabilidad de construir una identidad nacional y de forjar un hombre nuevo, sano, moral y productivo” (Aboites, 2010: 603) que fortaleció la racionalidad técnica de las acciones biopolíticas a partir de la evolución y renovación de diferentes departamentos de la misma Secretaría.

Esto comenzó en la presidencia de Calles, durante la cual su Secretario de Educación, el médico José Manuel Puig, “dejaba ver su gran preocupación por el mejoramiento de la raza. Creó el Departamento de Psicopedagogía e Higiene y puso en práctica en las escuelas federales pruebas antropométricas y de inteligencia” (Aboites, 2010: 614); creado en 1925, este Departamento contaba con dos secciones (psicopedagogía e higiene escolar) y tenía como uno de sus objetivos vigilar la correcta higiene en las escuelas vía subcomisiones encargadas del entorno, el alumnado y la profilaxis en general (Gudiño, 2016).

El Departamento de Psicopedagogía e Higiene continuó trabajando sin mayores cambios hasta 1941 cuando se separaron las dos secciones, quedando la relativa a salud como Dirección de Servicios Médicos e Higiénicos, y un año después como Departamento de Higiene Escolar y Servicios Médicos. Para 1957, señala Ramos (2000), se definió a la higiene escolar desde la SEP como:

Una disciplina científica médico-pedagógica, con métodos propios, de proyecciones individuales y sociales, cuyas funciones son cuidar y mejorar la salud física, mental y moral de los educandos y del personal escolar, y el medio ambiente en el que se desenvuelven, para obtener un mejor aprovechamiento de las enseñanzas, una mejor adaptación al medio, la creación de hábitos higiénicos y de una conciencia sanitaria en los escolares (Ramos, 2000: 189).

Salvo la separación de las secciones, los cambios resultaron más bien denominativos y de reingeniería administrativa, ya que sus funciones generales se mantuvieron iguales prácticamente desde 1896, es decir, como políticas de supervisión médica a instalaciones y alumnos, pero ahora con un enfoque racionalista encaminado a institucionalizar los procedimientos técnicos, por tanto en casi treinta años no hubieron cambios en las funciones del departamento, hasta 1970, cuando junto con la transformación denominativa al llamarla *Dirección General de Higiene Escolar*, también se puntualizan y detallan sus funciones en los reglamentos interiores de la SEP.

Así, en 1973 el *Reglamento Interior de la Secretaría de Educación Pública* estableció las competencias de la *Dirección General de Higiene Escolar* de la siguiente manera:

- 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 (Secretaría de Educación Pública, 1973: 13)(Reglamento Interior de la Secretaría de

Educación Pública, 1973).

Las acciones de la Dirección se enfocaron entonces a incidir sobre el entorno, los alumnos y el personal, pero en 1978 se publicaron dos nuevos reglamentos que detallaron con mayor precisión sus funciones a través de disposiciones técnicas y operativas en materia de contenidos, vinculación y formación, quedando 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 (Secretaría de Educación Pública, 1978:14).

Los siguientes dos reglamentos de la SEP, de 1980 y 1981, no cambiaron sustancialmente las funciones de la dirección, pero un año después, en 1982, la

SEP desapareció la Dirección. Tras dos reglamentos (1989 y 1994) en los que la SEP seguía sin considerar la salud, en 1999 un nuevo reglamento vuelve a considerarla con funciones mucho más reducidas, y esta vez a cargo 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 (Secretaría de Educación Pública, 1999: 30).

Con el reglamento de 2002 estas funciones permanecieron vigentes, pero con el hoy vigente reglamento de 2005 se desapareció la Dirección General de Extensión Educativa pasando a ser una subdirección de la Dirección General que ya no considera lo referente a salud, por lo menos a nivel reglamentar.

En el caso del sector educativo la duración y especificidad técnica del departamento encargado de la salud escolar es de mayor y más puntual relevancia, sin embargo, al igual que en el caso del sector salud, este departamento llega a un ocaso después de su esplendor institucional y administrativo.

Tanto por parte de la entonces SSA como de la SEP, el periodo posrevolucionario vio el (re) surgimiento de departamentos de salud escolar que en ambas secretarías tenían como fin primordial el control y regulación de los entornos y de la población escolar, sin embargo, dichas instituciones, que tenían como objetivo planificar la táctica biopolítica en el entorno educativo se van desdibujando y desapareciendo en las reconfiguraciones gubernamentales o administrativas de ambas dependencias.

Regular la especie: homogeneizar escuelas

Se ha señalado el proceso de gubernamentalidad de la salud escolar a través de la creación de instituciones o departamentos dedicados exclusivamente al desarrollo técnico de acciones dentro de las escuelas para efficientar el proceso biopolítico, pero paralelo a las acciones de estas instituciones la labor biopolítica también se centró en la homogeneización de contenidos educativos y la formación docente. Estas acciones pueden verse tempranamente con la educación lancasteriana, los congresos pedagógicos durante el porfiriato y su inclusión en la ley de instrucción pública de la Reforma, las cuales buscaron a su manera homogeneizar la educación primaria en todo el país, sin embargo, los esfuerzos por tratar de igualar la instrucción en México tardaron en llegar, pero tomaron siempre como uno de sus temas de interés a la salud.

Estas acciones tendientes a la igualación de contenidos y a la formación docente en el campo de la salud comenzaron a fortalecerse con el proyecto de José Vasconcelos en su gestión frente a la SEP (1921-1924), con la cual se inicia una etapa de esfuerzos sistemáticos en la búsqueda de hacer de la instrucción primaria un proceso similar en todo el país.

Como parte del proyecto vasconcelista, en una primera fase se trató de integrar a los indígenas al proyecto nacional, por lo que se realizaron *misiones culturales* para orientar a los maestros rurales, misiones organizadas por la SEP que junto con el Departamento de Salubridad tuvieron como objetivo:

Preparar a los jóvenes para el magisterio, despertar en los campesinos sentimientos de admiración por los héroes, enseñar nuestro pasado glorioso, explicar sus deberes cívicos, impartir pláticas de higiene, combatir los vicios dominantes del pueblo y mejorar las industrias existentes (Galván, 2016: 115)

El proyecto vasconcelista impactó la formación docente, y estas misiones “estaban formadas por un grupo de maestros, cada uno especialista en su área: promoción

social, educación física e higiene, primeros auxilios, música, artes manuales, etc” (Villa Lever, 2009: 35), buscando estandarizar en todo el país los conocimientos del profesorado, como punto de partida para su proyecto homogeneizador.

En 1934, durante la presidencia de Cárdenas, la reforma al artículo 3º constitucional implantó la educación socialista en sintonía con el ambiente ideológico que prevalecía en el país; con esta reforma se puso especial énfasis en los contenidos, estableciendo un control federal total sobre los planes de estudio y los materiales educativos en todo el territorio y en todas las escuelas tanto públicas como privadas de nivel primaria.

Este proyecto agregó, a los contenidos de la escuela de la acción, el principio de trabajo social, que enfatizaba la necesidad de promover campañas de higiene, inoculación y combate al alcoholismo, así como la de celebrar competencias deportivas y eventos culturales de tipo secular (Quintanilla, 1996: 139).

Montes de Oca (2007) señala que, además de incluir a la higiene como parte de los contenidos escolares, se le debía considerar en situaciones reales y de la vida social para levantar el interés en los niños. El proyecto de educación socialista buscó fortalecer la rectoría federal sobre la educación primaria y marcó pautas específicas para su impartición, para lo cual se expidió en 1940 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*, la cual 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 (1940: 4)

Bajo el principio del control único del Estado se igualaron planes de estudio, materiales, calendarios y reglas de higiene y servicios médicos en las escuelas oficiales y particulares, pero también a nivel de organizaciones agrícolas, industriales, mineras o de cualquier otra clase donde los patrones estaban obligados

a establecer escuelas de educación primaria.

Para 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, destaca entre sus cambios la inclusión 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 (Heroico Congreso de la Unión, 1942:4).

Dirigido de forma directa a la población indígena, el texto legal deja ver la preocupación estatal por la regulación de los procesos biológicos y la incorporación a una idea única de lo económico y cultural pero también de lo sanitario, buscando en este campo regular y estandarizar las prácticas domésticas y las relaciones familiares según principios higiénicos, profilácticos y preventivos.

En la búsqueda por continuar la profesionalización docente estandarizada en 1945 se creó el Instituto Federal de Capacitación del Magisterio (IFCM) que pretendió terminar con el déficit de profesores de educación primaria y, con ello con el rezago educativo del país; entre los materiales publicados por el IFCM se encontraban: Higiene escolar e Higiene Dietética, que trataban de incorporar dichos conocimientos en la enseñanza de los profesores de educación primaria (García, 2016). Para 1946 se eliminó el término socialista del artículo tercero constitucional.

Entre 1958 y 1964 Jaime Torres Bodet asume por segunda ocasión la SEP, periodo en el cual lanzó el “Plan de once años” con el que trató de aumentar la cobertura de la educación primaria en el país. Se fortaleció la formación docente y se incrementó la inversión educativa y en 1959 se creó la Comisión Nacional de Libros de Texto Gratuitos (CONALITG), que entregó libros de texto a todos los niños. La CONALITG definió y editó los libros de texto para todas las escuelas primarias según los programas vigentes, cumpliendo diversas funciones:

Además de formar la conciencia nacional y de fomentar una cultura política adecuada al consenso nacionalista y liberal, debían contribuir a modificar actitudes y comportamientos con respecto a la higiene personal y a los servicios de salud. Así pues, las guías técnico-pedagógicas de la Conalit señalaban que la enseñanza de las ciencias naturales debía hacer hincapié en el desarrollo de actitudes positivas hacia las vacunas, los medicamentos y la medicina moderna en general. Más que aprender los principios básicos de la ciencia, los niños debían adquirir hábitos de higiene y cuidado personal: el baño diario, el uso de ropa apropiada para las condiciones climatológicas y una alimentación sana (Loeza, 1988: 236).

El orden artificial construido a partir de las intervenciones biopolíticas queda perfectamente ejemplificado con el párrafo anterior, la labor instrumental que llevaron a cabo los libros de texto para regular los procesos biológicos de los niños se llevaron a cabo por medio de contenidos enfocados a estimular sus sistemas inmunes mediante la promoción de la vacunación, incidir sobre sus prácticas cotidianas de aseo o higiene, y cambiar sus hábitos alimentarias o nutrimentales, a partir de lo cual se buscó (y aún se busca) administrar la vida a lo largo de su desarrollo desde el discurso hegemónico.

El Plan de once años y sobre todo la CONALITEG alcanzaron el objetivo que desde 1889 se trató de lograr en los congresos pedagógicos, es decir, estandarizar aquello que los niños debían aprender. Se logró aquello que Torres Bodet se propuso desde su primer mandato frente a la SEP: “garantizar una estabilidad duradera en los planes y programas de estudio” (Villa Lever, 2009: 39).

Las reformas legales emprendidas también ayudaron a fortalecer la labor homogeneizadora en las escuelas de todo el país, en 1973 se promulgó la Ley Federal de Educación que, además de señalar la obligatoriedad en el cumplimiento de planes y programas de la SEP en todas las escuelas, señala la adecuación higiénica de las instalaciones para la autorización de instituciones de educación privada.

Por parte del sector salud, en 1984 se publicó la hoy vigente Ley General de Salud) Ley General de Salud 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, lo cual dice se hará en coordinación con la SEP, para la formulación de programas de educación para la salud, es decir, mediante la formulación de programas medicalizados únicos. También en su artículo 138 se establece la obligación de los directivos de las 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 hoy vigente Ley General de Educación que estipula en su artículo 7º que la educación impartida por instituciones tanto públicas como 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 (H. Congreso de la Unión, 1993: 2)

Si bien ni el proyecto vasconcelista, ni el de la educación socialista o el de Torres Bodet tenían los mismos objetivos, en buena medida su fin termina siendo el igual,

expandir la educación primaria en todo el país y de cierto modo darle un uso instrumental según sus muy particulares propósitos, que llevaban de una u otra forma a la homogeneización educativa.

Es verdad que la salud tampoco era el centro de ninguno de estos proyectos, pero desde entonces (y antes) y hasta las hoy, se puede encontrar en los diferentes proyectos educativos el interés o preocupación en la salud de los educandos, y aunque se pueda pensar (y lo sea) que esto responda a una buena voluntad y legítima preocupación por los niños, no deja de ser un instrumento biopolítico de regulación de la especie, que desde el discurso dominante en salud se impone un conocimiento específico con miras a regular mediante el saber el comportamiento de los cuerpos de los estudiantes.

Medicalizar contenidos: Los cambios a los planes de estudio

Derivado del proyecto homogeneizador, merece una atención especial la evolución de los contenidos relativos a salud en las aulas, ya que buena parte de la propuesta homogeneizadora de las escuelas se ha centrado en la obligatoriedad de planes y programas de estudio a nivel nacional, lo cual se establece legal y normativamente para las escuelas públicas, privadas e indígenas, y ha tenido como su principal herramienta a los libros de texto gratuitos, instrumento de estandarización de contenidos, que en el campo de la salud se ha reflejado como una forma específica de verla, entenderla y ejercerla de manera medicalizada.

La medicalización se ha establecido a partir de una voluntad de verdad en la que el saber biológico se ha impuesto sobre el social, psicológico o cultural y donde la salud ha funcionado como significado único a partir del significante universal médico-biologicistas. Esto se puede ilustrar con los contenidos de planes y programas de estudio, en los que se ha enseñado a los niños, no tanto sobre el amplio espectro de la salud, sino sobre el tema específico del combate a la enfermedad.

Lo anterior podemos observarlo desde los primeros libros de texto gratuitos de 1957, que tuvieron como característica principal la búsqueda de la unificación educativa y la exaltación de la mexicanidad; éste programa se articuló en once asignaturas, sobresaliendo en términos de salud la educación física e higiene y las ciencias naturales, esta última asignatura que tenía entre sus disciplinas agrupadas a la fisiología e higiene del cuerpo humano (Villa Lever, 2009); de esta forma, el programa de 1957 tomaba a los temas de salud como un asunto biológico y corporal tratado desde lo fisiológico.

Lo anterior se acentúa con la reforma de 1960 a los programas de educación primaria, los cuales se organizaron con base en necesidades y propósitos: En esta reforma, el área uno era “la protección de la salud y el mejoramiento del vigor físico”, la cual “ocupa la mayor parte de los libros de texto (de ciencias naturales), con los temas de higiene personal y social, nutrición y prevención de enfermedades transmisibles y accidentes” (Villa Lever, 2009: 124). Con estos cambios a los planes de estudio, el discurso medicalizado entró de lleno a los contenidos con una perspectiva clara de la medicina y su objeto de estudio (la enfermedad) como preocupación clave en la formación de los niños de educación primaria, donde los problemas de patologías específicas imperan en los contenidos.

Para 1972 se realiza nuevamente un cambio en el currículo de la educación primaria, organizada ahora por áreas de estudio. Los contenidos de salud salen de las ciencias naturales puesto que estas pasan a quedar más orientadas al conocimiento y dominio del entorno mediante el método científico. Sin embargo, aún dentro del área de actividad física y artística se destaca que “estas actividades son una importante ayuda para garantizar la salud y el crecimiento normal del niño, y propiciar su coordinación motriz, dándole soltura y libertad de movimiento” (Secretaría de Educación Pública, 1972: 6). A pesar de haber quedado excluida de las ciencias naturales el predominio de la comprensión física de la salud siguió presente en una idea de desarrollo biológico y motriz. Pese a verse desdibujada y

perder la fuerza que tuvo en la reforma anterior este enfoque siguió presente y reapareció con la revisión curricular de 1978, en la que se incluye el área de Educación para la Salud (Villa Lever, 2009).

Como resultado del Plan de Modernización Educativa se presentó un nuevo programa para la educación primaria en 1993. Se regresó a una organización por asignaturas, en la cual las Ciencias Naturales vuelven a tomar como suyo el tema de la salud, haciendo énfasis en el buen funcionamiento anatómico y fisiológico como forma de preservar la salud:

... se pretende que los niños se convenzan de que las enfermedades más comunes pueden ser prevenidas poniendo de relieve el papel (...) de los hábitos adecuados de alimentación e higiene” (Secretaría de Educación Pública, 1993: 76).

La reforma de 1993 regresa el tema de la salud al campo de la biología y lo aborda como un mal funcionamiento anatómico y fisiológico del cual deriva la enfermedad, medicalizando a la salud y la vida de los escolares, tocando en grados superiores la maduración sexual y las adicciones como temas que tienen que ser atendidos desde las ciencias naturales.

Sin otras reformas a planes y programas, en 2004 comenzó la llamada Reforma Integral de la Educación Básica, un proceso de reestructuración curricular que comenzó con la reforma curricular de la educación preescolar, a la cual siguió en 2006 la de la educación secundaria, en 2009 la educación primaria, para concluir en el año 2011 con una reforma a la Ley General de Educación (LGE) y un nuevo Plan de Estudios de Educación Básica (PEEB).

El PEEB-2011 se orientó por competencias, y estableció los aprendizajes esperados y estándares curriculares, que en la educación primaria se organizan en cuatro campos formativos, donde la salud se incorporó como parte del campo de *exploración y comprensión del mundo natural y social*, que se abordaba en los tres primeros años de primaria en *exploración de la naturaleza y la sociedad*, y en los

últimos tres en *ciencias naturales*.

En los tres primeros años de primaria los contenidos de salud se enfocan al cuidado del cuerpo y los riesgos a la salud, y los últimos tres como parte del ámbito de *desarrollo humano y cuidado de la salud* se aborda en el apartado *¿Cómo mantener la salud?*, que en tercer años lo trata como *Me reconozco y me cuido*, en cuarto años *Fortalezco y protejo mi cuerpo con la alimentación y la vacunación*, en quinto año *Prevenigo el sobrepeso, la obesidad, las adicciones y los embarazos*, y en sexto año *Desarrollo un estilo de vida saludable* (Rodríguez Gutiérrez, 2011).

Pese a que el PEEB-2011 estableció buscar una interrelación entre las asignaturas, los contenidos referidos a la salud siguen en el ámbito de las ciencias naturales y medicalizan y limitan su campo de acción a la atención de la dimensión biológica del cuerpo al referir su interés 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” (Secretaría de Educación Pública, 2011: 94)

Con la reforma constitucional, en el año 2012, comienza un nuevo periodo de reforma al sistema educativo mexicano que, en 2014, conduce al replanteamiento curricular para publicar la versión definitiva del *Plan y programas de estudio para la educación básica* en 2017, el cual se orienta a aprendizajes clave y se organiza en tres componentes (formación académica, desarrollo personal y social, y autonomía curricular), los dos primeros de carácter obligatorio y el tercero que flexibiliza el currículo para la adaptación al contexto.

Dentro de las oportunidades de aprendizaje, el nuevo modelo educativo subraya la “cultura de la prevención” que las escuelas deben proporcionar a los niños en coordinación con las instituciones de salud, por lo cual el perfil de egreso de la educación primaria contempla la “atención al cuerpo y la salud” con base en una toma de decisiones informadas sobre higiene y alimentación (Secretaría de Educación Pública, 2017a). Así, los contenidos de salud siguen fuertemente

medicalizados al enfocar el tema como parte de las ciencias naturales y abordarlo desde la perspectiva biológica. La intención sustantiva se enuncia como:

.. coadyuvar en el fortalecimiento de una ciudadanía que participe democráticamente, con fundamentos y argumentos en la toma de decisiones (...) vinculados a la promoción de la salud y cuidado del medioambiente” (Secretaría de Educación Pública, 2017: 355).

Con éste plan, el propósito cinco de las ciencias naturales se enfoca al conocimiento sistémico del cuerpo como base para conservar la salud, en el entendido de que “el cuerpo humano contiene sistemas constituidos por órganos, tejidos y células, y que si alguno de ellos falla, el resto del sistema se verá afectado en las funciones vitales y la salud” (SEP, 2017^a:364) esta concepción orgánico-sistémica nos habla de una de las formas de entender a la salud o la falta de ella, que desde una perspectiva de los sujetos como entes biológicos sólo pueden tenerla o perderla a un nivel biológico, medicalizando los contenidos de la educación para la salud, entendiéndola como la presencia/ausencia de enfermedad.

A partir de esta enseñanza inicial, los conocimientos esperados en el bloque *sistemas del cuerpo humano y salud* del tercer año de primaria son el sistema locomotor y el autocuidado; en el cuarto año el sistema sexual y su higiene, además de hábitos alimenticios y el plato del bien comer; en quinto año el sistema digestivo y la nutrición, así como los cambios en la pubertad; y en sexto el sistema circulatorio, la prevención de VIH y otras ITS, y los riesgos del tabaquismo, alcoholismo y una dieta de alto contenido en grasas.

En el plan de estudios 2017 se abordan los contenidos de salud a nivel primaria desde la concepción biológico-sistémica del cuerpo, la medicalización de los contenidos es evidente, se entiende y se enseña a la salud desde una única dimensión biológica en la que el mal funcionamiento de los órganos y tejidos deriva en la pérdida de la salud; por tanto, la atención específica al cuerpo y la prevención resulta el camino idóneo para alcanzar la salud, entendiéndola únicamente como la presencia-ausencia de enfermedad.

Con esta revisión sucinta de los planes y programas de educación primaria, se quiere señalar que el discurso que ha estructurado la enseñanza de la salud a los niños ha sido el dominante desde una perspectiva biológica, y más específicamente fisiológica-funcional, por lo menos desde 1957, que la salud ha sido abordada bajo el supuesto de que la dimensión bio-corporal de las personas es la única o más importante, sin tomar en cuenta por ejemplo que el entorno físico, social y psicológico también determinan la salud individual y colectiva. De esta forma se sobrepone el significativo biológico al significado de la salud y se medicalizan los contenidos educativos.

La Biopolítica global en las escuelas

En los últimos 30 años la biopolítica escolar en México ha experimentado cambios sustanciales al pasar de un perfeccionamiento incremental a un viraje hacia las recomendaciones internacionales. Por lo menos desde 1867 la Ley Orgánica de la Instrucción Pública en México comenzó a considerar los contenidos de salud en el currículo escolar, y a partir de 1896 las acciones emprendidas por el gobierno de Díaz comenzaron a generar formas institucionales de incidir sobre las instalaciones, el personal y los alumnos de las escuelas primarias. Desde entonces las acciones en materia de salud escolar se han orientado en contenidos, inspección médica e higiénica de las escuelas, lo cual se ha adaptado a los cambios coyunturales.

Todas estas acciones podían tener influencia de otros países, pero se abordaban desde el plano nacional, se adaptaban a las características del país y se corregían según la coyuntura nacional. Pero esto cambió a partir de la década de 1990 con la entrada del proyecto global de salud escolar. En 1986, la OMS y UNICEF publicaron el texto *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 enfatizando la forma de aprender y las estrategias y guías metodológicas para su enseñanza. Para 1991, estas organizaciones y la 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, lo que se materializó en el documento *Educación para la Salud Comprensiva, una Perspectiva Integral y Amplia* (Organización

Panamericana de la Salud, s/f). En noviembre de 1993 se llevó a cabo en Costa Rica la Reunión de Consulta sobre Educación en Salud en el Ámbito Escolar, que concluyó con la elaboración de lineamientos y guías de acción para el desarrollo de políticas y currículos integrales de educación y salud en las escuelas.

Mientras esto ocurría a nivel internacional, en México se firmó en 1989 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, y en 1990 se presentó el *Subprograma de Salud Escolar* de la Dirección General de Fomento a la Salud de la Secretaría de Salud; también en ese año el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) desplegó el *Programa de Salud Escolar*. Todo ello sucedió durante la presidencia de Carlos Salinas de Gortari en donde su *Programa Nacional de Salud 1990-1994* asentaba como una de sus premisas que la educación era un factor condicionante de la salud, por lo que uno de sus objetivos fue el establecimiento de políticas de fomento a la cultura de la salud, y uno de sus primeros programas el de *Educación para la Salud* que en coordinación con la SEP 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 (*Programa Nacional de Salud 1990-1994*, 1991: 1)

El *Programa Nacional de Salud 1990-1994* tomó una dirección específica, y dentro de los *Programas para lograr el acceso universal a los servicios de salud con equidad y calidad* se creó el *Programa de promoción y cuidado de la salud escolar* que tuvo como objetivo: “Fomentar la salud del escolar a través de acciones educativas y de participación organizada, encaminada hacia la promoción de la salud, prevención de enfermedades y rehabilitación de los pacientes” (SS, 1991: 1) lo cual se consolidó en 1994 con la Norma Oficial Mexicana (*NOM*) *Para el Fomento de la Salud del Escolar*. Esta norma pretendía regular la atención primaria a la salud y el derecho constitucional a la protección a la salud, y se organizó en tres acciones:

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, lo que sintetizó dos de los programas propuestos en el Plan Nacional de Salud 1990-1994.

El gran proyecto de biopolítica global en el ámbito escolar se presentó en 1995 cuando la OMS lanzó la *Global School Health Initiative*, un plan general de carácter global que busca incidir en la forma de promover la salud en las escuelas según los preceptos de la Carta de Ottawa, la *Declaración de Sundsvall* y las recomendaciones del comité *Comprehensive School Health Education and Promotion*, y que tiene como meta: “incrementar el número de escuelas que puedan ser realmente llamadas *Escuelas Promotoras de la Salud*” (Jones, 1998: 2), para mejorar la salud de estudiantes, personal escolar, familias y miembros de la comunidad en general. Esta biopolítica global dio como resultado un año después en América Latina la conformación de la Red Latinoamericana de Escuelas Promotoras de la Salud que tiene 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” (Secretaría de Salud, 2000: 4), es decir una expresión regional de la biopolítica global.

Aunque desde entonces México formó parte de la red, es hasta el año 2001 que adoptó de manera directa el proyecto de promover la salud escolar con un nuevo convenio entre las Secretarías de Educación y Salud, a partir 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 tradujo en el *Programa Intersectorial de Educación Saludable (PIES)* (2002). Aunque desde las acciones de la década de 1990 México buscó homologarse al discurso internacional en materia de salud escolar, se afirma que es con el PIES que México adoptó la biopolítica global ya que las líneas de acción consideradas (educación para la salud; prevención, detección y referencia de casos;

promoción de ambientes escolares saludables y seguros; y participación social) son los principales ejes de la iniciativa global, teniendo como uno de sus objetivos particulares la certificación escolar.

En 2006 y con un nuevo gobierno federal, se replanteó el PIES mediante un plan de acción específico 2007-2012 del *Programa Escuela y Salud (PEyS)*, que buscó incidir en los “determinantes causales de la salud”, y abarcando además del nivel básico, los niveles medios y superiores de educación. Con cinco estrategias, el Programa se orienta en la primera de ellas a los contenidos educativos; a los entornos y la alimentación en la segunda; al acceso a los servicios médicos en la tercera; a la certificación de escuelas en la cuarta; y a integrar a las escuelas con la comunidad en la quinta. Todo con el objetivo de impulsar la cultura de la salud y el autocuidado.

Con estas estrategias, el Programa termina por alinearse con las recomendaciones hechas desde 1995 por la iniciativa global de escuelas saludables tomando como su indicador clave el punto central de esta, la certificación de escuelas, la cual se normó (únicamente obligatorio para el sector salud) en 2013 con la publicación de la *NOM de Promoción de la Salud Escolar*, que, en sustitución de la NOM para el Fomento de la Salud del Escolar, busca conjuntar la trayectoria desde la primera norma y lo establecido en el PEyS. Desde entonces, la *NOM de Promoción de la Salud Escolar* se ha propuesto el objetivo de fomentar entornos saludables y una nueva cultura de la salud, lo cual pretende alcanzar en las escuelas vía de cuatro componentes sustantivos: el primero, la educación para la salud, brindando conocimientos sobre los determinantes de la salud; el segundo, el acceso a los servicios de salud facilitando el acceso a los servicios médicos y el uso de la cartilla nacional de salud; el tercero, en entornos favorables para la salud mediante la certificación de las escuelas; y el cuarto, la participación social en salud a través de la vinculación de la escuela con la comunidad. Además la NOM formula otros tres componentes transversales: la abogacía para la salud a partir de un diálogo con la comunidad; la mercadotecnia social en salud con la comunicación educativa como

principal herramienta; y la evidencia de promoción de la salud a partir del registro de las acciones realizadas.

El sexenio 2012-2018, en su *Programa de Acción Específico Promoción de la Salud y Determinantes Sociales 2013-2018* (2014), tiene como indicador 3: *escuelas validadas como promotoras de la salud*, para lo cual se presentó un manual operativo del PEyS que ratifica el plan 2007-2012 y únicamente se encamina a la certificación de escuelas.

En el marco del nuevo modelo educativo de la reforma del año 2017 aparece el programa *Salud en tu Escuela*, que con cinco líneas de acción (educar para la salud; autonomía curricular; profesionales y estudiantes de la salud en tu escuela; colaboración con maestros y orientación a padres de familia; y escuela saludable) y cuatro principios rectores (evidencia, sociedad civil, evaluación y adaptación), restituye en la SEP el interés por los programas de salud escolar. Las preocupaciones del programa reflejan una mirada específica de la salud que apunta a mitigar el sobrepeso y la obesidad, los embarazos y las infecciones de transmisión sexual, así como el abuso de sustancias y la mejorar de la salud mental, y se alinea a los intereses internacionales, señalando en su marco normativo la intención de dar cumplimiento a la agenda 2030. Sin sustituir al programa *Escuela y Salud* o la NOM de *Promoción de la Salud Escolar*, *Salud en tu Escuela* regresa al radar de la SEP una estrategia de intervención con el principal objetivo de modificar los hábitos alimenticios de los escolares y reducir los índices de sobrepeso y obesidad.

A manera de cierre

Con este breve y superficial recuento histórico que presentó los cambios o más bien adaptaciones del discurso hegemónico de la salud en el ámbito escolar hay cuatro puntos generales que se quieren destacar: El primero de ellos busca mostrar que el interés por la salud de los niños en el ámbito escolar no es nuevo en México, y que si bien en una revisión más profunda y exhaustiva hubiéramos podido remontarnos

más atrás, en este trabajo se optó de manera arbitraria pero institucional a situarnos a partir del México independiente, encontrando en el sistema lancasteriano en 1822 las primeras guías de actuación en el ámbito escolar que imponían desde el discurso médico mecanismos de control en la escuela . Desde entonces y hasta ahora el discurso medicalizado de la salud ha buscado intervenir en el ámbito escolar, adaptándose a las necesidades y problemas de los diferentes momentos y lugares, que por ejemplo en los inicios de esta narración sirvió para el fin instrumental del control de grandes cantidades de alumnos con poco personal docente.

Como segundo punto se encontraron tres elementos básicos de intervención que se fueron sumando, ajustando y mejorando con el paso del tiempo, estos fueron: la vigilancia médica de alumnos, la vigilancia médica de planteles, y contenidos educativos preventivos. No se quiere decir que las intervenciones sean iguales, sino que estos tres grandes ejes de acción se han adaptado y tecnificado de manera incremental a los problemas y necesidades de cada época. En cuanto a la vigilancia médica de alumnos se inició con la inspección de uñas, pelo y vestido en el sistema lancasteriano, pero se tecnificó en el porfiriato con el médico inspector y llegó incluso a la inspección psicopedagógica e higiénica con José Manuel Puig, todos con la capacidad de excluir al “anormal”. La vigilancia de planteles arranca durante el porfiriato y el interés general que se tenía en el control del entorno desde el saber médico, que en el ámbito escolar inicia con medidas básicas higiénicas de ubicación o número de inodoros, llegando a controles más estrictos de los planteles educativos para su puesta en marcha o suspensión. Por último, los contenidos educativos se incorporan de manera legal durante la reforma en la presidencia de Juárez buscando desde entonces estandarizar lo enseñado en materia de salud desde el saber médico, actualmente se enseñan desde la perspectiva anatómica y fisiológica en las Ciencias Naturales.

En tercer lugar, se quiere señalar que el “gran” cambio que se da a partir de la década de 1990 con el inicio de la alineación a la perspectiva internacional, aunque no

reconoce lo hecho con anterioridad, se construye sobre la base ya establecida, pero adoptando en la enunciación las directrices de la OMS. Lo cierto es que la estrategia global continúa sobre los mismos ejes: educación para la salud, referente a contenidos; acceso a los servicios médicos, con la vigilancia médica a los niños; y entornos saludables, orientado a la inspección del medio físico; lo cual se busca constatar por medio de la certificación. De manera adicional en México, y bajo los parámetros de la OPS, se incluyó la “participación comunitaria” que, aunque se plantea como una integración con la comunidad, se limita a la firma de un convenio entre el sector médico y educativo.

Con todo lo anterior y en cuarto lugar se puede decir de manera condensada que el gran discurso de la salud en las escuelas ha sido el mismo por lo menos desde 1822, donde el saber médico ha orientado las acciones en las escuelas, ya sea para vigilar y controlar a los niños, estandarizar o normalizar lo aprendido en materia de salud, establecer los parámetros “adecuados” para las escuelas, o más recientemente vincularse con la comunidad. Todas estas formas de materialización de la acción pública en las escuelas en nombre de la salud se han orientado desde el saber y el discurso de la medicina, internalizando y legitimando desde el poder la intervención médica en los cuerpos, los espacios, los contenidos educativos y la participación comunitaria. Esto ha dado como resultado una intervención pública en materia de salud escolar específica que se presenta y analiza en el siguiente capítulo.

CAPÍTULO 4

LAS ESCUELAS PROMOTORAS DE LA SALUD EN MÉXICO

Presentados los antecedentes de las intervenciones públicas en materia de salud escolar en las escuelas primarias de México, en este cuarto capítulo se aborda a detalla, también desde el método histórico, el aún vigente PEyS. El capítulo tiene como objetivo presentar, describir y explicar la perspectiva biomédica discursiva escondida tras la retórica sociomédica técnica e institucional de la promoción de la salud.

Las primeras tres secciones se construyeron con base en un análisis documental, donde a partir de la selección de documentos informativamente relevantes se analizaron fuentes primarias oficiales y de acceso público como estrategias, iniciativas, programas, planes, normas y acuerdos interinstitucionales, los cuales fueron sistematizados y clasificados para desplegar su contexto y significado. La sección tres, además de lo anterior, utiliza el esquema teórico analítico de la transferencia para hacer un análisis detallado del proceso de importación de discursos en PP. En la última sección, se realizó un análisis estadístico descriptivo simple en el que se extrajo de los cubos dinámicos de la Secretaría de Salud los datos sobre el componente de salud escolar a nivel nacional del año 2000 al 2018, los datos fueron organizados, tabulados y algunos graficados; las variables son explicadas en el apartado, desde el punto de vista estadístico son cuantitativas discretas y se presentan en valores acumulados, relativos y algunas en razones.

En la primera sección se presenta el discurso y ruta de acción de la Iniciativa Global Escuelas Promotoras de la Salud de la Organización Mundial de la Salud y la Iniciativa Regional de la Organización Panamericana de la Salud. En la segunda, se describe y presenta el programa mexicano y se explica su correspondencia con la iniciativa global y regional, de igual manera se analiza el discurso detrás del diseño. La tercera sección, expone el proceso de transferencia que llevó a México a incorporar un discurso y ruta de acción específica en materia de salud escolar. Y para concluir, en la cuarta sección se presenta un análisis

estadístico descriptivo simple de los indicadores cuantitativos reportados por el programa en el Sistema Nacional de Información en Salud (SINAIS), del año 2000 al año 2018, abarcando los tres sexenios en que ha estado vigente, y develando el discurso reflejado en sus resultados e indicadores.

La iniciativa global y regional de escuelas promotoras de la salud

Ya se mencionó en el capítulo anterior que en 1995 la OMS lanzó la *Global School Health Initiative* que con base en los preceptos de la Carta de Ottawa, la Declaración de Sundsvall¹² 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*” (Jones, 1998:1). En este apartado se describe la iniciativa global y la iniciativa regional para América Latina ubicando los elementos discursivos y programáticos básicos que orientan la importación del proyecto a todo el mundo.

El documento original de la iniciativa global es corto y puede reducirse a la premisa discursiva “las escuelas promotoras de la salud se enfocan en: prevenir enfermedad para crear salud, y crear salud para prevenir enfermedad” (Jones, 1998: 8) lo cual se busca lograr con cuatro estrategias que se resumen en el cuadro 1.

¹² Con el antecedente del informe Lalonde de 1974 y la estrategia de Atención Primaria a la Salud en 1978 en 1986 se celebra la Primera Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud (PS) en Ottawa, en que la OMS institucionaliza a la PS como práctica internacional para mejorar la salud poblacional, de la Carta de Ottawa se desprenden las acciones claves a llevar a cabo en el campo (formular políticas públicas saludables, crear entornos propicios para la salud, desarrollar aptitudes personales, fortalecer la acción comunitaria y reorientar los servicios de salud), las cuales fueron temas de las subsecuentes conferencias internacionales de PS, la segunda conferencia de PS se llevó a cabo en Adelaide en 1988 y se centró en la políticas públicas, y la tercera de 1991 se celebró en Sundsvall y su tema principal fueron los entornos propicios para la salud que refiere a los aspectos físicos y sociales del medio que nos rodea, y de la cual se desprenden los proyectos de ciudades saludables y escuelas promotoras de la salud.

Cuadro 1. Iniciativa Global Escuelas Promotoras de la Salud	
	Meta
	Incrementar el número de entidades que puedan ser llamadas realmente escuelas promotoras de la salud
Estrategia	Objetivos
Estrategia 1. Mejorar los programas de salud escolar	Incidir en los ambientes escolares, en la educación en salud y en el acceso a servicios de salud
Estrategia 2. Creación de redes de alianza para el desarrollo de las escuelas promotoras de la salud	Realizar un esfuerzo internacional de movilización y apoyo regional
Estrategia 3. Fortalecimiento de las capacidades nacionales	Capacitar e impulsar a los diferentes países, por parte de la organización
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 propia con base en la Iniciativa Global Escuelas Promotoras de la Salud.

El discurso general será entonces prevenir enfermedad para crear salud y los principales elementos programáticos para lograrlo serán la meta de la certificación de planteles y la estrategia uno que estructurará la ruta de acción en los entornos escolares, lo cual será: el mejoramiento del entorno físico de la escuela; la educación para obtener herramientas de salud para la vida; y servicio de salud y prevención de enfermedades. Elementos que como se señaló en el capítulo anterior no son diferentes a los que ya se hacían en el país.

En ese mismo año de 1995 la oficina regional para América Latina (la OPS) lanzó 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 el área de salud escolar con un enfoque integral” (Ippolito-Shepherd, 2005: 1), lo cual hacía apoyando a los países miembros en el desarrollo y ejecución de acciones de promoción y educación en salud alrededor del ambiente escolar.

En 2001, la Unidad Regional Responsable de Escuelas Promotoras de la Salud de la OPS aplicó una encuesta regional sobre el estado de la Iniciativa en las Américas. Con una participación de 17 países, destacó 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, 41% cuentan con proyectos de investigación de escuelas promotoras de la salud, 30% tiene presupuesto específico y el 100% abordan la educación en salud a nivel curricular (Ippolito-Shepherd, 2005).

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 presentó 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 los Objetivos de Desarrollo del Milenio, se propusieron las estrategias y líneas de acción a 10 años que se sintetizan en el cuadro 2.

Para sustentar la estrategia en la región el documento en su primera sección caracteriza a la población de 5 a 18 años en latinoamericana según sus condiciones sociodemográficas, de morbilidad y mortalidad. La segunda sección hace un especial énfasis en el enfoque medicalizado que han adoptado los programas en la región al centrarse en acciones preventivas y asistenciales, haciendo un llamado a la consideración del enfoque integral de la salud en las escuelas. El resto de las secciones despliegan la estrategia general (lo que se presenta en el cuadro 2) que concuerda con la iniciativa global y sus cuatro estrategias.

Cuadro 2. Iniciativa Regional Escuelas Promotoras de la Salud	
Elementos	Acciones
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"> 1. Abogacía de los programas de salud escolar 2. Institucionalización de la estrategia Escuelas Promotoras de la Salud y formulación de políticas saludables en las comunidades educativas 3. Participación de actores clave en la gestión de los programas de salud escolar 4. Fortalecimiento de la capacidad técnica de los países 5. Investigación
Acreditación de Escuelas Promotoras de la Salud	Definición de criterios y procedimientos para la certificación de Escuelas como Promotoras de la Salud

Fuente: elaboración propia con base en *Iniciativa Regional Escuelas Promotoras de la Salud*

Al igual que en la iniciativa global, la regional fundamenta la estrategia en el discurso de la prevención de la enfermedad y al hacer el diagnóstico se enfoca en parámetros de morbilidad y mortalidad, aunque también resalta las condiciones de desigualdad y critica la orientación de los programas educativos que tienen hacia la prevención. De cualquier manera recupera los elementos principales de la iniciativa global al buscar la institucionalización de los programas, la creación de redes internacionales, y sobre todo la ruta de acción fundamentada en la educación, los entornos y el acceso a los servicios, poniendo un especial interés en la definición de los criterios técnicos para la certificación de las escuelas.

El documento de la iniciativa global es genérico, pero el discurso hegemónico de la enfermedad sobre la salud es evidente. La iniciativa regional hace un llamado a desmedicalizar contenidos, pero el diagnóstico se construye con indicadores epidemiológicos clásicos. La iniciativa global plantea los parámetros generales para

el diseño de intervenciones en las escuelas en materia de salud que estarán enfocados en: educar a los niños, mejorar los entornos físicos de las escuelas y brindar atención médica a alumnos y profesores, con lo cual, se busca certificar a una institución educativa como saludable. La iniciativa regional recupera y valida la ruta de acción de la OMS, y aunque trata de tomar una postura más cercana a los parámetros sociomédicos, de cualquier manera legítima desde el mismo discurso y el poder a la iniciativa global.

