

**EL CONCEPTO DE SALUD EN LOS CONTENIDOS ESCOLARES: LA
PROPUESTA DE LA PROVINCIA DE JUJUY PARA EL PRIMER NIVEL
EDUCATIVO**

*(THE CONCEPT OF HEALTH IN THE SCHOOL CONTENTS: THE PROPOSAL
OF JUJUY'S COUNTRY FOR THE FIRST EDUCATIONAL LEVEL)*

BEATRIZ BRUCE *

*Los habitantes de este rancharío deberán ser trasladados
a la villa construida al otro lado de la ciudad,
por razones de urbanidad, para preservar la higiene
y evitar la promiscuidad. Teresa Parodi*

RESUMEN

La hegemonía de un modelo de representación de la salud y de la enfermedad se logra, en cierta medida, por el trabajo que, a ese respecto, realiza el sistema educativo. La inclusión de contenidos de educación para la salud en el curriculum escolar explícito y la reproducción de prácticas e internalización de valores a través de lo que se ha dado en llamar curriculum oculto, aseguran que la escuela sea un eficaz medio de generar aceptación y perpetuar una determinada forma de comprensión de la salud. Por ello, en el presente trabajo me propongo analizar los documentos oficiales que norman, actualmente, la enseñanza en la escuela primaria, nivel obligatorio y casi universalizado de escolaridad.

Palabras Clave: Salud - Contenidos Escolares - Jujuy - Escuela primaria.

ABSTRACT

The hegemony of a model of representation of the health and of the illness it is achieved, in certain measure, for the work that, to that respect, carries out the educational system. The inclusion of education contents for the health in the explicit school curriculum and the reproduction of practical and the values incorporation through what has been given in calling hidden curriculum, assures that the school is an effective means of to generate acceptance and to perpetuate a certain form of understanding of the health. For it, presently work intends to analyze the official documents that regulate, at the moment, the teaching in the primary school, obligatory and almost universalized level of scholar assistance.

Key Words: Health - School contents - Primary school.

* Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales - Universidad Nacional de Jujuy - Otero 262 - CP 4600 - San Salvador de Jujuy - Jujuy - Argentina.
Correo Electrónico: bbruce@arnet.com.ar

INTRODUCCIÓN

La hegemonía de un modelo de representación de la salud y de la enfermedad se logra, en cierta medida, por el trabajo que, a ese respecto, realiza el sistema educativo. La inclusión de contenidos de educación para la salud en el curriculum escolar explícito y la reproducción de prácticas e internalización de valores a través de lo que se ha dado en llamar curriculum oculto, aseguran que la escuela sea un eficaz medio de generar aceptación y perpetuar una determinada forma de comprensión de la salud.

Si tenemos presente, que la tasa neta de escolarización entre los 6 y 12 años, edades correspondientes al nivel primario de educación, alcanza en la Provincia de Jujuy el 95,9% (INDEC, 1991), nos encontramos con el hecho de que casi la totalidad de la población perteneciente a ese grupo etario, es receptora de una forma determinada de significar la dicotomía salud/enfermedad.

Por ello, en el presente trabajo me propongo analizar los documentos oficiales que norman, actualmente, la enseñanza en la escuela primaria, nivel obligatorio y casi universalizado de escolaridad. Entiendo que la reproducción del modelo hegemónico de salud/enfermedad se ve favorecido por la selección y organización y transmisión de contenidos determinados.

Si bien la obligatoriedad de la educación se extiende en la actualidad a otros niveles del sistema, sólo la escuela primaria ha logrado alcanzar la masividad que el citado porcentaje refleja.(1) Esta situación justifica la prioridad de centrar el análisis en esta etapa de la formación.

Además, la fuerte incidencia de la escuela primaria en la conformación de la subjetividad brinda otro argumento más para focalizar en ella nuestra atención. Por la edad de la población asistente, por el tiempo de permanencia, por la sistematicidad de la instrucción y por la autoridad respecto al saber que se le reconoce, la escuela define actitudes, comportamientos y hábitos legitimados socialmente.