El Programa Escuela y Salud en México

En el año 2001, las acciones encaminadas a la salud escolar tomaron un rumbo específico con el “Programa Intersectorial de Educación Saludable” (PIES) que buscó, en términos generales, mejorar la salud de los escolares con cuatro líneas de acción: educación para la salud; prevención, detección y referencia de casos; promoción de ambientes escolares saludables y seguros; y, participación social, lo cual corresponde a la ruta de acción de la iniciativa global y regional¹³. Además, se señalaba como objetivo específico la certificación de escuelas como “saludables y seguras”, al haber cumplido con el 80% de las metas de su programa escolar de educación saludable, lo cual refiere a la meta general de la iniciativa global.

En 2006, con un nuevo gobierno federal, se replanteó el Programa mediante un plan de acción específico, para el período 2007-2012, llamado en ese entonces *Escuela y Salud* que abarcó también los niveles medio y superior de educación, y que tiene como principales supuestos los que se muestran en el cuadro 3

¹³ La participación social es un elemento no considerado en la iniciativa global, pero que es recuperada en el contexto latinoamericano desde las primeras reuniones de educación saludable y en la iniciativa regional y que en el caso mexicano también se recupera y se ha tomado en cuenta desde la primera NOM para el fomento de la salud del escolar de 1994.

Cuadro 3. Programa de Acción específico 2007-2012 Escuela y Salud	
	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
Estrategias	Objetivos
Estrategia 1. Desarrollar competencias en la comunidad educativa que provean conocimientos y desarrollen capacidades para la modificación de los determinantes de la salud de niñas, niños, adolescentes y jóvenes de nivel básico, medio superior y superior	Generar acciones de comunicación educativas, desarrollar competencias, impulsar conocimientos y prácticas saludables, así como elaborar y actualizar guías y libros de texto
Estrategia 2. Implementar políticas públicas y desarrollar propuestas de normatividad que faciliten 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 la modificación de lineamientos de expedición de alimentos y saneamiento del entorno
Estrategia 3. Dar acceso a los escolares a los servicios públicos de salud	Garantizar el 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	Certificar las 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 propia con base en Programa de Acción específico 2007-2012 Escuela y Salud.

El programa consta de cinco estrategias, en la primera de ellas, el programa se orienta a los contenidos educativos; en la segunda, a los entornos; en la tercera, al

acceso a los servicios médicos de los escolares; en la cuarta, se busca certificar escuelas; y, en la quinta, se trata de integrar a las escuelas con la comunidad. Reformulando el PIES, este programa refiere de forma directa a la iniciativa global en sus antecedentes y en sus estrategias.

Con el cambio de gobierno a nivel federal, en el año 2012, y como ayuda para medir el indicador 3 del *Programa de Acción Específico Promoción de la Salud y Determinantes Sociales 2013-2018*, se presentó un Manual Operativo del *Programa de Acción Específico: Escuela y Salud* diseñado como apoyo al documento rector *Programa de acción específico 2007-2012 Escuela y Salud*. El manual “se orienta a la certificación de Escuelas Promotoras de la Salud, de acuerdo a la iniciativa de la Organización Panamericana de la Salud” (DGPS, 2012:7) y establece los 22 criterios a evaluar en el proceso de certificación de escuelas.

Cuadro 4 Criterios de certificación		
Eje de acción	criterios a certificar	Descripción de los criterios a certificar
<p>1. Coordinación Intersectorial SEP-SALUD y Participación Social</p> <p>Componente de Promoción de la Salud: participación social en y para la escuela</p>	3	<p>1. Contar con un Plan de Acción basado en los cuatro ejes de acción: Desarrollo de competencias, acceso a los servicios de salud, entornos favorables a la salud y participación social.</p> <p>2. Acreditar la Cédula de Incorporación al PEyS firmada y avalada por los dos sectores: autoridades sanitarias y educativas.</p> <p>3. Instalar, si no existiera, y mantener activo un Consejo Escolar con representantes de toda la comunidad educativa.</p>
<p>2. Educación para la salud y desarrollo de competencias</p> <p>Componente de Promoción de la Salud: educación para la salud y desarrollo de competencias para la modificación de los determinantes de la salud</p>	6	<p>4. Contar con un manual de salud para las y los docentes, así como material educativo referente a los determinantes de la salud de niñas, niños, adolescentes y jóvenes: alimentación correcta, actividad física, saneamiento básico, higiene personal, factores psicosociales protectores contra las adicciones y la violencia y los derechos sexuales y reproductivos.</p> <p>5. Integrar docentes capacitados en determinantes para la prevención y promoción de la salud de los escolares.</p> <p>6. Incluir docentes capacitados en el contenido, uso y manejo de las Cartillas Nacionales de Salud para la prevención y promoción de la salud de los escolares.</p> <p>7. Contar con escolares capacitados en determinantes</p>

		<p>de la salud.</p> <p>8. Integrar escolares capacitados en el contenido de las Cartillas Nacionales de Salud.</p> <p>9. Incorporar madres y padres de familia informados y capacitados sobre los determinantes de la salud escolar y la Cartilla Nacional de Salud.</p> <p>Es importante agregar acciones de educación para la salud relacionadas con determinantes, enfermedades endémica o epidemiológicamente significativas para cada entidad federativa.</p>
<p>3. Acceso a los servicios de salud</p> <p>Componente de Promoción de la Salud: reorientación de los Servicios de Salud:</p>	6	<p>10. Revisar periódicamente las Cartillas Nacionales de Salud de las y los escolares, mínimo dos veces al año (Semanas Nacionales de Salud)</p> <p>11. Contar con niñas, niños y adolescentes con la Cartilla Nacional de Salud activa, es decir, con una acción registrada en cada uno de los componentes de la cartilla los últimos seis meses.</p> <p>12. Contar con escolares que posean esquemas completos de vacunación, de acuerdo a su edad.</p> <p>13. Integrar escolares con vigilancia nutricional (registro en la Cartilla Nacional de Salud).</p> <p>14. Realizar valoraciones clínicas para detectar infecciones de vías respiratorias agudas (IRAS) y enfermedades diarreicas (EDAS).</p> <p>15. Realizar valoraciones clínicas para detectar problemas de agudeza visual, auditiva y de déficit de atención.</p> <p>Es importante agregar detecciones de enfermedades endémica o epidemiológicamente significativas para cada entidad federativa.</p>
<p>4. Creación de entornos favorables a la salud</p> <p>Componente de Promoción de la Salud: construcción de políticas públicas para la salud-abogacía</p>	7	<p>16. Destinar por lo menos 30 minutos diariamente a la actividad física.</p> <p>17. Ofrecer alimentos de baja densidad energética y de alto nivel nutricional.</p> <p>18. Disponer de agua corriente y para el consumo humano.</p> <p>19. Realizar el manejo adecuado de basura y de residuos líquidos.</p> <p>20. Realizar el mantenimiento del plantel en general, y preservar los sanitarios en condiciones higiénicas y funcionales.</p> <p>21. Establecer condiciones para el acceso físico de escolares con discapacidad.</p> <p>22. Establecer actividades artísticas, de reflexión sobre derechos y equidad y de acción social, entre otros.</p> <p>Es importante incluir acciones de modificación de los entornos físicos y psicosociales relacionadas con los determinantes de enfermedades endémica o epidemiológicamente significativos para cada entidad federativa.</p>

Como puede observarse se replica la ruta de acción de la iniciativa global y regional y su discurso, la medicalización se hace presente en el diseño del programa y el proceso de certificación. Por ejemplo, el eje 1 (participación social) se enuncia como la coordinación intersectorial SEP-SS, es el eje con menor número de criterios y se reduce al aval de la incorporación de la escuela al programa, por parte de autoridades de la jurisdicción sanitaria. El eje dos (educación para la salud) se enfoca en instruir sobre el uso de la cartilla nacional de salud y la prevención de enfermedades específicas. El eje tres (acceso a los servicios) inserta medidas de valoración y referencia clínica, y como se verá más adelante la mayor parte de los indicadores del programa se encuentran orientados a esto. Por último, el eje cuatro (entornos favorables) se centra en las condiciones higiénicas de los planteles y la oferta alimentaria para prevenir enfermedades.

Con el cumplimiento del 50% al 79% de los criterios, se reconoce a la escuela con un “Izamiento de bandera blanca” y con el 80% o más se le da la certificación de “Escuela Promotora de la Salud” con una vigencia de tres años tras lo cual se deberá realizar una recertificación. Para el año 2013 se reportaron 10,630 escuelas certificadas, buscando llegar a 64,000 planteles, esto para cumplir con el indicador tres en materia de Promoción de la Salud y Determinantes Sociales establecido para el sexenio 2012-2018 (SS, 2014: 67).

El PEyS es uno de los 31 Programas de Acción Específicos (PAE) en materia de salud pública que tiene a nivel federal la SS, el cual está presupuestado en el Ramo 33 (aportación para la salud a las entidades federativas) y el Ramo 12 (donde se etiqueta al PEyS en específico). El manual señala que, para su evaluación y monitoreo, se deben registrar en el Sistema de Información en Salud 8 de las 15 metas que se establecen en el PAE 2007-2012, las cuales son:

1. Número de escuelas incorporadas por nivel educativo;
2. Número de escuelas en proceso de certificación por nivel educativo;

3. Número de escuelas certificadas por nivel educativo;
4. Número de detecciones realizadas a escolares por nivel educativo;
5. Porcentaje de escolares referidos a unidades de salud;
6. Número de escolares con Cartilla Nacional de Salud;
7. Porcentaje de escolares con Cartilla Nacional de Salud activa;
8. Porcentaje de escolares que reciben orientación y consejería;
9. Número de talleres sobre determinantes dirigidos a docentes;
10. Número de talleres sobre Cartilla y Paquete Garantizado a personal docente;
11. Número de cursos de capacitación para orientación y consejería dirigidos a personal de salud;
12. Número de paquetes de material educativo;
13. Número de mensajes para anuncios de radio y televisión elaborados;
14. Número de escuelas en proceso de certificación con consejo escolar;
15. Número de municipios que llevan a cabo acciones para modificar los determinantes de la salud de los escolares;

De éstas 15 metas, actualmente se han registrado en el Sistema Nacional de Información en Salud los siguientes ocho indicadores:

1. Escuelas incorporadas a la promoción de la salud;
2. Escuelas en proceso de validación (bandera blanca);
3. Escuelas validadas como promotoras de la salud;
4. Alumnas y alumnos atendidos;
5. Acciones preventivas realizadas a alumnas y alumnos;
6. Alumnas y alumnos con un mínimo de seis acciones preventivas;
7. Alumnas y alumnos referidos a una unidad de salud;
8. Alumnas y alumnos con Cartilla Nacional de Salud activa;

Como puede observarse, los indicadores registrados dan cuenta del Programa únicamente en dos vertientes: la certificación (meta principal de la iniciativa global y del programa en México); y el acceso a los servicios. De esta forma, el tamiz, la referencia, la atención y el uso de la Cartilla Nacional de Salud prevalecen como únicos puntos a destacar, sin dar cuenta de forma directa de la participación social, la educación para la salud o la mejora de los entornos escolares. Estos 8 indicadores de proceso únicamente señalan acciones realizadas por el personal

médico en las escuelas, pero no hablan de cambios reales en materia de salud en los escolares.

La transferencia de la Iniciativa Global Escuelas Promotoras de la Salud

Ya se ha señalado arriba la relación que el Programa Escuela y Salud (PEyS) guarda con la *Iniciativa Global Escuelas Promotoras de la Salud* de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y con la iniciativa regional de la Organización Panamericana de la Salud (OPS). De igual manera, en el capítulo tres se reseñó el tránsito de la política escolar mexicana en materia de salud, desde el uso instrumental o *anatomopolítico* en las escuelas lancasterianas, hacia lo que hemos denominado *alineación con la biopolítica global*.

Para dar cuenta del tránsito de las políticas públicas desde lo global hacia lo local, en el capítulo 2 se presentó la herramienta analítica denominada *transferencia en políticas públicas*, la cual es un cuerpo analítico que permite describir la importación de discursos de un problema y su solución en un tiempo y/o lugar determinado, para elaborar instrumentos o políticas en un tiempo y/o lugar diferente, lo cual puede ser voluntario o coercitivo. Este esquema analítico se estructura a partir de seis preguntas: ¿Qué se transfiere? ¿Por qué se transfiere? ¿Quién está involucrado en la transferencia? ¿De dónde se transfiere? ¿En qué grado se transfiere? ¿Qué restricciones tiene la transferencia? Las cuales buscan reconstruir el proceso de importación de las ideas. En este apartado, al dar respuesta a cada una de estas preguntas, se busca ilustrar de manera general lo ocurrido con el PEyS en México.

¿Qué se transfirió del PEyS?

En el capítulo dos se señaló que en este trabajo el esquema de transferencia tomaría como punto de partida esta pregunta al contestar que más allá de las rutas de acción aquello que se transfiere es un discurso sobre un problema y su solución, lo cual remite a causas y soluciones específicas que se verán reflejadas en las

diferentes materializaciones o enunciaciones, lo cual se expresa en instrumentos, instituciones, programas o lecciones.

En el caso del PEyS ya se dijo que el discurso a partir del cual se ve en los entornos la ruta de incidencia para mejorar la salud se estructura desde la perspectiva sociomédica de la Promoción de la Salud institucional de la OMS, la cual tiene como antecedente el informe Lalonde (1974) en el que se propone subdividir al campo de la salud en cuatro: estilos de vida, medio ambiente, sistemas de salud y biología humana, y se concluye con la necesidad de pasar de políticas centradas en la atención médica a políticas de promoción de la salud que incidan sobre los estilos de vida. De lo anterior se desprende la primera Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud de 1986 en Ottawa Canadá, en la que se definió a esta estrategia de la siguiente manera:

La promoción de la salud consiste en proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma. Para alcanzar un estado adecuado de bienestar físico, mental y social 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 (WHO, 1989: 2).

Bajo la premisa de la necesidad de ejercer el control sobre la salud, como fuente de riqueza de la vida y ver más allá del sector médico-sanitario, es que se postula a la promoción de la salud en un espectro de cinco áreas principales: políticas públicas saludables, entornos de apoyo, acciones comunitarias, habilidades personales y reorientación de servicios.

La III Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud llevada a cabo en Sundsvall, en 1991, se enfocó en los entornos propicios para la salud, definidos 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” (III Conferencia Internacional sobre Promoción para la Salud, 1991: 2). En esta conferencia, se señalan como áreas de interés: el educativo; el transporte; la vivienda y el desarrollo urbano; la producción industrial; y la agricultura. A partir de lo cual se han desprendido el enfoque de los espacios saludables, que ha dado lugar a proyectos como los de ciudades saludables, y las escuelas promotoras de la salud.

Éste, es discurso que en términos generales se ha transferido junto con la política de escuelas promotoras de la salud, la cual ha definido y colocado a la salud como un área de incidencia que ve más allá de lo biológico, diferenciando a la Promoción de la Salud (PS) de conceptos como el de *prevención* que busca únicamente acciones concretas sobre factores específicos relacionados a enfermedades particulares; y *educación en salud*, que como estrategia se ha reducido a la transmisión de información higiénica específica. En este sentido la PS es una estrategia amplia que busca dar a los sujetos control sobre su entorno y su salud desde una perspectiva que ve lo biológico, psicológico y social y que puede apoyarse (pero no reducirse) a la prevención y la educación.

Este discurso fundacional (idealista) de la PS se ha ido modificando a lo largo de las distintas conferencias internacionales que se han celebrado sobre la materia, acercándose más en algunos momentos a una perspectiva de mercados y en otras alejándose de ella, pero siempre tomando como punto de partida el planteamiento central de Ottawa, lo cual ha guiado el desarrollo de la estrategia de las escuelas promotoras de la salud. Pero no hay que perder de vista que a final de cuentas este discurso sociomédico es parte del gran discurso medicalizado de la salud, que tan sólo se acerca a lo social como un área de determinación de la enfermedad. Tomando lo anterior como preámbulo y recordando que en el capítulo dos se señaló que el proceso de transferencia es también un ejercicio de traducción no únicamente lingüístico, al darle contenido concreto en México a lo que deben hacer las escuelas promotoras de la salud, el significante biomédico estricto gana terreno sobre el

social, estructurando su ruta de acción hacia la prevención de enfermedades.

Veamos ahora cómo este discurso importado de la iniciativa global se ha materializado en el ámbito nacional. Dolowitz y Marsh señalan que este proceso de transferencia puede realizarse por diversas vías: sea a través del establecimiento de metas para las políticas; de su instrumentación; a través de las instituciones; mediante la programación de las políticas; o por el aprendizaje de enseñanzas negativas. En el caso del PEyS el proceso de transferencia se materializó a nivel programático y del objetivo general o meta, lo cual se ha replicado regional y nacionalmente, como lo muestra el siguiente Cuadro:

Cuadro 5. Comparativo general		
Iniciativa global	Iniciativa Regional	PEyS
Estrategia 1. Incidir en los ambientes escolares; Educación para la salud; Acceso a los servicios de salud	Educación para la salud; Entornos saludables; y Provisión de servicios	En sus tres primeras estrategias: Educación para la salud; Ambientes escolares; y Garantía de acceso a los servicios de salud
Estrategia 2. Creación de redes de alianzas	Desde 1996 la OPS coordina la Red Latinoamericana y Caribeña de escuelas Promotoras de la Salud	Desde su fundación, México es parte de la Red Latinoamericana y Caribeña de escuelas Promotoras de la Salud
Estrategia 3. Fortalecer las capacidades nacionales	Fortalecer la capacidad técnica de los países	En su estrategia cuatro: Establecer mecanismos que fortalezcan el vínculo sectorial y la articulación de la comunidad escolar con las instituciones gubernamentales, así como el vínculo de participación social
Estrategia 4. Monitorear el estado de salud de alumnos y maestros; y Determinar el punto en que una escuela puede ser llamada promotora de la salud	La Investigación y definición de criterios y procedimientos para la certificación de escuelas	También en la estrategia cuatro: la certificación de las escuelas según el Sistema Nacional de Entornos Favorables a la Salud

Meta. Incrementar el número de escuelas promotoras de la salud	Definir los criterios y procedimientos para la certificación de las Escuelas Promotoras de la Salud	Dentro del Programa de Acción Específico, Promoción de la Salud y Determinantes Sociales 2013-2018, se centra en el número de escuelas validadas o certificadas como promotoras de la salud
---	---	---

Fuente: elaboración propia con base en la Iniciativa Global, la Iniciativa Regional y el PEyS

La estrategia 1 de la iniciativa global y la meta general, abarcan la mayor parte de la iniciativa regional y del PEyS, es a partir de ellas que se estructura el curso de acción y su objetivo, por tanto, a nivel programático la transferencia se ve reflejada en los componentes de salud escolar (educación, entorno, acceso al sistema, y participación comunitaria), y a nivel de metas u objetivos con la certificación.

¿Quién transfirió el PEyS?

Ya identificado el discurso general y particular transferido y su reflejo en un programa y objetivo, cabe identificar a los actores clave involucrados en dicho proceso, los cuales pueden ser domésticos o internacionales, y oscilar entre funcionarios electos, partidos políticos, burócratas, grupos de presión, grupos de expertos y grupos supranacionales.

En el caso del PEyS se ubican dos actores principales, uno en el campo internacional (OMS-OPS) y el otro en el local (Secretaría de Salud, a cargo de Julio Frenk). Como ya se señaló en el capítulo tres, México fue perdiendo el interés en el campo de la salud escolar, que culminó con la desaparición de la *Dirección General de Higiene Escolar* en 1982. Posteriormente retoma el interés en 1994 al publicar la *NOM Para el Fomento de la Salud del Escolar* con el impulso internacional del proyecto de educación saludable por parte de la OMS como principal actor supranacional.

En 1995 la OMS presentó el documento rector de las escuelas promotoras de la salud que tenía como una de sus estrategias principales la creación de redes de alianzas para el desarrollo de escuelas promotoras de la salud, lo cual se materializó

en el caso latinoamericano con el llamado de la oficina regional al Congreso de Salud Escolar, en el que se acordó la creación de la Red Latinoamericana de Escuelas Promotoras de la Salud, fundada un año después en 1996 en Costa Rica. Para 2003, ya participaban en la red 20 países de América Latina, dentro de los que México ha sido miembro desde su fundación. La red tiene, entre sus propósitos: la difusión del marco conceptual y operativo de la iniciativa, el impulso a la formación de redes nacionales, el intercambio de experiencias y conocimientos, y el fortalecimiento de la coordinación intersectorial.

Pese a ser parte desde 1996 de la red es hasta el año 2002 cuando México incorpora la iniciativa global y regional al ámbito local, cuando el gobierno federal en turno ubicó a Julio Frenk al frente de la SS, convirtiéndolo en ese momento en el actor doméstico impulsor de éste y otros proyectos de la OMS. Julio Frenk es un médico formado por la Universidad Nacional Autónoma de México, con una maestría y doctorado en salud pública y sociología por la Universidad de Michigan. Frenk ha centrado sus investigaciones en temas de salud y su relación con la globalización y los sistemas de salud lo cual le llevó de 1988 a 2000 a ser director ejecutivo encargado de pruebas científicas e información para las políticas en la OMS, cargo que dejó para ocupar la SS en el año 2000. Además, Frenk ha participado en el programa de salud global de la fundación Bill y Melinda Gates y ha sido dos veces postulado para dirigir la OMS.

En 2001 Frenk, como Secretario de Salud, y Reyes Tamez, como Secretario de Educación, firmaron las Bases de Coordinación para establecer, desarrollar, ejecutar y promover un Programa de Educación Saludable en las escuelas de educación básica, el cual se convirtió en el Programa Intersectorial de Educación Saludable (PIES) que recuperó las recomendaciones de la OMS en sus cuatro líneas de acción (educación para la salud; prevención, detección y referencia de casos; promoción de ambientes escolares saludables y seguros; y participación social) y su objetivo de “certificar a las escuelas como saludables y seguras”.

En 2007, ya con un nuevo gobierno federal, el Programa Intersectorial de Educación Saludable (PIES) fue modificado para convertirse en el Programa Escuela y Salud (PEyS). Bajo las premisas de la correspondencia del PIES con la iniciativa global de la OMS y ante la falta de logros evidentes, el nuevo programa tuvo (y tiene) como principal indicador de su desempeño la meta establecida por la iniciativa global, la certificación de escuelas.

En su carácter de funcionario central en el área de la salud, Frenk y su grupo de trabajo posibilitaron la entrada de Lleno al país de una forma específica de entender el problema de la falta de salud escolar y su solución. Cabe recordar que este actor doméstico venía directamente de la OMS, organismo supranacional que había diseñado y promovido de manera directa el proyecto.

¿Por qué se transfirió el PEyS?

En el capítulo dos se señaló la relevancia del modelo de transferencia a partir de su capacidad para explicar la importación de discursos y soluciones en un *continuum* que va de una libre elección a una imposición directa o coerción. En el caso de los programas propuestos por la OMS no son impuestos de forma directa o coercitiva, pero tampoco son invitaciones libres o abiertas a la consideración de los países miembros (o no miembros) para ser adoptados. De forma particular aquí se verá cómo México optó por adoptar las directrices de la organización en materia de salud escolar.

Sin calificar la pertinencia o las ventajas de seguir una u otra estrategia en particular, sí es importante visibilizar el hecho de que el país ya contaba con una batería de soluciones para enfrentar el problema de las deficiencias en salud escolar, pero decidió dejarla de lado en favor de otra forma de entender y abordar los “espacios saludables”, orientada por la perspectiva internacional dominante.

Pensar que México adoptó de manera “libre y racional” la perspectiva del programa

internacional supondría que, ante una falla en el sistema local y frente a la carencia de conocimiento para enfrentarla, el país buscó de manera libre una solución fuera de su territorio para remediar el problema. Pero ese no fue el caso, porque México sí contaba con el conocimiento local que le había permitido abordar el problema desde mucho tiempo atrás.

Sin embargo, tampoco se puede pensar en un proceso de transferencia directa o coercitiva puesto que no existe evidencia de que el país fuera forzado u obligado a adoptar el programa internacional a cambio de algún tipo de ayuda técnica o financiera o bajo la amenaza de incurrir en alguna sanción sanitaria en caso de no adoptarlo. Así, puede decirse que la transferencia del programa hacia México cuenta con rasgos racionales, pero también coercitivos.

Pueden encontrarse rasgos racionales o de libre elección en el proceso de transferencia, al “homologar” localmente lo que ya se venía haciendo en el país con la estructura programática internacional que incorpora un mecanismo de evaluación y apoyo para su mejora continua. Pero también se aprecian importantes rasgos de orden coercitivo como, por ejemplo, el seguimiento casi al pie de la letra de la solución, que no consideró la experiencia nacional en el tema y aceptó sin cuestionar un discurso y ruta de acción.

Este tipo de transferencia es denominada por Dolowitz y Marsh (1996) “coerción indirecta”, al verla como una externalidad de la interdependencia, situación no prevista generada por el contexto internacional, lo cual parece una expresión normal del sistema global, pero mientras dichas expresiones se aproximen más al extremo coercitivo resultan menos situaciones no previstas y más imposiciones de un sistema internacional.

Se reitera que no hay evidencia de una imposición directa del Programa en México, pero sería ingenuo pensar en una toma de decisión estrictamente racional, ya que la experiencia en materia de salud escolar es amplia en el país, por lo que al dejarla

de lado y alinearse con el programa internacional, podemos encontrar los mecanismos no visibles del discurso, que impone de manera sutil una alineación a la verdad hegemónica y sus rutas de acción.

¿En qué grado se transfirió el PEyS?

El grado de incorporación de un discurso y su forma de materialización es otro indicador del proceso de transferencia. Es decir ¿Se trata de una copia sin cambios? ¿Es la adaptación local del programa? ¿O bien se refiere a la síntesis de varios programas diferentes? Por su carácter global o regional, la iniciativa supone el delineamiento de ejes generales de acción, por lo que cualquier forma de transferencia de políticas resultará en alguna modalidad de adaptación, por lo que tanto el modelo de copia (transferencia sin cambios) como el de fotocopia (transferencia con cambios mínimos) no son opciones factibles.

De igual modo, tampoco se puede pensar que la forma de transferencia de la política obedeció a hibridación o síntesis (en los cuales se toman elementos de dos o más modelos para construir una nueva política) ya que el PEyS obedece únicamente al discurso y directrices de la iniciativa global y regional. También existe la posibilidad de un modelo de transferencia por inspiración, cuando se parte de la implementación de políticas diseñadas en otro lugar que influye el desarrollo de una similar en otro país, sin embargo, este tampoco es el modelo que siguió México, puesto que los documentos del PEyS hacen referencia a la iniciativa global y regional, pero no así a los programas ya implementados en otros países.

Podemos decir en cambio, que en México el proceso de transferencia de la política respondió al modelo que Rose (1991) denomina como “emulación” o adaptación de una política o programa a las circunstancias específicas del país receptor. Esto puede notarse primero en el tránsito de medio camino de la iniciativa regional, que hace un diagnóstico de las condiciones de salud de la población en edad escolar en América Latina y el Caribe. Y segundo en el diagnóstico del programa mexicano de

la situación de salud de los niños para determinar los problemas nacionales específicos y prioritarios a atender. Así, en el programa 2007-2012 se destacan los problemas de obesidad, adicciones, enfermedades de transmisión sexual, y salud mental y suicidios; y de la misma forma, en el manual operativo del sexenio 2012-2018 se hace énfasis en lo que se denomina como “principales determinantes de la salud de niños, niñas, adolescentes y jóvenes en el ámbito escolar”, entre los cuales destacan: la alimentación correcta, la actividad física, la higiene personal, la salud bucodental, el saneamiento básico, las adicciones y la salud sexual y reproductiva, además de señalar la importancia de tomar en cuenta las enfermedades endémicas y epidémicas por entidad federativa.

Esta modalidad en el grado de transferencia acepta que, en lo general, la política importada es la mejor forma de enfrentar y atacar el problema, bajo los estándares del diseño original, pero ajustando su implementación al contexto particular, con el propósito de mejorar el modelo primario a las circunstancias propias del país receptor. Este hecho podemos observarlo en la transformación de la iniciativa global en una iniciativa regional, la cual siguió particularizándose al arribar al contexto mexicano y su consiguiente diversidad por entidad federativa, respecto a los problemas endémicos y epidémicos de cada localidad.

¿De dónde se transfirió el PEyS?

Para dar respuesta a esta cuestión es necesario remitirnos a la latitud geográfica donde se generó la idea importada; desde la perspectiva de Dolowitz y Marsh (2000), esta selección puede ser del orden local, nacional o internacional, pero siguiendo a Putnam (1988), podemos hacerlo en dos niveles, uno representado por el nivel nacional o local, concerniente al interior de las fronteras de un país, y el otro referente al internacional, representado por otras naciones o sistemas internacionales, así como sus respectivos actores supranacionales.

A partir de estos señalamientos, podemos afirmar con más certidumbre que el PEyS

fue transferido del nivel internacional, vía la OMS y sus oficinas regionales (OPS), sin embargo, para lograrlo fue imprescindible conectar los niveles nacional e internacional como lo plantea Putnam, lo cual fue alcanzado al armonizar los intereses domésticos e internacionales, que son finalmente los que posibilitaron la transferencia de la política internacional al ámbito local. Dicho en otros términos, aún si enfocamos el espacio internacional como la sede de la política transferida, su adopción definitiva responde a la lógica de la negociación de los intereses locales que llevan a cabo la implementación de la misma. Cabe destacar que esa negociación entre lo global y local tiene lugar dentro del mismo organismo supranacional, haciendo llegar a México un programa avalado por normas técnicas especializadas y sustentadas en las “mejores prácticas internacionales”.

También es importante recordar la dimensión temporal del problema, es decir, la coincidencia en el tiempo entre la política original y el momento de la transferencia. En el capítulo tres se mencionó el viraje de México hacia la biopolítica global; este cambio puede apreciarse en la conformación de la Red Latinoamericana y Caribeña de Escuelas Promotoras de la Salud a la cual México ha pertenecido desde su fundación, no obstante que fue hasta el año 2002 cuando el programa y sus principales componentes fueron integrados por completo a la política mexicana.

Por tanto, si respondemos a la pregunta ¿De dónde se transfirió la política (en tiempo y espacio)? Se puede afirmar que, en términos espaciales, fue en el nivel internacional, en el seno de una organización supranacional, donde se ubicó el programa importado (sin dejar de lado la negociación local para la llegada del mismo); mientras que, en términos temporales, la iniciativa global se lanzó en 1995 y al año siguiente la región latinoamericana conformó la red de escuelas promotoras de la salud, de la cual México fue miembro desde su fundación.

¿Qué factores limitaron la transferencia del PEyS?

Una transferencia no exitosa puede darse por incompatibilidad discursiva o por

cuestiones técnicas tales como: el marco legal del sistema receptor, su aparato burocrático, o cuestiones económicas, institucionales y/o tecnológicas. Todas ellas pueden llevar al fracaso de la transferencia de PP. En el caso del PÉyS, en términos discursivos no hubo una discordancia entre lo importado y exportado, pero en términos técnico los principales factores limitantes fueron el político, burocrático, institucional y legal, asociados todos ellos al sector salud tradicional.

Desde que se hizo el viraje hacia la biopolítica global el principal actor involucrado fue el sector salud que, pese a haber sido guía de las anteriores acciones de salud en el ámbito escolar, había dejado la responsabilidad de su administración al sector educativo a partir de la desaparición de su Dirección de Higiene Escolar en 1982. Con la llegada de la biopolítica global, la Secretaría de Salud se convirtió nuevamente en el principal responsable del programa de salud escolar, aun cuando son las escuelas los espacios de implementación. A partir de entonces las acciones en materia de salud escolar se han institucionalizado a través de la firma recurrente de acuerdos entre ambos sectores; en 1989, mediante 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*; en 2001, a través 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*; y en 2006, con la presentación conjunta del PÉyS. Sin embargo, hay que resaltar que cada una de estas acciones estaba liderada por la Secretaría de Salud, llegando a establecerse como el único actor normado con la NOM *Para el Fomento de la Salud del Escolar* de 1994, que fue sustituida en 2012 por la actual NOM de *Promoción de la Salud Escolar*.

El programa global no enfrentó limitaciones tecnológicas que impidieran su transferencia, fundamentalmente porque no demandaba tecnologías complejas para el mismo, ni limitaciones financieras, debido a que el programa y la NOM resolvieron el problema presupuestario a través del Ramo 12 y 33. Tampoco fueron definitivas las limitaciones legales, burocráticas o institucionales puesto que ya se

contaba con el marco jurídico y la estructura burocrática e institucional para su implementación. Pero conforme el programa se fue sectorializando más y más en salud, el sector educativo se fue desinteresando, y terminó renunciando a la gestión del mismo.

Por tanto, al transformarse el programa en una NOM del sector salud, se volvió únicamente obligatorio para el personal e instituciones de éste, y solamente voluntario para el sector educativo y sus escuelas. Pese a contar con recursos propios (ramo 12 y 33), personal (de los centros de salud, jurisdicciones sanitarias y la Subsecretaría de Promoción de la Salud federal y de los estados), un marco legal (programa, manuales y NOM) y una institución que lo encabeza (Secretaría de Salud), al ser un programa burocráticamente sectorializado a salud, se queda sin un completo acceso en su ámbito primario de implementación (el sector educativo y sus escuelas), una limitación que con el paso del tiempo el mismo programa fortaleció como obstáculo legal, burocrático y administrativo.

Corolario

Con todo lo anterior se contesta a las seis preguntas a partir de las cuales se estructura el modelo teórico y analítico de Dolowitz y Marsh, en este caso, para presentar y analizar la forma en la que México adoptó la iniciativa global y regional de las escuelas promotoras de la salud, señalando: el discurso y la materialización transferida; a los actores clave en su transferencia; el grado de libertad o de coerción en el proceso; el grado en que se dio la transferencia; la latitud geográfica y temporal en que se dio; y los factores que la limitaron. De forma condensada, en el cuadro seis se presentan las respuestas a las seis preguntas.

Cuadro 6 Transferencia del PEyS	
¿Qué se transfirió?	Discurso sociomédico de la PS Programa o curso de acción, y Meta (certificar escuelas)
¿Quién transfirió el PEyS?	Actor internacional: OMS-OPS Actor local: Julio Frenk y su grupo
¿Por qué se transfirió el PEyS?	Coerción indirecta
¿En qué grado se transfirió el PEyS?	Emulación (adaptación al contexto)
¿De dónde se transfirió el PEyS?	Geográficamente: internacional Temporalmente: contemporaneidad
¿Qué factores limitaron la transferencia del PEyS?	Institucionales Legales

Fuente: elaboración propia.

En términos generales se puede decir que: es el discurso sociomédico de la PS lo que es transferido, con un reconocimiento en lo enunciado a la incidencia de sectores distintos al médico tradicional en la salud poblacional, lo cual se estructura en un plan de acción específico y una meta (certificación de escuelas). Se ubica a un actor internacional (OMS y sus oficinas regionales) que fue el diseñador y transferente del programa, y un actor local (SS dirigida por Julio Frenk y su equipo) vinculado al ente supranacional, como los principales actores transferentes. En cuanto al grado de libertad o coerción se le sitúa en un punto intermedio, como una *coerción indirecta*, en la cual se presentan rasgos de libertad, pero también de coerción, lo cual puede interpretarse también como las formas sutiles de actuar del discurso y el poder. Por tratarse de un plan genérico, la transferencia del programa debe adaptarse al contexto local, por lo cual el grado de transferencia corresponde esencialmente a una *emulación*. Geográficamente, la latitud en que se encuentra el programa de origen se localiza en el plano internacional; y, temporalmente, México lo adopta de manera contemporánea. Por último, los obstáculos que enfrenta el proceso transferente no son de tipo discursivos, al ser compatible el discurso internacional con el nacional, sino de tipo técnico, donde lo institucional y legal

sectorializan el programa, alejándose de su ámbito y espacio de implementación.

El programa Escuela y Salud: los números en México

En México, la Secretaría de Salud vía su Dirección General de Información en Salud (DGIS), cuenta con un Sistema Nacional de Información en Salud (SINAIS) el cual busca “coordinar y normar los procesos para producir, captar, integrar, procesar, sistematizar, intercambiar, evaluar y divulgar la información en salud del Sistema Nacional de Salud” (DGIS, 2019). Esto se recoge jurídicamente en el artículo 24 del Reglamento Interior de la Secretaría de Salud y en la NOM 035 en materia de información en salud, en la cual se define a ésta como:

Datos, información, conocimiento y evidencia relacionados con la generación, acceso, difusión y uso del personal, servicios, recursos, afiliados, derechohabientes, beneficiarios, pacientes, tratamientos y resultados dentro del sector salud, entre la que se encuentra indistintamente la información estadística, epidemiológica y financiera. (Secretaría de Salud, 2012)

Como repositorio de la información en salud, el SINAIS cuenta con la información que debe proporcionar todo prestador de servicios de salud en el país y que, en el caso de las unidades médicas de primer contacto, debe integrarse en el Sistema Nacional de Información Básica en Materia de Salud (SINBA) a partir del *formato único de prestación de servicios*, donde se da cuenta de forma condensada de las actividades que realizan dichas unidades. Es importante destacar lo anterior ya que las clínicas de primer contacto tienen el deber de informar sobre los diferentes programas de salud a su cargo. En la *sección III* del *formato único* se encuentra la *Promoción de la Salud Escolar*, reportando por nivel educativo (preescolar, primaria, secundaria, y media superior) los siguientes indicadores:

- Acciones preventivas realizadas con alumnas y alumnos;
- Alumnas y alumnos con mínimo de 6 acciones preventivas;
- Alumnas y alumnos referidos a una unidad de salud;
- Alumnas y alumnos atendidos;

- Alumnas y alumnos con Cartilla Nacional de Salud Activa;
- Escuelas Incorporadas a la Promoción de la Salud;
- Escuelas en Proceso de Validación (Bandera Blanca);
- Escuelas Validadas como Promotoras de la Salud.

Para dar cuenta a detalle de esta información se tiene el *Formato de Promoción de la Salud Escolar*, en el cual en el caso de acciones preventivas, referencias y atenciones, se reportan por: estado de nutrición, agudeza visual, agudeza auditiva, infecciones respiratorias agudas (IRA's), enfermedades diarreicas agudas (EDA's), vacunación, trastornos por déficit de atención e hiperactividad (TDA/H), y otros

... que se refiere a problemas de salud relacionados con accidentes, enfermedades de la piel, dentales, adicciones, embarazos, parasitosis y otros padecimientos endémicos o epidémicos que el estado considere conveniente realizar” (Sistema Nacional de Información Básica en Materia de Salud, 2019: 12).

En la sección de alumnos *referidos*, se contabilizan el número de canalizaciones a unidades de salud como resultado de las acciones preventivas; en *atención* se da cuenta del número de consultas médicas otorgadas o vacunas aplicadas; mientras que la *Cartilla Nacional de Salud* se considera *activa* cuando, al momento de la revisión, se tiene como mínimo un registro en el último semestre. Por último, las *escuelas incorporadas* a la promoción de la salud son aquellas con cédula de registro validada por autoridades sanitarias y educativas; las que se encuentran en *proceso de validación* son las que han cumplido con el 50% de los criterios establecidos; y las *validadas* son las que han cumplido con el 80% o más de los criterios, éstas tres últimas variables se registran en una sola ocasión por escuela y año.

Esta información sobre la promoción de la salud escolar se condensa en ocho variables reportadas en el *formato único*, el cual es enviado a la DGIS para ser incorporado al SINAIS, donde es subida y puesta a disposición de cualquier persona en los *Cubos dinámicos de la Dirección General de Información en Salud de la Secretaría de Salud*. Dichos datos están disponibles desde el año 2000, teniendo

para para 2019 un catálogo de 275 diferentes tipos de servicios. Desde el año 2000, la *promoción de la salud escolar* ha sido parte del catálogo de servicios reportados. En un inicio se consideró únicamente a nivel preescolar, primaria y secundaria, pero actualmente los datos abarcan hasta el nivel medio superior.

Vale la pena analizar los datos referidos para dar cuenta de lo que desde el discurso se considera como indicadores en materia de salud escolar, y conocer más a detalle al PEyS. Pero cabe destacar que la información proporcionada por en el SINAIS ha cambiado a lo largo del tiempo, por lo que solo se analizan aquellos datos que se presentan en series más amplias o cuyos cambios son de orden denominativo.

En el año 2000 y 2001, antes de la presentación del PIES, los cubos reportaban dentro de la *Promoción de la salud-salud escolar* las siguientes variables: escuelas en el programa; total de detecciones; alumnos detectados; alumnos enviados a unidades médicas; alumnos atendidos; cursos de capacitación-número; cursos de capacitación-capacitados; acciones de participación social; sesiones de educación para la salud-número; y sesiones de educación para la salud-asistentes.

Para el año 2002 y 2003 los indicadores reportados incluían: detección de problemas de salud-agudeza visual; detección de problemas de salud-agudeza auditiva; detección de problemas de salud-defectos posturales; detección de problemas de salud-otros; detección de problemas de salud-total; alumnos detectados; alumnos enviados a unidad médica; alumnos atendidos-tratamiento; alumnos atendidos-ayuda funcional; y una variable no especificada. Es de resaltar que en este periodo no se reportaron escuelas incorporadas al programa.

Del 2004 al 2006 se agregaron: sesiones de educación para la salud-número; sesiones de educación para la salud-asistentes; cursos de capacitación-número; cursos de capacitación-capacitados: certificación de escuela saludable y segura-en proceso; certificación de escuela saludable y segura-bandera blanca; certificación de escuela saludable y segura-certificada; y cuatro indicadores más no

especificados. Para este periodo se inicia también la diferenciación entre escuelas registradas, con bandera blanca y certificadas.

De 2007 a 2009, con el cambio del PIES al PEyS, la denominación en el sistema cambia a *educación saludable* y las variables reportadas fueron: alumnos detectados; alumnos enviados a unidades médicas; alumnos atendidos con tratamiento; alumnos atendidos con ayuda funcional; visita a escuela para incorporación (en proceso); visita intermedia a escuela (izamiento de bandera blanca); visita final a escuela (certificación de escuela saludable y segura).

De 2010 a 2012 la información se integró como *escuela y salud*, dando cuenta de: alumnos detectados; alumnos referidos a unidades de salud; escuelas incorporadas al programa; escuelas en proceso de certificación bandera blanca; escuelas certificadas como promotoras de la salud; detecciones de problemas frecuentes de salud escolar; y alumnos atendidos. En este periodo pasan de ser escuelas saludables y seguras a escuelas promotoras de la salud.

Par el sexenio 2013 – 2018, las variables registradas fueron: escuelas incorporadas al programa; escuelas en proceso de certificación bandera blanca; escuelas certificadas como promotoras de la salud; alumnas y alumnos atendidos; acciones preventivas realizadas a alumnas y alumnos, alumnas y alumnos con mínimo 6 acciones preventivas; alumnas y alumnos referidos a unidades de salud; alumnas y alumnos con cartilla nacional de salud activa.

Para este análisis, se tomaron las variables más representativas y de mayor continuidad agrupándolas en dos grupos: I. Certificación (con escuelas incorporadas, con bandera blanca y validadas), y II. Atención (con detecciones, detectados, referidos y atendidos).

En el primer grupo de variables tomamos el principal indicador del programa, el número de escuelas que obtienen la certificación como *Promotoras de la Salud*, que

responde al proceso que comienza con la incorporación mediante la obtención de la cédula de registro; continúa con el cumplimiento del 50% al 79% de los criterios a evaluar (que permite el reconocimiento de la escuela mediante el izamiento de la bandera blanca), y concluye con la certificación del plantel como Promotor de la Salud, al cumplir con 80% o más de los criterios.

Como ya se señaló, han habido cambios en la forma de dar cuenta del programa, por lo que para hacer el análisis se homologó su denominación como se presenta en el cuadro 7:

Cuadro 7 proceso de certificación

Periodo	Escuelas incorporadas	Escuelas con bandera blanca	Escuelas certificadas
2000-2001	Escuelas en el programa	-	-
2002-2003	-	-	-
2004-2006	Certificación de escuela saludable y segura-en proceso	Certificación de escuela saludable y segura-bandera blanca	Certificación de escuela como saludable y segura
2007-2009	Visita a escuela para incorporación (en proceso)	Visita intermedia a escuela (izamiento de bandera blanca)	Visita final a escuela (certificación de escuela saludable y segura)
2010-2018	Escuelas incorporadas al programa	Escuela en proceso de certificación bandera blanca	Escuela certificada como promotora de la salud

Elaboración propia, con base en los datos disponibles en los Cubos Dinámicos de la Secretaría de Salud (SS).

Para entender el análisis de la primera fase del proceso de certificación o incorporación de las escuelas es importante hacer dos precisiones. En primer lugar, que se trata de un programa no obligatorio en el sector educativo, por lo que la incorporación de los planteles es opcional. En segundo, que la *Dirección General de Planeación, Programación y Estadística Educativa* (DGPPEE) de la SEP entiende por escuela al:

... conjunto organizado de recursos humanos y físicos que funciona bajo la autoridad de un director o responsable, destinado a impartir educación a estudiantes de un mismo nivel

educativo y con un turno y horario determinado” (DGPPEE, 2018: 6)

El concepto de escuela no se refiere al lugar físico, sino al uso del mismo, por lo que un mismo plantel físico puede contener dos o más escuelas al tener dos turnos o más. En el cuadro 8 se presentan las estadísticas históricas con base en la información de la DGPPEE y lo reportado por SS.

Cuadro8 Escuelas incorporadas al PEyS

Año	Número total de primarias públicas	Número de escuelas primarias incorporadas al programa	% de escuelas primarias incorporadas al programa
2000	92,913	108,799	117.10
2001	92,927	103,683	111.57
2002	92,983		0.00
2003	92,364		0.00
2004	91,222	15	0.02
2005	90,896	58	0.06
2006	90,638	109	0.12
2007	90,628	13,258	14.63
2008	90,733	7,013	7.73
2009	91,113	8,504	9.33
2010	91,031	17,332	19.04
2011	90,923	16,805	18.48
2012	90,642	17,915	19.76
2013	90,446	13,866	15.33
2014	89,976	12,184	13.54
2015	89,070	9,711	10.90
2016	88,526	8,287	9.36
2017	87,720	7,583	8.64
2018	87,208	3,872	4.44

Elaboración propia, con base en la serie histórica de la DGPPEE y datos disponibles en los Cubos Dinámicos de la SS¹⁴.

Como puede verse en el cuadro 8, en el año 2000 y 2001, según lo reportado por SS, existen más escuelas primarias incorporadas al programa que escuelas

¹⁴ Debido a que la Secretaría de Salud reporta años naturales y la SEP reporta años escolares, para la elaboración del cuadro y de los subsiguientes, en que se utilicen datos de la DGPPEE, se empareja el año natural con el ciclo escolar que comienza en dicho año.

primarias reconocidas por las SEP, incluso si se tomara el número total de escuelas primarias (públicas y privadas) reportadas por la DGPPEE no llegaría al número de escuelas incorporadas que señala SS. En el año 2000, había 99,008 primarias públicas y privadas; mientras que en 2001 eran 99,230, una diferencia de 9,791 escuelas en el año 2000 y de 4,453 en el año 2001, por lo que los datos de SS resultan inconsistentes.

Como se puede observar en el cuadro 8, y quitando los años 2000 y 2001, es en 2012 cuando hay un mayor número de escuelas incorporadas al programa (17,915 equivalentes al 19.7% de primarias públicas en el país) en términos relativos y absolutos. Asimismo, se nota una marcada tendencia a la baja en el último sexenio.

Como se señaló, la segunda etapa del proceso de certificación es el denominado izamiento de bandera blanca que comenzó a ser reportado en el periodo 2004-2006, la evolución de esta variable la podemos observar en el cuadro 9.

Cuadro 9 Escuelas con Bandera Blanca

Año	Total de primarias públicas	Escuelas primarias incorporadas al programa	Escuelas primarias con bandera blanca	% de escuelas con bandera blanca del total de primarias incorporadas	% de escuelas con bandera blanca del total de primarias en el país
2004	91,222	15	3	20.00	0.00
2005	90,896	58	13	22.41	0.01
2006	90,638	109	54	49.54	0.06
2007	90,628	13,258	1,922	14.50	2.12
2008	90,733	7,013	2,443	34.84	2.69
2009	91,113	8,504	2,450	28.81	2.69
2010	91,031	17,332	8,912	51.42	9.79
2011	90,923	16,805	7,848	46.70	8.63
2012	90,642	17,915	6,045	33.74	6.67
2013	90,446	13,866	7,828	56.45	8.65
2014	89,976	12,184	6,349	52.11	7.06
2015	89,070	9,711	5,427	55.89	6.09
2016	88,526	8,287	3,263	39.37	3.69
2017	87,720	7,583	2,183	28.79	2.49
2018	87,208	3,872	1,982	51.19	2.27

Elaboración propia, con base en la serie histórica de la DGPPEE y datos disponibles en los Cubos Dinámicos de la SS.

Respecto al número de escuelas incorporadas al programa, en términos relativos, es el año 2013 cuando hay una mayor proporción de planteles que logran izamiento de bandera blanca (56.4%), sin embargo, con respecto al total de primarias públicas en el país, es el año 2010 cuando se logra una mayor proporción de colegios con bandera blanca a nivel nacional (9.8%). De igual manera a finales del último sexenio se nota una tendencia a la baja del número de recintos con bandera blanca, lo que se explica por la tendencia también a la baja del número de escuelas incorporadas al programa.

La última fase del proceso es la validación de las escuelas como *Promotoras de la Salud*, la evolución de esta variable se puede apreciar en el cuadro 10.

Cuadro 10 Escuelas Certificadas

Año	Total de primarias públicas	Escuelas primarias con bandera blanca	Escuelas primarias certificadas	% de escuelas certificadas respecto del total de primarias con bandera blanca	% de escuelas certificadas del total de primarias públicas en el país
2004	91,222	3	3	100.00	0.00
2005	90,896	13	10	76.92	0.01
2006	90,638	54	69	127.78	0.08
2007	90,628	1,922	2,377	123.67	2.62
2008	90,733	2,443	3,301	135.12	3.64
2009	91,113	2,450	2,716	110.86	2.98
2010	91,031	8,912	6,276	70.42	6.89
2011	90,923	7,848	5,259	67.01	5.78
2012	90,642	6,045	5,262	87.05	5.81
2013	90,446	7,828	5,692	72.71	6.29
2014	89,976	6,349	5,260	82.85	5.85
2015	89,070	5,427	4,562	84.06	5.12
2016	88,526	3,263	3,310	101.44	3.74
2017	87,720	2,183	2,684	122.95	3.06
2018	87,208	1,982	2,376	119.88	2.72

Elaboración propia, con base en la serie histórica de la DGPPEE y datos disponibles en los Cubos Dinámicos de la SS

En este caso, también podemos notar importantes incongruencias en los datos entre escuelas certificadas y primarias con bandera blanca, por lo menos en los años de 2006, 2007, 2008 y 2009 ya que hay un mayor número de planteles certificados respecto al número de escuelas con bandera blanca. Se podría señalar que esto obedece al rezago en el número de escuelas con bandera blanca que en años anteriores no alcanzaron a validarse, pero dicha explicación no cuadraría los datos, ya que, si ponemos de ejemplo, el año 2006 y buscamos las escuelas que quedaron pendientes por certificar en años anteriores (2004 y 2005) y observamos que para el año 2004 no habían rezagos de certificación, y en el 2005 únicamente habían 3 escuelas por certificar, por lo que al sumarlas a las 54 escuelas que en el año 2006 obtuvieron bandera blanca se tiene un total de 57, cuando se reportan 69 escuelas validadas, cabría preguntarse entonces de dónde salieron las doce escuelas faltantes.

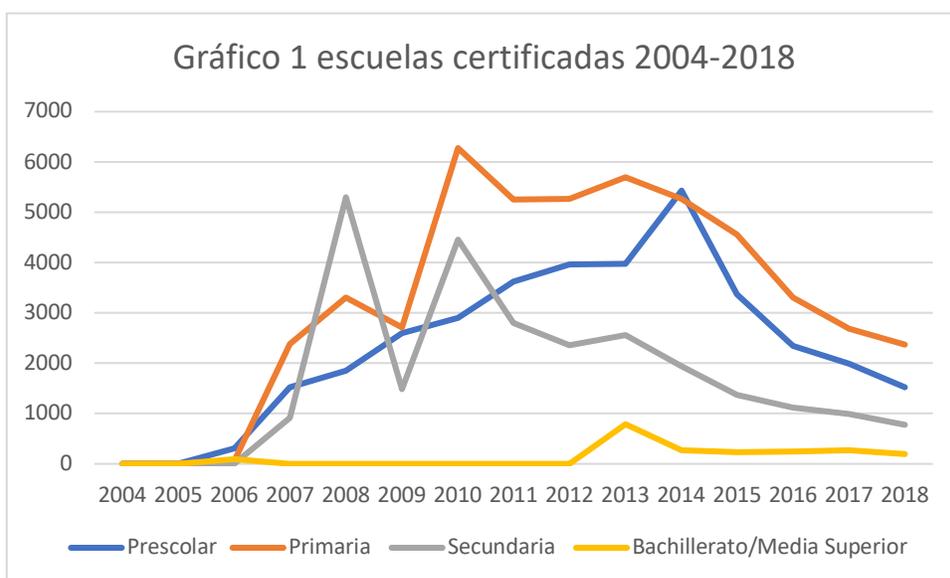
El ejemplo y explicación anterior haría que no hubiese escuelas pendientes por certificar para los años 2007, 2008 y 2009, por lo cual la incongruencia en los datos seguiría, al igual que para los años 2007 y 2018 en los que también hay más escuelas validadas que escuelas con bandera blanca y donde cabe la duda y misma explicación.

Al comparar el número de escuelas certificadas (reportadas por SS) con el total de primarias públicas en el país (reportado por SEP) podemos observar que es en el año 2010 cuando tenemos un mayor porcentaje de primarias validadas, al alcanzar el 6.9% del total de primarias públicas en el país, lo cual corresponde también en términos absolutos, a un mayor número de planteles al ser 6,276. En contra posición podemos observar la tendencia a la baja (en términos absolutos y relativos) que se da del número de escuelas certificadas a finales del último sexenio.

Durante el sexenio 2012-2018 se estableció la meta (como parte del indicador 3 de Promoción de la Salud) de certificar 64,000 escuelas, y se alcanzó la cifra de 65,380, de las cuales la mayoría corresponde al nivel primaria, con 23,884 (36.5%), después

nivel preescolar, con 18,636 (28.5%), posteriormente la educación secundaria, con 8,766 (13.4%), y por último el nivel medio superior con 2,001 escuelas (3%). De las 65,380 escuelas certificadas en el sexenio al final del mismo 41,496 habían perdido la certificación (ya que esta tiene una vigencia de 3 años), finalizando el sexenio con 23,884 planteles validados.

Cabe mencionar que durante el sexenio de Calderón (2007-2012) se certificaron 71,029 escuelas, es decir 5,649 escuelas más que en el sexenio de Peña Nieto (2013-2018), y 7,029 escuelas más que la meta proyectada para el indicador 3 de Promoción de la Salud de este último sexenio, además hay que destacar que durante el sexenio de Calderón no se consideró el nivel medio superior. El comparativo 2004-2018 se presenta en el gráfico 1.



Elaboración propia, con base en los datos disponibles en los Cubos Dinámicos de la SS.

Como puede verse, en la serie histórica que abarca 2004-2018 (desde que se comienza a reportar el número de escuelas validadas), la educación primaria ha sido el nivel educativo que ha reportado un mayor número de escuelas certificadas, (salvo el año 2008 y 2014) lo cual se explica ya que es el nivel educativo con un mayor número de planteles en el país.

El segundo grupo de variables considerado en este análisis corresponden al proceso de *atención* que comienza con el cribaje de la población escolar a través de las *detecciones*, continúa con la ubicación de alumnos con problemas o *detectados*, quienes serán enviados o *referidos* a unidades médicas, para concluir al ser *atendidos*. Éstos cuatro indicadores son los únicos que han sido reportados ininterrumpidamente por lo menos desde el año 2000 (con una puntualización en *detectados* que cambió en el último sexenio), lo que nos da una idea del discurso medicalizado que transita en el diseño, implementación y reporte del programa durante estos casi 20 años. La denominación con la que han sido reportadas estas variables a lo largo del tiempo se presenta en el cuadro 11.

Cuadro 11 Proceso de atención

Periodo	Detecciones	Detectados	Referidos	Atendidos
2000-2001	Total de detecciones	Alumnos detectados	Alumnos enviados a unidades médicas	Alumnos atendidos
2002-2009	Detecciones de problemas de salud-Total ¹⁵	Alumnos detectados	Alumnos enviados a unidades médicas	Alumnos atendidos-tratamiento/Alumnos atendidos-ayuda funcional ¹⁶
2010-2012	Detecciones de problemas frecuentes de salud escolar	Alumnos detectados	Alumnos referidos a unidades de salud	Alumnos atendidos
2013-2018	Acciones preventivas realizadas a alumnas y alumnos	Alumnas y alumnos con mínimo 6 acciones preventivas ¹⁷	Alumnas y alumnos referidos a unidades de salud	Alumnas y alumnos atendidos

Elaboración propia, con base en los datos disponibles en los Cubos Dinámicos de la SS.

Las *detecciones* realizadas remiten a una acción en la cual los alumnos son cribados; en el último sexenio les llamaban acciones preventivas, pero en realidad remite a un procedimiento de tamizado mediante el cual los alumnos son *detectados* como casos positivos de la enfermedad señalada. Dentro de esta lógica, en el último

¹⁵ Durante este periodo la variable se podía desagregar según el problema: agudeza visual, agudeza auditiva, defectos posturales y otros.

¹⁶ En este periodo se diferencia entre aquellos que recibieron en consulta algún tipo de medicación (tratamiento) y aquellos que recibieron alguna prótesis, órtesis o ayuda funcional (como podrían ser unos anteojos), para los fines del análisis y la comparación se sumaron ambas variables en el periodo para hacerla una sola.

¹⁷ En este periodo la variable no hace referencia a los alumnos detectados sino al total de alumnos que se le realizan por lo menos seis acciones de tamiz.

sexenio se cuantificó como *detectados* al número de alumnos con al menos seis acciones de tamiz, como *referidos* al número de detectados que fueron canalizados a un centro o unidad de atención médica, y como *atendidos* al número de consultas médicas otorgadas a todos ellos.

Para establecer una mayor homogeneidad en la clasificación de los *detectados* y *atendidos*, en virtud de los cambios que ha experimentado esta variable, presentamos los datos en dos grandes periodos 2000-2012 y 2013-2018. Para el primer periodo, se agrupó la información en el cuadro 12.

Cuadro12 Alumnos referidos y atendidos 2000-2012

Año	Detecciones	Alumnos detectados	% de alumnos detectados en relación a detecciones	Alumnos referidos a unidades médicas	% de alumnos referidos en relación a detectados	Alumnos atendidos	% de alumnos atendidos de alumnos referidos
2000	5,077,017	3,123,887	61.53	1,191,682	38.15	979,901	82.23
2001	6,117,462	3,273,115	53.50	1,280,224	39.11	968,204	75.63
2002	6,733,886	2,903,051	43.11	1,135,622	39.12	600,122	52.85
2003	6,100,655	2,581,379	42.31	945,056	36.61	525,128	55.57
2004	5,102,503	2,244,731	43.99	829,589	36.96	477,414	57.55
2005	4,812,347	2,037,108	42.33	749,816	36.81	395,877	52.80
2006	4,675,173	1,934,039	41.37	728,197	37.65	384,928	52.86
2007	-	2,767,974	-	961,816	34.75	596,829	62.05
2008	-	2,318,246	-	779,433	33.62	558,263	71.62
2009	-	2,580,693	-	737,873	28.59	469,050	63.57
2010	2,089,029	2,049,208	98.09	776,734	37.90	602,079	77.51
2011	3,215,284	2,004,116	62.33	798,155	39.83	636,969	79.81
2012	4,234,077	2,093,846	49.45	733,671	35.04	630,530	85.94

Elaboración propia, con base en los datos disponibles en los Cubos Dinámicos de la SS.

Sin contar los años 2007, 2008 y 2009, para los que no se ofrece información, observamos una media anual de 4,815,743 alumnos tamizados, dentro de los cuales se detectaron en promedio, en los trece años reportados, 2,454,722 alumnos (51%) con algún problema de salud, de los cuales fueron referidos 895,989, 36.5%, a unidades médicas, en promedio, y atendidos 601,945, el 67.2% de los alumnos referidos.

En el cuadro 12 podemos observar también la presencia de valores extremos entre los primeros años (más altos) y los últimos años (más bajos), destacando el año 2010 en donde fue detectada casi la totalidad (98%) de alumnos con problemas de salud, lo que hablaría de una morbilidad extraordinaria de la enfermedad o enfermedades tamizadas, siendo además un valor distante al promedio de todo el periodo que es del 51%; ocurre lo mismo en el año 2012 en el que el 86% de los alumnos referidos fueron atendidos en alguna unidad médica, cuando el valor promedio del periodo fue 67%.

Para el periodo 2013-2018, las variables *detecciones* y *alumnos detectados* se convirtieron en las variables *acciones preventivas realizadas* y *alumnos con al menos seis acciones preventivas*; la primera de estas nuevas variables, se definen en el instructivo de llenado del SINBA como:

... número de acciones para prevenir enfermedades e identificar problemas frecuentes (...) como son: evaluación de: estado nutricional, agudeza visual, agudeza auditiva; infecciones respiratorias agudas (IRA's) y enfermedades diarreicas agudas (EDA's); vacunación; trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDA/H) y Otros, que se refiere a problemas de salud relacionados con accidentes, enfermedades de la piel, dentales, adicciones, embarazos, parasitosis y otros padecimientos endémicos o epidémicos (SINBA, 2019: 12)

En realidad, más que la realización de acciones preventivas, esta variable denota la intención de detectar tempranamente lo que se consideran enfermedades prioritarias, mientras que la segunda pretende registrar el número total de alumnos que recibieron por lo menos seis de estas acciones de cribado. Lo que vale la pena destacar es la manera como estas cifras resultan inconsistentes, pues la razón¹⁸ de *alumnos con al menos 6 acciones preventivas* en relación a las *acciones preventivas realizadas* nos da como resultado más de 2 alumnos por cada 10 acciones, cuando el indicador debería registrar un máximo de 1.6¹⁹, de la misma manera al multiplicar

¹⁸ Comparación por medio de una división de dos conjuntos de naturaleza diferentes, generalmente se expresa como “A es a B”.

¹⁹ Las acciones preventivas realizadas deben responder de manera directa al número de alumnos con al menos

el número de *alumnos con al menos seis acciones preventivas* por seis, el resultado es mayor al número de acciones preventivas reportadas, lo cual confirma lo señalado en la razón²⁰. Lo anterior podemos observarlo en el cuadro 13.

Cuadro13 Alumnos con al menos 6 acciones preventivas

Año	Acciones preventivas realizadas	Alumnos con al menos 6 acciones preventivas	Razón de alumnos con al menos 6 acciones preventivas x10	Producto de alumnos con al menos seis acciones preventivasx6
2013	5,406,483	1,327,233	2.455	7,963,398
2014	4,892,045	1,204,587	2.462	7,227,522
2015	5,244,935	1,241,917	2.368	7,451,502
2016	4,494,622	919,127	2.045	5,514,762
2017	3,773,025	781,801	2.072	4,690,806
2018	3,509,941	766,520	2.184	4,599,120

Elaboración propia, con base en los datos disponibles en los Cubos Dinámicos de la SS.

Según el *manual de llenado*, la variable *alumnos atendidos* se entiende como: “número total de *alumnas y alumnos que se les brindó consulta médica en las Unidades de Salud* (del total de alumnos que fueron referidos)” (SINBA, 2019: 13), lo que quiere decir que debe haber un mayor o igual número de referidos que de atendidos, pero nuevamente los datos presentados no resultan congruentes entre sí, como lo muestra el cuadro 14.

seis acciones preventivas, si la expresión “A es a B” se pone en este ejemplo sería “1 alumno es a 6 acciones preventivas” o lo que aritméticamente sería $1/6$ lo cual daría como resultado 0.16 que al multiplicarlo por 10 daría como resultado 1.6 alumnos por cada 10 acciones preventivas como máximo, en caso de que hubiera más de seis acciones preventivas por alumnos el cociente bajaría, al tener un resultado mayor a 1.6 eso quiere decir que hay menos de seis acciones preventivas por alumno, lo cual se comprueba al multiplicar el número de alumnos con al menos seis acciones preventivas por seis y obtener un número mayor a las *acciones preventivas realizadas* que se reportan.

²⁰ Si dividimos el número de *alumnos con al menos 6 acciones preventivas* de 2013 (1,327,233) entre el *producto de alumnos con al menos seis acciones preventivas x 6* de ese mismo año (7,963,398) y se multiplica por 10 el resultados es 1.6, si aumentáramos en 1,000,000 el número de la segunda cantidad el resultados es 1.4, es decir que mientras el número de acciones preventivas suba el cociente disminuye, y no al revés como ocurre con los datos presentados.

Cuadro14 Alumnos atendidos y referidos 2013-2018

Año	Alumnos con al menos 6 acciones preventivas	Alumnos referidos a unidades médicas	% de alumnos referidos en relación a alumnos con al menos 6 acciones	Alumnos atendidos	% de alumnos atendidos en relación a referidos
2013	1327233	476560	35.91	475703	99.82
2014	1204587	460627	38.24	452971	98.34
2015	1241917	561763	45.23	571219	101.68
2016	919127	420521	45.75	441379	104.96
2017	781801	371407	47.51	367081	98.84
2018	766520	347057	45.28	330095	95.11

Elaboración propia, con base en los datos disponibles en los Cubos Dinámicos de la SS.

Otro aspecto que llama la atención en este cuadro es el mayor porcentaje de alumnos referidos respecto a los alumnos con al menos 6 acciones preventivas, respecto al periodo anterior (2000-2012), en ambos periodos este indicador se ubica alrededor del 40% (en promedio 36.5% en el periodo 2000-2012 y 42% de 2013 a 2018), lo cual podría explicarse como resultado del cambio de denominación de la variable, pero en cambio, el porcentaje de alumnos atendidos con relación a los alumnos referidos sí difiere demasiado, porque en este último periodo de seis años alcanza casi el 100% (cuando en el periodo anterior era del 67%, en promedio), llegando incluso a sobrepasar el 100% en los años 2015 y 2016, lo que de acuerdo al manual de llenado no debería ser posible, y como consecuencia de esta inconsistencia se establece que durante el sexenio en cuestión se atendió al 100.02% de los alumnos referidos a unidades médicas.

Finalmente, cabría analizar el número de alumnos referidos y atendidos en comparación con la matrícula total en las primarias públicas del país, tal y como se muestra en el cuadro 15.

Cuadro 15 alumnos referidos y atendidos con respecto a la matrícula total

Año	Matrícula total primarias públicas	Alumnos referidos unidades médicas	Alumnos atendidos	% de alumnos referidos en relación a matrícula total	% de alumnos atendidos en relación a matrícula total
2000	13,647,438	1,191,682	979,901	8.73	7.18
2001	13,664,061	1,280,224	968,204	9.37	7.09
2002	13,666,361	1,135,622	600,122	8.31	4.39
2003	13,588,290	945,056	525,128	6.95	3.86
2004	13,471,418	829,589	477,414	6.16	3.54
2005	13,371,543	749,816	395,877	5.61	2.96
2006	13,401,193	728,197	384,928	5.43	2.87
2007	13,445,691	961,816	596,829	7.15	4.44
2008	13,586,883	779,433	558,263	5.74	4.11
2009	13,634,969	737,873	469,050	5.41	3.44
2010	13,655,890	776,734	602,079	5.69	4.41
2011	13,662,794	798,155	636,969	5.84	4.66
2012	13,526,632	733,671	630,530	5.42	4.66
2013	13,304,734	476,560	475,703	3.58	3.58
2014	13,086,773	460,627	452,971	3.52	3.46
2015	12,969,982	561,763	571,219	4.33	4.40
2016	12,824,766	420,521	441,379	3.28	3.44
2017	12,701,762	371,407	367,081	2.92	2.89
2018	12,616,042	347,057	330,095	2.75	2.62

Elaboración propia, con base en la serie histórica de la DGPPEE y datos disponibles en los Cubos Dinámicos de la SS.

Del año 2004 al 2018 la media de incorporación anual de las escuelas primarias al programa fue de 136,512, lo que representaba en promedio el 10.10% de la totalidad de escuelas primarias públicas en el país; en cuanto al número de alumnos referidos promediaron 751,884 escolares entre 2000 y 2018, lo que representa en promedio 5.6% del total de la matrícula en las escuelas primarias públicas del país; en cuanto al número de alumnos atendidos, representaron en promedio 550,723 escolares, el 4.1%.

Con lo anterior podemos observar que, tanto en términos relativos como absolutos, y considerando tanto a las escuelas incorporadas como a las certificadas, se

presentó un decremento sostenido durante el último sexenio, lo cual señala un desinterés en el programa de salud escolar, lo que se hizo patente al fijar una meta de escuelas a certificar mucho menor al número de escuelas validadas en el sexenio anterior.

El objetivo de este apartado era presentar los principales indicadores del programa que reflejan el discurso medicalizado del mismo, y dar un panorama cuantitativo del PEyS destacando su centro de interés (certificación de escuelas), así como los cambios en sus tendencias. Sin embargo, en la descripción de los datos, hemos encontrado grandes incongruencias en el registro estadístico del programa²¹.

Conclusiones

En este capítulo se entró a la descripción y explicación densa de la aún vigente política de salud en el ámbito escolar, comenzando con la presentación de la política internacional que le dio origen, siguiendo con la exposición de la ejecución mexicana (PEyS), después se reseñó su proceso transferente, y finalmente se presentó su panorama cuantitativo. Bien podría cada apartado tener su propia sección de conclusiones, pero aquí se presentan los principales hallazgos articulados.

Lo primero que se quiere señalar es la tensión discursiva impresa en la iniciativa global y regional, ya que por un lado se le presenta desde el discurso sociomédico de la promoción de la salud oficial que busca incidir en la salud poblacional más allá

²¹ Ante dichos problemas en los datos presentados sólo cabría hacer un llamado a la capacitación del personal encargado del PEyS en las jurisdicciones sanitarias y centros de salud responsables, ya que en el mejor de los casos sería un problema de mal llenado de los formatos del SINBA y una incorrecta validación de la información por parte de la Dirección General de Información en Salud (Actualmente la DEGIS reconoce como “información definitiva” la que abarca del año 2000 a 2015, los años 2016 y 2017 las reportan como información “consolidadas” y únicamente señala la información del año 2018 y 2019 como “preliminar”) de la SS lo cual podría poner en duda el resto del Sistema Nacional de Información en Salud, pieza clave para la organización y toma de decisiones del Sistema Nacional de Salud.

Por otro lado, como un programa de salud presupuestado cabría exigir datos claros y confiables del mismo, para tener una mínima certidumbre del cumplimiento de los objetivos establecidos por el programa y sus avances o retrocesos en un espíritu de continua rendición de cuentas y evaluación, que a toda política pública le ayude en su mejora continua.

del ámbito médico y biológico estricto, por lo que desde el reconocimiento de la trascendencia de los entornos físicos y sociales se contemplan intervenciones en diferentes ámbitos, en este caso el educativo, pero a final de cuentas, el discurso se reduce y enfoca a la “prevención de enfermedades para la creación de salud, y la creación de salud para la prevención de enfermedades”. Lo anterior se refleja en un curso de acción que busca se “tomen decisiones saludables” lo cual se pretende lograr al cambiar las condiciones del entorno, construir capacidades o educando, y dando acceso a los servicios de atención médica. Estos serán los tres principales ejes que sustentarán la estrategia, los cuales no son diferentes a los que México había ido incorporando en su trayectoria de salud escolar, pero que se articulan desde la herramienta valorativa de la certificación, que valida desde el discurso médico hegemónico las condiciones de un plantel, el conocimiento de los niños y la segregación de enfermos. El discurso sociomédico sólo se enuncia, pero en términos de la ruta de ejecución no se contempla.

Lo anterior tiene resultado directos en la llegada del programa a México. Primero se debe señalar que desde lo enunciado de manera oficial no se ha reconocido la experiencia acumulada del país en materia de salud escolar, el camino construido desde 1822 no se recoge en los documentos de la primera NOM, el PIES o el PEyS, y aunque todo lo hecho con anterioridad tuvo sin duda un efecto directo en el actual programa, únicamente se refiere a la estrategia global y regional como las fuentes de inspiración. Por tanto, pese a retomar los tres ámbitos de acción que ya se habían trabajado en México, se les presenta como una ruta novedosa según parámetros internacionales que lo único que aportan es un mecanismo de control y validación desde el saber médico de las prácticas de salud escolar. La perspectiva biomédica se acentúe en el programa mexicano con un énfasis en enfermedades específicas y la prevención, haciendo que todas las acciones de mejoramiento del entorno, educación o atención se dirijan a ello.

Lo anterior se refuerza con la ilustración del proceso transferente en el que se ubica claramente al discurso medicalizado de la salud y su ruta específica de acción; a los

actores que desde el sector biomédico hegemónico lo posibilitaron; una coerción indirecta que desde el discurso orienta, pero no obliga de manera evidente, al país y sus actores a importar el programa; que devenida del ámbito internacional en términos contemporáneos, la ejecución mexicana emula o adapta al contexto un discurso concordante que puntualiza las enfermedades de mayor prevalencia en el país, y de las cuales se debe enseñar, cambiar los entornos para prevenir y tamizar y referir; pero que no ha sido exento de problemas, ya que se ha encontrado con barreras legales e institucionales para el acceso a las escuelas al ser una política sectorializada al ámbito salud.

Y si lo anterior no fuera suficiente evidencia de cómo tras el supuesto enfoque sociomédico de las escuelas promotoras de la salud se esconde el enfoque biomédico más clásico, se mostró al final de este capítulo la serie de indicadores de proceso que las diferentes ejecuciones del programas de salud escolar han reportado desde el año 2000, quedando claro que el principal interés se encuentra en el control de cuerpos y poblaciones como un clásico ejemplo biopolítico, que examina y segrega a los sujetos desde el conocimiento médico hegemónico, y busca incorporar a alumnos y escuelas a un orden establecido desde el discurso dominante, en el que la certificación serán tanto el mecanismo de control como mecanismo de reconocimiento de incorporación al discurso. El siguiente capítulo lo analiza a detalle en su implementación.

CAPÍTULO 5

LAS ESCUELAS PROMOTORAS DE LA SALUD EN LA PRÁCTICA: EL CASO DE LA JURISDICCIÓN SANITARIA ÁLVARO OBREGÓN EN LA CIUDAD DE MÉXICO Y LOS LIBROS DE TEXTO GRATUITOS

Ya se han expuesto las generalidades del PEyS, si en la gran retórica de la política pública eso se enuncia, cabe ahora ver cómo se refleja en términos reales o de implementación, tanto del programa como de los contenidos educativos.

Para abordar el proceso de implementación presentado en la primera sección de este capítulo se realizó una entrevista semiestructurada. Debido a lo que Hammer (1990) denomina “restricciones de tiempo y estatus desigual” que conlleva entrevistar a un servidor público que accedió a una charla, se optó por un formato de entrevista libre que exploró la experiencia del servidor público en el proceso de certificación bajo los preceptos de los cuatro ejes del programa y su interpretación. En la segunda sección se realizó un análisis comparado entre los libros de texto gratuito de ciencias naturales en su apartado de salud, el Plan y Programas de estudio 2017 en educación primaria en su sección de salud, y la Cédula de Reconocimiento de Salud Escolar en sus criterios de educación para la salud y desarrollo de competencias.

En este capítulo se presenta en la primera sección una descripción explicada del proceso de certificación del PEyS en un caso particular, teniendo en claro que esto será únicamente una de las muchas posibles formas en que se puede dar, pero que presenta un panorama sobre el quehacer cotidiano del programa. En la segunda sección, se analiza de forma comparada las temáticas y contenidos de salud en los libros de texto gratuito de educación primaria, resaltando la perspectiva argumentativa desde la cual se abordan.

Una mirada a la implementación del Programa Escuela y Salud en la Jurisdicción Sanitaria Álvaro Obregón de la Ciudad de México

En la implementación, el PEyS como cualquier otro instrumento de política pública, difiere de los preceptos ideales establecidos a nivel normativo, lo cual puede tener sus variaciones por estado, municipio, jurisdicción sanitaria²² o incluso centro de salud. En cuanto a la Ciudad de México el programa de salud escolar es implementado a nivel jurisdiccional, por lo cual existen 16 núdulos de ejecución. Bajos los preceptos de la descentralización cada Jurisdicción Sanitaria tiene la capacidad de conducir los programas en su demarcación con cierta autonomía, por lo que pese a contar con directrices generales y tener cédulas de registro estandarizadas (en este caso el Formato de Promoción de la Salud Escolar SINBASIS-07-P y la Cédula de Reconocimiento al Componente de Salud Escolar) se pueden esperar diferentes ejecuciones según el equipo responsable. En esta sección se presenta una de muchas posibilidades de implementación del PEyS, la de la Jurisdicción Sanitaria Álvaro Obregón de la Ciudad de México.

La Jurisdicción Sanitaria Álvaro Obregón tiene a su cargo un territorio de 96.7 km², con una población de 749,982 habitantes hasta 2010 (según datos del INEGI) y con 148 Escuelas Primarias Oficiales (según datos de la SEP). En el mes de enero de 2020 se estableció contacto con la Jurisdicción vía el director del centro de Salud T-III Manuel Escontria. Como resultado del contacto, el 30 de enero del 2020 se logró una entrevista con el Doctor Gustavo Vázquez Martínez coordinador jurisdiccional del programa de salud escolar.

El proceso operativo del PEyS, en esta jurisdicción, se realiza a partir de la visita del equipo de salud escolar que, refiere el Dr. Vázquez, debería estar conformado

²²Las jurisdicciones sanitarias son unidades técnico-administrativas que cuentan con recursos propios y facultades para conducir las políticas y programas de salud en el área geográfica asignada. Cada jurisdicción sanitaria debería tener a su cargo una población de no más de 1,934,171 habitantes en un área geográfica que no abarque más de 61,496.90 km² (según los lineamientos técnicos de 1999), sin embargo, estos criterios no son del todo cumplidos. Desde su surgimiento esta figura ha buscado descentralizar las acciones en materia de salud, por lo que al interior de cada una de ellas se pueden encontrar importantes diferencias administrativas y de implementación de los programas a su cargo.

por lo menos por: un médico, un odontólogo y una enfermera. El personal de la jurisdicción permite conformar tres equipos, el primero integrado por un médico, un odontólogo y una enfermera, el segundo compuesto de dos médicos y un odontólogo y el tercero con un médico y un oftalmólogo. En este nódulo de implementación la medicalización del programa se hace patente con los integrantes del equipo de salud escolar

A cada jurisdicción llegan desde la Secretaría de Salud de la Ciudad de México los oficios de las escuelas que deberán visitar durante el año escolar, instituciones que en su mayoría, refiere el coordinador, no saben de su llegada, y al tratarse de un programa adicional para las escuelas que no es obligatorio, algunas o sus directores, declinan participar; son pocas las escuelas que en la experiencia del Dr. Vázquez, han buscado la certificación por cuenta propia. Después de asignadas las escuelas (sólo se asignan primarias públicas, nunca secundarias, preparatorias o privadas), los equipos se reparten las instituciones para visitarlas diariamente por un periodo de tres meses, cada equipo debe atender tres escuelas durante el año escolar, por lo que al final de este período deberán haber atendido y eventualmente certificado a nueve escuelas. Durante estas visitas se realizan tres actividades principales: acciones de promoción de la salud (pláticas preventivas); revisiones médicas (detecciones, referencias y atención); y la validación de cédulas para el proceso de certificación.

En cuanto a lo que llaman “acciones de promoción de la salud” estas se reducen a la impartición de pláticas por parte del personal sobre: infecciones respiratorias agudas (IRAS), enfermedades diarreicas agudas (EDAS), caries, sexualidad, y nutrición; las charlas se imparten, refiere el Dr. Vázquez, en el auditorio o salón de usos múltiples de la escuela, si es que cuenta con él, y de no ser así en los salones de clases en el momento en que el docente determine que no afecta su planeación. Los temas y ejecución de las pláticas dependen de los intereses y la formación del equipo de salud escolar; al respecto, el coordinador señala que anteriormente el programa era más “dinámico”, el Dr. Vázquez es hijo de un médico escolar, recuerda

que cuando su padre ejercía estaba vigente el “Programa Chimalli”²³, el cual calificó como “más dinámico”, puesto que demandaba una mayor interacción y reflexión por parte de los escolares, en tanto que en el programa actual no existen directrices para su realización y únicamente se cuenta con cédulas de registro de las actividades realizadas. En este primer eje de acción la medicalización se ve claramente reflejada por los actores hegemónicos (médicos) y los temas a tratar (enfermedades).

En lo referente a las *revisiones médicas* son una parte esencial del trabajo del equipo de salud escolar, así lo refiere el coordinador, y es que es parte central de lo solicitado en el Formato de Promoción de la Salud Escolar SINBA-SIS-07-P, el cual enfoca 24 de sus 31 variables a esta actividad encaminada a: acciones preventivas, referencias y atenciones realizadas a los estudiantes en su estado de nutrición; agudeza visual; agudeza auditiva; IRAS y EDAS; vacunación; trastorno por déficit de atención e hiperactividad; entre otros. Una vez que se detectan a escolares con alguna enfermedad el personal cita a los padres y les da un pase de referencia (el cual tiene una vigencia de 15 días) para el centro de salud más cercano a la escuela, sin embargo, refiere el coordinador, en ocasiones no son atendidos los niños en el centro de salud de referencia porque su domicilio no pertenece a esa demarcación, en virtud de asistir a la escuela más próxima al centro de trabajo de sus padres y no de su vivienda.

La notificación o registro de la atención a los alumnos es un dato incierto, ya que los padres no siempre avisan al equipo médico escolar si llevaron al niño al centro de salud, por lo que esta etapa del proceso detección-referencia-atención, solo verifica en ocasiones por medio visual, señala el coordinador, cuando se logra observar que el escolar ha sido tratado o atendido. Éste es el eje de mayor interés tanto en términos de la cédula, como por parte del personal, y es que materializa de forma

²³ El programa Chimalli inició operaciones en 1989, su centro de interés eran la prevención de adicciones, lo cual buscaba con el desarrollo de destrezas y aptitudes para enfrentar la vida, con un enfoque comunitario buscó atender a escolares de primaria y secundaria, pero también capacitar a profesores, padres de familia y población abierta con un enfoque proactivo y reflexivo bajo una perspectiva ecológica.

directa la labor médica y el control de los cuerpos.