Sería interesante completar el propósito de este estudio con el abordaje de las prácticas concretas que en las instituciones van conformando, quizás más fuertemente que las conceptualizaciones detalladas en los documentos curriculares, una perspectiva determinada del campo de la salud. En un mismo sentido, otra contrastación esclarecedora podría ser la observación de las prácticas médicas a la luz de las teorizaciones aceptadas por la comunidad científica respecto a la salud.

Pero, ambos son los límites de lo que aquí desarrollo. Baste el reconocimiento de su importancia para posteriores profundizaciones en otros estudios. La necesidad de circunscribir el problema y ningún otro tipo de valoración ha sido el motivo por el cual centro el análisis en las formaciones discursivas que conforman los contenidos escolares oficiales, para dilucidar su coherencia y funcionalidad con representaciones determinadas de la salud y la enfermedad.

ALGUNAS DEFINICIONES TEÓRICAS PREVIAS

Salud/enfermedad son procesos reales concretos que se presentan en individuos y grupos, quienes, en su cotidianeidad, tienen experiencia directa de ellos. Sin embargo, su conceptualización no es sencilla, ya que es un fenómeno dialéctico complejo que se desarrolla históricamente y que reconoce elementos objetivos y subjetivos en su definición.

A pesar de estas dificultades, Rojas Soriano (1995, 13 y 1997, 22) ha sistematizado tres modelos de interpretación de los procesos de salud/enfermedad. Se entiende por modelo la idealización o simbolización de ciertos aspectos de los sistemas reales, que pasan a conformar el efectivo correlato de una teoría.(2) Estos modelos identificados por Rojas Soriano corresponden a distintos niveles de demarcación de los procesos que se han dado en el transcurso del tiempo respondiendo a necesidades y circunstancias individuales y sociales diferentes.

Señala como primer modelo la concepción de la salud y de la enfermedad que se despliega en la tradición positivista(3). En el mismo, se define a ambos estados como contradictorios y separados, de tal manera que cada uno queda determinado por la ausencia del otro. En este modelo se explica de manera mecánica el surgimiento de las enfermedades estableciendo una relación lineal entre determinado agente patógeno y la presencia de cierto mal o anormalidad. Como explican Lloret y Ramos (s/f, 52), la enfermedad es “una entidad definible por criterios estandarizados y universales, que implica la presencia de un agente (bacteria, virus, parásito, gen, etc.) y de mecanismos patogénicos dentro del cuerpo –objetivamente captables y medibles-, cuya existencia es independiente de las experiencias subjetivas de los pacientes y de los médicos y de las matrices socioculturales que orientan y dan sentido a esas experiencias.”

De acuerdo a este enfoque, acentuadamente analítico, el individuo se concibe como un ser aislado de sus condiciones de existencia y del medio social donde vive y trabaja.

Es, además, monocausal, ya que considera un solo tipo de causas de la enfermedad. Por ello, su interés radica en buscar, erradicar o controlar los agentes patógenos que son los que ocasionan la alteración funcional.

Esta representación de la salud deriva en una intervención centrada en la curación, el medicamento y la rehabilitación del enfermo. Es decir, en este modelo se sitúa el quehacer de la práctica bio-médica..

El segundo modelo explicativo, podría mentarse como enfoque ecológico. En él, el individuo ya no se concibe en forma aislada, sino como parte de una comunidad que tiene determinadas características socio-económicas que se relacionan, también, con la posibilidad de la enfermedad. Se toman en cuenta variables del medio físico y social para explicar la presencia de enfermedades y con el fin de intervenir modificando alguno de los factores que confluyen en los procesos patológicos.

Este modelo multicausal, también de orientación positivista, representa, sin duda, una superación respecto del anterior. Pero, no pretende conocer ni transformar

las causas estructurales del problema, sino sólo aquellos factores que resultan inmediatos y fáciles de atacar con medidas preventivas tradicionales, como la educación sanitaria, y con procedimientos clínicos propios de la medicina curativa.

En este modelo, la explicación de la enfermedad se basa en la tríada ecológica agente-huésped-medio ambiente, elementos que deben estar relacionados en un estado de constante equilibrio. En el período patogénico se rompe ese equilibrio en base a un factor desencadenante. Pero, la intervención no sólo se debe relacionar con la eliminación del agente, sino con la modificación de algunas condiciones del medio ambiente.