Por último en cuanto a la *certificación* es un proceso que se realiza en tres etapas (incorporación, izamiento de bandera blanca y validación) y consiste en la ratificación de las acciones que se realizan en las escuelas, que se registran en la *Cédula de Reconocimiento al Componente de Salud Escolar* (anexa), la cual se compone de los cuatro apartados relativos a los cuatro ejes del Programa (participación comunitaria; contenidos educativos; acceso a los servicios médicos; y entornos y alimentación)

El primero de ellos, referente a la *coordinación intersectorial y la participación social*, busca dar cuenta de que: la escuela cuente con un plan de acción en salud escolar (basado en los cuatro ejes de acción del programa); tenga la cédula de registro avalada por las autoridades sanitarias y educativas; y se corrobore la instalación de un Consejo Escolar de Participación Social. La cédula de registro es el punto básico de este proceso, ya que es el componente indispensable para lograr el aval administrativo de la autoridad escolar y del sector salud y con la cual se puede considerar a una escuela como incorporada al Programa, el Dr. Vázquez señala que han habido casos en que se cumple con todo lo establecido para lograr la certificación, pero, al no contar con la cédula, no se les ha otorgado el reconocimiento.

El segundo apartado, concerniente a la *educación para la salud y desarrollo de competencias*, se enfoca a verificar que la escuela posea manuales para los profesores y material educativo para escolares sobre alimentación correcta, actividad física, saneamiento básico, higiene personal y bucal, vacunación, prevención de adicciones, prevención de violencia, y derechos sexuales y reproductivos; además de capacitar a docentes, escolares y madres y padres de familia en los temas de: determinantes de la salud escolar, entornos favorables de la salud, cartilla nacional de salud, certificación de escuelas y comités escolares de participación social. La capacitación se refleja en las pláticas que el personal de

salud ofrece en las escuelas, pero también se traduce en esta jurisdicción en la figura de los “escolares promotores de la salud” que, refiere el coordinador, busca capacitar a los alumnos en la transmisión de información al resto de sus compañeros sobre temas de salud. A propuesta de los profesores, se invita a tres alumnos por grupo (de cuarto, quinto y sexto año) para preparar y exponer al resto de sus compañeros un tema seleccionado, con lo cual se convierten en promotores de la salud, haciendo de los niños reproductores del discurso.

El tercer apartado, *criterios de acceso a los servicios de salud*, busca: corroborar el uso de la Cartilla Nacional de Salud (esquema de vacunación y vigilancia nutricional) y dar cuenta de las valoraciones clínicas para la detección de enfermedades específicas, que se traduce en el proceso detección-referencia-atención.

El cuarto y último apartado, *criterios de entornos favorables a la salud*, verifica que en la escuela: se destine por lo menos, 30 minutos al día a la realización de actividad física; exista una oferta alimentaria de baja densidad energética y disponibilidad de agua para consumo humano; se cumpla con el correcto manejo de la basura; que las instalaciones estén en correcto estado higiénico; se cuente con acceso físico para discapacitados; y se realicen actividades artísticas, de cuidado del ambiente y de conocimiento de derechos. En este punto, refiere el coordinador, la inspección higiénica se centra en el estado de los sanitarios y la existencia de bebederos funcionales.

El trabajo del equipo de salud escolar consiste en validar a lo largo de su estancia el cumplimiento de los criterios de la cédula e ir corroborando su avance al: incorporarse (con la cédula de registro), izar bandera blanca (con un avance del 50%) y certificar (con 80% o más) para otorgar a la institución el reconocimiento como “Escuela Promotora de la Salud”. Cabe destacar, que este reconocimiento o certificación es únicamente virtual puesto que no se les entrega a las escuelas ningún documento que las avale, por lo que estas instituciones pueden ignorar que se encuentran certificadas, lo que ha llevado a que algunas escuelas no aceptan el

Programa, según comenta el coordinador. El funcionario refiere que ya se estaba trabajando en la elaboración de los certificados en físico, pero con el sismo del 19 de septiembre de 2017 todo se perdió en los daños a las oficinas de los Servicios de Salud Pública de la Ciudad de México.

Este es un ejemplo del trabajo que se da en las escuelas, en el que, dependiendo del equipo, sus intereses y recursos se interpretan las acciones que el programa y la cédula en genérico indican, estando sesgados por la formación del personal que en su mayoría son médicos, enfermeras y odontólogos. Además, es el caso de la Ciudad de México, en el que programa está a cargo de la jurisdicción y hay una jurisdicción por alcaldía, pero por ejemplo en el Estado de México se tienen 19 jurisdicciones sanitarias para sus 125 municipios, llegando a tener a su cargo 14 municipios por jurisdicción. Por tanto, este tipo de variaciones hacen difícil determinar la forma general de trabajo del Programas, por lo que la descripción aquí presentada no puede considerarse representativa de la realidad nacional.

Pese a pretender intervenciones en materia de salud desde la perspectiva sociomédica, en este caso los parámetros biomédicos se sobreponen al buscar sólo la prevención de la enfermedad, lo cual se ve reflejado con la figura del médico escolar como principal encargado, un equipo que replica la visión hacia la enfermedad más que a la salud, y un diseño de curso de acción que: en el eje de *intersectorialidad y participación social*, se reduce a verificar la existencia de una cédula de registro avalada por las autoridades educativas y sanitarias, y la corroboración de que se cuenta con un *Consejo Escolar de Participación Social*²⁴;

²⁴ Este debe existir en toda escuela según el artículo 72 de la Ley General de Educación, y a partir del año 2013 los Consejos Escolares de Participación social toman mayor fuerza con lineamientos específicos para su constitución, organización y funcionamiento, estos consejos se establecen a nivel nacional, estatal, municipal y por escuela, en el caso de las escuelas los consejos se integran por representantes de la mitad más uno de padres de familia, y el resto por maestros y directivos, (aunque también se deja la puerta abierta, a nivel normativo, de incluir asociaciones civiles), el fin de los consejos es la “gestión escolar participativa” en que las decisiones en torno a la escuela no sean tomadas de manera unilateral. Las atribuciones del consejo se encuentran enunciadas en los lineamientos y para lo cual pueden tener comités dentro del consejo, una de estas funciones es la de “vigilar el cumplimiento de la normatividad en materia de alimentos” para lo cual existe una guía de funcionamiento del: comité de alimentación saludable, comité de Establecimientos de Consumo Escolar y Comité de fomento a la Actividad Física, en otra línea también se encuentra el Comité de Cuidado del Medio Ambiente y Limpieza del Entorno Escolar. Cabe destacar que

y en *educación para la salud y desarrollo de competencias*, se limita a constatar que la escuela cuente con material educativo referente a los determinantes de la salud, exigencia que se cumple con los libros de texto gratuitos que hablan, como lo veremos ahora, de la salud desde lo biofuncional.

La salud en los libros de texto gratuitos de educación primaria

Con la reforma constitucional del año 2012 se comenzó un periodo de reforma al sistema educativo mexicano que, en 2014 condujo al replanteamiento curricular, y en 2017 resultó en la publicación del “Plan y programas de estudio para la educación básica”, el cual se orienta a aprendizajes clave y se organiza en tres componentes (formación académica; desarrollo personal y social; y autonomía curricular). Los dos primeros de carácter obligatorio y el tercero que flexibiliza el currículo para la adaptación al contexto.

Dentro de las oportunidades de aprendizaje el modelo educativo subraya la “cultura de la prevención” que las escuelas deben promover en coordinación con las instituciones de salud, por lo que uno de los once ámbitos del perfil de egreso contempla la “atención al cuerpo y la salud”, con lo que se espera que al término de sus estudios el alumno tome decisiones informadas sobre higiene y alimentación (SEP, 2017).

Los contenidos de salud son abordados en la categoría de Conocimiento del Medio, en primero y segundo grado, y en Ciencias Naturales y Tecnología de tercero a sexto grado. En primer grado, se espera que los alumnos reconozcan las distintas partes del cuerpo y practiquen hábitos de higiene y alimentación; para segundo grado, que reconozcan los órganos de los sentidos, su función y las acciones para su cuidado. En Ciencias Naturales y Tecnología, la intención sustantiva se enuncia como:

los tres primeros comités llevan la misma línea argumentativa, y que incluso el tercero hace referencia al “Programa Salud en tu Escuela” (diferente al Programa Escuela y Salud)

... coadyuvar en el fortalecimiento de una ciudadanía que participe democráticamente, con fundamentos y argumentos en la toma de decisiones (...) vinculados a la promoción de la salud y cuidado del medioambiente (SEP, 2017: 355).

En específico, la salud es abordada en el eje organizador denominado “Sistemas”, con la denominación específica de: “sistemas del cuerpo humano y salud”, en el entendido de que:

... el cuerpo humano contiene sistemas constituidos por órganos, tejidos y células, y que si alguno de ellos falla, el resto del sistema se verá afectado en las funciones vitales y la salud (SEP, 2017: 364)

Esta concepción orgánico-sistémica nos habla de una de las formas de entender a la salud o la falta de ella, desde una perspectiva de los sujetos como entes biológicos que sólo pueden tenerla o perderla a ese nivel, definiéndola como función/disfunción orgánica. Desde tal perspectiva, el Plan y Programas 2017 propone abordar los siguientes temas: en tercer grado, el sistema locomotor, su cuidado y las medidas preventivas ante el abuso sexual; en cuarto grado, el sistema sexual, su higiene y la dieta basada en el plato del bien comer; en quinto grado, el sistema digestivo, la nutrición, los cambios en la pubertad y la reproducción humana; y en sexto grado, el sistema circulatorio y respiratorio, la prevención del embarazo, el VIH e ITS, el retraso y abstinencia sexual, los riesgos del consumo de alcohol, tabaco y alimentos con alto contenido en grasas.

Cabe ahora analizar más a detalle lo anterior y corroborar si en los libros de texto gratuitos para la educación primaria se cumple con lo establecido en el plan y programas de estudio, si se consideran los temas prioritarios que señala el PEyS, y el tipo de enfoque al cual responde su presentación. En los casos de primero y segundo grado, se revisaron los libros “Conocimiento del Medio” en su segunda edición del año 2019 (para el ciclo escolar 2019-2020), así como el correspondiente *Libro para el maestro*. En el caso de tercero, cuarto, quinto y sexto grado, se revisó

el libro de Ciencias Naturales en su cuarta edición del año 2019²⁵, que no cuenta con el libro para el maestro.

Primer grado

En el eje temático “Mundo natura”, el tema “Cuidado de la salud” se aborda en el libro “Conocimiento del Medio” en cuyo bloque dos el tema de la salud se trata en dos apartados, en el primero de ellos, “cuido mi cuerpo y mi alimentación”, se parte de la premisa de que es necesario tener una buena alimentación para cuidar la salud, por lo que se busca que los alumnos identifiquen tres grupos de alimentos (verduras y frutas, cereales, y leguminosas y alimentos de origen animal); también se busca que identifiquen los diferentes alimentos característicos del lugar donde viven; finalmente, se señalan los hábitos higiénicos para antes y después de comer (lavar frutas y verduras, lavarse las manos y cepillarse los dientes). El apartado cuatro del bloque dos, “me cuido y cuido al medio donde vivo”, también aborda el tema de “cuidado de la salud”, orientado al cuidado del cuerpo, que la guía docente señala se logra con:

.. una buena alimentación, higiene personal, realizar actividad física, postura correcta al caminar y al sentarse, descansar lo necesario y estar atento a las manifestaciones de enfermedades (dolor o fiebre entre otras). Los hábitos de higiene evitan que los microorganismos patógenos dañen el cuerpo, la alimentación proporciona nutrientes para desarrollarse y tener energía (López Valentín, 2018: 103)

²⁵ En estos casos la primera edición de los libros es anterior a la reforma y el plan de estudios 2017, pero los temas que ahí se abordan concuerdan en lo general con lo planteado en el plan 2017. Para tercer grado se establece que se debe abordar el sistema locomotor, su cuidado y prevención de abuso sexual, no se contempla el último punto y se incluye el aparato digestivo y circulatorio; para cuarto grado se fijan como temas sistema sexual, su higiene y hábitos alimenticios, los tres temas son contemplados y se agregan sistema nervioso, locomotor, circulatorio y respiratorio, además de vacunación y sustancias tóxicas; para quinto grado se deben abordar el sistema digestivo, nutrición y cambios en la pubertad, lo cual se considera y se incluyen situaciones de riesgo y salud sexual, por último en sexto grado los temas a abordar son sistema circulatorio, prevención de VIH y otras ITS, y riesgos del tabaquismo, alcoholismo y dieta de alto contenido en grasas, en este caso el único tema considerado es la prevención de VIH y otras ITS, el sistema circulatorio, tabaquismo y alcoholismo ya fueron abordadas en cuarto grado, y los riesgo de una dieta de alto contenido en grasas en tercero y quinto grado, los temas extra considerados son sistema nervioso, sistema inmunológico y desarrollo.

La cita anterior sintetiza de manera clara la perspectiva desde donde se aborda y presenta la salud cercana al enfoque biomédico con una mirada bio-corporal, ya que el cuidado del cuerpo y la salud se relaciona, por un lado, con la alimentación que posibilita el desarrollo biológico y, por el otro, con la higiene (personal, de alimentos y del entorno) para evitar la presencia de patógenos y, por tanto, de enfermedad ²⁶. En cuanto al cumplimiento con el plan y programas, en estos se establece como parte de los aprendizajes esperados para el cuidado de la salud “reconoce las distintas partes del cuerpo, y practica hábitos de higiene y alimentación para cuidar su salud” (SEP, 2017: 339), no se menciona el reconocimiento de las distintas partes del cuerpo, pero sí en cambio la alimentación y los hábitos higiénicos. En cuanto a lo solicitado en la Cédula de Reconocimiento, se consideran los temas de alimentación correcta, saneamiento básico e higiene personal y salud bucal.

Segundo grado

Aquí, el “cuidado de la salud” es abordado en los tres bloques del libro de “Conocimiento del Medio”, donde se presenta uno o dos de los órganos neurosensoriales o los sentidos en un tema de cada bloque. Pero antes de entrar con los sentidos, el tema uno del bloque uno inicia con los cambios en el crecimiento desde una perspectiva del desarrollo biológico y de las diferencias en peso y talla, buscando que los alumnos identifiquen los cambios físicos que experimentan al crecer, y se clasifiquen como altos, bajos o medianos²⁷. Al final del apartado, se invita a “que los alumnos reconozcan y argumenten prácticas para el cuidado de su cuerpo y reconozcan algunas acciones relacionadas con su derecho a la salud” (Larios Lozano, 2018: 56); en el libro del alumno, el derecho a la salud se identifica con recibir atención médica, medicinas y vacunas.

²⁶ Aunque se señala la relación con otras asignaturas, en este caso *Español*, ésta se reduce a la realización de una infografía sobre el cuidado de la salud según los mismo parámetros.

²⁷ Los “cambios al crecer” implican no sólo las transformaciones físicas-biológicas como lo son el peso y talla, sino que de la mano de estas vienen modificaciones sociales y psicológicas que enfrentan los niños y no se consideran en la temática.

El siguiente apartado del primer bloque se enfoca al sentido de la vista y el tacto, así como a su cuidado (lavado de mano, utilización de crema solar y cuidado de los ojos); el bloque dos, inicia con el sentido del oído, su importancia y su cuidado (evitar ruidos fuertes y asistir a revisiones médicas); y en el bloque tres, se aborda el gusto y el olfato viendo su utilidad y su cuidado (cepillado de dientes para eliminar bacterias, no consumir alimentos muy calientes, picantes o ácidos, sonarse la nariz de manera alternada, no introducir objetos a la misma, y taparse nariz y boca con un paño húmedo si hay humo).

De lo establecido en el Plan y Programas 2017, en segundo grado se aborda el reconocimiento de los órganos de los sentidos, su función y su cuidado, además se trata también los cambios durante el crecimiento y el derecho a la salud. En cuanto a los temas de la Cédula de Reconocimiento, en este grado se aborda la higiene y la salud bucal. De la perspectiva de la salud, se inicia con un enfoque de desarrollo biológico (peso y talla), y un señalamiento al derecho a la salud (atención médica, medicamentos y vacunas), y continúa con una mirada a lo neurosensorial y su cuidado enfocado a la disminución bio-funcional de los sentidos. En segundo grado el enfoque es estrictamente biológico, con la única aproximación social al derecho a la salud que de cualquier forma se reduce a una expresión medicalizada de atención a la enfermedad. La presentación bio-funcional de los sentidos es el hilo conductor de todos los contenidos de *cuidado de la salud* en segundo año, y aún el tema del derecho a la salud se reduce al derecho a la atención médica; estos dos ejes, plantean claramente la orientación preponderantemente biológica del estudio de la salud a lo largo de este segundo ciclo escolar.

Tercer grado

A partir de este grado, los contenidos de salud se abordan en el libro de Ciencias Naturales en el bloque “¿Cómo mantener la salud?” En este año escolar, el bloque se desarrolla en tres temas, el primero de ellos: “Movimiento del cuerpo y prevención

de lesiones”, se inicia con una explicación del funcionamiento del aparato locomotor integrado por el sistema óseo (huesos, articulaciones, cartílagos y ligamentos) y muscular (músculos o tejidos que se encogen y estiran y recubren todo el esqueleto), y su relación con el sistema nervioso (coordinador del sistema muscular y óseo), esto para explicar el movimiento en el cuerpo humano, tanto voluntario como involuntario. A partir de una explicación bio-funcional del movimiento, se exponen los riesgos ergonómicos (musculoesqueléticos) o lesiones que pueden restar movilidad al cuerpo (torceduras, desgarres, luxación, fractura), así como las medidas para prevenirlas tales como: calentar los músculos antes de hacer ejercicio, hidratarse antes, durante y después de la actividad física, realizar ejercicios según las indicaciones de un experto en acondicionamiento físico (especialmente si se tiene sobrepeso u obesidad), evitar golpes, no caminar en lugares peligrosos, usar protecciones (casco) y consumir alimentos ricos en calcio. Finalmente se exponen las medidas de atención en caso de accidentes (lavar heridas y acudir a servicios médicos en caso de lesiones o fracturas).

El tema dos aborda la “alimentación como parte de la nutrición”, que, más que desarrollar el proceso social de la alimentación ²⁸, únicamente se enfoca a explicar el proceso bio-nutricional mediante la descripción del aparato digestivo (boca, esófago, estómago, intestino delgado y grueso -absorción de nutrientes y excreción-), circulatorio (corazón, venas y arterias -sangre vehículo que transporta los nutrientes-) y respiratorio (nariz, tráquea, pulmones y diafragma -obtención de oxígeno para mandar al corazón y combinar con los nutrientes) y su relación en el proceso de obtención, circulación y uso de nutrientes.

Con la premisa de la correcta alimentación para que el cuerpo pueda “crecer, desarrollarse y funcionar adecuadamente”, el tema tres, “Dieta: los grupos de alimentos”, busca que los escolares identifiquen el principal aporte nutricional de

²⁸ Desde el punto de vista conceptual se diferencia a la alimentación de la nutrición al reconocer que la primera depende de condiciones sociales, culturales, económicas, religiosas, entre otras, en la selección, cocido e ingesta de alimentos, por su parte la nutrición hace referencia al proceso orgánico de obtención y uso de nutrientes.

cada grupo de alimentos: verduras y frutas (vitaminas y minerales), cereales (carbohidratos y grasas) y leguminosas y alimentos de origen animal (proteínas). Identificados los principales nutrientes, se aborda el concepto de dieta (variedad y cantidades de alimentos que se consumen cada día) y su relación con el plato del bien comer (esquema de los tres grupos de alimentos que establece recomendaciones acerca de su consumo -uno de cada grupo por comida y agua simple-). Para terminar, se señala la restricción del consumo de “pastelillos, frituras y bebidas industrializadas” y cómo el exceso o el dejar de consumir alimentos de un grupo puede llevar a desórdenes alimenticios como el sobrepeso, la obesidad o la desnutrición.

A partir de tercer año se revisaron los libros que, pese a ser edición 2019, fueron diseñados según el plan y programas de estudio 2009, por lo que la vinculación con Plan y Programas 2017 no se cumple del todo. Por ejemplo, en tercer años se aborda: movimiento, sistema locomotor y su cuidado, pero prevención de abuso sexual y autocuidado, no. En lo referente a los temas señalados en la Cédula de Reconocimiento, se habla de manera amplia de la alimentación correcta y la actividad física. En cuanto al tratamiento de la salud la mirada bio-sistémica-funcional se acentúa de manera importante, primero al abordarse el movimiento y los riesgos ergonómicos desde una aproximación biofuncional, y segundo al hablar de la alimentación explicada únicamente como parte del proceso biológico nutrimental. Es relevante el espacio y la profundidad con que es observado el cuidado de la salud en tercer grado, pero siempre desde la visión biológica que se impone a través de explicaciones del cuerpo como sistema, en el que salud se define solamente como el correcto desarrollo y funcionamiento biológico, y donde la perspectiva social o psicológica se desvanece.

Cuarto grado

En cuarto grado son tres los temas abordados en el bloque 1 “¿Cómo mantener la salud?” El tema uno “Los caracteres sexuales de mujeres y hombres”, se aborda

desde la reproducción (capacidad para engendrar nuevos individuos), a partir de la presentación de los sistemas sexuales masculino (testículos, conductos deferentes, próstata, vesículas seminales y pene) y femenino (ovarios, tubas uterinas, útero, vagina y vulva), y de las células sexuales (óvulos y espermatozoides) y su unión (cigoto), el tema cierra con una reflexión acerca del dimorfismo sexual (diferencias físicas que distinguen a hombres de mujeres) a nivel biológico de los derechos y oportunidades de ambos. En síntesis, este primer tema se concentra en diferenciar biosexualmente a los hombres de las mujeres terminando con una breve referencia a la igualdad de derechos.

El tema dos “Acciones para favorecer la salud”, retoma los sistemas biológicos vistos el año anterior y hace un énfasis en la función de cada uno de ellos, así como su “mantenimiento” y recomendaciones para su cuidado. Comienza por el sistema nervioso, del cual se señala su función de recepción y respuesta a estímulos o información del entorno y del interior del cuerpo, por lo que se encuentra en relación con el resto de los órganos y sistemas, señalando que: “los órganos que forman parte del sistema nervioso se pueden dañar por accidentes, enfermedades o el consumo de sustancias tóxicas y drogas” (Cervera Cobos et al., 2019^a: 19). Para su cuidado, se recomienda dormir ocho horas diarias, consumir una dieta correcta y rica en vitaminas y complejo B, hacer ejercicio, evitar golpes en la cabeza, evitar el tabaco, café y alcohol, y evitar emociones negativas ²⁹.

Después se continúa con el aparato locomotor (sistema muscular y óseo), coordinado por el sistema nervioso lo que permite el movimiento y, en el caso del sistema óseo, da soporte y protección (a órganos como el cerebro, corazón y pulmones) al cuerpo. Para “evitar lesiones y pérdida de movilidad” se invita a mantener una posición correcta al sentarse, caminar o cargar, así como practicar deportes, alimentarse correctamente, consumir vitamina D y evitar acciones de riesgo para prevenir fracturas y daños en la columna vertebral³⁰.

²⁹ Sin ocupar más de tres líneas, esta es la única referencia a la salud mental que se hace en este libro, señalando al diálogo y la tolerancia como formas de resolver problemas.

³⁰ Tanto al referirse a la forma de cuidar el aparato locomotor como al resto de los sistemas, sólo se enumeran

En un tercer momento, se describe el aparato circulatorio (corazón, sangre, arterias, vasos capilares y venas) que tiene como función llevar sangre a todo el cuerpo, la cual transporta oxígeno y nutrimentos; para cuidarlo, las medidas propuestas son: alimentación correcta para evitar sobrepeso y obesidad, usar ropa holgada, hacer deporte, comer poca sal, evitar tabaco y alcohol, beber agua simple, y vivir en un entorno saludable³¹.

Enseguida se habla del aparato digestivo (boca, faringe, laringe, esófago, estómago, intestino delgado y grueso, recto y ano) que tiene como función la de procesar los alimentos y prepararlos para que el cuerpo los absorba y asimile; para su cuidado, se propone: alimentarse de manera correcta y en horarios regulares, lavar y desinfectar frutas y verduras, lavarse las manos, evitar consumo de golosinas, frituras y refrescos, masticar bien los alimentos, lavado y cepillado de dientes tres veces al día, no beber agua de charcos, y beber agua simple potable.

Por último, se presenta el aparato respiratorio (nariz, laringe, tráquea, pulmones, bronquios y alvéolos) cuya función se señala como la de abastecer de oxígeno al cuerpo (con ayuda del aparato circulatorio y los glóbulos rojos) y desechar dióxido de carbono; para su cuidado se propone realizar ejercicios de inhalación y exhalación de aire, ventilar los lugares, evitar lugares con humo y gases tóxicos, evitar fumar y exponerse al humo del tabaco, realizar ejercicio físico y cuidar el ambiente. Para finalizar el tema se propone ubicar la función de cada sistema y su relación con los otros.

Para concluir el bloque, el último tema, “Ciencia, tecnología y salud”, aproxima a los niños, primero, a la vacunación, exponiendo su historia (Jenner y la viruela),

las recomendaciones sin explicarlas más a detalle.

³¹ Aunque se invita a reflexionar e investigar sobre las medidas propuestas para favorecer la salud, estas no se explican más, quedándose en lo genérico, como en el caso de los entornos saludables que no se señala cuáles o cómo sean, y que son el punto central del programa de promoción de la salud escolar, al buscar generar entornos propicios para la salud.

funcionamiento (reacción inmune anticipada del organismo ante una enfermedad) e importancia (evitar enfermedades), de lo cual deriva la trascendencia de la Cartilla Nacional de Salud y la vacunación, señalando que: “el poco dolor que quizá sientas tendrá como recompensa evitar enfermedades” (Cervera Cobos et al., 2019^a: 29). Segundo, se estudian los agentes nocivos (aquellos que pueden afectar al organismo y causar daño -ruido, mala iluminación, falta de ventilación, exceso de calor o frío-), centrándose en las sustancias tóxicas (compuestos venenosos que causan daño) las cuales pueden ser polvos, gases o líquidos que ingresan al organismo por vía respiratoria, oral o dérmica, proponiendo como acciones para evitar daños de sustancias tóxicas: mantenerlas cerradas y en sus envases originales, identificarlas con una etiqueta, y separar los productos inflamables de las fuentes de calor.

De los temas planteados en el Plan y Programas 2017 se aborda el sistema sexual y la dieta, de manera secundaria los hábitos alimentarios; y se abordan muchos temas más. En cuanto a los temas de la Cédula de Reconocimiento, se estudia la vacunación, prevención de adicciones, prevención de accidentes y derechos sexuales y reproductivos. En lo que corresponde a la perspectiva de salud, dando continuidad a lo revisado en tercer año el abordaje bio-funcional y sistémicos sigue siendo el eje principal para aproximarse a los temas de salud como la prevención de daños orgánicos, lo cual se realiza a través de medidas específicas y puntuales (que no se desarrollan y sólo se mencionan) relacionadas al cuidado estrictamente personal, lo que individualiza en términos biológicos a la salud y su cuidado.

Quinto grado

Aunque se continúa con las mismas líneas temáticas anteriores, en este grado los temas de salud en el libro de Ciencias Naturales plantean una perspectiva que recupera lo social, psicológico e incluso cultural. El bloque uno “¿Cómo mantener la salud?” aborda en primera instancia el tema “La dieta correcta y su importancia para la salud” diferenciando la alimentación (variaciones de acuerdo a los recursos,

tradiciones y cultura) de la nutrición (proceso orgánico de obtención de nutrimentos) y definiendo lo que es una dieta (variedad y cantidad de alimentos que se consumen) y sus características (completa: incluir alimentos de los tres grupos; equilibrada: en proporciones adecuadas; suficiente: aportar los requerimientos nutrimentales que necesita cada persona; e inocua: que los alimentos no estén contaminados con microorganismos).

Sin abandonar la perspectiva biológica, se explica lo que son los nutrimentos (sustancias básicas que el organismo necesita para su funcionamiento) y su clasificación (proteínas, carbohidratos, lípidos, vitaminas y minerales), así como la utilidad de cada uno y su principal fuente (proteína: proviene de alimentos de origen animal y se utilizan para formar y reparar tejidos; carbohidratos: provienen de cereales y proporcionan energía; lípidos: se encuentran en los aceites y proveen energía, pero en exceso llevan al sobrepeso y obesidad; vitaminas y minerales: se encuentran en frutas y verduras y favorecen el crecimiento y desarrollo).

En esta primera parte del tema, se apuntan de manera reiterada las implicaciones sociales y culturales de la alimentación, al hacerse señalamientos sobre el papel que juega la publicidad en la elección de ciertos alimentos sobre otros, en los hábitos sociales alimenticios como horarios o número de comidas, la relación que existe con el lugar en que se habita, los productos que ahí se producen, y en las tradiciones o costumbres que involucran cierta forma de prepararlos.

Sin embargo, en la segunda parte de este primer tema, los desórdenes alimenticios de origen social se explican como biológica, por ejemplo el sobrepeso y obesidad únicamente se ven como acumulación excesiva de grasa en el cuerpo, apuntando sus comorbilidades (diabetes mellitus tipo 2, enfermedad cardiovascular, problemas en las articulaciones, algunos tipos de cáncer). Pese a señalar de manera directa y puntual que esto es consecuencia de trastornos psicológicos y del consumo de alimentos industrializados, se medicaliza el problema al señalarlo como una “enfermedad” que por tanto, debe ser atendida por un médico; esto puede verse en

frases como: “si la padeces acude cuanto antes con el médico familiar”, “es una enfermedad que ocasiona otras”, “esta enfermedad se puede prevenir”, “Enrique y Lulú, junto con su familia, deberían ir al centro de salud”.

Además de las constantes invitaciones a acudir al médico, se invita al alumno a seguir “hábitos” para “prevenirla” como son: establecer horarios de alimentación, aumentar consumo de verduras y frutas, disminuir consumo de refrescos y jugos, aumentar consumo de agua simple potable, realizar treinta minutos de actividad física diaria, y en términos generales seguir las recomendaciones del plato del bien comer y la jarra del buen beber. Para terminar el tema, se abordan la anorexia (percepción distorsionada de la imagen corporal que lleva a evitar la ingesta de alimentos para no subir de peso) y la bulimia (variante de la anorexia, en la que se come en exceso para después provocarse vómito o diarrea) y se proponen más hábitos alimentarios para favorecer la salud: desayunar antes de asistir a la escuela, evitar consumo de alimentos con alto contenido calórico, consumir agua simple potable y realizar treinta minutos de actividad física diaria. Para finalizar, se señala que los trastornos de la conducta alimentaria no son sólo problemas individuales, sino que traen consigo también un “costo” económico y social.

Sin la misma contundencia, pero recuperando lo social, el tema dos, “Situaciones de riesgo en la adolescencia”, aborda escenarios que exponen a una persona a daños físicos o psicológicos y que pueden ocurrir como resultado tanto de acciones personales como correr en la calle, o como consecuencia de desastres naturales o del consumo de sustancias. Todos estos eventos pueden llevar al mal funcionamiento de órganos que afectan a todo el sistema. El uso de sustancias constituye el foco principal del tema, se señala que el consumo del tabaco y del alcohol tiene efectos en el desarrollo biológico, psicológico y social, sin embargo, al señalar las consecuencias del abuso de dichas sustancias, se apuntan solamente las fallas orgánicas y las enfermedades, en tanto que las consecuencias sociales o psicológicas se presentan únicamente para las conductas violentas o suicidas.

En el último tema del bloque, “Funcionamiento de los aparatos sexuales y el sistema glandular”, se explica el dimorfismo sexual en caracteres sexuales secundarios (cambios físicos que aparecen en la pubertad) como proceso glandular y hormonal. Se presentan los cambios en los caracteres sexuales secundarios de mujeres y hombres y se explica la maduración sexual que tiene como resultado biológico la capacidad de fecundación, y se señala que:

Aunque en esta etapa de la adolescencia tanto el cuerpo de la mujer como el del hombre están en condiciones biológicas de procrear un hijo, el embarazo en la adolescencia implica riesgos físicos tanto para la madre como para el feto, por lo que es importante evitarlo”
(Cervera Cobos et al., 2019b: 40)

Nuevamente se desdibuja cualquier otra perspectiva que no sea la biológica, cayendo incluso en el error de omitir los componentes psicológicos o sociales del embarazo adolescente, haciendo de este un asunto de riesgos físicos para el feto y para la madre, donde el papel del hombre es únicamente como fecundador. Para terminar el tema se aborda la salud sexual como un asunto de higiene genital para “evitar infecciones y prevenir enfermedades”, lo cual se logra en el caso de las mujeres con: lavado genital, uso y cambio de toallas sanitarias durante la menstruación, uso de ropa interior cómoda, prevención de golpes en los genitales y, ante flujos vaginales anormales, visitas al médico. En el caso de los hombres se sugiere: baño diario, limpieza genital, prevención de golpes en los genitales, uso de ropa interior cómoda y visita al médico si hay secreciones extrañas. Y, en ambos casos, “si tienes más dudas acude con un médico” (Cervera Cobos et al., 2019b: 43), medicalizando la sexualidad.

En cuanto a los temas establecidos en el Plan y Programas, de quinto año (sistema digestivo y su relación con la nutrición, y cambios en la pubertad y su relación con la reproducción humana), todos son abordados. En lo referente a los temas de la Cédula de Reconocimiento, se contempla la alimentación correcta, higiene personal, prevención de adicciones, derechos sexuales y reproductivos, y en menor medida, prevención de la violencia. De la perspectiva en salud, es el primer caso en que la

visión sociomédica se hace realmente presente al recupera parámetros culturales, económicos, sociales y psicológicos, además de los biológicos, para explicar la alimentación, sin embargo, este enfoque se va desdibuja en el resto del bloque, pero nos señala las posibilidades reales de incluir esta mirada.

Sexto grado

En este grado, el bloque “¿Cómo mantener la salud?” inicia con el tema “Coordinación y defensa del cuerpo humano”, el cual aborda al sistema nervioso como responsable de la coordinación del resto de órganos y sistemas, y el cual se divide en: sistema nervioso central (encéfalo y médula espinal) y periférico (nervios y fibras nerviosas). Una vez explicado, se proponen actividades encaminadas a reflexionar sobre acciones conscientes para la prevención de accidentes en la vida cotidiana (jugar, practicar deporte, transportarse, sentarse etcétera) y evitar que se “dañe el cuerpo”, por lo que se invita a usar equipo de protección al practicar deportes, usar cinturón de seguridad o seguir las indicaciones del operador de transporte público, cruzar las calles en las esquinas y obedecer señales de tránsito, y en los juegos evitar movimientos bruscos. También se apuntan medidas preventivas ante infecciones del sistema nervioso (poliomielitis, cisticercosis e hidrofobia), las cuales implican la vacunación, en el caso de la poliomielitis, el consumo de carne en buen estado y bien cocida para evitar cisticercosis, y en el caso de la hidrofobia o rabia, la vacunación de animales domésticos, y en la eventualidad de una mordedura, asistir al médico.

El segundo apartado del primer tema se avoca a la presentación del sistema inmunológico como respuesta del cuerpo para contrarrestar enfermedades e infecciones. El cuerpo humano, se señala, cuenta con una “primera barrera de defensa contra agentes externos”, la cual está constituida por la piel, secreciones, vellos y cerumen, pero una vez que ingresan los microorganismos al cuerpo se tiene un segundo mecanismo de defensa (sistema inmunológico) constituido por leucocitos (glóbulos blancos que actúan como defensa del sistema inmunológico) y

anticuerpos (proteínas que contrarrestan microorganismos), que detectan y eliminan microorganismos productores de enfermedades y células dañinas. Lo anterior conlleva a presentar la importancia de vacunarse (introducir al cuerpo virus o bacterias debilitados o inactivos) para generar anticuerpos a dichos microorganismos y no enfermar (o enfermar de manera menos grave) al entrar en contacto con ellos, por lo que se debe tener un esquema completo de vacunación registrado en la Cartilla Nacional de Salud.

Como acciones adicionales a la vacunación, se proponen el consumo de una dieta correcta basada en el plato del bien comer y la jarra del buen beber para el fortalecimiento del sistema inmunológico y prevenir el sobrepeso y la obesidad; además, como acciones preventivas para evitar el “contagio de enfermedades”, se señalan el aseo personal, el lavado frecuente de manos, evitar el consumo de alimentos en lugares insalubres y extremar precauciones cuando se convive con enfermos. Para terminar el tema, se habla de las epidemias, sin definir las, señalando que “los microbios y los virus han devastado poblaciones enteras y destruido imperios” (Cervera Cobos et al., 2010:28), fenómeno que resulta de la mezcla de las poblaciones, el mestizaje, el intercambio comercial y las guerras, aunque tampoco se ahonda en su explicación. De igual manera, se ofrecen cifras de muertes por tuberculosis, malaria, sarampión, cólera, fiebre amarilla, poliomielitis, influenza y sida, concentrándose en el agente causal de esta última (VIH), para la que se resalta no existe cura ni vacuna. Es de destacar que en una pequeña nota se señala que en países en vías de desarrollo las enfermedades infecciosas cobran más vidas, pero no se explica tampoco por qué, ni la determinación social subyacente.

El tema dos aborda las etapas del desarrollo humano con miras a entender la reproducción, si bien se recuperan algunos aspectos psicológicos y sociales, la exposición del tema es preponderantemente biológico. Se comienza por hablar de la *infancia* (desde el nacimiento hasta los diez años), etapa en la que se aprende a caminar, hablar y relacionarse con los demás, pero que destaca por el mayor

crecimiento del cuerpo. La segunda etapa corresponde a la *adolescencia* (diez a veinte años), la cual tiene una mayor duración y se caracteriza por cambios psicológicos (gustos y formas de pensar) y sociales (interés en una pareja, conciencia de derechos y normas de convivencia social), pero que se manifiesta preponderantemente en cambios físicos durante la pubertad en los caracteres sexuales secundarios.

La tercera etapa o *adultez*, es aquella en la que se alcanza el máximo potencial físico y psicológico por lo que “físicamente se es apto para desempeñar trabajos”, y se alcanza la madurez para formar una familia, mientras que en lo social se asumen las responsabilidades con uno mismo y los demás. Por último, la *vejez* (sesenta y cinco años y más) se ilustra como la etapa de la disminución de capacidades físicas como la agilidad y la fuerza, pero se señala su valía en términos de la experiencia adquirida.

Se termina la presentación de este tema con la fecundación, el embarazo y el parto, explicando que el proceso de fecundación (fusión de óvulo y espermatozoide para formar un huevo o cigoto) dura 266 días aproximadamente y termina con la expulsión del útero de un nuevo ser. La mujer, señalan, debe acudir al médico durante el transcurso del embarazo para corroborar que todo el proceso se esté desarrollando de manera adecuada y se le den las indicaciones pertinentes; en cuanto al parto, se recomienda se realice en una clínica con médicos y medios idóneos. Aunque se termina el apartado señalando las responsabilidades económicas de “procrear”, la visión biomédica del proceso de embarazo y parto es evidente, señalando de manera reiterada el papel principal que juega el médico como monitor, orientador y partero.

El último tema del bloque, “implicaciones de las relaciones sexuales en la adolescencia”, aborda desde una perspectiva biológica, psicológica y social las posibles consecuencias negativas de las relaciones sexuales (embarazo no planeado e infecciones de transmisión sexual, ITS). En un primer momento, se

abordan los riesgos del embarazo cuando hay inmadurez física y emocional de la mujer para un parto, riesgos tanto para la madre como para el producto, y los impactos económicos (gastos) y sobre la vida (empleo y educación) que implica tener un hijo, todo esto enfocado principalmente en la mujer. En un segundo momento, se abordan los métodos anticonceptivos que llaman “medidas para tener relaciones sexuales de manera responsable”, los cuales se definen como aquellos que impiden o reducen la posibilidad de una fecundación y se enlistan como: condón masculino y femenino, implante anticonceptivo, DIU, pastilla de emergencia, hormonas ingeribles, y billings. Para finalizar, se presentan las ITS (sida, papiloma, sífilis, gonorrea, herpes), haciendo un mayor hincapié en la infección por VIH, resaltando el uso del condón como método anticonceptivo que además previene contagios, y termina el tema con la abstinencia como otra opción además de los métodos anticonceptivos para evitar las “consecuencias no deseadas” de las relaciones sexuales.

En sexto grado, el Plan y Programas 2017 prescribe abordar los temas de: el sistema circulatorio y respiratorio; los beneficios de retrasar el inicio de la vida sexual y el uso de condón; y los riesgos del consumo de alimentos de alto contenido energético, del alcoholismo y tabaquismo, de los cuales únicamente el primero es abordado. En cuanto a los temas de la Cédula de verificación, se habla de vacunación y derechos sexuales y reproductivos. En lo que respecta a la perspectiva de la salud, se comienza con un abordaje técnico y complejo del sistema nervioso e inmunológico desde una perspectiva puramente biológica, pero en los siguientes dos temas se aprecia una apertura a las dimensiones psicológica y social del desarrollo, la reproducción y la sexualidad, que sin embargo en el primero de los casos (desarrollo) se centra en los cambios físicos, en el segundo (reproducción) en el proceso biológico, y en el tercero (sexualidad) en una visión negativa de las consecuencias de iniciar una vida sexual. A final de cuentas el enfoque es técnico sobre el funcionamiento bio-sistémico.

En el siguiente cuadro se sintetiza lo expuesto en esta sección por año escolar. Se

presentan primero los temas tratados en los libros; enseguida los temas contemplados en el plan y programa 2017; después los temas de la Cédula de Reconocimiento que se abordan en los libros de cada grado; y por último, la perspectiva argumentativa que sostiene el tratamiento temático.

De este cuadro, y la sección en general, se puede resaltar que entre los temas de los libros y temas establecidos en plan y programas de estudio es poca la concordancia, abarcando más y menos temas según el año escolar, lo que responde principalmente a que la mayoría de los libros (de tercero a sexto) fueron diseñados para el plan y programas anterior. En segundo término, los temas propuestos por el PEyS en su cédula de reconocimiento se pueden decir abordados en las guías escolares, siendo este punto del proceso de certificación tan simple como un palomeo. Por último, cabe recalcar la perspectiva desde la cual se aborda la salud en la educación primaria, la cual se encuentra atrapada en la perspectiva biológica más estricta al ser la línea argumentativa para su explicación la del biofuncionamiento del cuerpo y sus fallas. Además, cabe notar que incluso desde esa guía argumentativa se podría dejar la retórica técnica como la utilizada en sexto año, y optar por una perspectiva sociomédica que sin dejar de lado el argumento biológico y de la enfermedad contemple lo social y su determinación con se hace en quinto año.

Año	Temas del LTG	Temas P y P 2017	Temas de la cédula	Perspectiva de salud
1°	<ul style="list-style-type: none"> Alimentación (tres grupos y Plato del bien comer) Higiene alimentaria, personal y del entorno (para evitar patógenos) 	<ul style="list-style-type: none"> Partes del cuerpo, y prácticas higiénicas y de alimentación 	<ul style="list-style-type: none"> Alimentación correcta Saneamiento básico Higiene personal y salud bucal 	<ul style="list-style-type: none"> Biomédica (paradigma unicausal microorganismo = enfermedad)
2°	<ul style="list-style-type: none"> Desarrollo (peso y talla) Derecho a la salud (atención médica y vacunas) Los sentidos y su cuidado (enfermedades y disminución bio-funcional) 	<ul style="list-style-type: none"> Órganos de los sentidos, su función y prácticas de su cuidado 	<ul style="list-style-type: none"> Higiene y salud bucal 	<ul style="list-style-type: none"> Biofuncional y médica
3°	<ul style="list-style-type: none"> Movimiento (Aparato locomotor y sistema nervioso) y riesgos ergonómicos (prevención de accidentes) Proceso bio-nutricional (aparato digestivo, circulatorio y respiratorio) Nutrientes y plato del bien comer 	<ul style="list-style-type: none"> Movimiento, sistema locomotor y su cuidado Prevención del abuso sexual y autocuidado en conductas de riesgo 	<ul style="list-style-type: none"> Alimentación correcta Actividad física 	<ul style="list-style-type: none"> Biológica estricta (mirada sistémica)
4°	<ul style="list-style-type: none"> Sistemas sexuales (masculino y femenino) e igualdad de derechos Funciones y cuidado de sistemas: nervioso, locomotor, circulatorio, digestivo, y respiratorio Vacunación y Cartilla Nacional de Salud Sustancias tóxicas (daños al organismo y precauciones) 	<ul style="list-style-type: none"> Órganos de los sistemas sexuales, funciones e higiene Dieta basada en el plato del bien 	<ul style="list-style-type: none"> Vacunación Prevención de violencia Derechos sexuales y reproductivos Prevención de adicciones 	<ul style="list-style-type: none"> Biomédica (daños orgánicos e individuales)
5°	<ul style="list-style-type: none"> Alimentación, nutrición y desórdenes alimenticios (mirada bio-psico-social) 	<ul style="list-style-type: none"> Sistema digestivo, función y nutrición 	<ul style="list-style-type: none"> Alimentación correcta Higiene personal 	<ul style="list-style-type: none"> Sociomédica (mirada integradora desde lo biológico y

	<ul style="list-style-type: none"> • Situaciones de riesgo: acciones, desastres naturales y consumo de sustancias (daños bio-sistémicos) • El sistema glandular y los caracteres sexuales secundarios (embarazo adolescente) • Salud sexual (higiene genital) 	<ul style="list-style-type: none"> • Cambios en la pubertad y su relación con la reproducción humana 	<ul style="list-style-type: none"> • Prevención de adicciones • Derechos sexuales y reproductivos • Prevención de violencia 	<p>resaltando lo social, cultural y psicológico)</p>
6°	<ul style="list-style-type: none"> • Sistema nervioso (prevención de accidentes e infecciones) • Sistema inmunológico (vacunación y fortalecimiento) • Desarrollo y reproducción (bio-funcional) • Embarazo adolescente e ITS 	<ul style="list-style-type: none"> • Sistema circulatorio y su relación con el respiratorio • Beneficios del retraso de iniciar vida sexual, abstinencia y uso del condón • Riesgos de consumir alimentos de alto contenido energético, alcoholismo y tabaquismo 	<ul style="list-style-type: none"> • Vacunación • Derechos sexuales y reproductivos 	<ul style="list-style-type: none"> • Técnica - Biológica (sistémica y funcional haciendo algunos comentarios sobre lo social)

Conclusiones al capítulo

En este capítulo se presentó primero una descripción explicativa de la implementación del PEyS en la Jurisdicción Sanitaria Álvaro Obregón de la Ciudad de México, la cual dio cuenta de las variabilidades que se podrían encontrar según el lugar de implementación. Y en un segundo momento se presentaron los temas y perspectivas que se abordan en materia de salud en los libros de texto gratuitos.

En cuanto al proceso de implementación son cinco los puntos que se quieren resaltar. Primero, es importante señalar que el programa sólo establece acciones genéricas a realizar las cuales llegan al personal de salud vía formatos y cédulas que interpretan según sus intereses, formación o recursos. Segundo, los equipos de salud escolar están formados y liderados principalmente por médicos, haciendo que la implementación tome un rumbo en dicho sentido. Tercero, es de resaltar lo que en el capítulo anterior ya se había señalado, el peso tan importante que tiene en el programa el proceso detección-referencia-atención, llevando buena parte del tiempo, interés y directrices de este. Ante lo anterior y como cuarto punto, se destaca el menor interés que se le pone al resto de los ejes del programa, reduciendo el apartado educativo a palomear que se tienen libros de texto y dar pláticas, o poner a estudiantes a dar pláticas, sobre enfermedades específicas y su prevención, reproduciendo y haciendo reproductores a los niños del discurso hegemónico; en cuanto a los entornos, tan sólo se verifica el estado de los sanitarios y la provisión de agua; y por último, la participación comunitaria se reduce al aval por parte de las autoridades sanitarias de la cédula de incorporación. Para terminar, sólo cabe decir que en el caso descrito, los médicos, la enfermedad y el tamiz, son las guías del programa, haciendo que ni el discurso sociomédico inscrito en el diseño de este se haga presente, y se tome a la escuela como extensión del centro de salud, al ser un lugar para detectar enfermos y enseñar sobre la enfermedad.

De la segunda sección se quiere recalcar primero el cumplimiento del plan y programas de estudio, que pese a no ser estricto según lo que se establece en cada

año escolar se cumple en lo general, aunque no en el año establecido, lo anterior ocurre debido a que los libros de tercero a sexto años fueron diseñados para el plan y programas 2007, lo que habla de que el tratamiento y temas de salud son coincidentes entre ambos y responden al mismo discurso. En el mismo sentido hay que destacar que estos son igualmente coinciden con los ocho temas de la Cédula de Reconocimiento, cumpliendo por tanto con dicho criterio de certificación con tan sólo tener los libros en las escuelas. La apuesta principal de la educación primaria en temas de salud, en cuanto a profundidad y número de veces en que se trata cada tema, se concentra: en primer lugar, en la alimentación y sus enfermedades asociadas, que ocupa buena parte del total de los contenidos de salud en los libros de texto, y en segundo, en la sexualidad que es abordada desde la óptica médica de los riesgos y consecuencias de iniciar una vida sexual.

El abordaje temático, al igual que la implementación del PEyS, responde a la perspectiva biomédica del discurso medicalizado de la salud, lo cual comienza al decidir abordar los temas desde las ciencias naturales y la perspectiva de los sistemas del cuerpo humano y su funcionamiento, por lo cual todo deriva en entender a la salud como el correcto biofuncionamiento, y a la “no salud” como el incorrecto biofuncionamiento que la medicina llama enfermedad. Pero esta perspectiva biológica estricta encuentra en quinto año una ruta sociomédica real que plantea por lo menos una alternativa al enfoque más clásico. Si a lo largo de la educación primaria al hablar de salud se resaltara la dimensión social junto con la dimensión biológica, se podría por lo menos entender que las condiciones económicas, culturales, psicológicas o sociales, en general, repercuten en lo que comemos, cómo nos aseamos, nos desarrollamos, actuamos, nos comportamos en lo sexual, nos exponemos a riesgos, y desde el discurso dominante, enfermamos diferente al ser socialmente distinto. Pero ni incluir la perspectiva sociomédica del discurso hegemónico se ha logrado, ya que esta se enuncia, pero no se incorpora en la implementación del programa o la enseñanza de la salud.

CAPÍTULO 6

LA ESCUELA MEXICANA ANTE COVID-19: LOS NUEVOS CONTENIDOS DE SALUD

En este trabajo se propuso analizar los contenidos discursivos que desde la política circulaban vía las escuelas primarias y llegaban a los niños al enseñarles una forma específica de ver, entender y actuar sobre la salud desde el poder. En este capítulo se analizará en tiempo real y de forma coyuntural un instrumento de política emergente en un momento epidémico, la nueva asignatura “vida saludable”, la cual se comenzó a impartir en el ciclo escolar 2020-2021 como proyecto piloto.

Para presentar el proceso de la política y su discurso, en este capítulo se comenzó por una selección y consulta de documentos informativamente relevantes, los cuales fueron de fuentes primarias escritas y audiovisuales, ambas de carácter oficial y acceso público que tuvieron como fin el registro de actos de gobierno, la difusión de información o la enseñanza. Estos fueron codificados por indización humana a partir de criterios textuales según características sintácticas, semánticas o programáticas, y criterios extratextuales vinculando el corpus textual con el medio social y los parámetros teóricos (Galeano, 2014), ya codificados los documentos, estos fueron categorizados y examinados a partir de un análisis de contenido (Krippendorff, 1990).

La primera sección de este capítulo presenta la agenda y definición del problema que desde actos oficiales se fueron estableciendo a mediados del año 2020. La segunda sección abarca el diseño y sus actores, donde se presenta la materialización de la definición en un diseño curricular y los personajes del sector educativo y salud que en actos oficiales se presentaron como responsables del instrumento. En la tercera sección, se aborda la implementación del instrumento con el análisis de las clases televisadas. Para cerrar, se presentan algunas consideraciones sobre lo presentado.

La Agenda y definición del problema

En diciembre de 2019 se reportó el primer brote de COVID-19 en la ciudad de Wuhan en China, el nuevo coronavirus comenzó a diseminarse rápidamente reportando los primeros casos fuera de China en enero de 2020 y confirmando el primer caso en América el 15 de enero. En México, el primer paciente confirmado con presencia del virus SARS-CoV-2 se reportó el 27 de febrero de 2020, pasando el país a una fase de transmisión comunitaria en marzo de ese mismo año. La rápida propagación del virus y la tasa de letalidad de la enfermedad puso en alerta a todos los países, convirtiendo el componente COVID-19 en parte de las agendas sistémicas e institucionales tanto a nivel nacional como internacional, y no sólo del sector sanitario tradicional, sino de todos los sectores de la vida social que vieron trastocadas sus actividades.

El COVID-19 no era un ámbito de especial interés como agenda sistémica o percibida por la población en cuanto a los contenidos de educación básica; pero el gobierno en curso sí lo consideró, e incluyó en su agenda institucional la educación en salud en los escolares del nivel básico, buscando remediar la carencia mediante la inclusión de la asignatura “Vida Saludable” dentro del currículo académico. Este nuevo problema y su posible solución fue mencionado de manera pública, por primera vez, en la conferencia de prensa sobre programas del bienestar del 16 de junio del año 2020, en la cual Esteban Moctezuma, titular de la Secretaría de Educación Pública (SEP), presentó los avances del programa “La Escuela es Nuestra”³². Durante dicha conferencia y a pregunta expresa sobre los avances del nuevo plan de estudios Moctezuma señaló:

El señor presidente, derivado de la pandemia, también nos ha pedido que hagamos un esfuerzo muy importante para tener materiales de lo que podríamos llamar “vida saludable”,

³² Programa federal de transferencia directa de recursos a las escuelas de educación básica para su mantenimiento, y que ante la epidemia se ha orientado, según lo señalado por el entonces secretario, a mejorar las condiciones higiénicas de las instituciones mediante el suministro de agua potable y la rehabilitación de los baños.

y se va a crear una nueva asignatura, vida saludable, que va a incluir varios temas, en primer lugar todo lo relativo a la higiene, higiene personal, nos vamos a internar en higiene familiar, o sea vamos a invitar a madres y padres de familia a que ya que hubo esta relación tan estrecha en el aprendizaje en casa continúen la relación con la escuela y conozcan las bondades de muchas cosas que se imparten en la escuela, una de ellas es la higiene familiar y la higiene comunitaria, eso nos va a llevar también a un programa de limpieza, no podemos tener higiene en un lugar donde hay mucho residuo sólido tirado, hay muchos focos de infección de creación de vectores, se crean ahí los mosquitos que dan el chikungunya, el dengue y todo ese tipo de enfermedades, además de higiene y limpieza va a haber nutrición, uno de los problemas más serios es el tema de la diabetes, en México la diabetes es considerada una epidemia, entonces tenemos que aprender a comer, otro es el ejercicio, tenemos que movernos, activación física, deporte escolar, educación física, y finalmente no consumo de sustancias tóxicas, y eso estará para el próximo ciclo escolar en una asignatura (CEPROPIE, 2020c)

La cita anterior muestra como esta primera referencia pública a la nueva asignatura muestra el momento de oportunidad, y es que ante la llegada de una nueva administración federal ya se estaba trabajando en un nuevo plan de estudios que sumado a la emergencia sanitaria pone el escenario ideal para comenzar el trabajo de inclusión de “Vida Saludable”. Al mismo tiempo se comienza a delinear la definición del problema, la cual desde un discurso específico sobre la salud enmarcado en la crisis sanitaria posicionó con mayor fuerza a la enfermedad desde el modelo del déficit³³. Lo anterior se puede ver reflejado en los cuatro puntos básicos que Moctezuma señaló para abordar la nueva asignatura: higiene personal y familiar (con orientación específica y preventiva), nutrición (para evitar la diabetes), ejercicio (de la mano de la nutrición) y consumo de sustancias tóxicas (evitarlo), temas que como se vio en el capítulo anterior ya son tratados en ciencias naturales.

El proceso de agenda y definición siguió, y con ello se continuó “dando forma” o estableciendo la “relación causal” que orientó la nueva asignatura, y el 18 de junio

³³ Ya se ha explicado en el capítulo uno que cuando se habla de salud desde el modelo del déficit lo único que se busca es evitar o tratar la enfermedad de manera específica, esto desde un discurso en el que el significado salud se articula a partir del significante universal biomédico que no reconoce o minimiza las implicaciones sociales, culturales o mentales no sólo del proceso que lleva a enfermar sino de la salud en el curso de vida.

de 2020 en San Agustín Tlaxiaca, estado de Hidalgo, al presentar los avances del programa “La Escuela es Nuestra” el secretario Moctezuma señaló en un discurso más estructurado, y en presencia del presidente de la república:

Yo quisiera señalar que el próximo ciclo escolar aprovecharemos todo lo que la pandemia del **Covid-19** nos ha enseñado para evitar cometer los mismos errores como sociedad que nos han llevado a ello, para ello contaremos con una nueva asignatura llamada “Vida Saludable” (...) nuestra educación creará una cultura de higiene personal, de limpieza escolar, de ejercicio y activación física, de sana nutrición, de convivencia social sin adicciones y de salud preventiva. Los contenidos de vida saludable contribuirán a inculcar en nuestras niñas y niños, en nuestros jóvenes, incluso en sus familias, una cultura para fortalecer nuestra salud, nuestro sistema inmune y nuestra salud mental y emocional (Gobierno de la República, 2020a)

La cita anterior deja claro que “la pandemia del COVID-19” colocó en el centro de la agenda educativa a la salud, que llama Moctezuma “cultura de la higiene personal”, lo que señala también el discurso biomédico detrás de la definición, al buscar proteger de manera específica al hospedero de la enfermedad mediante acciones preventivas, higiénicas o nutricias orientadas al fortalecimiento del sistema inmune. En el mismo orden de ideas, el presidente López Obrador al hablar de la epidemia y el impacto que ha tenido en el país en términos de mortalidad, señaló que “lo que nos afectó” fueron las enfermedades crónicas como la hipertensión y la diabetes las cuales, dijo, “se estimulan” con la mala alimentación, por lo cual:

... va a haber una materia en este sentido de orientación a la salud, prevención para la salud, educación para la salud, el que tengamos todos los conocimientos de cómo alimentarnos bien, nutrirnos bien, que no significa estar comiendo cosas caras, exóticas o industrializadas, es comer lo que se produce en las regiones, las frutas de temporada, es el maíz, es el frijol, son las verduras, es comer alimentos sin químicos, sin hormonas, es eliminar por completo, por el daño que causan, los llamados “productos chatarra”, eso tiene que estar en los libros de texto y se tiene que convertir en una materia para que así estemos sanos y podamos enfrentar cualquier enfermedad, es mejor prevenir que curar (Ibid)

En su intervención, el presidente ratificó y posicionó en la agenda oficial el

instrumento de la política escolar ante la epidemia, y además dejó ver su perspectiva discursiva sobre la salud y la forma de establecer el modelo causal. Sin abandonar el discurso hegemónico, López Obrador se acerca más a la perspectiva sociomédica, que busca sí evitar la enfermedad, pero entendiendo el contexto que la posibilita, apostando a la instrucción nutricional con contenido social para reducir la incidencia de enfermedades crónicas como la diabetes e hipertensión.

Desde ese mismo discurso y definición causal, el lunes 22 de junio en su conferencia matutina, López Obrador presentó la campaña “La transformación empieza con lo que llevas a tu mesa”, de la Procuraduría Federal del Consumidor (PROFECO), la cual busca evitar el consumo de productos altamente procesados y fomentar el consumo de alimentos naturales y regionales, junto con la cual:

se está contemplando que haya una materia de educación para la salud en la educación formal, es decir en los libros de texto se va a enseñar, se va a educar para la salud, van a tener los libros de texto una materia, contenidos educativos con este propósito, entonces ya nos estamos preparando para mejorar la nutrición, hábitos alimenticios que debemos eliminar, como el consumo de productos chatarra y desde luego lo que tiene que ver con el ejercicio y no dar lugar a enfermedades crónicas como la hipertensión, como la diabetes que tanto daño causan (Gobierno de la República, 2020b)

El principal interés del presidente se encuentra en la alimentación como causa de los problemas de salud, por lo que se aborda no sólo en la política educativa sino también de consumo, en lo que pareciera una política transversal. En el entendido de que promover la salud es evitar la enfermedad, y si en términos cuantitativos la diabetes e hipertensión han visto incrementar su prevalencia de un 8.6% en 2012 a 9.1% en 2018, y de 14.5 % a 15.3% (ENSANUT 2018), y estas se asocian con el alto consumo de azúcares, grasas o sal que tienen principalmente los alimentos procesados y ultra procesados, López Obrador ve no sólo en la intervención médica estricta una herramienta para mejorar la salud al evitar la enfermedad, posicionándose más cercano al discurso sociomédico.

El diseño y sus actores

La fase de diseño de una PP o un instrumento derivado de la misma, bajo el supuesto racional, supone una definición causal clara y suficiente información, con lo cual la solución adoptada será la técnicamente viable, pero esa solución completamente racional, técnica y eficaz resulta poco probable de encontrar, ante lo cual surgen esquemas alternativos como el del incrementalismo que, tomando en cuenta lo ya existente y la realidad institucional, genera pequeños cambios graduales como serie de intervenciones sucesivas.

El 3 de agosto de 2020, en vísperas del inicio del nuevo ciclo escolar, se anunció en la conferencia matutina la respuesta de la política educativa ante la crisis sanitaria, se presentó la nueva asignatura, sus elementos básicos y diseño general, así como el convenio entre el Gobierno Federal y las principales televisoras privadas de México (Televisa, Azteca, Imagen y Multimedios) para un regreso a clases a distancia donde la televisión fue el principal medio que facilitó dicho proceso en “Aprende en Casa II”. Tras dar la cifra de muertes por Covid-19 en el país, el Secretario de Educación se pregunta:

¿Por qué unos sobreviven la pandemia y otros no? En la mayoría de los casos, según nos ha informado la Secretaría de Salud, porque el virus, nuestro verdadero enemigo, SARS-CoV-2, se aprovecha de organismos enfermos de otras cosas o de personas en riesgo por la edad. ¿Y eso se puede prevenir? Sí, en el corto plazo, cuidando de nuestros mayores y evitando que la niñez y juventud sean portadores del contagio; por eso no podemos abrir las escuelas, pero debemos hacer un esfuerzo por mantener su aprendizaje pese al distanciamiento (...) En el mediano y largo plazo nos vamos a defender de la pandemia fortaleciendo nuestro sistema inmune con una sana nutrición, con ejercicio, higiene personal y limpieza al entorno, para lo cual incorporaremos, por instrucciones del presidente Andrés Manuel López Obrador, la asignatura Vida Saludable (CEPROPIE, 2020a).

Con lo anterior, se dejó en claro que fue COVID-19 lo que posibilitó la inclusión de la salud en la agenda educativa; segundo, la orientación discursiva que entiende a la salud como ausencia de enfermedad, por lo que se busca fortalecer al sistema inmune; lo cual se hará vía los tres elementos básicos del diseño: alimentación,

actividad física e higiene.

Para disipar dudas sobre el ciclo escolar 2020 - 2021, se abrió un espacio vespertino, que en la octava conferencia se dedicó a hablar de los cambios curriculares. Sobre vida saludable, el entonces Subsecretario de Educación Básica Marcos Bucio (después Secretario General del Instituto Mexicano del Seguro Social), señaló que la nueva materia sería el eje articulador de: educación socioemocional, formación cívica y ética, educación física, artes y conocimiento del medio/ciencias naturales, abordando tres principales temas. En “alimentación”, se señaló que el objetivo sería el de propiciar una reflexión sobre las cantidades de alimentos consumidos; en “higiene y limpieza” reflexionar sobre hábitos de limpieza personal y de los entornos; y en “actividad física” fomentar el deporte para la salud corporal, mental y la prevención de adicciones. María Teresa Meléndez, Directora General de Desarrollo Curricular, apuntó las metas de la nueva asignatura:

1. Combatir preventivamente la enfermedad, fortaleciendo el sistema inmune
2. Reducir el consumo de comida chatarra
3. Incrementar el consumo de productos naturales nacionales
4. Relacionar la alimentación escolar con la comunidad y sus productos
5. Activar físicamente a la población
6. Impulsar el deporte escolar (cuerpo sano)
7. Desarrollar emociones armónicas (mente sana)
8. Crear una cultura de higiene y limpieza personal, escolar y comunitaria

Se señaló que la primera de ellas (vista también como la meta general), se enfoca en el autocuidado y la conciencia de sí mismo; la segunda, tercera y cuarta corresponden al tema uno: “alimentación”; la cinco, seis y siete al tema tres: “actividad física”; y la ocho al tema dos: “higiene personal y limpieza del entorno”. En este punto con la meta general se debela el discurso detrás del diseño, prevenir fortaleciendo el sistema inmune (hospedero), por medio de acciones puntuales. Primero la alimentación con menos comida chatarra y más comida natural; segundo, actividad física como labor auxiliar a la primera; y tercero, la limpieza e higiene, como respuesta emergente a la epidemia. En estas, se logran distinguir

aproximaciones sociomédicas en palabras como nacional, comunidad y mente sana.

En su intervención el secretario señaló su interés en establecer relación con la Secretaría de Salud para: “generar un cambio en el estilo de vida de todo México, generar un cambio cultural que modifique nuestros hábitos negativos, nuestros patrones de consumo negativos”. Y al preguntarle sobre los materiales para la nueva asignatura señaló:

Tenemos ya terminado todo el material y durante el ciclo que empieza habrá impartición de la asignatura, en este caso como tiene mucho que ver con la situación que estamos viviendo esa asignatura se va a impartir también a través de diálogos, vamos a invitar a expertos para que nos hablen de todos estos temas que incluyen la vida saludable, higiene y limpieza, ejercicio y nutrición y todo lo que podríamos llamar mente saludable, donde está el arte y el desarrollo socioemocional (CEPROPIE, 2020b)

Hasta ese momento no se habían hecho visibles los principales actores del diseño de la nueva asignatura, pero se dejó ver la intención de involucrar al sector médico institucional, lo cual se oficializó el 28 de agosto de 2020, cuatro días después de iniciado el ciclo escolar, cuando SEP y SS firmaron el: “Acuerdo por el que se emite como acción extraordinaria ante la epidemia de COVID-19, y como una medida preventiva en beneficio de toda la población, la impartición de contenidos que fomenten y promuevan estilos de vida saludables” (2020). Los resultados del acuerdo y los principales actores involucrados se presentaron en la Conferencia de Prensa sobre COVID-19 del jueves 15 de octubre de 2020, en la que el Subsecretario de Prevención y Promoción de la Salud presentó a María Teresa Meléndez Irigoyen, Directora General de Desarrollo Curricular de la SEP y a Simón Barquera Cervera, Director del Centro de Investigación en Nutrición y Salud del Instituto Nacional de Salud Pública (INSP), como los responsables del diseño curricular.

Los contenidos temáticos fueron expuestos por Barquera, quien señaló el papel del sector salud vía el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), INSP y seis

instituciones más. Denominó como “única” a la nueva asignatura al unificar en una sola materia la “atención a la salud y los estilos de vida”, lo cual denota desde ese momento la orientación individual y de mercado, ya que al hablar desde la perspectiva de los “estilos de vida” se da una falsa idea de control supeditada al mercado y las elecciones que se hagan en el para ser saludables, pero sin reconocer condiciones estructurales más amplias y complejas. Además la orientación a la enfermedad es evidente, ya que como señala resulta “muy importante tener desde la perspectiva de la educación una respuesta que permita además generar muchas más posibilidades de prevención y control de la enfermedad” (Gobierno de la República, 2020c), lo cual se busca vía tres ejes temáticos que dijo se identificaron tras una revisión de lo hecho en otros países: actividad física; higiene y limpieza; y alimentación, este último eje principal de interés del presidente y área de investigación de Barquera, al cual dedicó mayor tiempo y señaló el cambio conceptual que se propone.

Por ejemplo, antes se hablaba de alimentación correcta, de cuál sería el plato del buen comer, pero no se habla de cuál es la función, no se habla de alimentación saludable y sostenible, no se tiene esta perspectiva, no sólo del bienestar individual, sino también del bienestar planetario (Ibid)

La propuesta de cambio conceptual en el eje busca acercarse más al enfoque sociomédico en el que “alimentación correcta” utilice como herramientas para su enseñanza la “dieta de la milpa” (sostenible, sustentable y asequible) y la “jarra del bien beber”³⁴; y “comer mal” se apoye de los sellos de advertencia en el etiquetado, que Barquera y su equipo impulsó con la reforma a la NOM 051³⁵. En el eje de actividad física señaló tres componentes: primero, aumentar la actividad física y no

³⁴ Tanto la “dieta de la milpa” como la “jarra del bien beber” son herramientas ya utilizadas en los libros de texto gratuitos, principalmente en primero, quinto y sexto año.

³⁵ La NOM 051 entró en vigor el 1 de octubre de 2020 y tendrá su última fase de implementación el 1 de octubre de 2025, y aunque “comer mal”, se abordaba de manera abstracta mediante conceptos como “densidad energética”, tampoco la identificación de “ingredientes críticos” como los señalados en la NOM 051 resulta algo más tangible; pero sí existen estudios que demuestran una “asociación emocional” desfavorable al uso de sellos de advertencia en niños de 6 a 12 años, en Brasil (Lima, 2019).

limitarla a la organizada al interior de la escuela, sino ejercitarla en todos los espacios y todos los momentos; segundo, disminuir el tiempo sedentario, lo cual atribuye “al uso de pantallas”; y tercero, aumentar las horas de sueño, puntos ya tratados en los libros de ciencias naturales. Refiriéndose al tercero de los ejes (higiene y limpieza), se segmenta en: higiene personal, limpieza en casa, limpieza en escuela, limpieza en entornos, y cuidado del ambiente (estos últimos cuatro con aproximaciones ambientales de lo que llama “salud planetaria”).

Para concluir, Barquera señaló que el aporte de la nueva materia es unificar los contenidos de salud de la malla curricular en una sola asignatura, lo cual se hará desde una “perspectiva del cuidado individual” y buscando la “prevención y control de la obesidad”. En la enunciación, la perspectiva sociomédica se hace presente, pero al ser parte del gran discurso medicalizado de la salud la dimensión individual y preventiva aún toman un papel importante. Además, cabe preguntarse si los contenidos ya contemplados en otras materias y que se señalan cambian de enfoque en la nueva asignatura, eventualmente saldrán de los planes, programas y libros, o si se buscará hacerlos compatibles y de qué manera.

En cuanto a la relación de la asignatura con el plan y programas de estudio, Meléndez Irigoyen señaló que *Vida Saludable* se encuentra inscrita en el *área de desarrollo personal y social*, y tiene como objetivo general desarrollar “estilos de vida saludable” a través de adquirir hábitos mediante la “toma de decisiones informada”. El enfoque se orienta en aprendizajes esperados con una orientación didáctica basada en: problemas cercanos al contexto y el trabajo por proyectos; jornadas de salud como campañas de limpieza y encuentros deportivos para el aprendizaje situado; análisis crítico de la publicidad comercial; planteando desafíos para estimular la formación de hábitos; y estimulando la reflexión sobre las dietas típicas de una región y su valor nutritivo. Cuenta con una carga horaria de un periodo lectivo a la semana, en primero y segundo, y de 1.5 periodos lectivos a la semana para el resto de los grados.

Temas y contenidos

Para profundizar en la parte temática, el 24 de noviembre de 2020 la Secretaría de Educación Pública convocó a profesoras y profesores de educación básica al “Seminario virtual de Vida Saludable para la educación básica” que tuvo como finalidad “dar a conocer los contenidos del área de la salud Vida Saludable, que se incorporará al plan y programas de estudio de Educación Básica”. En sus palabras de bienvenida, el Subsecretario de Educación Básica, señaló que si bien el detonante para incorporar la nueva asignatura había sido la emergencia sanitaria de Covid-19, los motivos de fondo estaban en los datos de morbilidad por diabetes e hipertensión en el país, y en la prevalencia de sobrepeso y obesidad, lo cual señaló, era consecuencia de los problemas de alimentación, por lo que con la nueva materia se busca un cambio progresivo de mentalidades, culturas y prácticas para modificar hábitos alimenticios con “un enfoque eminentemente formativo y preventivo”.

En su intervención, Marlenne Mendoza, Directora General de Gestión Educativa y Enfoque Territorial, señaló que la nueva asignatura se sustenta en el Marco Global de Habilidades Transferibles de la UNICEF enfocándose en “habilidades útiles para la vida” traducido en “capacidades” o modos de actuar, pensar y relacionar, las cuales son: el cuidado de sí y la empatía; el juicio ético respecto a hábitos alimentarios e higiene; la autoconciencia para estilos de vida activos; las decisiones sobre consumo de alimentos; y el pensamiento crítico. Desde las primeras formas en que se fue fraseando el problema hasta esta presentación, la ruta que se establece para entender y transmitir el enfoque de salud es clara: fortalecimiento del hospedero mediante acciones puntuales y específicas buscando un cambio de conductas y la adopción de “hábitos” individuales desde la perspectiva biomédica.

La orientación al cambio conductual individual guiado desde un saber específico se refleja en los aprendizajes esperados dirigidos al fomento de prácticas y hábitos preestablecidos, lo cual también se establece en el propósito general:

Que niñas, niños y adolescentes desarrollen estilos de vida saludable al adquirir hábitos de higiene y limpieza, de actividad física sistemática y de alimentación saludable y sostenible, a fin de que los promuevan en el entorno familiar y comunitario, para favorecer su bienestar físico, psicológico y social (SEP, 2020)

Con la cita anterior se puede señalar que la meta de crear hábitos y estilos de vida como principal fin de la nueva asignatura dan la idea de un falso autocontrol de la salud, que además se estructura desde el mercado y su oferta de “estilos de vida”. Analizado a la luz de las premisas biopolíticas se reconoce a la asignatura como un dispositivo de control de los cuerpos que buscan integrar a los niños a un orden artificial construido con prácticas preestablecidas desde un saber específico que establece lo “normal” o bueno y lo “patológico” o malo.

Para concluir su intervención, la directora reconoce que aún no se cuenta con materiales específicos y que tan sólo se hizo una selección de materiales ya disponibles que son acordes a la propuesta, que muchos de los contenidos ya forman parte de lo que se ve en otras asignaturas, y que vida saludable aún no se integra a los planes y programas de estudio y que únicamente se ha introducido como parte de los contenidos de Aprende en Casa II. Con esto, se ve que este no es un diseño tan novedoso, al recuperar temas y materiales preexistentes, ante lo cual se reconoce de manera implícita y explícita la concordancia de visiones en torno a la salud y su discurso, además se identifica una implementación a la par de su fase de diseño que se puede llamar piloto.

En el abordaje temático, para presentara el eje de “alimentación”, participó, nuevamente Simón Barquera, quien inició señalando como antecedentes del problema nutricio en el país, la dieta alta en azúcares, grasa y sal, la prevalencia de sobre peso y obesidad en adultos (76.85) y escolares (35.5%), que el 80% de las muertes en el país están relacionadas con la alimentación y el calentamiento global, y la relación positiva entre alimentación saludable y rendimiento académico, exhortando a terminar con el estigma en torno al sobrepeso y la obesidad tanto en las forma de

nombrarlo como en las causas que señaló están en el entorno y no en las decisiones individuales.

En la parte conceptual distingue a la alimentación como “proceso que tenemos a lo largo del ciclo de vida y todo lo que consumimos para mantenernos vivos (...) y empieza con la lactancia materna” de la nutrición como “fenómeno a nivel químico de la absorción de los elementos que vienen en los alimentos para permitirnos incorporarlos a nuestras células”. En su explicación entiende al “alimento” como matriz de nutrimentos que ha sido sustituido por productos ultra procesados.

Lo “nuevo en vida saludable” es primero considerar la relación alimentación saludable con “sostenibilidad”, o que ante un inminente crecimiento de la población mundial no hay planeta que aguante el patrón de consumo de alimentos que llevamos hasta ahora por lo que se requiere un impacto ambiental bajo, en el entendido de la relación salud humana y sostenibilidad ambiental. Segundo, punto refiere los elementos principales que busca “los niños dominen”: primero la importancia de la lactancia materna los primeros dos años de vida; segundo el consumo mayor dentro en una dieta de vegetales y frutas; tercero evitar el consumo de “comida chatarra”, que explica técnicamente según la clasificación NOVA³⁶ y el nuevo etiquetado frontal de advertencia; y cuarto el fomento de la “jarra del bien beber” en la que predomina el agua simple potable.

Para terminar su intervención, apunta a que, en resumen, se tendrán contenidos para elegir mejor qué comer, viendo los beneficios de la alimentación e hidratación saludable y sostenible, lo cual está basado en evidencia científica que mejorará la calidad de vida de generaciones presentes y futuras lo cual “se integra a una

³⁶ Sistema de clasificación de alimentos de acuerdo a su grado de procesamiento que consta de cuatro categorías: la primera son los alimentos sin procesar o mínimamente procesados los cuales han sido nada o muy poco transformados para su consumo; la segunda ingredientes culinarios procesados que se usan en combinación con los primeros para la preparación de alimentos (aceite, sal, azúcar, especias); la tercera alimentos procesados con un proceso de transformación menor y lista de ingredientes corta; y cuarto los ultra procesados que involucran procedimientos industriales complejos y una larga lista de ingredientes los cuales podrían ser llamados comida chatarra.

estrategia integral de prevención de enfermedades crónicas como la obesidad” connotando la perspectiva médica y preventiva del eje alimentario de vida saludable.

La perspectiva sociomédica es clara, por un lado se puntualiza el proceso nutrimental de la alimentación que se debe orientar al consumo de frutas, verduras y agua simple potable, nada que resulte novedoso a los contenidos anteriores, pero por el otro, se reconoce la dimensión social, ambiental y económica con las diferencias en los productos alimentarios, el reconocimiento del impacto que tiene el consumo, y la apuesta en el nuevo etiquetado para desincentivar el consumo de productos procesados.

El eje de “higiene y limpieza” fue presentado por Arlette Saavedra quien ha sido la encargada del componente de Salud Escolar y Escuelas Promotoras de la Salud y actual subdirectora de Competencia en Salud en la Dirección General de Promoción de la Salud de la Secretaría de Salud. Inicia presentando el panorama epidemiológico con las principales causas de mortalidad en México, que divide en: enfermedades crónicas no transmisibles, destacando la diabetes e hipertensión; y enfermedades transmisibles, sobresaliendo las infecciones respiratorias agudas, intestinales, de vías urinarias y órganos reproductivos; la segundas causas evitables con hábitos de higiene y limpieza. La perspectiva del eje se enfoca en la creación de hábitos a nivel personal, de la casa, la escuela y el entorno para disminuir los riesgos de contagio de enfermedades transmisibles.

Se entiende por higiene: al conjunto de prácticas y comportamientos orientados a mantener condiciones de salud, y a la limpieza como: eliminar de una superficie (manos, escritorios, tableros) los agentes patógenos o reducir considerablemente su concentración; abordando el eje en cuatro temas. El primero “higiene personal” se refiere al cuidado y limpieza del cuerpo y cada una de sus partes, que contribuyen en cierta medida a la prevención de enfermedades específicas, por ejemplo el lavado de manos para reducir enfermedades diarreicas y respiratorias, pelo y cabeza para la pediculosis, dientes para las caries, y otras medidas como el cambio

de ropa y calzado para “quitar contaminantes”, estornudo de etiqueta para evitar esparcir partículas, o uñas cortas para no guardar microorganismos. El segundo “limpieza en casa”, busca mantenerla en buenas condiciones para no convertirla en un “foco de contagio” de enfermedades para sus habitantes. El tercero “limpieza en escuela” plantea tenerla ordenada y limpia para aprender mejor y adquirir buenos hábitos. Y el cuarto “medio ambiente”, señala la importancia de mantener limpia el agua, el suelo y el aire como factores condicionantes de enfermedades y fauna nociva, propiciar el uso de bicicletas sobre el automóvil, el buen manejo de basura y el reciclado.

Estos elementos, reconoce Saavedra, ya se han visto, pero se organizan en la nueva asignatura como “caja de herramientas” para la prevención de infecciones. En este eje no se menciona un cambio de enfoque, la visión higiénico-preventivista no se oculta tras ninguna retórica, el eje dos considera de manera clara y explícita: microorganismo igual a enfermedad y por tanto a la pérdida de la salud desde la perspectiva biomédica más estricta.

El último eje de “actividad física” fue presentado por Gabriela Argumedo investigadora del Departamento de Actividad Física y Estilos de Vida Saludable del INSP quien comenzó señalando la importancia de esta para el fortalecimiento de huesos, músculos, sistema cardiovascular e inmunológico, mejora de la salud emocional y el bienestar social, la prevención de enfermedades transmisibles y no transmisibles, el cuidado del medio ambiente, la prevención de adicciones, el alargamiento de la vida y el favorecimiento del desempeño académico. En términos conceptuales diferencia a la actividad física vista como el mantenerse en movimiento para generar un gasto energético, del deporte entendido como un tipo de actividad física con reglas, estructura institucional y competencia, y del ejercicio el cual define como el tipo de actividad física cuyo fin es el acondicionamiento y la mejora de la capacidad de oxigenación, composición o elasticidad del cuerpo.

La propuesta se estructura desde el “Modelo de comportamientos relacionados al

movimiento en 24 horas” que considera a la actividad física, los momentos sedentarios y el sueño a lo largo del día, por lo que al reconocer los momentos de no movimiento necesarios, busca romper el ciclo de comportamientos sedentarios y reducir el tiempo frente a pantallas, al verlo como uno de los comportamientos sedentarios más peligrosos, los cuales en exceso afectan huesos, músculos, sistema cardiovascular, desarrollo cognitivo, sueño y fomenta ansiedad, estrés, sobrepeso, obesidad, diabetes tipo 2, algunos tipos de cáncer y muerte prematura. En cuanto al sueño destaca su importancia para el desarrollo, el sistema nervioso, inmunológico, la salud emocional, el bienestar social, la prevención de accidentes, enfermedades transmisibles y no transmisibles, así como el favorecimiento del desempeño académico, y llega a afirmar que: “si nosotros combinamos una vida activa con un horario o tiempo de sueño adecuado estamos generando un escudo protector contra COVID y contra otras infecciones muy poderoso” (SEP, 2020). En síntesis, se destaca la importancia de llevar una vida activa, dormir bien y evitar el sedentarismo, con recomendaciones específicas por grupo de edad, según información científica vigente y actualizada y también “como parte de la estrategia integral para la prevención de enfermedades crónicas como la obesidad”.