Por ejemplo, en la epidemia del cólera, no es suficiente el tratamiento antibiótico, sino que se recomiendan las condiciones de higiene para evitar su propagación en comunidades carentes de agua potable. Pero, personas que carecen de los medios de subsistencia más elementales deben responsabilizarse de superar todas las consecuencias que devienen, justamente, de sus carencias. Así, los sectores en riesgos no sólo están desposeídos sino que además deben asumir la culpa de transmitir la enfermedad a quienes no comparten su desgracia.

El tercer modelo, es más holístico y reconoce a la tradición del materialismo dialéctico como marco explicativo. Supone un enfoque que supera a los anteriores implicando un cambio cualitativo en la comprensión del proceso salud/enfermedad. Considera que el mismo, aún cuando se manifiesta en organismos concretos, es un fenómeno social cuyas causas deben buscarse en la estructura misma de la sociedad.

Los determinantes fundamentales de salud/enfermedad se encuentran en la forma que se organiza la sociedad para producir y producirse. En el ejemplo del cólera es necesario, entonces, aceptar el hecho de que el aumento de la marginalidad y la pobreza son los motivos del avance de la enfermedad y la muerte. No radica la responsabilidad por la aparición del cólera en las nacionalidades con sus pautas culturales específicas, como se difunde por los medios de comunicación, sino en las políticas de ajuste y en el sistema que prioriza los negocios de pocos por sobre la expansión de redes de agua potable y cloacas, la eliminación de basurales y el saneamiento de cursos de agua contaminados.

Salud/enfermedad forman parte de un proceso natural o biológico, pero condicionado por lo social por lo que adquiere particularidades en cada formación histórica, particularidades que son necesarias analizar a partir de modelos teóricos. Ignorar la historicidad del proceso de salud/enfermedad, conduce a formulaciones paralizantes y estáticas que contradicen el permanente movimiento de la realidad. Pero, a la vez, negar la posibilidad de modelos teóricos comprensivos de dichas peculiaridades implica contribuir a la conversión de las diferencias en indeseables desigualdades.

Como formula Rojas Soriano (1988,24), "en una sociedad donde el modo de producción fundamental es el capitalista, las leyes que rigen su desarrollo proporcionan un marco teórico-metodológico para determinar la manera que se presenta un proceso social como es la salud-enfermedad de la población." Las consecuencias del desarrollo capitalista hacen que se manifieste de manera distinta, en cada clase social que compone una formación histórico-social concreta, la forma

en que se enferman los individuos, las patologías que padecen y de que mueren, así como la esperanza de vida y las características de los servicios médicos a los que acuden.

Los trabajadores y los desocupados, sometidos a una mayor explotación, son los que padecen condiciones de trabajo y de vida en general (alimentación, educación y vivienda) que crean un campo propicio para el desarrollo de patologías propias del capitalismo.

Después de esta breve síntesis descriptiva de tres visiones diferentes, se hace necesario puntualizar que, en el momento actual, la representación hegemónica en las teorizaciones acerca de la salud pública responde al modelo ecológico. Por el contrario, la intervención médica parece seguir, en muchos casos, aferrada a un biologismo más estrecho y mecanicista, dada la eficacia del mismo en la inmediatez de la curación.

La aceptación del modelo teórico de salud/enfermedad basado en la tríada ecológica se efectiviza a partir de la segunda mitad de nuestro siglo.(4) Las limitaciones del modelo biologista unicasal, no permitían, en ese momento histórico, resolver problemas de salud generalizados. Aunado a eso, los aportes de las ciencias sociales permitieron desenmascarar la insuficiencia de la explicación patogénica considerando los elementos del medio ambiente como influyentes en el proceso salud/enfermedad. Se extienden así los límites de la medicalización, tal como lo denuncia Michel Foucault (1993, 93), quien señala que la nueva medicina ya no tiene campo exterior en su rebasar los límites de los enfermos y las enfermedades.

El punto de quiebre teórico definitivo del modelo bio-médico puede encontrarse condensado e institucionalizado en la reunión de Alma Alta en Septiembre de 1978, que produjo un documento difundido por la Organización Mundial de la Salud.(5) El mismo denunciaba la forma de hacer salud practicada hasta ese momento, con el énfasis puesto en las enfermedades y en esa parte de la organización sanitaria que está expresada en los hospitales. Proponía invertir la práctica de la salud y tener prioritariamente en cuenta la relación de los individuos con el ambiente, señalando que los desequilibrios en esa díada favorecen la interrupción de los agentes patógenos.