El cambio conceptual del eje es importante, al pasar de ver a la actividad física como vigorosa, a pensarla a lo largo del día para romper los tiempos sedentarios. Si bien el enfoque nuevamente se sustenta en la dimensión biocorporal del niño y el fortalecimiento de cuerpo como sistema biológico, existe un acercamiento a lo social y el reconocimiento de los patrones de la modernidad en la disminución del movimiento, pero siempre enfocado a la prevención de enfermedad.

Aunque se señala un cambio conceptual importante el discurso en el diseño temático de la nueva asignatura es el mismo que el de las ciencias naturales, con un componente biosistémico y una mirada hegemónica de la enfermedad sobre la salud que se refleja en la orientación a prevenir: enfermedades no transmisibles en el eje de alimentación; enfermedades transmisibles en el eje de higiene y limpieza; y sobrepeso en el eje de actividad física. Si bien existen un acercamiento al enfoque

sociomédico en el eje de alimentación, este no resulta tan significativo para el total de contenidos, y el señalamiento a no contar con materiales diseñados de manera específica y recuperar los ya existentes que se adaptan, refuerza la idea de una simulación de cambio en coyuntura epidémica, aunque en la retórica se diga novedoso.

La implementación

De acuerdo con Sabatier (1986), la fase de implementación de una política es el momento en el cual la teoría causal establecida, definida y diseñada se convierte en hechos concretos con alguno o varios de los instrumentos de política pública que se tienen. En términos generales se pueden encontrar dos principales enfoques para la implementación, uno de arriba hacia abajo (racional estricto), y otro de abajo hacia arriba (alternativo desde el lugar del problema), el enfoque clásico o tradicional es el primero, en el cual del centro tomador de decisiones se irradia hacia las periferias las definiciones, diseños e instrumentos de una política. En el caso analizado se apuntan a una agenda, definición, diseño e implementación bajo las características tradicionales en las que el centro tomador de decisiones ocupó el rol protagónico sin considerar a los lugares (escuelas) y los actores (profesores y alumnos) del problema y la implementación.

Al ser esta una implementación emergente (piloto) ante la coyuntura epidémica, la nueva asignatura se ha topado con más de un problema, primero al hacer la presentación oficial el 10 de agosto de 2020 el Secretario de Educación señaló que ya se tenía listo “todo el material” para la nueva materia, pero diez días después en el “seminario virtual de vida saludable para educación básica” la Directora General de Gestión Educativa y Enfoque Territorial señaló que aún no se cuenta con materiales específicos y que tan sólo se hizo una selección de materiales ya disponibles, y que vida saludable aún no se integra al plan y programas de estudio, por lo que únicamente se introdujeron como contenidos de “Aprende en Casa” II y III. Cabe recalcar que los materiales, planes de estudio particulares, mapas

curriculares u otro tipo de información no se encuentra disponible, y que los profesores de educación primaria de escuelas públicas sólo reseñan haber recibido materiales de apoyo como elementos de planeación no oficial sino desarrollado por particulares, y fichas de trabajo bajo el título “vivir saludablemente” desarrolladas en 2014 para las escuelas de tiempo completo.

Por tanto, en este apartado se dará un panorama de lo que se ha abarcado y cómo se ha abordado en “Vida Saludable” en “Aprende en Casa” II y III tras una revisión de momentos relevantes y aleatorios: su debut en el regreso a clases con las transmisiones del 25 y 28 de agosto de 2020, su inicio formal en formato clase el 7 de septiembre de 2020, para medio curso se revisaron las clases del 30 de noviembre y 4 de diciembre de 2020, para inicio del Aprende en Casa III, que es el periodo tras las vacaciones de fin de año, se revisaron las clase del 11 de enero de 2021 y para la parte final del ciclo escolar, las clases del 8 de marzo y 4 de junio de 2021. La selección de las clases revisadas se hizo con base en dos criterios: momentos relevantes y fechas aleatorias, que dan una idea general de la evolución, temas y enfoque tomado en la asignatura, con lo cual se abarca todo el año escolar, clases que tocan cada uno de los ejes (alimentación, actividad física e higiene), y se determina el número de emisiones a revisar por un criterio de saturación informativa.

De las clases seleccionadas se analizó primero su concordancia con lo establecido de manera oficial en cuanto a contenidos, y segundo, se vio el enfoque discursivo. Para este segundo punto y de manera complementaria, se utilizó como herramienta teórico/metodológica extra, parte del instrumento propuesto por Chapela (2010) (2013) para la evaluación de las prácticas de promoción de la salud (PS).

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 representa 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 (Chapela, 2013: 75)

Los dos ejes horizontales se encuentran vinculados entre sí, así como los dos ejes verticales, por lo cual, para simplificar el análisis (al no ser este apartado una revisión exhaustiva de la región epistemológica en la que se encuentra la implementación de *Vida Saludable* como práctica de PS) se utilizó únicamente el eje horizontal inferior (paradigma), y el eje vertical izquierdo (concepción del otro).

En cuanto al eje vertical izquierdo “concepción del otro” refiere la forma en que un agente o agencia lleva a cabo un programa específico y considera o mira a ese otro o población objetivo en razón de sí mismo. En este caso la SEP tomó el rol de agencia y los niños-estudiantes-audiencias el rol de “el otro”, por lo cual la SEP puede interpretar a esos niños (desde su concepción de sí) ya sea como clientes o como personas, es decir como un objeto o como un ser encarnado, independiente y agente de su propia vida. El eje horizontal inferior “paradigma”, habla del modo de conocer o ver el mundo, y a partir de lo cual se establece la manera de apropiárselo, en este caso se habla de la salud, es decir que se puede tomar un paradigma biomédico en el 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 la que se busque entender un todo tomando en cuenta a sus partes y sus diferentes actores. Cabe apuntar que no es una propuesta maniquea, ya que considera que en ambos ejes puede haber en el medio de los extremos una amplia cantidad de posibilidades, que además se completan y contrastan con los otros dos ejes.

Con lo anterior como punto de partida, se analizó en lo transmitido su concordancia con las tres vertientes generales de la asignatura, y el enfoque de salud desde la forma en que se mira al otro y el paradigma.

Aprende en Casa II y III - Vida Saludable

Con el regreso a clase a distancia en México la educación básica se apoyó en los libros de texto gratuitos, la labor que cada docente según sus características y recursos pudiera realizar, pero sobre todo tomó como base al medio de mayor penetración en los hogares mexicanos, la televisión, que para 2019 reportaba el INEGI la tenían el 92.5% de los hogares del país.

Las primeras tres semanas del ciclo escolar 2020-2021 fueron consideradas como de “reforzamiento”, en las cuales se transmitieron repeticiones de los programas del ciclo escolar anterior, pero desde la primera semana de transmisión, “vida saludable” hizo su debut. El 25 de agosto de 2020 comenzó transmisiones con una duración (al igual que las otras asignaturas) de treinta minutos, dos días a la semana con contenidos conjuntos por ciclo (primero y segundo; tercero y cuarto; y quinto y sexto).

La primera semana, se enfocó coyunturalmente en el virus del SARS-COV2 y la enfermedad que causa, en formato de conversatorio (preguntas y respuestas) sobre lo que es y las normas de convivencia para “no infectarse ni contagiarse”, las sesiones estuvieron conducidas por el Médico Cirujano Jorge Baruch Díaz, titular de la Clínica de Atención Preventiva del Viajero de la UNAM, e Isabel Villegas, infectóloga pediatra y Jefa de infectología y epidemiología clínica del Instituto Nacional de Perinatología. El abordaje se hizo desde el paradigma biomédico, en el cual la única persona autorizada para hablar sobre la salud y contestar las preguntas referentes es un médico, que con una visión microbiana o unicausal plantea medidas específicas e individuales ante la enfermedad, mirando a los niños como objetos o blancos pasivos, que sin reconocer sus diferencias, contextos o posibilidades buscan adopten conductas genéricas; pero ante la coyuntura epidémica y como respuesta emergente era de esperar.

Es a partir de la tercera semana que vida saludable adoptó el formato del resto de las clases, con un conductor, uno o dos profesores, y un abordaje de tema

específico, pero las primeras semanas denotan la falta de preparación y contenidos, ya que únicamente se toma una serie de cápsulas que ya se tenían para otros fines. El único contenido desarrollado para “Aprende en casa” y que será la única constante para esta y el resto de la asignatura es la cápsula inicial de “Ajololisto”, en que se presenta el lavado de manos correcto, y que desde un paradigma biomédico y una mira del niño como objeto pasivo busca un cambio de conducta individual al repite una y otra vez “lávate las manos constantemente para prevenir la enfermedad”.

Más avanzado el curso y el año escolar, se nota una importante mejora en los contenidos y la producción de “Vida Saludable”, en la que podemos encontrar cuatro elementos como constantes en las emisiones de las clases de los tres ciclos: primero la cápsula de “Ajololisto”; segundo, el “reto físico”, que busca hacer que los niños rompan con los tiempos sedentarios; tercero, el Diario de vida saludable, presentado en la clase del 25 de septiembre y que busca crear un registro de las acciones que se volverán rutinas y generarán “hábitos”; y cuarto, “Súper Yoliztli” (heroína identificada como defensor de la vida saludable y sus hábitos) y “Cocoliztli” (villana o antagonista que en náhuatl significa enfermedad), profesoras caracterizadas en las clases del primer ciclo.

Tras el periodo vacacional de fin de año las transmisiones tomaron el nombre de “Aprende en Casa III”, y las emisiones de vida saludable adaptaron parte de sus mensajes al: cambiar la cápsula de “Ajololisto” que entonces se llamó “buenas prácticas para seguir adelante” las cuales se invita a seguir para evitar contagiarse de COVID-19, y son: el uso de cubre bocas, la distancia de 1.5 metros entre personas, el lavado de manos y la desinfección de superficies; segundo, para reforzar el mensaje, el conductor y los profesores usan cubre bocas durante toda la emisión, mantienen distancia entre ellos y se saludan sin contacto; tercero, al final de la clase se propone un “reto” que consiste en aplicar de alguna manera lo visto. La pausa activa se sigue poniendo al final de esta y todas las clases.

En lo referentes a contenidos, de las emisiones revisadas el eje de alimentación fue el más tratado, y tomó dos principales sentidos, el primero el de lo sustentable y sostenible, por ejemplo, en las clases del 30 de noviembre de 2020 se retoma en el ciclo uno con la premisa de que los cambios sociales han desplazado la comida tradicional mexicana la cual es “saludable y nutritiva” al no ser procesada y utilizar ingredientes de temporada y de la región; en el ciclo dos se exponen las ventajas de contar con un espacio para el cultivo de vegetales, hierbas y hortaliza para el consumo personal y local, que implica producir más “natural, saludables y seguros” al evitar los procesos de cultivo masivo; y en el ciclo tres se habló de la “dieta de salud planetaria” resaltando que en todas las etapas de consumo de alimentos existe contaminación ya sea en su producción, transporte o refrigeración por lo que se exhorta al consumo local y justo con un mínimo de intermediarios.

En el mismo sentido la clase del ciclo tres del 4 de diciembre de 2020 habló de los alimentos modificados genéticamente señalando sus beneficios y problemas, terminando con una cápsula de Anabelle Bonvecchio, Directora de políticas y programas de nutrición del INSP, sobre la relación entre el consumo de bebidas azucaradas y la salud del planeta presentando como alternativa hábitos de consumo sustentables. En el mismo orden de ideas y para complementar las clases del 30 de noviembre, se presenta una cápsula de Simón Barquera sobre “comida chatarra” definiéndola como aquella que se hacen en fábricas, que hacen daño y a veces enferman, y se puede identificar por octágonos negros en su envoltura, exhortando a elegir productos sin octágonos o con la menor cantidad de ellos; y de Anabelle Bonvecchio, quien expone las relaciones de la salud personal y global en el proceso de producción, distribución y consumo de alimentos, invitando a consumir fresco y local, y evitar carnes rojas y ultra procesados, por la cantidad de gases generados en su producción, la contaminación de sus empaques y su relación con enfermedades como obesidad diabetes o presión alta.

Cuando se habla de alimentación desde lo sustentable y sostenible se exhorta al consumo local y a evitar los ultras procesados, señalando de manera reiterada que

una dieta con dichas características favorece la salud al evitar la enfermedad. En cuanto al enfoque, se reconoce la aproximación geo-regional e incluso cultural, sin embargo, el argumento central se sostiene en el paradigma bioambiental de las repercusiones geógenas³⁷ y médicas de la alimentación. En cuanto a la manera de mirar al otro es clara la perspectiva de *consumidores*, por lo que la forma de referirse a los niños-estudiantes-audiencias, es la de sujetos con aparente libertad de elección en el mercado, por lo cual sus decisiones de compra de productos alimentarios (potencialmente nocivos para ellos y el planeta) parecieran tan fáciles como el decir no lo adquiero u opto por la “opción saludable” sin tomar en cuenta a profundidad la compleja realidad económica, social y cultural.

El segundo sentido que tomó el eje alimentario fue el nutrimental, con un señalamiento al aporte sistémico de los alimentos y bebidas, y que se reflejó en clases como las del 4 de diciembre de 2020 que en el ciclo dos recomendó el consumo de frutas y verduras con vitaminas, potasio o ácido fólico para evitar enfermedades respiratorias en temporada de frío; las del 11 de enero de 2021 que invitaron a una alimentación variada que contenga todos los grupos y el consumo de agua simple; y en el ciclo tres se habló de la mala alimentación como una amenaza a la salud que puede provocar sobre peso y obesidad. En las clases del 4 de junio de 2021, se antagoniza entre lo “natural” y “procesado”, en el ciclo uno con opciones de refrigerios (frutas y semillas o frituras y pasteles); en el ciclo dos con opciones para la hidratación (agua simple potable o bebidas procesadas); y en el ciclo tres con fuentes de energía o carbohidratos, donde la “Doctora Queto”, una profesora personificada, da el mensaje: lo que se “compra en la tienda” son ultra procesados que se caracterizan por tener carbohidratos refinados que “elevan el azúcar y pueden causar diabetes”, por lo cual se invita a obtener energía por medio de alimentos naturales.

Aunque en el eje de alimentación en su vertiente nutrimental el paradigma trata de

³⁷ Entorno geográfico que contempla en menor medida lo social y determina el proceso salud-enfermedad (Arredondo, 1992).

abrirse al contemplar lo económico y una visión crítica hacia la publicidad y sus mensajes engañosos, la línea argumentativa se sustenta en la visión biomédica del aporte nutricional y función que los alimentos y bebidas juegan en los diferentes procesos biológicos, y el cómo los procesados y ultra procesados propician aumento de peso y enfermedades. En cuanto a la forma de mirar a los niños, son vistos también como consumidores que en el supuesto de la libertad y posibilidad de elección han resultado de manera incorrecta, apelando por tanto a la racionalidad bajo la premisa costo-efecto, al señalar los precios mayores de los procesados y de los gastos futuros que podrían representar si se presentan enfermedades.

El segundo eje más tratado fue el de *limpieza e higiene* el cual se avocó al sentido higiénico personal y de limpieza y cuidado del entorno. En cuanto al segundo, las clases del 4 de diciembre de 2020 lo abordan señalando que lo creado por el hombre ha perjudicado al entorno al producir contaminantes cuya exposición puede provocar la disminución de la capacidad respiratoria y enfermedades pulmonares, aconsejando: plantar árboles, usar menos el auto, evitar comprar productos con muchos empaques, o usar bolsas y recipientes reusables, con un énfasis en no compartir vasos ya que “reaccionamos de diferentes maneras a los microorganismos dependiendo de nuestro historial de enfermedades”. En cuanto al sentido higiénico, además de las cápsulas de ajololisto, otras como las transmitidas el 11 de enero de 2021 de Arlette Saavedra sobre las bacterias, hongos, virus y parásitos, u otra sobre el sistema inmunológico como forma de defensa ante infecciones provocadas por virus y bacterias, refuerzan la idea preventiva específica de las enfermedades sobre la salud, fomentando sólo acciones individuales como el lavado de dientes, manos, baño diario, limpieza de lugares y objetos bajo la premisa de limpiar lo visible pero también lo no visible para terminar con las “amenazas que no vemos”.

El sentido de cuidado ambiental se articula y hace compatible en algunas emisiones con el de salud planetaria del eje alimentario, pero aún así, en términos generales, el eje de limpieza e higiene no pretende otro paradigma que no sea el biomédico unicausal, en el que el único conocimiento útil para llegar a la salud es el de la

medicina al evitar microorganismos y prevenir la enfermedad y la forma de mirar a los niños es como un objeto que no tiene otra alternativa que adoptar o cambiar sus conductas según lo dictado desde el pensamiento médico hegemónico.

Por último, el eje menos tratado es el de actividad física, si bien se incluye primero el “reto físico” que después cambia a “pausa activa” y se incorpora en todas las materias, en las emisiones revisadas la clase en que se habla de ello son pocas, y siempre desde una visión sistémica de fortalecimiento del cuerpo, por ejemplo: en las clases del 4 de diciembre de 2020 se habla de ello con la cápsula de Gabriela Argumedo, quien refirió la importancia de mantenerse siempre activo para fortalecer huesos, músculos, sistema circulatorio y el cerebro, así como cuidar el medio ambiente al optar por caminar o usar bicicleta en los traslados. En las clases del 11 de enero de 2021, se invita a mantenerse en movimiento todo el día y todos los días para evitar el sedentarismo, factor de riesgo que causa enfermedades y obesidad, cuya solución se plantea en la realización de por lo menos 45 minutos de actividad física vigorosa, mensaje que se refuerza con la cápsula de Alejandra Jáuregui sobre el tiempo frente a pantallas y la importancia de disminuirlo. La clase del 8 de marzo de 2021 en el ciclo uno rescató juguetes tradicionales como alternativas de juego cuando no se puede salir.

Este último eje, también articula bajo el abanico de la salud planetaria, pero su principal argumento se sustenta en el paradigma biocorporal, en el que la actividad física sirve para el fortalecimiento del cuerpo ante la enfermedad, viendo al niño como ente pasivo que debe cambiar sus conductas. Pese a plantearse con una visión integral de las actividades a lo largo del día, las emisiones revisadas no logran transmitir dicho mensaje de manera contundente y articulada.

Para cerrar

El lanzamiento emergente y piloto de Vida Saludable como asignatura fue evidente, la falta de programas y materiales que orientaran de manera clara los contenidos

era notorio, pero con el paso del tiempo las transmisiones fueron mejorando, así como su producción y contenidos. Congruente con el momento epidémico, COVID-19 toma un papel central en la narrativa general de la asignatura que insistió en mensajes higiénico con la cápsula de lavado de manos, y preventivos específicos, con la distancia o el uso de cubre bocas, prácticas y mensajes comunes en todas las asignaturas.

Temáticamente las tres vertientes (alimentación, actividad física e higiene y limpieza) fueron las que orientaron las emisiones, dedicándose a hablar en cada clase de una, dos, o incluso en el repaso de las tres, buscando de manera específica el cambio de conductas hacia lo que llaman “hábitos de vida saludable”. La vertiente de higiene y limpieza sustenta su argumento desde la teoría microbiana de la etiología unicausal de la enfermedad; en actividad física el fortalecimiento del cuerpo orientó la narrativa que de igual manera buscó un cuerpo resistente a la enfermedad; y en cuanto a alimentación la perspectiva sostenible y nutrimental del bio-funcionamiento dominó.

De la mano de estas, se habla desde lo geo-regional, que con una vertiente cultural buscó el consumo local y el rescate de prácticas y alimentos de los mexicanos; lo ambiental, junto con lo económico, cuestionó el modelo de producción, distribución y consumo; en el eje productivo se señala el papel de la industria en el tipo de alimentos que ofrece y el reiterado énfasis en los sellos de advertencia de los ultra procesados y el papel de la publicidad; finalmente la perspectiva global y de salud planetaria es también una constante que se entrelaza con la reflexión del consumo, la actividad y el cuidado del entorno.

El discurso de vida saludable sigue siendo el hegemónico al igual que en ciencias naturales, en ambos casos la argumentación central se encuentra en el biofuncionamiento del cuerpo humano desde donde se dicta el *deber ser* en la salud y se sintetiza en la constante dicotomización entre el bien (médico) y el mal (no

médico)³⁸, la diferencia estriba en un mayor reconocimiento a la dimensiones culturales, económicas, productivas y ambientales, que colocan a la nueva asignatura más cercana al enfoque sociomédico. En el otro eje, el niño-estudiante-audiencia, al igual que en ciencias naturales, es visto como un receptor pasivo que no puede más que reaccionar de manera esperada cambiando sus conductas según lo dictado y anotado en su “diario de vida saludable”, la diferencia aquí estriba en que al poner un énfasis tan importante en la dimensión económica de mercados, se busca racionalizar en extremo a los niños desde su concepción como consumidor, por lo que deben priorizar su biofuncionamiento y pensar incluso el gasto a futuro que puede traer su decisión de compra y consumo.

Sí hay un cambio de enfoque, pero no de discurso, se reconoce la reflexión en torno al modelo de producción y su repercusión en la salud personal y global, la visión de salud planetaria, y la interrelación que se logra establecer en algunos momentos entre las tres vertientes, pero todo desde el argumento biofuncional³⁹, con una orientación hacia los hábitos o cambios de conductas individuales enfocados al fortalecimiento del cuerpo como hospedero susceptible a enfermar. Además, hay que señalar la economización de la salud en que caer, que desde el discurso de los “estilos de vida” se exhorta a un consumo saludable.

Consideraciones finales

En este capítulo se presentó en tiempo real el proceso de un instrumento de política pública coyuntural, por lo que más que dar respuestas definitivas, se buscó describir y explicar una realidad en curso con una óptica teórica de doble faz, la del ciclo de

³⁸ Personajes como *Súper Yoliztli* y *Cocoliztli*, la *Doctora Queno*, o *ajololisto* son ejemplos de la narrativa antagónica de los discursos que no pueden circular el uno con el otro, donde existe un sometimiento de aquello que se posiciona como lo verás (en este caso) desde el soporte médico institucional.

³⁹ Al igual que en las Ciencias Naturales el por qué y cómo alimentarse bien, mantenerse activos o tener hábitos de higiene o limpieza se argumenta principalmente desde la perspectiva biomédica tratando de racionalizar las decisiones según lo más “conveniente” biológicamente sin reflexionar o argumentar de manera amplia desde, por ejemplo, la *doxa* o campo social de acción que motiva un actuar, la realidad micro y macro económica que establece y determina patrones de consumo, o desde el amplio espectro psicológico de las conductas, por mencionar algunas.

la política pública y la del discurso en salud. Para cerrar el capítulo cabe hacer algunas observaciones derivadas de lo aquí expuesto.

Primero, es importante señalar que con el proceso exploratorio y de documentación que incluyeron conferencias de prensa, documentos oficiales y grabaciones y transcripciones de actos públicos, se encontró que el proceso que llevó la política se estructuró desde los parámetros más clásicos del ciclo, siendo el actor central el gobierno federal, al agendar, definir, diseñar, decidir e implementar el instrumento.

El problema identificado como la falta de formación en salud de los escolares de educación básica en el país, fue colocado en la agenda de manera institucional por parte del presidente y la SEP, quienes no consideraron suficiente ante la coyuntura epidémica los contenidos de Ciencias Naturales, el Programa Escuela y Salud y la Norma Oficial Mexicana 009 de Promoción de la Salud Escolar, con lo que ante el momento de oportunidad de un ciclo escolar en plena epidemia y una reforma al plan de estudios en curso, se agenda la inclusión de la nueva asignatura.

Al definir el problema, y al ser una respuesta coyuntural al momento epidémico, el componente “enfermedad” se colocó al centro, buscando prevenir, fortalecer al cuerpo y bajar la incidencia de las enfermedades de mayor prevalencia en el país asociadas con una mayor mortalidad por COVID-19, enfocándose en temas de higiene, alimentación y actividad física. En la enunciación, la postura de la SEP y sus funcionarios era más cercana al enfoque biomédico, por parte del presidente López Obrador se nota un interés en el eje alimentario con una perspectiva que desde lo social reconoce una incidencia diferencial de la enfermedad.

El diseño curricular y enfoque pedagógico queda a cargo de la SEP, y los contenidos y tratamiento temático son encargados al sector salud, donde el INSP toma un rol preponderante e inscribe un enfoque sociomédico principalmente en el eje relativo a alimentación. “Limpieza e higiene” no hace ningún cambio relevante, desde nociones individuales se decanta a la visión microbiana de la causalidad.

“Alimentación”, se aborda desde parámetros bionutrimientales, pero a la par, se presentan aproximaciones culturales, económicas y de sostenibilidad. “Actividad física”, en términos de diseño, es la que resulta más novedosa al plantearse desde la perspectiva de la “actividad a lo largo del día”, aunque superpuesta al eje alimentario y desde una visión biofísica de fortalecimiento del cuerpo. Las temáticas y discurso no son novedosos, pero sí se plantea un ligero cambio de enfoque.

La implementación y el diseño se hicieron de forma paralela, por lo que las primeras emisiones de “Vida Saludable” denotan la falta de directrices, algo que se va mejorando con el paso del tiempo y un diseño más establecido. Sin embargo, la asignatura aún no se integra al plan y programas de estudio, por lo que se le puede considerar piloto.

En cuanto al enfoque, el diseño e implementación resultan bastante coincidentes al estar centralizados, por lo que el eje de “higiene y limpieza” se concentran en la prevención desde el paradigma microbiano, “alimentación” se presenta en su vertiente bionutricional, pero también en la cultural, sustentable y económica, y “actividad física” es el eje menos tratado y no logra concretar el cambio de rumbo planteado en el diseño; todo entrecruzado desde la visión de la salud global. Por el otro lado, se pone un énfasis demasiado importante en la dimensión económica y los “estilos de vida”, que les otorga a los niños el lugar de “consumidores” a los cuales se busca racionalizar y responsabilizar de sus “malas elecciones” o “elecciones no saludables”.

Se sabe que al ser esto una respuesta emergente y una implementación piloto no es un diseño definitivo, ni siquiera se sabe si logrará incorporarse al plan y programas de estudio de manera definitiva, pero se reconoce la rápida respuesta, la mejora de producción y contenidos, la necesidad real de incluir una asignatura dedicada a la salud y la obvia obligación de hablar de COVID-19 desde la perspectiva preventiva en el momento epidémico; pero se advierte, que el discurso sigue siendo el hegemónico enfocándose al individuo y la enfermedad, pero ahora con algunas

orientaciones sociomédicas y posicionando al niño como consumidor.

CONCLUSIONES

El objeto primario de estudio que abordó esta investigación, fue el del discurso del poder y su materialización y circulación vía políticas públicas (PP). Como argumenté en esta comunicación, a diferencia de lo que se plantea desde la literatura clásica, las políticas públicas no son un terreno neutral que responda a la racionalidad y la mejor evidencia disponible, sino que son el reflejo y vía de circulación de diferentes discursos que desde el poder buscan establecer e imponer problemas y soluciones en la esfera pública y la vida cotidiana.

Al comenzar este trabajo, el primer foco de interés se centró en la repercusión que las políticas públicas y sus instrumentos tienen al entrar en contacto con la población, y es que una política no únicamente obtiene los resultados buscados de manera explícita, sino que, al orientar de cierta manera el tratamiento y resolución de un problema, se está también imponiendo sobre la población un discurso. En el capítulo dos de esta comunicación se planteó la pregunta de si había una única forma de entender y enfrentar un problema público y se contestó que no. Una política pública adopta una definición causal y una ruta de acción o diseño específico en detrimento de otros, lo cual estará determinado no sólo por su sustento técnico, sino también discursivo. Entonces sería ingenuo no pensar que la forma de frasear un problema y adoptar una solución no tendrá repercusiones en la manera en que la población expuesta a dicha política entiende al problema y su resolución. Incursionando en este lado del problema de las diferentes interpretaciones de los problemas y soluciones que se formulan a través de las PP, la investigación a la que se refirió esta comunicación, incursionó en la relación entre una política pública particular (la de promoción de la salud escolar) y el significado que le da la población a esa misma política.

De esta manera, el problema de la realidad y su pregunta derivada se estableció en la relación entre el discurso de las PP y la construcción de significado entre la población, tomando como premisa que lo explícitamente planteado, dicho o enseñado por determinada política, tendrán detrás contenidos discursivos que

desde el poder se erigen como “los verdaderos”, los cuales a nivel poblacional serán incorporados, asumidos y reproducidos de distintas maneras, e incluso frecuentemente, sin ser cuestionados. Para estudiar la relación entre una PP determinada y los significados que le da la población, se eligió una política particular en México, la de educación y promoción de la salud. Para iniciar, se estudió el discurso de la salud detrás de la política de educación y promoción de la salud en México con la orientación de la pregunta operativa:

¿CUÁLES SON LOS PRINCIPALES CONTENIDOS DISCURSIVOS DE LA POLÍTICA DE EDUCACIÓN PRIMARIA EN MATERIA DE SALUD EN MÉXICO?

Para comenzar a contestar dicha pregunta se tuvo que tomar una postura teórica y metodológica coherente. En el campo teórico, se comenzó por el discurso de la salud oficial, el cual fue analizado desde la perspectiva biopolítica clásica de Foucault. Desde esta postura se entiende al discurso como un dispositivo estratégico de las relaciones de poder, que en el campo de la salud se estructura desde la estrategia biopolítica de la medicalización, en la cual “salud” ha servido como “significado” único articulado a partir del “significante” universal de lo biológico, por lo que toda intervención “legítima” en el campo de la salud se tendrá que hacer desde el saber biomédico y su objeto de estudio. Lo anterior ha dado como resultado una forma específica de ver, entender y operacionalizar a la salud que desde el discurso oficial medicalizado se ha estructurado en dos enfoques generales, uno biomédico estricto en el que la única intervención e injerencia posible es desde el plano biocorporal, y el otro sociomédico, que reconoce que para mejorar la “biología humana” se puede incidir desde lo social. Desde esta segunda perspectiva, el actual discurso oficial es el de los “determinantes sociales de la salud” que ve en la vida cotidiana, las instituciones con las cuales se tiene contacto y las condiciones de vida en general, factores que explican socio-biologías humanas diferentes y, por tanto, ocurrencia diferente de la enfermedad en cuerpos biológicamente similares. Finalmente, desde una dimensión global, se ubicó en el discurso de la salud internacional y de la salud global, la vía de imposición del discurso hegemónico

desde el poder de organismos internacionales y asociaciones mundiales “filantrocapitalistas”, ya fuera creando escuelas de salud pública, dando recursos para proyectos específicos o imponiendo metas de salud global. Todo lo anterior son conclusiones generales al capítulo uno de las cuales no se quiso desprender otra definición o enfoque de salud, sino hacer notar cómo en el discurso oficial hegemónico posiciona al centro la dimensión biológica, haciendo de la salud un asunto corporal, individual y funcional; teniéndola como una pretensión homeostática y viendo a la enfermedad como la contraparte o aquello que rompe el equilibrio. Este discurso justifica que toda intervención (biológica, social, psicológica, económica o cultural) en nombre de la salud, se haga para mejorar o fortalecer el “capital humano” entendido como cuerpo biológico resistente a la enfermedad. Esa es una noción de salud del déficit, que únicamente busca evitar la enfermedad, sin dar lugar a la comprensión de la misma como parte del proceso vital humano.

El otro eje teórico de este trabajo fue el de las políticas públicas, con cuyo corpus teórico y analítico no pretendió romper este trabajo; por lo contrario, una de sus intenciones fue abonar a su estudio al poner sobre la mesa la centralidad que la definición de los problemas y los discursos que las enmarcan tienen sobre todo el proceso. La visión racional estricta de la PP, ya tiene muchos años que fue superada, siendo posiblemente, como se argumentó en el capítulo dos, los trabajos pioneros en el campo los de la racionalidad limitada de Simon y el incrementalismo de Lindblom (2007), los cuales se concentraron en el diseño de la PP, más no en sus múltiples interpretaciones. Pero considerar todavía antes del diseño a la definición, nos haría por lo menos conscientes de que nuestras soluciones supuestamente técnicas, racionales y neutrales no lo son, sino que son reflejo o resultado de un discurso que, desde el poder, busca establecer cierto dominio en el campo de interés de determinada política. Entender lo anterior en el contexto global nos obliga a pensar que los grandes discursos, sus políticas y soluciones, llegan de grandes centros hegemónicos que imponen con más o menos fuerza sobre los países, una ruta específica de acción. Para analizar lo anterior, el modelo de transferencia que se describe en el capítulo dos, posibilita ubicar el lugar de donde llegan

determinadas políticas y poner a la coerción como posibilidad presente en las mismas. El aporte a dicho modelo por parte de esta investigación es poner como centro del enfoque a los discursos, los cuales con sus mecanismos sutiles pero eficaces, logran coaccionar de manera indirecta a tomadores de decisiones, quienes en una aparente aceptación técnica-racional del problema y su solución según la “mejor evidencia internacional” aceptan una política y su discurso. Hacer visible al discurso y su dominio posibilita observar dichos mecanismos, sutiles pero poderosos, en el proceso de importación de políticas y sus discursos inscritos.

El análisis del discurso detrás de la política se hizo desde un enfoque histórico o de larga duración, partiendo de que ni la política ni sus discursos surgen de la nada, sino que son el resultado de procesos coyunturales y estructurales determinados por el pasado y que, a su vez, determinarán el futuro. Por lo que hoy una política y su discurso son resultado de las relaciones fundamentales que han orientado el funcionamiento social (estructura) y las condiciones articuladas que han caracterizado los diferentes momentos (coyuntura). Entonces, más que hablar de un evento o una política súper determinante, se expone la trayectoria discursiva en la política de educación y promoción de la salud que ha dado como resultado la actual intervención en materia de salud escolar. Con la perspectiva histórica, se presentó en el capítulo tres un relato explicativo del trayecto discursivo de la política de educación y promoción de la salud en las escuelas primarias en México a partir del análisis de su estructura y coyuntura con lo que se contestó a:

Pregunta Operativa Particular 1: ¿Cuáles han sido los elementos discursivos que históricamente ha considerado la política de educación primaria en materia de salud en México?

Debido a la centralidad que tienen las instituciones modernas como eje de este trabajo, se decidió comenzar el análisis histórico de la política educativa en salud en 1821 con el México independiente. El primer elemento discursivo que se encontró en la política educativa en materia de salud de las escuelas primarias en

México fue la inspección y segregación de cuerpos desde el saber médico, elemento que incorporó el sistema lancasteriano que llegó al país en 1822 de la mano del médico Manuel Cordoníu. Un segundo elemento relevante se añade durante la reforma, cuando de la mano del médico Gabino Barreda se incorporan los contenidos educativos en materia de salud. El tercer elemento relevante aparece durante el porfiriato, donde se considera a las escuelas como espacio físico y su infraestructura, y surge la figura del “médico inspector de higiene escolar”. En 50 años, entre 1822 y 1872, se sentaron los tres ejes básicos de incidencia en materia de salud escolar (inspección de alumnos, contenidos de salud e inspección de infraestructura) los cuales establecieron actores y saberes médicos desde el discurso hegemónico, y que continúan hasta nuestros días adaptándose según los avances científicos y la coyuntura.

Para contestar esta primera pregunta operativa he argumentado en esta comunicación que: desde el discurso biomédico hegemónico tres han sido los principales componentes de la política de salud escolar en México. El primero, el referente al control y segregación de cuerpos desde el saber médico que ausculta, clasifica y excluye. Segundo, el de la supervisión infraestructural, que establece los parámetros médicos-higiénicos para autorizar o no la labor educativa. Y, tercero, la educación, que, partiendo de parámetros higiénicos y profilácticos, hoy se enseña desde el argumento anatómico y funcional del cuerpo como parte de las ciencias naturales. Estos tres componentes, son los mismos que contempla el proyecto global de Escuelas Promotoras de la Salud al que México se adhirió desde la década de 1990, presentándose entonces como una ruta novedosa para enfrentar y resolver el problema en la salud escolar.

Pregunta Operativa Particular 2. ¿Cuáles son los elementos discursivos más relevantes de la actual política de intervención en materia de salud en las escuelas de México?

Esta pregunta se contestó en las dos primeras secciones del Capítulo Cuatro de la siguiente manera: 1. El actual programa de intervención en materia de salud escolar en el país es el Programa Escuela y Salud (PEyS) el cual deriva de la Iniciativa Global Escuelas Promotoras de la Salud de la OMS. Las intervenciones en materia de salud propuestas por la OMS, que a nivel poblacional contemplan incidir desde ámbitos no únicamente médicos sino también sociales, se articulan desde la perspectiva sociomédica del discurso hegemónico que ha tomado como herramienta genérica a la Promoción de la Salud (PS). 2. A pesar de posicionarse desde dicha visión de la salud, termina por reducirse a la premisa “prevenir enfermedad para crear salud, y crear salud para prevenir enfermedad”, lo cual propone lograr con ambientes escolares sanos, educación en salud y acceso a servicios. 3. Como ya se mencionó en párrafos anteriores en esta conclusión, son los mismos componentes que México había ido integrando a su política de salud en la escuela, pero que en esta ocasión se articulan desde la meta de la certificación, mecanismo de control y validación de las acciones médicas en el entorno escolar. 4. En la práctica, el actual programa contempla, primero, desarrollar competencias en los escolares de los determinantes de la salud, eje educativo que desde la perspectiva utilitaria y funcional de las “competencias”, se enfoca en actualizar guías y libros de texto. Segundo, modificación del “ambiente escolar”, lo cual se propone con el saneamiento y lineamientos de expedición de alimentos. Tercero, acceso de los escolares a servicios públicos de salud, que se logra mediante el proceso de detección-referencia-atención. Cuarto, inclusión regional de la “participación comunitaria”, reducida a “coordinación intersectorial”. Todo lo anterior busca tener como resultado una lista de criterios biomédicos que al cumplirse certifican la incorporación de una escuela al orden establecido desde el saber biomédico dominante.

Se concluye entonces que la perspectiva discursiva que orienta las acciones en materia de salud escolar a nivel internacional y nacional es la sociomédica, pero que en su diseño como programa específico se decanta a una visión biomédica más estricta, recuperando los elementos discursivos que históricamente ya se habían

trabajado en el país. Lo que podría ser novedoso estriba en la inclusión de la “participación comunitaria”, que, sin embargo, se reduce a la vinculación del sector educativo con el sector salud, lo cual ya se hacía desde el porfiriato, y en la inclusión del instrumento de validación de las acciones vía un dispositivo que, a la vez de vigilar el cumplimiento, reconoce al vigilado mediante una certificación.

Pregunta Operativa Particular 3. ¿Cuál fue el proceso de transferencia del discurso internacional de intervención en materia de salud dentro de las escuelas que se dio en México?

Esta pregunta que se contestó en la tercera sección del capítulo cuatro utilizando el enfoque de transferencia que puso al centro al discurso, concluyendo que fue el discurso sociomédico de la PS lo que se transfirió, con un reconocimiento en lo enunciado a la incidencia de sectores distintos al médico tradicional en la salud poblacional, lo cual se estructura en un plan de acción específico y una meta. Se ubica a un actor internacional (OMS y sus oficinas regionales) que fue el diseñador y transferente del programa, y un actor local (Secretaría de Salud dirigida por Julio Frenk y su equipo) vinculado al ente supranacional, como los principales actores transferentes. En cuanto al grado de libertad o coerción de la PP, se le sitúa en un punto intermedio, como una “coerción indirecta”, en la cual se presentan rasgos de libertad, pero también de coerción, lo cual puede interpretarse también como las formas sutiles de actuar del discurso y el poder. Por tratarse de un plan genérico, la transferencia del programa debe adaptarse al contexto local, por lo que el grado de transferencia corresponde a una “emulación”. Geográficamente, la latitud en que se encuentra el programa de origen se localiza en el plano internacional; y, temporalmente, México lo adopta de manera contemporánea. Por último, los obstáculos que enfrenta el proceso transferente no son de tipo discursivos, al ser compatible el discurso internacional con el nacional, sino de tipo técnico, donde lo institucional y legal sectorializa el programa, alejándose de su ámbito y espacio de implementación.

Se resalta aquí que el discurso sociomédico se asume en la enunciación, pero no se traduce igual en la ruta de acción diseñada, por lo que, pese a reconocer el enfoque discursivo, el proceso de traducción busca hacer de la escuela una extensión del centro de atención médica. La política que viene de la latitud internacional norte, encuentra total apertura con un actor doméstico que buscaba congratular y alinear al país al discurso hegemónico internacional, no por coacción directa, pero sí por un sometimiento del discurso que se erige como el único, verdadero y eficiente en el campo.

Pregunta Operativa Particular 4. ¿Cómo el discurso se refleja en los principales indicadores del PEyS?

La cuarta pregunta se contestó en la última sección del capítulo cuatro partiendo de un análisis estadístico descriptivo simple de los principales indicadores del componente de salud escolar que se ha reportado en el Sistema Nacional de Información en Salud desde su puesta en marcha en el año 2000 hasta 2018. Los principales hallazgos muestran primero dos grandes categorías de variables de las cuales se ha dado cuenta a lo largo de estos años con algunos cambios denominativos. La primera categoría es la referente al proceso de certificación que incluye las escuelas incorporadas al programa, las escuelas con bandera blanca y escuelas certificadas. Los cambios históricos que ha mostrado la variable indican un desinterés que el sexenio 2012-2018 tuvo sobre el programa, reduciendo su meta y el número de planteles incorporados y certificados. La segunda categoría es la del proceso de atención, que se refiere a las variables “detecciones”, “detectados”, “referidos” y “atendidos”, proceso que ocupa un mayor número de indicadores, ha sido reportado de manera ininterrumpida y, por tanto, se ubica como principal centro de interés del programa, y que una vez analizada, muestra que, de ser verídica la información, la morbilidad de las y los escolares es sorprendente. Como se muestra en el capítulo correspondiente en el análisis de ambas categorías se encontraron inconsistencias en los datos.

La respuesta a esta pregunta reafirma la perspectiva biomédica del programa, que, como se muestra en el capítulo, los indicadores de proceso y resultado hacen notar claramente el interés en el control de los cuerpos biológicos de los niños, haciendo de la escuela más que un espacio saludable, un sitio para el cribado, detección, referencia e intervención en el cuerpo de los escolares en nombre de la salud, dejando muy de lejos la perspectiva sociomédica, y queriendo hacer de las aulas el campo de los “cazadores de microbios”.

Pregunta Operativa Particular 5. ¿Cómo se ha dado el proceso de implementación del PEyS?

Esta pregunta fue contestada en la primera sección del capítulo cinco, donde se expuso el caso de la jurisdicción sanitaria Álvaro Obregón de la Ciudad de México. Al explorar el proceso de implementación, se halló que: bajo los preceptos de autonomía y descentralización, el programa se presenta sólo de manera general, por lo que cada nódulo de implementación (Jurisdicción Sanitaria o Centro de Salud) tiene “libertad de ejecución”, misma que resulta más bien de la interpretación local de las directrices generales. Dichas “libertades” dependen de los recursos, personal e intereses del equipo de salud escolar a lo que se supedita la implementación del programa. Aunque el programa se reporta de manera oficial a nivel centro de salud, la jurisdicción sanitaria puede absorber la función como en el caso descrito. Pese a que en el programa no existe la figura de “médico escolar”, en el caso presentado el responsable jurisdiccional del programa asume dicho rol, además, heredado de su padre. En este caso los ejes generales del programa se ejecutaron de la siguiente manera: “coordinación intersectorial” al ratificar que la cédula de registro al programa esté firmada por autoridades sanitarias y educativas; “educación para la salud” dando pláticas sobre la prevención de enfermedades específicas y poniendo a alumnos a hacer lo mismo; “acceso a los servicios de salud” al cribar, detectar y referir alumnos, y si se logra corroborar su atención; y “entornos favorables” al acreditar que el plantel cuenta con agua, sanitarios e instalaciones generales limpias.

Podemos afirmar que el proceso de implementación del PEyS es diferencial entre distintos sitios de ejecución. Cada lugar o equipo ejecuta los ejes del programa según su interpretación, intereses o recursos, siendo el eje más estricto el de acceso a servicios de salud, punto que ya se había encontrado era el foco principal de interés del programa a nivel de indicadores. El equipo de salud escolar está conformado y encabezado por personal médico del centro de salud o la jurisdicción sanitaria por lo que no es de sorprender que en el ejercicio de la “libertad” de interpretación el proceso de implementación se medicalice.

Pregunta Operativa Particular 6. ¿Cuáles son los principales elementos discursivos en los materiales educativos que se les presentan a los niños de educación primaria en México?

En términos escolares, además de la entrada del personal de salud a las aulas, también son importantes los temas de salud vistos como parte del programa de estudios, por lo que se realizó un análisis de sus principales elementos discursivos. El plan y programas de estudios 2017 y la edición 2019 de los libros de texto gratuito, abordan la salud en primero y segundo año en la asignatura “Conocimiento del medio” en el eje “mundo natural” y de tercero a sexto en “Ciencias Naturales” en el eje “sistemas del cuerpo humano”. En la sección correspondiente del capítulo cinco se presentaron a detalle los temas y la forma de abordarlos temáticamente, aquí cabe señalar que en primer año se introduce a la salud desde una perspectiva biomédica dentro del paradigma unicausal en que se enseña a prevenir la enfermedad al evitar microorganismos. En segundo año comienza a introducirse una perspectiva biofuncional que establece el cuidado del cuerpo y sus partes para un buen funcionamiento y, por tanto, la conservación de la “salud”. Para tercer año la mirada sistémica hace su aparición con una enseñanza estricta de la biología humana, sus aparatos, sistemas y el cuidado de los mismos para mantener la “salud”. En cuarto año, el énfasis se pone en los daños orgánicos derivados de un mal cuidado, no vacunarse o consumir sustancias tóxicas. En quinto año se aborda la perspectiva sistémica del cuerpo, pero se hace una importante pausa en donde

se destaca su relación con la dimensión social y cultural. Finalmente, en sexto año la mirada técnica más estricta impera en el tratamiento temático del sistema nervioso, inmunológico y la reproducción, poniendo a la salud como un asunto puramente biológico.

Para contestar a la pregunta operativa particular 6, he argumentado que los principales elementos son de orden biológico, anatómico, sistémico y funcional, enseñando a la salud desde la perspectiva corporal, señalando la forma en que se constituye el cuerpo humano, los daños que puede sufrir, los cuidados que se le deben dar y las medidas de fortalecimientos. Desde este parámetro la salud es el correcto funcionamiento de órganos, tejidos y sistemas, por lo que su contraparte es el fallo o funcionamiento incorrecto a lo cual se le llama enfermedad. Al abordar a la salud desde las ciencias naturales y el eje de sistemas del cuerpo humano los principales elementos discursivos que estructuran su enseñanza son de corte biofuncional, posicionando a la medicina como la institución preponderante en la búsqueda y construcción de capitales humanos funcionales al sistema.

Con la irrupción de COVID-19 se tuvo que agregar una pregunta particular para explorar sus consecuencias en el ámbito educativo: ¿Cuál fue la respuesta pública de la educación primaria en México ante COVID-19? Trascendente para este estudio, se contestó con el análisis de la incorporación de la nueva asignatura dedicada exclusivamente a la salud. Los principales hallazgos al respecto se estructuran en dos sentidos. El primero respecto al proceso de incorporación de la nueva asignatura como instrumento de política pública, que se argumenta en el capítulo seis se agendó, definió, diseñó e implementó de manera centralizada. El segundo, sobre el discurso que estructuró el instrumento, encontrando que en un contexto epidémico la enfermedad, su prevención y las morbilidades de mayor prevalencia en el país asociadas a una mayor mortalidad por COVID-19 tomaron un lugar central, en una estructura de tres ejes temáticos. El discurso hegemónico sigue siendo la principal guía, y el eje de higiene y limpieza se aborda desde la perspectiva biomédica y unicausal que busca prevenir enfermedades

infectocontagiosas; el eje alimentario, se sustenta desde parámetros bionutrientales, con miras a lo social, ambiental, económico y cultural; y la actividad física, se toma como ayuda accesoria al eje alimentario para prevenir el sobrepeso. En “Vida Saludable” existe una apertura a entender a la salud desde lo social, ambiental y cultural, sin embargo, la perspectiva de mercados toma un lugar central, en la que desde la convencional visión de los “estilos de vida” se ve a los niños como “consumidores” a los cuales se les responsabiliza de sus malas decisiones de consumo, y bajo el supuesto de la libre elección se les busca encauzar a un “consumo saludable” al brindarles información desde el conocimiento hegemónico.

La respuesta de la educación primaria en México ante Covid-19, inserta en la agenda la necesidad de incluir una asignatura dedicada exclusivamente a la salud que no esté supeditada a la enseñanza de la biología humana como en Ciencias Naturales, sin embargo, esta asignatura como respuesta coyuntural responde a la crisis epidémica y se enfoca en la enfermedad, aún no se incorpora de manera oficial al plan y programas de estudio, y pese a tener un enfoque más cercano a la perspectiva sociomédica, se estructura desde los “estilos de vida”, posicionado al niño como “consumidor” y buscando racionalizar sus decisiones en el supuesto de la libertad de elección.

Contestadas las preguntas particulares de esta investigación es posible contestar a la pregunta general “¿Cuáles son los principales contenidos discursivos de la política de educación primaria en materia de salud en México?” Desde 1821 hasta nuestros días el discurso que ha orientado la política ha sido el de la medicalización, que como estrategia biopolítica ha buscado regular los procesos biológicos de la población infantil desde las escuelas al encauzar a los niños desde tres ejes: inspección médica de cuerpos, inspección médica de espacios, y enseñanza de la salud desde parámetros biomédicos. Estos ejes, se han ido adaptando a la coyuntura de cada momento histórico y respondiendo a las condiciones y problemas que los han caracterizado. La actual política (PEyS) desconoció la trayectoria

acumulada en más de 150 años y transfirió un programa internacional sustentado en el enfoque sociomédico del discurso hegemónico en un proceso de coerción indirecta donde el dominio técnico del discurso se impuso de manera sutil. Dicho programa se estructura desde los mismos tres componentes que ya consideraba México, y tan sólo incorpora un mecanismo de control, supervisión, validación y reconocimiento de las acciones impuestas. La traducción, implementación y evaluación del programa en México se ha alejado del planteamiento sociomédico y se ha encasillado nuevamente en la visión biomédica. Con directrices genéricas que orientan a la prevención, la implementación queda a cargo de un equipo médico que ejecuta según sus recursos, intereses y formación, donde lo único que queda claro en hacer es tamizar, detectar, referir y atender. Lo anterior se refleja en los principales indicadores del programa que muestran que el principal interés de este se encuentra en detectar niños enfermos y validar la incorporación de las escuelas al discurso. En términos de contenidos, la salud lleva más de 60 años enseñándose desde las ciencias naturales donde se le considera como el correcto funcionamiento de sistemas, órganos y tejidos, y se instruye a su cuidado biológico. Con la actual crisis epidémica se propuso una nueva asignatura dedicada exclusivamente a la salud que abra los parámetros curriculares, pero la primera prueba de la asignatura “Vida saludable” se mostró incorporada a la visión de los “estilos de vida” en la que el niño es visto como consumidor y, según el supuesto de la libre elección, debe racionalizar sus elecciones según el saber hegemónico dictado en clase. De esa manera, se contestó a la pregunta general de esta investigación.

Como ya se ha mencionado y como ocurre en muchos proyectos de investigación formativos y no formativos, las preguntas operativas que orientaron esta investigación tuvieron que modificarse en el transcurso y desarrollo de la misma, tratando de hacerlas adecuadas frente a los muchos obstáculos de la realidad que impedían llevar a cabo el proyecto en los preceptos ideales, pero logrando, se considera, relevancia y pertinencia ante las limitaciones técnicas, operativas, de acceso y sanitarias con que se encontró.

En el desarrollo del proceso de investigación, se logró derivar de este un problema del conocimiento relevante sobre la forma en que la PP y su discurso han definido a la salud y una pregunta operativa que buscó identificar los principales contenidos discursivos de la política de educación primaria en materia de salud, lo que posibilita avanzar en lograr abordar el problema de la realidad. De dicho problema de la realidad se logró identificar el papel capital del discurso, el poder y la hegemonía que se esconde detrás del supuesto técnico y racional del diseño de la política pública y sus instrumentos, en que sus cursos de acción son tan sólo el reflejo práctico de una visión de los problemas y su solución. Y del problema del conocimiento, se señalaron los principales elementos que desde el discurso oficial e institucional han estructurado las acciones en materia de salud escolar en los último 200 años, los cuales con sus cambios y adaptaciones según la coyuntura han dictado el quehacer en salud escolar.

Lo anterior ha resultado en aportes al conocimiento. El primero en relación con el discurso dominante en salud, en el que se identificó que desde la visión medicalizada existen dos principales orientaciones, una biomédica estricta y otra sociomédica. Segundo, el abonar a la discusión del papel que el discurso juega en las políticas públicas, al reconocerlo, ponerlo al centro y no ocultarlo detrás una supuesta orientación técnica y racional. Tercero, identificar los tres principales elementos discursivos que en 200 años de políticas de educación y salud han estructurado las intervenciones desde el discurso hegemónico. Cuarto, el reconocimiento de esos tres mismos elementos en el actual programa de intervención en materia de salud escolar que pese a ser transferido del ámbito internacional tan sólo agrega un elemento de control y certificación. Y quinto, en términos de abordaje temático en las aulas, el mostrar la orientación biomédica estricta que la salud ha tenido al ser enseñada en las ciencias naturales como parte de las explicaciones sistémicas y funcionales del cuerpo, y la actual propuesta que plantea un abordaje sociomédico pero con una fuerte orientación a los mercados.

Al reflexionar sobre los resultados de esta investigación, se considera pertinente

develar el discurso detrás de las políticas públicas y hacer visible que al estructurar problemas y soluciones siempre hay intereses y visiones del mundo que no son estrictamente técnicas y racionales. Particularmente relevante es hacer esto en el campo de la salud y más cuando enfrentamos en términos globales y nacionales una pandemia y una epidemia que nos ha hecho cuestionar nuestra relación con el entorno, con los otros y la salud en general, haciendo cada vez más evidente que los problemas de salud no son asuntos estrictamente médicos, sino también sociales. En términos de política, se vio que la PP en salud no es una política menor y sectorial, sino mayor y transversal a todas las políticas.

Este trabajo de investigación, así como contestó algunas preguntas y abonó al campo de las políticas públicas en general y de las políticas de educación en salud en particular, también generó nuevas preguntas producto de sus resultados. Primero, en términos históricos, cabe preguntarse qué pasaba antes de 1821, por un lado, en el México prehispánico y la región mesoamericana donde existe evidencia de acciones colectivas en materia de salud en códigos e infraestructura urbana, y por el otro, en el México colonial en que se impuso una nueva voluntad de verdad en la región producto de uno de los más grandes epistemicidios. De cualquier manera, en ambos periodos existieron escuelas y acciones de salud en ellas las cuales sería importante explorar. Por otro lado, en el periodo histórico abordado, faltó preguntar en términos particulares y profundizar en las acciones encaminadas a grupos específicos, como el caso de las mujeres durante la Reforma, o las poblaciones indígenas, campesinas y agrarias durante el Cardenismo; poblaciones vulneradas que se buscó controlar desde el saber biomédico. Más recientemente un punto no abordado y del cual cabe preguntarse y profundizar es el que busca incidir en los entornos escolares desde la oferta alimentaria, con distintas iniciativas y reglamentos que regulan la venta de alimentos al interior de las escuelas. Finalmente, la gran pregunta en torno a la política de salud escolar y la construcción de significados que los niños tienen de la salud. Estas y otras, son preguntas y espacios de oportunidad que este trabajo deja abiertos.

Para finalizar, sólo cabe mencionar el reto epistemológico que representó el hacer compatible los supuestos teóricos de las políticas públicas y los de la perspectiva Foucaultiana del discurso, dos perspectivas aparentemente discordantes. Sin embargo, al analizar el problema desde la visión de la “historia de larga duración”, se pudo tomar como objeto de estudio a las políticas públicas y analizarlas desde los preceptos del discurso y el poder, con lo cual esta investigación presentó una comunicación que pretendió que las políticas vean y sean vistas desde el discurso que implícita o explícitamente las estructuran y hacen circular como acciones “eficientes”, “racionales” y “legítimas” de intervención pública.

ANEXO

EXPLORAR CÓMO SIGNIFICAN LA SALUD LOS NIÑOS: UNA PROPUESTA METODOLÓGICA

La relación entre el discurso hegemónico en salud que circula vía políticas públicas, pero también otros medios, y el significado de salud en la población, fue el primer problema de la realidad que orientó esta investigación, pero ante lo complejo que resultó indagar el discurso detrás de la política este trabajo se concentró en los principales contenidos discursivos de la política de educación primaria en México. Pero no se quiso terminar sin antes presentar una primera aproximación que observa la relación entre el discurso hegemónico develado en esta comunicación y el significado de salud en los niños.

Por tanto, en este anexo se presenta una propuesta metodológica para abordar de manera empírica el significado de salud en los niños. En la primera sección se aborda el principal supuesto metodológico donde, desde el interaccionismo simbólico, se parte de la construcción de significados en colectivo. El siguiente apartado, plantea al grupo focal como técnica para la construcción de discusiones colectiva que den como resultado el significado devenido del discurso. Para terminar, se presenta un ejercicio piloto que revela los principales elementos que un grupo de niños ha incorporado a su significado de salud, los cuales son concordantes con los presentados a lo largo de esta comunicación.

Punto de partida metodológico

En el capítulo uno se presentó el discurso dominante de la salud y algunas de sus perspectivas, se mencionó también que existen discursos alternativos frente al poder que buscan posicionarse fuera de la medicalización. Queda claro por tanto que no se pueden encontrar definiciones únicas, esencialistas o acabadas de algo que resulta tan amplio y de múltiples interpretaciones, pero si se pueden explorar los “significados” que las personas construyen a partir de una serie de interacciones

sociales que los configuran y reconfiguran en lo cotidiano. En el caso de los niños, un ejemplo de uno de muchos factores re-configurantes del significado de salud se ha encontrado en las escuelas, donde discurso sobre la salud circulan en forma de programas como el PEyS, y contenidos educativos como los de “Ciencias Naturales” o “Vida Saludable”. Pero no queda claro qué tanto el discurso de estas intervenciones se incorpora en los significados, entre otras razones porque no existen estudios al respecto. Por ello, resulta relevante indagar sobre ello.

Para abordar lo anterior, se propone hacerlo desde el “interaccionismo simbólico”, debido a que entre otras cosas, esta perspectiva parte de la falta de esencialismos o significados naturales o únicos en los objetos y reconoce que la manera de entender algo, y actuar en consecuencia, se da según la forma en la cual se entiende dentro un grupo y del momento en el que se despliega. Y es que, como señala Collins (1996) parafraseando a Garfinkel:

... los objetos del mundo están constituidos por lo que los vuelve definibles; son lo que significan para nosotros socialmente en virtud de la estructura simbólica que usamos para contabilizarlos ante otras personas” (Collins, 1996).

Por lo anterior, en el capítulo uno se hizo un especial hincapié en el discurso hegemónico como una forma específica de mirar al mundo, en este caso a la salud, en la que más allá de su realidad material u objetiva, obedece a una forma de poder, la cual no es ajena a las políticas y a sus formas de materialización. A su vez, en el capítulo tres y en el recorrido histórico de las políticas de educación y salud, se pudo observar cómo el discurso y el poder corresponden a una estructura simbólica social que los significan en lo cotidiano.

Lo anterior nos coloca metodológicamente ante una tradición microinteraccionista, en la que partimos de una “construcción social de la realidad”, como diría Luckmann, pero desde los postulados de Mead y Blumer. Mead (1982), plantea el surgimiento del yo a partir de la experiencia social; para él, el surgimiento del yo, el lenguaje y el grupo son condiciones primeras en la formación de la persona (*self*), y en un

tránsito del *play* (ser otro ante uno mismo) al *game* (adoptar otros papeles en un juego organizado), se llega al *otro generalizado* o al reconocimiento de la institución social que da sentido, a través de símbolos abstractos. Los trabajos de Mead recuperan el papel de los otros o el grupo en la conformación del *self* o la persona, es decir, de lo social en la raíz del surgimiento del individuo, con lo cual el autor hace un señalamiento de que no hay esencias de los sujetos o de las cosas, sino productos sociales. Derivado de estos trabajos, Blumer, discípulo de Meade, acuña la denominación de una rama del microinteraccionismo, el *interaccionismo simbólico*, el cual adopta un modelo situacional en el que establece que más allá de ver a la sociedad y a los significados de manera monolítica, se deben abordar como procesos y negociaciones de perspectivas en diferentes situaciones.

El modelo interaccionista reconoce que los significados no son entidades objetivas con una propia esencia, sino el resultado de situaciones, interacciones y perspectivas sociales. Para Blumer (1982), los grupos o sociedades existen fundamentalmente en su acción y dentro de ellos se da necesariamente una interacción entre sus miembros que constituye, en sí, el comportamiento humano; a dicho comportamiento se le va dando forma a partir de otorgarle *significado* a los objetos porque, como señala el autor, los mundos que existen para los seres humanos están conformados por objetos, los cuales define como “todo aquello que puede señalarse o a lo cual puede hacerse referencia” (Blumer, 1982: 8), y que pueden ser físicos, sociales o abstractos. Del significado que se les da a los objetos derivará la forma en que se actúa, se dispone o se habla de ellos, dicho de otro modo, del significado emana la forma en que se actúa.

Siguiendo lo anterior, Blumer (1982) establece las tres *premisas metodológicas* básicas del interaccionismo simbólico: la primera, señala que las personas orientan sus actos hacia las cosas según el significado que les asignen. Con esto, se intenta desacralizar los significados como algo único o estático, por lo cual, ante la variabilidad de significados, en cada situación de grupo las personas se comportan ante los objetos según la forma en que se les ha definido en dicha situación social.

La salud como un objeto abstracto tendrá entonces diferentes respuestas sociales e individuales según el significado atribuido en el grupo.

La segunda premisa señala que el significado de los objetos deriva de la interacción social que se establece con el grupo. Con esto, se intenta romper con el “esencialismo” y reconoce que no hay significados intrínsecos o naturales, y que tampoco el significado se reduce a una percepción psicológica de los objetos, sino que es el resultado de un proceso de interacción entre los individuos, a partir de lo cual la forma en que los otros actúan en relación con los objetos hará que una persona lo signifique y actúe dentro del grupo. En el caso de la salud, no se puede pensar por tanto que discurso medicalizado es el único, sino que se debe asumir que es el dominante en el grupo.

Por último, Blumer apunta que el proceso aplicativo de los significados es interpretativo, lo cual se da a partir de un proceso que identifica en un primer momento hacia dónde se encamina el objeto y su significado, y en un segundo momento, ese objeto se manipula o ajusta a situaciones concretas, por lo que los significados no son tomados de manera íntegra, sino que son adaptados a la realidad de las personas. En el caso de la salud sería ingenuo pensar que el discurso dominante no tuviera variante, por lo que desde la medicalización existen diferentes enfoques que se adaptan a situaciones concretas.

Por tanto y para no ser ingenuos, se reconoce que la escuela no es el único contexto mediador del significado de salud. Pero no hay que perder de vista la importancia que juega en la formación tanto académica como de subjetividades, y es que como señala Dubet y Martuccelli (1998), la escuela se han convertido en el espacio esencial en la vida infantil y en la cual ya no se reproducen sujetos a su imagen y semejanza, sino que se producen individuos desde las *experiencias*, ya que los niños socializan los aprendizajes de las aulas para ser “sujetos capaces de manejar sus experiencias”. Para Larrosa (2006), la experiencia es aquello “que me pasa” e impacta en mí y por lo cual tengo un cambio o transformación; pero eso “que me

pasa”, señala el autor, es externo, no pertenece a mí, es de “otro” por lo que hay una relación con el acontecimiento en el trato con los demás, posterior a lo cual hay un cambio de perspectiva.

Lo anterior podría llevarnos a una *intersignificación* que Rochex (2009), citado por Guzmán (2015), define como:

... la necesidad y el poder del sujeto de negociar entre el niño o adolescente y el alumno que coexisten en él y de significar lo que hace o proyecta en un dominio de su existencia a partir del sentido que toman sus actos dentro de otro dominio de la experiencia (Guzmán, 2015: 1034)

Para Rochex, el niño está ya dotado de recursos de interpretación al llegar a la institución escolar, por lo que al enfrentarse a las nuevas demandas escolares el estudiante, que no deja de ser niño o joven, negocia lo que “le pasa” con lo que ya le había pasado, confronta la nueva experiencia con experiencias anteriores las cuales no son necesariamente escolares sino que pueden ser familiares, recreativas, sociales, entre otras, con lo cual da significado al nuevo acontecimiento al confrontarlo con uno anterior. La intersignificación reconoce esquemas complementarios de significación, con lo cual no resultan apreciaciones únicas o desplazadas ya que al transitar por múltiples escenarios los niños construyen posturas o significados personales que adaptan, resisten o aceptan según lo anteriormente adquirido en otro espacio de socialización.

Cabe señalar que, con base en todo lo anterior, no se entenderá de manera lingüística al “significado” como una interpretación del objeto semiótico, sino que en términos interaccionistas simbólicos se le verá como una construcción compleja en el proceso interaccional, por lo cual el sentido que adquiera en el actuar de un grupo será uno de los significados derivados de la interacción en una situación específica.

Para Jacob (1987), el foco de atención metodológico del interaccionismo simbólico se coloca en el punto de vista de los sujetos en interacción. Por tanto, esta propuesta

se sitúa dentro del paradigma cualitativo y la tradición interaccionista simbólica, donde el abordaje empírico se plantea con “grupos focales” como técnica de recolección de datos. Si se parte de que individuo y sociedad son indisolubles y que como seres humanos vivimos en un entorno simbólico el cual es producido socialmente en la interacción, es que se considera la “situación de grupo” como el escenario idóneo para encontrar la estructura y el campo semántico del significado de salud.

En las prácticas sociales y su discurso hay necesariamente interacción, y establecido que los significados emanan de esas prácticas de interacción social, será a partir de “la confrontación previa de varios observadores internos, entre sí, y de estos con el observador externo” (Canales, 1995: 288) que emergerá un significado u orden común. Para canales (1995), el discurso y cualquier producción lingüística reflejan el “orden social” a partir de su estructura que incluye, jerarquiza y relacionan elementos, pero también excluye otros; al re-construir esa estructura es que se entiende el discurso y su orden.

Por tanto, para ubicar los elementos de un significado elaborados en un orden social específico es necesario construir una “situación de grupo” de algunos de los miembros involucrados y de este modo ubicar el orden semántico con sus elementos incluidos, reglas y jerarquía, así como los elementos excluidos.

Si el discurso social se halla diseminado en lo social mismo, el grupo de discusión equivaldrá a una situación discursiva, en cuyo proceso este discurso diseminado se reordena para el grupo (...) el grupo actúa así como retícula que fija y ordena, según criterios de pertinencia, el sentido social (Canales, 1995: 2090)

El grupo de discusión reunirá y ordenará elementos en torno al significado de salud y su discurso, que en la situación de grupo harán aparecer elementos diseminados que se re-ordenarán según los criterios del grupo, ya que en el mismo intercambio se reproducirá el significado y su sentido. Lo que se espera de un grupo focal es un consenso colectivo, en el que a partir de una relación dialógica emerja en el grupo

el campo semántico que les permita reordenar el sentido social según su propia situación.

Los Grupos Focales

El grupo focal ha sido denominado también como una entrevista grupal en la cual se busca conocer el sentir y pensar de los integrantes sobre un tema específico a través de la interacción. Esta técnica tiene sus orígenes en las décadas de 1920 y 1930, pero se popularizó a partir de la Segunda Guerra Mundial por la necesidad de ver los efectos que la propaganda tenía sobre las personas, siendo Lazarsfeld y Merton pioneros de estos trabajos.

Sin embargo, se le reconoce a Merton y Kendall el haber acuñado el concepto después de la publicación en 1946 de su artículo “The Focused interview” en *The American Journal Of Sociology*, en el que diferencian esta técnica de la entrevista convencional por: estar concentrada en un tema en específico; derivarse de un análisis de contenido; y concentrarse en experiencias subjetivas (Valles, 2014).

Para Hernández Sampieri las sesiones en profundidad o grupos de enfoque son “una especie de entrevistas grupales, las cuales consisten en reuniones de grupos pequeños o medianos (tres a diez personas), en las cuales los participantes conversan en torno a uno o varios temas en un ambiente relajado e informal, bajo la conducción de un especialista” (Hernández Sampieri, 2009: 425).

Son tres las principales características de los grupos focales: estar centrados en temas específicos, ser de naturaleza colectiva y fomentar el contraste de ideas por medio de la conversación. Si toda investigación se estructura alrededor de una pregunta explícita, los grupos focales de igual manera se centrarán en un tema específico. Para Martínez (2004), la técnica:

es focal porque focaliza su atención e interés en un tema específico de

estudio e investigación que le es propio, por estar cercano a su pensar y sentir; y es de “discusión” porque realiza su principal trabajo de búsqueda por medio de la interacción discursiva” (Martínez, 2004: 59).

Para el autor, la pregunta de investigación se cristaliza en dirigir la atención a un tema específico, el cual no busca entenderse a partir de universalidades u objetividades sino desde perspectivas personales de pensar y sentir que, a través de la interacción con los otros, logra descubrir una estructura de sentido consensual al interior del grupo.

Los grupos focales son, entonces, de naturaleza colectiva no sólo por reunir a más de dos personas, sino porque “los interlocutores desaparecen detrás de las (inter)locuciones” (Canales, 1995: 292); desde la perspectiva de Ibáñez (1992), existe una “forma-grupo” y una “forma-discusión”. La forma grupo, señala Margel , es la construcción ficticia del colectivo, el cual se crea de manera artificial con el propósito de producir una reflexión sobre un tema, su naturaleza efímera o no natural es prerrogativa de su ejecución, para evitar asimetrías existentes e interferencias en la producción de su habla. Es colectiva, entonces, ya que metodológicamente el nivel de análisis no serán los sujetos o el número de sujetos participantes sino el grupo y lo producido en él, es decir, el espacio colectivo creado para la discusión y producción del discurso social.

El grupo, más allá de sus participantes y del número de sus integrantes, es un espacio artificial creado para las opiniones, donde se reordena el discurso social diseminado a partir de la “forma-discusión” o la *conversación* como proceso de interacción social en la cual se generan opiniones que superan a los interlocutores. Para Canales:

Lo que puede haber de singular en un yo no interesa a la investigación sociológica: lo que buscamos por el contrario es trazar la topología de ese campo de convergencia imaginario en acoplamiento con el cual se constituye

el yo; dar cuenta de la constitución de ese campo de certeza ideológica
(Canales, 1995: 294)

Desde la perspectiva de Ibáñez, referido por Canales, los interlocutores en el grupo son sólo perspectivas distintas de una misma persona que, en el proceso conversacional, acuerda su habla al hablar de los otros o, en otras palabras, cambian su habla, pero también la de los otros al constituir un “campo de certeza ideológica” o una voluntad de verdad al interior del grupo desde la conversación.

De esta manera, los tres elementos involucrados en el grupo focal se ven cristalizados: primero, con la especificidad del tema derivado de la pregunta de investigación; segundo, con la naturaleza colectiva de la técnica como espacio artificial construido para recrear el discurso social en interacción; y tercero, con la conversación como principal mecanismo de re-construcción del campo de certeza semántica.

Es, por tanto, pertinente la utilización del grupo focal como técnica de investigación propuesta, ya que al estar buscando el significado de salud de los niños que se encuentran al final de su trayecto formativo en una escuela certificada como saludable, y partiendo de que es el significado un proceso complejo de construcción social en interacción, serán el grupo y la conversación los espacios de interacción colectiva que develen la estructura de certeza y sentido de un tema en particular (la salud) por medio del lenguaje.

La ejecución de los grupos focales

Para llevar a cabo una sesión de grupo focal se debe comenzar por determinar el número de integrantes y la selección de estos. Para Canales (1995), el tamaño del grupo y su selección son dos características que van de la mano. Según este autor y algunos otros (Hernández, 2009; Margel, 2001; Martínez, 2004), el número de integrantes debe oscilar entre cinco y diez miembros ya que, aunque dos personas

puede considerarse la “unidad mínima de interacción”, es a partir de cinco participantes que se facilita el desarrollo de una conversación con la suficiente pluralidad de voces para propiciar el contraste de opiniones, mientras que la participación de más de diez no posibilita un intercambio efectivo de ideas, además de dificultar la escucha.

Partiendo de este rango, los autores señalan que la cantidad definitiva de integrantes estará determinada por los atributos requeridos de los participantes, para asegurar una “heterogeneidad manejable” e inclusiva, con un equilibrio cualitativo entre las diferentes “relaciones o tipos sociales” de las distintas variables discursivas. Para la selección, se debe cumplir con la condición de: “un grupo seleccionado por canales descendentes, ya que a través de persona interpuesta se tenderá a aceptar el orden instituido; lo que se refleja en la aceptación de la “dominación” técnica” (Canales, 1995: 302),

La literatura sobre grupos focales hace también un hincapié en la “co-prestación”, lo cual se refiere a que, por un lado, los participantes producen un texto o darán su discurso al investigador a cambio de lo cual reciben una prestación, el no darla señalan, puede mermar la participación en el mismo.

Otro punto importante es el espacio físico en que se debe desarrollar el grupo focal, las recomendaciones apuntan a que debe tratarse de una locación neutral que no esté relacionada con los participantes, ya que el espacio resulta “inmediatamente significativo” como un encuadre que produce sentido. En cuanto a la disposición de los integrantes esta también tendrá un valor significativo, por lo que se recomienda circular para no marcar jerarquías y tener el mayor contacto visual posible entre ellos.

En cuanto a la duración y el número de sesiones, las recomendaciones de los autores mencionados señalan duraciones de entre una y dos horas, dependiendo del tema y la participación de los miembros, pero el tiempo que duren estará

determinado por el moderador o conductor del grupo el cual determinará el momento en que se han cubierto con suficiencia los temas, se ha creado una “fatiga discursiva” o se haya agotado o saturado el campo semántico.

Por último, es importante tomar en cuenta el método de registro de las sesiones, ya que es a partir de este que se podrá asentar de manera directa o sin intermediación el material para su posterior análisis. Canales (1995) señala que esto también objetiviza el material producido, generando un texto que puede ser útil para otro investigador. Un registro en video permite recoger el componente lingüístico, pero también kinésico y proxémico.

La guía temática propuesta es la siguiente:

A. Guía temática para grupos focales con niños de una escuela certificada como saludable

I. Presentación: características sociodemográficas y económicas

Presentación de los participantes: edad, año que cursa, grupo, lugar de residencia (delegación/municipio y colonia), ocupación de los padres/familiares con los que viven.

II. ¿Cómo represento la salud?

Proporcionarles material (hojas, lápices, plumones) y pedirles hacer un dibujo ¿qué es para mí la salud? Se puede acompañar de palabras, frases u oraciones que ayudes a contestar la pregunta.

III. Vida cotidiana y salud: abordaje general

Narración corta: lo que hice el día de ayer (o antes del covid) y cuáles de esas actividades tenían que ver con mi salud ¿Cómo fue tu día de ayer? ¿qué de lo me contaste tenía que ver con tu salud? (actividades cotidianas, qué como, a qué juego, lo que veo en la tele o internet, cómo me transporto) ¿Quién o quiénes en tu casa son responsables de la salud? ¿Podrías ponerme un ejemplo de lo que hace cada uno?

IV. Salud en la escuela: ¿Mi escuela es (era) saludable?

¿Qué tipo de cosas hacen que tu escuela sea o no saludable? (lluvia de ideas en que cada integrante mencione dos o tres elementos que hagan que su escuela sea

o no sea saludable) ¿Quién o quiénes en la escuela son responsables de la salud?
¿Podrían poner un ejemplo de lo que hacen?

V. Contenidos educativos

¿Qué recuerdan haber revisado con sus maestros y en sus libros de texto sobre salud? (Lluvia de ideas) ¿En qué materia o con qué libro vieron eso? Se puede proponer ir año por año: en primero (alimentación e higiene alimentaria), segundo (desarrollo, derecho a la salud, los sentidos y su cuidado), tercero (movimiento y riesgos ergonómicos, proceso bio-nutricional, nutrimentos y plato del bien comer), cuarto (sistemas sexuales e igualdad de derechos, vacunación, sustancias tóxicas), quinto (alimentación, nutrición y desórdenes alimenticios, consumo de sustancias, embarazo adolescente e higiene sexual) y sexto (prevención de accidentes e infecciones, vacunación y fortalecimiento del sistema inmunológico, embarazo e ITS) (temas generales que destaca el programa: alimentación, actividad física, saneamiento básico, higiene personal, salud bucal, vacunación, adicciones, violencia, derechos sexuales y reproductivos).

También considerar vida saludable y sus tres principales ejes (alimentación, limpieza e higiene y actividad física)

VI. Entornos y alimentación

Hablemos ahora de la escuela, pero como el lugar o el edificio ¿Qué opinan de ella? ¿Qué les gusta y qué no les gusta de su escuela como lugar? De lo que me han dicho ¿Qué y cómo se relaciona con la salud? (oferta alimentaria, disposición de agua para el aseo personal y el consumo humano, manejo de basura, limpieza del plantel, aulas y sanitarios, actividad física, acceso físico) ¿Cómo lugar ustedes creen que su escuela pueda ser llamada saludable?

VII. Acceso a servicios médicos

Cuando están enfermos ¿Cómo se curan (dónde, con quién, público o privado, autoatención)? ¿Cada cuánto van al médico y por qué van? ¿Cuándo fue la última vez que fueron al médico y por qué fueron?

¿Hay alguna relación entre el médico y su escuela? ¿Cuándo fue la última vez que vino el médico/enfermera/odontólogo/nutriólogo a su escuela y qué hizo?

Para terminar, ¿Ustedes saben lo que es la Cartilla Nacional de Salud (CNS)/Cartilla de vacunación? ¿Quién me lo puede decir? ¿Quién aquí tiene CNS y quién aquí sabe si tiene todas sus vacunas?

VIII. Participación comunitaria

¿Cómo se relaciona la escuela con otras personas, espacios o instituciones de su comunidad? (Identificar instituciones o personas y pedir ejemplos) y ¿Cómo se relaciona su casa y su familia con la escuela? ¿Cuáles de esas relaciones tienen que ver con el cuidado de su salud y qué ejemplo me pueden dar?

IX. Para concluir qué podríamos decir que es la salud

Lluvia de ideas, construcción colaborativa de un concepto.

El primer apartado aborda características sociodemográficas; el segundo busca una primera aproximación al significado sin una interacción previa; el tercero aborda de manera indirecta a la salud; el cuarto busca insertar la dimensión escuela en la discusión; el quinto, sexto, séptimo y octavo aborda cada una de las dimensiones del PEyS; y el noveno establece un cierre. La guía ya fue modificada tras un ejercicio piloto y se explicará a detalle más adelante.

En cuanto al plan de análisis de los datos, debido a la naturaleza de los métodos cualitativos no es posible preestablecer reglas de análisis previas a la recolección de la información empírica (Margel, 2001) (Margel, 2001) pero sí se puede señalar en términos generales la ruta a seguir para esta fase.

Al ser el material con el cual se trabaja con esta técnica de investigación un texto, el primer paso es la transcripción literal del material, una vez que se tenga esta se pasa a una codificación temática la cual parte de los ocho apartados de la guía, poniendo especial interés en las cuatro grandes dimensiones del programa (contenidos, entornos, acceso a servicios médicos y participación comunitaria), posteriormente se realiza una “codificación en fino” (Castro, 2000) en la cual se busca de manera inductiva códigos específicos que no son posibles de determinar por adelantado y que se utilizan para clasificar la información. La “codificación en fino” es, en buena medida, el trabajo de la investigación cualitativa con la cual se identifica el discurso del grupo a partir de sus órdenes semánticos y jerarquía, así como sus elementos incluidos y excluidos. Ya identificados dichos códigos, se definen y agrupan para su análisis final.

Primera aproximación: un piloto en tiempos de COVID-19

Para corroborar la idoneidad del instrumento o guía temática y hacer los ajustes pertinentes, se realizó el 10 de agosto de 2020 un grupo focal piloto que aportó

algunos primeros datos sobre la noción de salud en los niños. Se decidió realizar este ejercicio para poner a prueba el instrumento ante la imposibilidad de llevar a cabo el procedimiento diseñado debido al confinamiento impuesto por la epidemia de COVID-19. Pero cabe aclarar que se trató simplemente de un ejercicio exploratorio, puesto que no se satisfacían todos los supuestos metodológicos establecidos en el proyecto.

Los participantes del grupo eran alumnos de la *Escuela de Periodismo para Niños y Niñas*⁴⁰, los cuales por interés propio o de sus padres a participar en la invitación abierta en el “Conversatorio - Taller salud y nutrición”, que se dedicó en su primera parte a la realización del grupo focal y, en la segunda, a un taller sobre salud y nutrición, el cual les fue proporcionado como co-prestación para estimular su colaboración. El grupo estuvo conformado por cinco participantes, con lo cual se cumplió con el tamaño mínimo sugerido, estuvieron: Luis (10 años, San Cristóbal de las Casas Chiapas), José (12 años, Yucatán), Margarita (9 años, León Guanajuato), Anabel (8 años, Ciudad de México), y Juan (7 años, Ciudad de México). Los nombres de los participantes fueron cambiados y, antes de comenzar, se explicó en qué consistía el ejercicio y se pidió autorización a los menores y sus padres para participar y grabar la sesión.

Aunque el momento epidémico del país impedía la reunión presencial de las personas, ya existe un camino metodológico para la adaptación de las técnicas de investigación social al entorno digital trazado desde mediados de la década de 1990, la cual se aprovechó con la apropiación tecnológica y digital por parte de los niños que habían transitado hacia clases y cursos vía internet. Así, se optó por adoptar dichos métodos digitales para la investigación entendidos como “el uso de la tecnología digital y en línea para recolectar y analizar datos de investigación” (Snee, 2016: 20) y que pese a ser utilizados principalmente para abordar fenómenos en

⁴⁰La escuela de Periodismo para Niños y Niñas es un proyecto de formación inicial en periodismo y alfabetización digital dirigido a niños de ocho a doce años y cuyos organizadores facilitaron el contacto con los infantes y sus padres.

línea como la *interacción online* y el análisis del *big data*, también se utilizan como un suplemento o extensión de los métodos tradicionales. De esta forma, se realizó el *grupo focal en línea* en la plataforma *zoom*, con una duración (sin considerar el taller) de una hora y media.