El organismo internacional ha ido perfeccionando los pronunciamientos, incorporando nuevos aspectos y enriqueciendo el modelo teórico. En este sentido hay que mencionar, la carta de Ottawa, surgida después de la 1º Conferencia Internacional de Promoción de la Salud realizada en Noviembre de 1986, que incorpora el concepto de "promoción de la salud", entendida ésta como "el proceso que confiere a la población los medios para asegurar un mayor control sobre su propia salud y para mejorar ésta."(6)

Pero, el esquema teórico prevaleciente sigue afirmándose en el equilibrio entre el individuo y el medio. Afirmar que este enfoque se conforma como hegemónico significa entenderlo como un cuerpo complejo y organizado de significados, valores y prácticas que suturan profundamente la conciencia de una sociedad A partir de Gramsci el concepto de hegemonía designa el consentimiento voluntario y activo que se logra en las clases subordinadas para asentar la dirección moral e intelectual, además de política, en una formación social capitalista.

Gramsci (1992, 483) manifiesta claramente como la supremacía de un grupo social se presenta de dos modos: como dominio y como dirección intelectual y moral. Esta última acción se asienta en la absorción, por parte de los sectores de dominio, de elementos significativos para los grupos subordinados que son utilizados con la finalidad de conformar un bloque ideológico hegemónico.

El control de los recursos culturales facilita, entonces, la universalización hegemónica de representaciones funcionales a los modos de producción material vigentes.(7) Desde esta perspectiva, es importante analizar el papel que juegan las instituciones educativas en este proceso de transmisión de la cultura dominante y en la incorporación de las nuevas generaciones a la misma. Dice Tadeo da Silva (1995, 10) que "a través de la escuela se producen significados sobre la sociedad, así como también se producen sujetos para la sociedad." La educación no es una tarea neutral, sino que opera transmitiendo determinados valores y prácticas, a la vez que excluye otros, actuando de esa forma como agente de la hegemonía cultural.

La escuela, entre otras instituciones, es una correa de transmisión de las concepciones y representaciones dominantes. Las formas de entender la realidad, los modos de sentir y razonar, el establecimiento de normas de conducta van generando un particular modo de vida que se refuerza día a día en las prácticas cotidianas escolares. De forma sintética se puede decir que el modo dominante de educación, el escolar, está implicado en los procesos de legitimación, acumulación y producción de conocimiento técnico necesarios para el funcionamiento adecuado de la sociedad capitalista.

Ahora bien, la mayor parte de las cuestiones educacionales pueden ser traducidas a una discusión sobre la creación, selección, organización y transmisión del conocimiento escolar, esto es, sobre el currículum. Aquello definido como conocimiento escolar constituye, según lo ha evidenciado la nueva tradición en sociología de la educación(8), una selección particular y arbitraria de un universo mucho más amplio de posibilidades. La definición de aquello que es considerado conocimiento nunca es, entonces, un acto desinteresado e imparcial.

Por ello es importante rastrear en los documentos curriculares oficializados, la concepción de salud/enfermedad seleccionada para su transmisión y comparar la misma con los modelos vigentes en la sociedad.

LOS CONTENIDOS ESCOLARES DE SALUD: EL CORPUS SELECCIONADO

En el año 1994, se aprobaron, a nivel nacional, los Contenidos Básicos Comunes para la Enseñanza General Básica, documento que sirve de marco regulativo a las distintas jurisdicciones para el planteo y programación de los diseños curriculares que se aplican en el sistema educativo provincial. Además, en el marco de la reforma curricular en marcha, también fueron aprobados por el Consejo Federal de Cultura y Educación, contenidos para la Formación Docente, a efectos de compatibilizar el perfil del nuevo egresado con las competencias que debe desarrollar en su tarea pedagógica. Esto conforma el primer nivel de concreción curricular, que la Ley Federal de Educación asigna al Estado Nacional su responsabilidad.