El primer apartado de la guía tiene como objetivo recabar datos sociodemográficos de los participantes, así como “romper el hielo”; e iniciar la interacción con una presentación general de los niños y niñas, en la que además de su edad y lugar de residencia también mencionen su año escolar o grupo y la ocupación de sus padres. José había concluido el sexto año de primaria; Luis y Margarita el quinto año; Anabel el tercer año; y Juan el segundo; el padre de Luis es repartidor; el papá de José maestro de computación y su mamá psicóloga; la mamá de Juan también es psicóloga; y la mamá de Margarita es maestra de artes gráficas, su papá trabaja en una fábrica; mientras que ambos padres de Anabel son ingenieros; la educación superior es un común denominador de todos los padres a excepción de los padres de Luis.

El segundo apartado de la guía (*¿cómo represento la salud?*) busca detonar la discusión y diferenciar las apreciaciones particulares de las colectivas. En este contexto, se pidió a los padres proporcionar a los niños material de trabajo (hojas, lápices, plumones) para realizar un dibujo, que algunos acompañaron de un texto, que contestó a la pregunta: ¿Qué es para mí la salud? Lo cual explicaron y discutieron después de manera colectiva. Con lo anterior, se permitió ubicar en lo particular algunos elementos comunes sin la mediación de una interacción previa, con lo cual se dio comienzo a la construcción colectiva del concepto, al ubicar dentro del grupo de participantes un campo semántico común con expresiones del tipo: “como ya habían explicado”.

Las primeras categorías comunes en los dibujos y en las explicaciones de los niños y niñas fueron: “comer bien”, que los cinco participantes calificaron y destacaron de manera central con representaciones principalmente de verduras y frutas, y que a

su juicio deben incluir en su dieta para ser “saludables”. La segunda categoría más mencionada, por cuatro de los cinco participantes, fue “hacer ejercicio”, descrita y representada por los niños y niñas mediante imágenes de levantamiento de pesas, de carreras o de la práctica del yoga. En cuanto al tiempo sedentario, tres de los participantes mencionaron el “dormir bien”, sin asociarlo con la cantidad de tiempo.

La “enfermedad” como categoría fue rescatada por tres de los cinco niños, José dibujó un coronavirus y escribió y leyó: “mantener alejados a los virus y bacterias (...) para ello tomar los medicamentos”, Anabel dijo: “como dicen en la tele: quédate en casa y no salgas con el coronavirus”, y en una pequeña redacción de Margarita, incluida en su dibujo, leyó: “yo entiendo como salud no tener ninguna enfermedad”. Únicamente Anabel mencionó en este punto la “higiene”, poniendo como ejemplo el lavado de verduras.

El tercer apartado (*vida cotidiana y salud*) pretende abordar de manera indirecta el concepto de salud, al solicitarles un breve recuento o reconstrucción de un día cualquiera, el día anterior específicamente, con lo cual se pretende obtener un panorama general de las actividades cotidianas de los niños (alimentación, transporte, escuela, actividades extracurriculares, deportes, entretenimiento, consumo mediático, higiene) y la forma como ellos identifican o relacionan dichas acciones con la salud.

En el ejercicio piloto, se observó que este apartado sirvió para identificar nuevas categorías o reforzar las ya señaladas, mediante la narración de un día cualquiera antes del Covid-19. Margarita empezó a hacer el recuento de su día y durante la narración se percató de la existencia de una categoría que no había incluido en su dibujo, por lo que la integra a su campo semántico dentro de la discusión colectiva, el “hacer ejercicio”; le sucede al contar su día, y al narrar la hora del recreo y sus clases de educación física, lo externa diciendo: “yo creo que entonces para mí hacer ejercicio también es salud, porque te mantiene en forma”; también habló del sueño y de la higiene, de la educación y la recreación, pero a pregunta directa sólo

identificó como actividades que tienen que ver con su salud en un día cualquiera el comer verduras, hacer ejercicio y tomar agua. Anabel, fue más congruente con su postura higiénica inicial, señalando el baño y el lavado de dientes como las actividades relacionadas con la salud en su día, y lo reforzó con expresiones como “pues tallarte bien” o “tienes mugre y te tienes que bañar”.

En este mismo apartado se pide a los participantes identificar al responsable de la salud en casa: todos ubicaron en esta categoría de “cuidado” a sus padres o abuelos; por ejemplo, Luis señaló que su papá y su abuela lo quieren y le dan de comer, enseguida enseñó a la cámara un plato de sopa y una tostada, Margarita señala a su papá, porque la lleva a clases de natación, pero también a su abuela porque la cuida y le da de comer cuando su mamá trabaja. Por su parte, José dijo:

 Mi mamá, mi papá y yo también soy responsable de mi propia salud, porque pues mi papá es quien trabaja para conseguir dinero, mi mamá es quien cocina todos los alimentos, pero yo soy quien decide como cuidar mi salud y con que amigos estar (José, 12 años, Yucatán)

José es el participante de mayor edad, identifica al “dinero” y al “autocuidado” como categorías relacionadas con la salud, el resto de los participantes se mantuvieron adheridos a la categoría comida e incluyeron el “cuidado”, relacionando al núcleo familiar de padres y abuelos como los principales cuidadores y, por tanto, responsables de la salud.

El cuarto apartado (salud en la escuela) tiene por objetivo introducir el tema central del trabajo de manera general a partir de la identificación de la escuela como “espacio saludable”, para lo cual se buscan recabar los conceptos principales y antagónicos que le permitan identificar a los alumnos si su escuela es saludable o no; e identificar a los responsables de la salud en la escuela (profesores, alumnos, directivos, padres de familia, etcétera), así como las actividades que se realizan en su interior.

En el ejercicio piloto, se les pidió a los alumnos que visualizaran su escuela y determinaran si es o no saludable y por qué. Las dos grandes categorías que emergieron fueron “comida”, refiriéndose a la oferta alimentaria del plantel, y “actividad física”, correspondiente a sus clases de educación física. Anabel comenzó diciendo: “pues mi escuela tenía un poco de comida chatarra, sólo tenía dulces, por un lado, y tacos, por el otro”; Margarita señaló que su escuela no es saludable porque frente a ella “tenemos una tienda y ahí venden muchos churros”; para José su escuela tampoco es saludable porque “por parte de la comida que muchos estaban mencionando, pues yo diría que no tanto porque en realidad estaba 50-50 la comida saludable junto con la no saludable”.

En cambio, para Juan su escuela sí es saludable por el tipo de alimentos que se ofrecen y porque “había mucha agua”; Luis también señaló que su escuela es saludable “porque literalmente no vendían absolutamente nada, tampoco dejaban que trajéramos cosas como dulces, chucherías o cosas compradas”. Desde la perspectiva de los participantes lo que hace saludable o no a su escuela es la oferta alimentaria, la cual se determina a partir del antagonismo entre lo que los participantes identifican como “natural” o “preparado en casa” como saludable y lo “artificial”, como “dulces”, “frituras” o lo que Anabel llama “comida chatarra”, como lo no saludable.

En el caso de la “actividad física”, Juan es el primero en señalarla como atributo de una escuela saludable; enseguida José señaló que no realizarla o la ausencia de clases de educación física es la principal característica que hacía a su escuela no saludable; Margarita, que había señalado que su escuela no era saludable, señaló: “en otra parte es saludable porque hacemos ejercicio en educación física, como dijo José, que nada más le daban una clase por semana, pero a mi me daban dos”, con este tipo de señalamientos también se va construyendo el campo semántico colectivo en torno al concepto de salud, y la contraposición de tener o no tener clase de educación física como atributo pertinente en la concepción de una escuela como

saludable.

A partir del quinto apartado de la Guía se aborda cada una de las dimensiones que comprende el Programa Escuela y Salud, comenzando con los contenidos educativos que, en términos técnicos, se reduce a las guías pedagógicas. En este punto, se les pregunta a los alumnos acerca de lo que recuerdan haber aprendido sobre salud en su trayecto formativo, preferentemente sobre lo recibido año por año y particularmente en los contenidos de Ciencias Naturales y Vida Saludable.

La prueba piloto mostró que los contenidos de salud resultan poco significativos para los niños, únicamente Margarita lo asoció con Ciencias Naturales e incluso describió ampliamente lo visto en el año que recién había terminado, y mencionó: “pues en Ciencias Naturales es casi donde vimos todo de la salud, del cuerpo, aprendimos del aparato reproductor, y vimos que las vacunas eran importantes”, salió de cuadro y fue a buscar un folleto que realizó como tarea escolar titulado “acciones para favorecer la salud”, el cual señala que para cuidar que los órganos no se dañen o enfermen se tenía que dormir ocho horas, consumir cereales y leguminosas, y hacer ejercicio, entre otras.

José dijo: “a veces si me enseñaban, pero era algo como el plato del buen comer y la jarra del buen beber”; Luis dijo: “no recuerdo que me hayan enseñado de eso”; Anabel también lo dijo: “no me enseñaron nada de eso”; y Juan señaló: “yo he aprendido a hacer limpieza”. Sólo Margarita recordó con amplitud lo visto en clase, vinculándolo a Ciencias Naturales, además incluyó la categoría “vacunas”; José lo asoció con la categoría “comida” pero sin profundizar en el tema; Juan mencionó la categoría “higiene” identificado como limpieza, pero sin abundar en el tema; Luis y Anabel no recordaron haber visto nada de salud.

El segundo elemento del Programa Escuela y Salud se aborda en el punto seis (entornos y alimentación) que explora el espacio físico y la oferta alimentaria como parte de la salud. Aquí se busca, en primer lugar, que los integrantes hablen sobre

el espacio físico de su escuela, que den una opinión general y señalen aquello que les gusta y no les gusta de ella (baños, salones, patio, limpieza, cooperativa, etcétera); en un segundo momento, se les pide que identifiquen cuáles de esos elementos tienen que ver con la salud; finalmente, se espera que hagan una valoración acerca de si la escuela es o no un lugar saludable.

Todos los participantes de la prueba piloto destacaron que les gusta su escuela y surgió una nueva categoría: “naturaleza”, mencionada por dos de los cinco participantes; primero por Luis, de San Cristóbal de la Casas, quien señaló: “lo que ayudaba a la salud del entorno era pues la naturaleza”; y después por Juan que dijo: “lo que la hacía saludable y me gustaba era que estaba con mucha naturaleza”; en el mismo orden de ideas, José cuenta de la rehabilitación de los espacios escolares con el retiro de “llantas y metales” para hacer un patio de juegos, se “renovó la pintura” y “habían botes de basura para ir clasificando”; de esta manera, la “naturaleza”, así como el mantenimiento y rehabilitación de las escuelas se identifican como parte de un espacio físico saludable. En este apartado también se retomaron las categorías “comida” y “ejercicio”: la primera con afirmaciones como la de Margarita que dijo: “vendían alimentos sanos” o de Juan que señaló: “preparaban cosas saludables” y José que narró que en su escuela “querían hacer un comedor”; en cuanto al “ejercicio”, se hicieron afirmaciones como las de Anabel que dijo: “ahí puedo hacer Karate” o de Margarita que afirmó: “teníamos un gran espacio para jugar, para tener educación física”, o también de José que mencionó: “tenía un patio de juegos”. Para los participantes es un entorno saludable aquel que tiene “naturaleza”, “comida sana” y áreas para la actividad física.

El séptimo apartado de la Guía tiene como objetivo identificar la relación con los servicios de atención médica, así, en primera instancia se les pidió a los participantes señalar cómo se curan cuando están enfermos (dónde y con quién); en segundo lugar, se les solicitó abordar la relación del médico con la escuela; y, en tercero, se les llevó a tratar uno de los temas centrales del PEyS, el uso de la Cartilla Nacional de Salud.

Respecto a esta temática de atención a la enfermedad, en el ejercicio piloto sobresalieron dos categorías: la primera, “médico”, que cuatro de los cinco niños refirieron con expresiones como: “fuimos al médico, nos dijeron que tenía una infección”, “vamos a la farmacia Similares y ahí tienen un pequeño consultorio”, “lo llevan al hospital”, o “a veces van al doctor”, que implican diferentes formas públicas y privadas del ejercicio profesional de la medicina. Pero además de este ejercicio profesional de la medicina, también surgieron relatos de autoatención o “medicina profana”⁴¹, con señalamientos como: “a veces compran medicamentos”, o “mi abuelita es de los que te sientes mal, y mi mamá también, y te tomas una pastilla, te hacen un tecito y te dan comida saludable” o, como señaló Luis, que es el único que no menciona al médico, pero dijo: “tomamos té, nos acostamos, vemos algo para no aburrirnos, leemos libros y cosas así”, que ubican la atención a la enfermedad en su núcleo familiar no especializado.

En lo que refiere a la relación del médico con la escuela, únicamente Margarita la identificó, señalando: “nosotros tuvimos suerte, porque a un lado de nuestra escuela está el centro de salud (...) siempre van a decirnos como hay que cuidarnos, como hay que lavarnos las manos, una vez hasta fue un dentista a decirnos como lavarnos los dientes”; a pregunta directa, el resto de los niños dijo: “jamás contamos con ese servicio” o simplemente “no”. Salvo el caso mencionado, los profesionales de la salud no son figuras que se vinculen con las escuelas de estos niños.

El penúltimo apartado de la Guía tiene como foco de interés la participación comunitaria, en este punto el Programa se reduce en buena medida a la vinculación sector salud-educación, pero también involucra a los padres de familia, por lo cual primero se abordó la relación de otras instituciones sociales (públicas o privadas) que los niños identifican y relacionan con su centro educativo y después la relación de su casa y su familia con la escuela y los vínculos con la salud.

⁴¹ Kleinman (1981) establece tres sectores de atención a la salud: el profesional o ejercicio científico avalado; el *folk*, vinculado a los rituales y grupos indígenas; y popular, una forma profana de ejercer la medicina a nivel familiar o de redes sociales y comunitarias.

Este es el eje de la prueba piloto que mostró menor relevancia dentro del campo semántico de los niños con relación a la salud, únicamente Margarita mencionó que su escuela se relaciona con el “transporte”, lo cual no vinculó a la salud, y con “los bomberos”, los cuales sí relacionó con el tema ya que en una visita les enseñaron como “cuidarse”; el resto de los participantes no establecieron relaciones y sólo mencionaron viajes escolares a ferias o museos sin asociarlos al concepto salud.

El noveno apartado es el último de la Guía temática, y tiene como objetivo la construcción colaborativa de un concepto de salud, en la que los niños deben identificar el campo semántico principal del concepto. Este ejercicio final no tiene el objetivo de constituirse en el resultado central del trabajo que realizaron los participantes, puesto que está sesgado por los temas previamente tratados, pero ayuda a contrastar las ideas esbozadas al inicio del grupo focal, y sirve para identificar temas recurrentes, el orden semántico, los elementos incluidos, el orden y jerarquía, así como los elementos excluidos.

Así, el tema más recurrente en este último punto fue el asociado a la categoría “comida”, seguido por el “ejercicio” y después la “enfermedad”; en menor medida también se aludió al “dormir” y la “higiene”.

Bueno salud es para mí: alimentarte bien, hacer ejercicio, comer muchas verduras, mantenerte siempre al cien, porque por decir si yo estoy deprimida me voy deprimiendo, deprimiendo, deprimiendo y no voy a vivir bien mí vida, entonces mantenerse al cien, hacer mucho ejercicio ya lo dije, y no tener ninguna enfermedad porque hay muchos que padecen de diabetes y cáncer, mi abuelita padece de la ciática, muchos padecen igual de la ciática, de gastritis, colitis, entonces yo digo que para mí eso es la salud. (Margarita, 9 años, León)

La salud es para mí, y para todos, y también pues significa hacer ejercicio,

puedes hacer posturas, yoga, puedes hacer mucho ejercicio, también la nutrición, igual si comes suficientes verduras y frutas, la cosa es que si comes comida chatarra y no haces ejercicio lo que pasa es que engordas. (Anabel, 8 años, Ciudad de México)

Para mí, la salud es la limpieza, tener también por ejemplo ahorita con esto del coronavirus la distancia, también descansar bien, comer saludable, no estar tan gordo porque dicen que si engordas es más fácil que mueras de enfermedades (Juan, 7 años Ciudad de México)

Para mí, la salud es algo que debemos mantener haciendo ejercicio y comiendo bien y eso nos ayuda a que nuestro cuerpo esté saludable y que podamos realizar actividad física de una mejor manera, y también está que nuestros huesos no se desgasten tan rápido (José, 12 años, Yucatán)

Para mí, la salud significa comer bien, hacer ejercicio, dormir, descansar, bueno pues eso comer bien, correr, hacer ejercicio, beber agua también es bien importante, comer sano y nutritivo, para mí eso es salud (Luis, 10 años, San Cristóbal de las Casas)

A lo largo de la discusión, el discurso del grupo coloca a la categoría “comer bien” como la de mayor jerarquía, que incluye verduras, frutas, comida natural, casera, tomar agua, entre otras, y se contrapone con lo artificial, dulces, frituras, comida chatarra o lo que, en general, podemos denominar procesados y ultra procesados; la categoría “comer bien” la relacionan con el concepto genérico de salud, pero también con la vida cotidiana o como atributo de una escuela saludable, además es mencionada en contenidos, entornos y atención de la enfermedad.

En el orden semántico, la categoría que sigue es el “hacer ejercicio” que incluye la actividad física vigorosa y que se describe con palabras como correr, jugar, ejercicio, yoga, levantar pesas, entre otras, y excluye o no considera la actividad cotidiana

que puede romper los tiempos sedentarios. En este orden de ideas, de las actividades a lo largo del día, teóricamente también se consideran las horas de sueños que son mencionadas por los niños, pero no vinculadas a la categoría.

La tercera categoría que resalta es “medicina” que incluye: enfermedad, médico, hospital, COVID, vacunas, doctor, pastillas, gordo, muerte, entre otras, como algo definido negativamente y que se busca evitar. Relacionada, pero como una categoría diferente, se encuentra la “higiene”, señalada con palabras como: limpiar, tallar y lavar, que hacen referencia al cuerpo, objetos y superficies.

Las tres últimas categorías relevantes que se presentan en el orden jerárquico y semántico de los participantes son: “cuidado” con una significación de cariño, autocuidado y auto atención; “naturaleza” en referencia a los espacios, pero también a la comida; y, finalmente, “dinero” que, pese a ser mencionado sólo por uno de los participantes, resulta especialmente relevante.

En el orden semántico y jerárquico estas son las categorías que articulan el discurso del grupo de niños. Si bien estos son únicamente los resultados preliminares de un ejercicio piloto, funcionan como una guía de aquellos elementos que incluyen o excluyen en torno al significado de salud un grupo de alumnos de diferentes escuelas de educación primaria en México.

El discurso hegemónico se hace presente en el hablar de los niños y su construcción colectiva de su significado de salud, donde a partir de las tres categorías dominantes se pueden identificar las rutas de incidencia más importantes que se encontraron en la construcción de los instrumentos de la política de salud escolar. Primero con el eje alimentario que identifican como la práctica más importante para estar saludable, donde desde una perspectiva bionutricional entiende a partir del consumo de frutas y verduras. Segundo con la actividad física, que reconoce como la vigorosa para mantenerse físicamente bien. Por último, la medicina se hace presente con las distintas aproximaciones a la enfermedad como aquello que se

busca evitar, el antagónico a la salud.

En este grupo, la escuela y sus contenidos educativos en materia de salud no son recordados de manera específica, pero de igual forma los elementos básicos de la construcción discursiva han sido incorporados por los infantes, si no por la vía escolar, por otro elemento mediador con el mismo discurso.

Referencias

- Aboites, L. y E. L. (2010). La construcción del nuevo estado, 1920-1945. En *Nueva Historia General de México* (pp. 596–651). El Colegio de México.
- Aguilar Villanueva, L. (1996). *La hechura de las políticas públicas*. Porrúa.
- Aguilar Villanueva, L. (1997). Introducción. En *Evidencia, argumentación y persuasión en la formulación de políticas* (pp. 13–34). Fondo de Cultura Económica.
- Aguilar Villanueva, L. (2006). Marco para el análisis de las políticas públicas. En *Políticas Públicas* (pp. 11–33). Fundación Rafael Preciado.
- Aguilar Villanueva, L. (2010). *Política pública*. Siglo XXI.
- Aguilar Villanueva, L. (2014). *Problemas públicos y agenda de gobierno*. Porrúa.
- Alanís, M. (2015). Los primeros pasos en la institucionalización de la asistencia médica infantil en el México posrevolucionario. *Cuicuilco*, 63(1), 10–28.
- Arellano Gault, D. y F. B. (2013). *Políticas públicas y democracia*. Instituto Federal Electoral.
- Arredondo, A. (1992). Análisis y reflexión sobre modelos teóricos del proceso salud-enfermedad. *Cuadernos de Salud Pública*, 8(3), 254–281.
- Banco Mundial. (2015, mayo 31). Datos [Institucional]. *El Banco Mundial*. <http://datos.bancomundial.org/pais/brasil>
- Battams, S. y S. M. (2013). *Global Health Diplomacy Briefing*. The Graduate Institute.
- Bennett, C. (1991). What is policy convergence and what causes it? *British journal of political science*, 21, 215–233.
- Benson, D. y A. J. (2011). What have we learned from policy transfer research? Dolowitz and Marsh revisited. *Political Studies*, 9, 366–378.
- Bergner, M. (1985). Measurement of health status. *Medical Care*, 23(5), 696–704.
- Birn, A.-E. (2009). The stages of international (global) health: Histories of success or successes of history? *Global Public Health*, 4(1), 50–68.
- Birn, A.-E. (2011). Reconceptualización de la salud internacional: perspectivas alentadoras desde América Latina. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 30(2), 101–105.
- Birn, A.-E. (2014). Philanthrocapitalism, past and present: The Rockefeller Foundation, the Gates Foundation, and the setting(s) of the international/global health agenda. *Hypothesis*, 12(1), 1–27.
- Blanco, Mercedes. (2011). El enfoque del curso de vida: orígenes y desarrollo. *Revista Latinoamericana de Población*, 5(8), 5–31.
- Blumer, H. (1982). *El interaccionismo simbólico*. Hora S.A.
- Bouzas, L. (2005). Los caminos de la evaluación de políticas públicas: una revisión del enfoque. *Revista de Investigaciones Políticas y Sociológicas*, 4(2), 69–86.
- Bowling, A. (2001). *Measuring Disease*. Open University Press.
- Braudel, F. (1970). *La historia y las ciencias sociales*. Alianza.
- Canales, M. y P. A. (1995). Grupos de discusión. En *Métodos y técnicas cualitativas de investigación en ciencias sociales* (pp. 287–317). Síntesis Psicológica.
- Carrillo, A. M. (1999). El inicio de la higiene escolar en México: Congreso Higiénico

Pedagógico de 1882. *Revista Mexicana de Pediatría*, 66(2), 71–74.

Castro, Edgardo. (2004). *El vocabulario de Michel Foucault*. Universidad Nacional de Quilmes.

Castro, R. (2000). *La vida en la adversidad: el significado de la salud y la reproducción en la pobreza*. Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias UNAM.

Cejudo, G. (2010). Discurso y políticas públicas. En *Problemas, decisiones y soluciones* (pp. 93–125). Fondo de Cultura Económica.

CEPROIE. (2020a, de agosto). *Conferencia de prensa matutina*. <https://www.youtube.com/watch?v=LK9uq4oFHg8>

CEPROIE. (2020b, de agosto). *Regreso a clases. Secretaría de Educación Pública*. <https://www.youtube.com/watch?v=Z0iG-iQRjA8>

CEPROIE. (2020c, junio 16). *Conferencia de prensa programas de Bienestar*. https://www.youtube.com/watch?v=Mq__ECiIX0c

Cervera Cobos, N. del P. (2019a). *Ciencias Naturales. Cuarto grado*. Secretaría de Educación Pública.

Cervera Cobos, N. del P. (2019b). *Ciencias Naturales. Quinto Grado*. Secretaría de Educación Pública.

Chapela, M. del C. (2010). Diabetes, obesidad, ocultamiento y promoción de la salud. En *En el debate: diabetes en México* (pp. 135–166). Universidad Autónoma Metropolitana.

Chapela, M. del C. (2013). *Promoción de la salud y emancipación*. Universidad Autónoma Metropolitana.

Cobb, R. y E. C. (1986). *Participación en política americana. La dinámica de la estructura de la agenda*. Noema.

Collins, R. (1996). *Cuatro tradiciones sociológicas*. Universidad Autónoma Metropolitana.

Comisión sobre determinantes sociales de la salud. (2008). *Subsanar las desigualdades en una generación: Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud*. Organización Mundial de la Salud.

Código Sanitario de los Estados Unidos Mexicanos, 90 (1926).

Diario Oficial de la Federación. (2020). *Acuerdo por el que se emite como acción extraordinaria ante la epidemia de COVID-19, y como una medida preventiva en beneficio de toda la población, la impartición de contenidos que fomenten y promuevan estilos de vida saludables*. Gobierno Federal. https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5599525&fecha=01/09/2020

Dirección General de Desarrollo Curricular (SEP). (s/f). *Plan de estudio. Ciencias Naturales. Educación Primaria. Reforma Integral de la Educación Básica [Institucional]*.

Dirección General de Planeación, Programación y Estadística Educativa. (2018). *Principales Cifras del Sistema Educativo Nacional 2017-2018*. Secretaría de Educación Pública. Dirección General de Planeación, Programación y Estadística Educativa

Dirección General de Promoción de la Salud. (2012). *Manual Operativo Programa Escuela y Salud*. Secretaría de Salud.

Dolowitz, D. y D. M. (1996). Who learns what from whom: a review of the policy transfer literature. *Political Studies*, XLIV, 343–357.

- Dolowitz, D. y D. M. (2000). Learning from abroad: The role of policy transfer in contemporary policy-making. *Governance*, 13, 5–24.
- Donabedian, Avedis. (1988). *Los espacios de la salud: Aspectos fundamentales de la organización de la atención médica*. Fondo de Cultura Económica.
- Dubet, F. y D. M. (1998). *En la escuela. Sociología de la experiencia escolar*. Editorial Losada.
- Evans, M. (2009). Policy transfer in critical perspective. *Policy Studies*, 30(3), 243–268.
- Foucault, M. (1976). La crisis de la medicina o la crisis de la antimedicina. *Educación médica y salud*, 2, 152–170.
- Foucault, M. (1977). Historia de la medicalización. *Educación médica y salud*, 11(1), 3–25.
- Foucault, M. (1989). *El poder: Cuatro conferencias*. UAM.
- Foucault, M. (1992). *El orden del discurso*. Tusquets.
- Foucault, M. (1998). *Historia de la sexualidad vol. I. Siglo XXI*.
- Foucault, M. (2001). *Defender la sociedad*. Fondo de Cultura Económica.
- Foucault, M. (2002). *La arqueología del saber*. Siglo XXI.
- Foucault, M. (2005). *Vigilar y castigar*. Siglo XXI.
- Foucault, M. (2008). *Nacimiento de la biopolítica*. Fondo de Cultura Económica.
- Franco-Giraldo, Á. (2016). Salud global: una visión latinoamericana. *Pan American Journal of Public Health*, 39(2), 128–136.
- Frenk, J. y O. G.-D. (2007). La globalización y la nueva salud pública. *Salud Pública de México*, 49(2), 156–164.
- Galeano, M. E. (2014). *Estrategias de investigación social cualitativa*. La Carreta.
- Galván, L. E. (2016). *Derecho a la educación*. Instituto de Investigaciones Jurídicas UNAM.
- García, G. (2016). El arte científico de la higiene escolar en México (1882-1950). *Revista Iberoamericana del Patrimonio Histórico-Educativo*, 2(3), 83–100.
- Giddens, A. (2007). *Sociología*. Alianza.
- Gobierno de la República. (2020a, junio 18). *Versión estenográfica. La Escuela es Nuestra, desde San Agustín Tlaxiaca, Hidalgo*. <https://presidente.gob.mx/18-06-20-version-estenografica-la-escuela-es-nuestra-desde-san-agustin-tlaxiaca-hidalgo/>
- Gobierno de la República. (2020b, junio 22). *Versión estenográfica de la conferencia de prensa matutina*. <https://www.gob.mx/presidencia/articulos/version-estenografica-de-la-conferencia-de-prensa-matutina-lunes-22-de-junio-de-2020?idiom=es>
- Gobierno de la República. (2020c, octubre 15). *Versión estenográfica. Conferencia de prensa. Informe diario sobre coronavirus COVID-19 en México [Institucional]. Información importante Coronavirus COVI-19*. <https://www.gob.mx/presidencia/articulos/version-estenografica-conferencia-de-prensa-informe-diario-sobre-coronavirus-covid-19-en-mexico-254899?idiom=es>
- Gudiño, R. (2016). *Educación Higiénica y cine de salud en México 1925-1960*. El Colegio de México.
- Guzmán, G. C. y S. C. (2015). Experiencias, vivencias y sentidos en torno a la escuela y a los estudios. *Revista Mexicana de Investigación Educativa*, 20(67), 1019–1054.
- Hadjiisky, M. et. al. (2017). *Public policy transfer: Micro-Dynamics and Macro*

Effects. New Horizons.

Hammer, D. y A. W. (1990). La entrevista semiestructurada de final abierto. Aproximaciones a una guía operativa. *Historia y Fuente Oral*, 4, 23–61.

Ley Federal de Educación, 11 (1973).

Hernández Sampieri, R. (2009). *Metodología de la investigación*. Mc Graw Hill.

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, 15 (1940).

Ley General de Salud, 231 (1984).

Ippolito-Shepherd, J. (2005). *Las Escuelas Promotoras de la Salud en América Latina*. Organización Panamericana de la Salud.

Jacob, E. (1987). Qualitative Research Traditions: A REVIEW. *Review of education Research*, 57(1), 1–50.

Jones, J. T. (1998). *WHO's Global School Health Initiative*. Organización Mundial de la Salud.

Kayvan Bozorgmehr. (2010). Rethinking the global in global health: a dialectic approach. *Globalization and Health*, 6(12), 1–19.

Koplan, J. (2009). Towards a common definition of global health. *The Lancet*, 373(1), 1993–1995.

Krippendorff, K. (1990). *Metodología del análisis de contenido*. Paidós.

Kuntz, S. y E. S. (2010). El porfiriato. En *Nueva Historia general de México* (pp. 489–538). El Colegio de México.

Laframboise, H. (1973). Health policy: breaking the problem down into more manageable segments. *Canadian Medical Association Journal*, 108, 388–391.

Lalonde, M. (1974). *A new perspective on the health of Canadians*. Ministry of Health and Welfare.

La Monica, Paul. (2018, julio 25). La Fundación de Bill y Melinda Gates es ahora accionista de Berkshire. *Expansión*.

Larios Lozano, M. del C. et. al. (2018). *Conocimiento del medio Segundo grado. Libro para el maestro*. Secretaría de Educación Pública.

Larrosa, J. (2006). Sobre la experiencia. *Aloma. Revista de psicología*, 19, 87–112.

Leavell, H. R. y C., F. (1958). *Preventive medicine for the doctor in his community*. McGraw Hill.

Lendvai, N. y P. S. (2007). Policies as translation: situating trans-national social policies. En *Policy Reconsidered: meanings, politics and practices* (pp. 173–189). Policy Press.

Lima, M., et. al. (2019). Can front-pack nutrition labeling influence children's emotional associations with unhealthy food products? An experiment using emoji. *Food Research International*, 120, 217–225.

Lindblom, C. (2007). La ciencia de salir del paso. En *La hechura de las políticas* (pp. 201–225). Porrúa.

Loaeza, S. (1988). *Clases medias y política en México: la querrela escolar, 1959-1963*. El Colegio de México.

Loaeza, S. (2010). Modernización autoritaria a la sombra de la superpotencia, 1944-1968. En *Nueva Historia General de México* (pp. 652–697). El Colegio de México.

López Valentín, D. M. et. al. (2018). *Conocimiento del medio Primer grado. Libro para el maestro*.

Margel, G. (2001). Para que el sujeto tenga la palabra: presentación y transformación de la técnica de grupo de discusión desde la perspectiva de Jesús Ibáñez. En *Observar, escuchar y comprender. Sobre la tradición cualitativa en la investigación social* (pp. 199–225). COLMEX.

Martínez, M. M. (2004). Los grupos focales de discusión como método de investigación. *Heterotopía*, 10(26), 59–72.

Mateos Jiménez, J. (2005). Actas de las conferencias sanitarias internacionales (1851-1938). *Revista Española de Salud Pública*, 79(3), 39–49.

Mattelart, A. y M. (2005). *Historia de las teorías de la comunicación*. Paidós.

Meade, G. . (1982). *Espíritu, persona y sociedad*. Paidós.

Medina, C. et. al. (2011). Johann Peter Frank y la medicina social. *Medicina Universitaria*, 13(52), 163–168.

Meneses Morales, E. (1998). *Tendencias Educativas Oficiales en México 1821-1911*. Universidad Iberoamericana.

Ley Orgánica de la Instrucción Pública en el Distrito Federal, 15 (1867).

Montes de Oca, E. (2007). La educación en México. Los libros oficiales de lectura editados durante el gobierno de Lázaro Cárdenas, 1934-1940. *Perfiles Educativos*, 29(117), 111–130.

Moreno Altamirano, L., et. al. (2010). Distintas aproximaciones a la salud y la enfermedad. En *La salud pública y el trabajo en comunidad* (pp. 13–30). Mc Graw Hill.

OPS. (2018). Historia de la OPS [Institucional]. *Organización Panamericana de la Salud*.
http://www.paho.org/col/index.php?option=com_content&view=article&id=91:historia-de-la-ops&Itemid=0

Organización de las Naciones Unidas. (2018). Los Objetivos de Desarrollo del Milenio ¿qué son? [Institucional]. *Naciones Unidas República Dominicana*.
<http://portal.onu.org.do/republica-dominicana/objetivos-desarrollo-milenio/7>

Constitución de la Organización Mundial de la Salud, Conferencia Sanitaria Internacional, 20 (1948) (testimony of Organización Mundial de la Salud).

Organización Mundial de la Salud. (1958). *Los diez primeros años de la Organización Mundial de la Salud*. OMS.

Organización Mundial de la Salud. (2018). Determinantes Sociales de la Salud [Institucional]. *Organización Mundial de la Salud*.
http://www.who.int/social_determinants/es/

Organización Panamericana de la Salud. (s/f). *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.

Orozco, J. (2006). *Evaluación de políticas públicas de salud en la ciudad de Cartagena*. Eumed.

Palomino, P., et. al. (2014). La salud y sus determinantes sociales. Desigualdades y exclusión en la sociedad del siglo XXI. *Revista Internacional de Sociología*, 72(1), 71–91.

Parsons, W. (2009). *Políticas públicas*. Flacso.

Patrick, D., J. W. Bush y Milton M. CHEN. (1973). Toward an operational definition of health. *Journal of health and social behavior*, 14(1), 6–23.

Piedrola, G. et. al. (2008). La Salud y sus determinantes. Concepto de medicina preventiva y salud pública. En *Medicina preventiva y salud pública* (pp. 3–14). Elsevier-Masson.

Programa Nacional de Salud 1990-1994. (1991).

Putnam, R. (1988). Diplomacy and domestic politics: The logic of two-level games. *International Organization*, 4(3), 427–460.

Quintanilla, S. (1996). Los principios de la reforma educativa socialista: imposición, consenso y negociación. *Revista Mexicana de Investigación Educativa*, 1(1), 137–152.

Ramos, R. (2000). La higiene escolar en México. *Boletín Médico del Hospital Infantil de México*, 57(3), 187–190.

Raymond, A. (2006). *Introducción a la filosofía de la historia*. Losada.

Redacción BBC Mundo. (2018, de enero de). *En qué consistió la gripe española, la enfermedad que mató más personas que la Primera Guerra Mundial* Redacción BBC Mundo [Noticias]. BBC Mundo. <https://www.bbc.com/mundo/noticias-42584293>

Reyes, T. (1999). Métodos cualitativos de investigación. Los grupos focales y el estudio de caso. *Forum empresarial*, 4(1), 74–87.

Rico, J. (2009). Análisis y crítica en la historiografía. En *La experiencia historiográfica* (pp. 199–212). Universidad Nacional Autónoma de México.

Rodríguez Gutiérrez, L. (2011). *Plan de Estudios 2011. Educación Básica*. Secretaría de Educación Pública.

Rose, R. (1991). What is Lesson-Drawing? *Journal of Public Policy*, 11(1), 3–30.

Rose, R. (2005). *Learning from comparative public policy: A practical guide*. Routledge.

Roth Deubel, A. N. (2002). La implementación de las decisiones. En *Políticas públicas: Formulación, implementación y evaluación* (pp. 185–223). Aurora.

Rothman, K. (1976). Causes. *American Journal of Epidemiology*, 104(6), 587–592.

Sabatier, P. (1986). Top-Down and Bottom-Up approaches to implementation research: a critical analysis and suggested synthesis. *Journal of Public Policy*, 6(1), 21–48.

Sabatier, P. (2010). *Teorías del proceso de las políticas públicas*. Westview.

Santiago, Z. (2015). Cuidar y proteger. Instituciones encargadas de salvaguardar a la niñez en la ciudad de México, 1920-1940. *Letras Históricas*, 11, 195–218.

Saussure, F. (2008). *Curso de lingüística general*. Fontamara.

Reglamento Interior de la Secretaría de Educación Pública, (1973).

Reglamento Interior de la Secretaría de Educación Pública, 38 (1980).

Reglamento Interior de la Secretaría de Educación Pública, 42 (1981).

Reglamento Interior de la Secretaría de Educación Pública, 40 (1982).

Secretaría de Educación Pública. (2017). *Aprendizajes clave para la educación integral. Plan y programas de estudio para la educación básica*. Secretaría de Educación Pública.

Código Sanitario de los Estados Unidos Mexicanos, 80 (1889).

Secretaría de Salud. (2000). *Escuelas Promotoras de la Salud en México*. Secretaría de Salud.

Secretaría de Salud. (2002). *Programa intersectorial de educación saludable*. Secretaría de Salud.

Secretaría de Salud. (2014). *Programa de Acción Específico Promoción de la Salud y Determinantes Sociales 2013-2018*. Secretaría de Salud.
<https://drive.google.com/file/d/0B0K9c-Z-JA2nWTItVGJMeFN5cFU/view>

Secretaría de Salud. (2018, octubre). 1961. Nace el Instituto Nacional de Protección a la Infancia (INPI), antecedente del DIF [Institucional]. *Secretaría de Salud 75 años*. <https://www.gob.mx/salud/75aniversario/articulos/1961-nace-el-instituto-nacional-de-proteccion-a-la-infancia-inpi-antecedente-del-dif?state=published>

SEP. (2020, noviembre 24). *Seminario Vida Saludable para Educación Básica*. https://www.youtube.com/channel/UCh2zX2bV3c1-BbgglGLQxyg?fbclid=IwAR31fCvvm8QN9EHKNGHpKFL886rxpzy4JTq9ySI1_IDN4xw9z90kvE5meTU

Serrano, J. y J. V. (2010). El nuevo orden, 1821-1848. En *Nueva Historia General de México* (pp. 397–443). El Colegio de México.

Sistema Nacional de Información Básica en Materia de Salud. (2019). *Instructivo de llenado del formato promoción de la salud escolar SINBA-SIS-07-P Versión 2019*. Secretaría de Salud.

Staples, A. (2008). Primeros pasos de la higiene escolar decimonónica. En *Curar, sanar y educar. Enfermedad y sociedad en México, siglos XIX y XX* (pp. 17–42). UNAM.

Stone, D. (2000). Non-governmental policy transfer: the strategies of independent policy institutes. *Governance*, 13, 45–62.

Stone, D. (2012). Transfer and translation of policy. *Policy Studies*, 33, 1–17.

Subirats, J. et. al. (2008). *Análisis y gestión de políticas públicas*. Ariel.

Tanck, D. (1973). Las escuelas lancasterianas en la ciudad de México, 1822-1842. *Historia Mexicana*, 22(4), 494–513.

Tanck, D. (1998). *La educación ilustrada 1786-1836*. El Colegio de México.

Thoenig, J.-C. (1992). *Las políticas públicas*. Ariel.

Twaddle, A. (1974). The concept of health status. *Social Sciences and medicine*, 8, 29–38.

Uribe y Troncoso, M. (1911). Higiene Escolar. Reseña de la organización del servicio higiénico escolar en el Distrito Federal y sus resultados. *Gaceta Médica de México*, 331–349.

Urteaga, L. (1980). Miseria, miasmas y microbios. Las topografías médicas y el estudio del medio ambiente en el siglo XIX. *Geo Crítica*, 29, 1–50.

Valles, M. (2014). *Entrevistas cualitativas*. Centro de Investigaciones Sociológicas.

Valle, Valeria Marina. (2014). Private Sector Activities to Reach Millennium Development Goal Six on the U.S.-Mexico Border. *Voices of Mexico*, 98, 98–105.

Vilar, P. (1999). *Iniciación al vocabulario del análisis histórico*. Crítica.

Villa Lever, L. (2009). *Cincuenta años de la Comisión Nacional de Libros de Texto Gratuitos: cambios y permanencias en la educación mexicana*. Comisión Nacional de Libros de Texto Gratuitos.

Villanueva, M. (2012). Rudolf Virchow. *Galenus*, 34(1), 80–81.

Villar, E. (2007). Los determinantes sociales de salud y la lucha por la equidad en salud: desafíos para el Estado y la sociedad civil. *Salud y sociedad*, 16(3), 7–13.

Weyland, K. (2006). *Bounded rationality and policy diffusion. Social sector reform in Latin America*. Princeton University Press.

WHO. (1989). *Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud*. Organización Mundial de la Salud.

Wilding, P. y C. (2014). The importance of feedback: policy transfer, translation and the role of communication. *Policy Studies*, 1–31.

Wilner, A. y A. S. (2007). Abordajes de la Atención Primaria y el derecho a la salud en los países del Cono Sur - Red ISSS. *Flacso*.