El segundo nivel de especificación curricular corresponde a los Diseños Curriculares Provinciales, siendo responsabilidad de la provincia su tratamiento y desarrollo. En la Provincia de Jujuy, los contenidos para la enseñanza general básica han sido aprobados y puestos a consideración de los establecimientos educativos en el año 1997, para 1º y 2º ciclo de la enseñanza general básica, y en 1999 para el tercer ciclo. Aún no se ha elaborado una propuesta propia para la formación docente de nivel inicial y enseñanza básica.

Conforme, así, el primer recorte del corpus a analizar con los documentos oficiales vigentes a partir de los procesos de transformación educativa, que son los siguientes:

MINISTERIO DE CULTURA Y EDUCACIÓN DE LA NACIÓN: *Contenidos Básicos Comunes para la enseñanza general básica*, Buenos Aires, 1995, 2º edición

MINISTERIO DE CULTURA Y EDUCACIÓN DE LA NACIÓN: *Contenidos Básicos Comunes para la formación docente*, Buenos Aires, 1997a.

MINISTERIO DE EDUCACIÓN Y CULTURA: *Contenidos Básicos Comunes para el primer ciclo de la enseñanza general básica*, Jujuy, 1997b

MINISTERIO DE EDUCACIÓN Y CULTURA: *Contenidos Básicos Comunes para el segundo ciclo de la enseñanza general básica*, Jujuy, 1997c

MINISTERIO DE EDUCACIÓN Y CULTURA: *Contenidos Básicos Comunes para el tercer ciclo de la enseñanza general básica*, Jujuy, 1999

Al ser la propuesta normativa oficial la contenida en los documentos señalados, se analizará en los mismos los contenidos educativos consignados para tratar de extraer la concepción implícita respecto a los procesos de salud/enfermedad. Cabe aclarar que se definen los contenidos básicos comunes como “el conjunto de saberes relevantes que integran el proceso de enseñanza de todo el país.” (MEC, 1997c, 21)

En el documento nacional para la enseñanza general básica, los contenidos educativos se hallan organizados en capítulos, correspondientes a cada área curricular del primer nivel de enseñanza. Los contenidos sobre salud se encuentran desagregados en el área de ciencias naturales.

En el tema que refiere a los organismos, se analizan enfermedades causadas por algunos de los organismos estudiados, sean infecciosas o no infecciosas, bacteriales o virales. Es decir que se planifica el estudio de los vectores de enfermedades contagiosas.

Avanzando en los contenidos, se encuentra el tema del organismo humano, en donde aconsejan la vinculación con contenidos de educación para la salud. Se plantea sólo a este respecto la transmisión de normas de cuidado y prevención de enfermedades para cada sistema anatómico/fisiológico estudiado. Se centra entonces en la prevención desde el campo biológico.

Finalmente, se consideran los organismos y sus interacciones entre sí y con el medio ambiente. A este respecto se sugiere el tratamiento y planteo de actividades para la mejora de las condiciones ambientales.

Los documentos provinciales organizan los contenidos también en áreas, distinguiendo en cada una de ellas ejes temáticos que dan estructura a los distintos

temas abarcados. No avanzan en la especificación de contenidos, respecto al documento nacional, aunque mencionan expectativas de logro para cada año.

En los documentos que corresponden a cada uno de los tres ciclos de la enseñanza general básica, también se incorporan contenidos relacionados con la problemática de salud en el área de Ciencias Naturales.

Para el primer ciclo de la Enseñanza General Básica, se señala respecto al eje "Organismo humano y salud" que: "alrededor de este eje se organizan los contenidos vinculados al conocimiento externo (sic) del organismo humano así como a las transformaciones que un ser vivo sufre a lo largo de su vida. En relación con las funciones vitales surge la necesidad de incluir el cuidado de la salud personal y ambiental para lograr conductas positivas". (MEC, 1997b, 123) Enuncian como expectativas de logro respecto a estos contenidos la práctica de medidas de higiene y la prevención de accidentes. Estos objetivos se reiteran en todos los cursos consignados.

En el documento que norma la enseñanza para el segundo ciclo de la enseñanza general básica, no encontramos significativas diferencias con el correspondiente a los tres primeros grados. Es más, se enuncia de manera idéntica a lo transcrito anteriormente la caracterización del eje "Organismo Humano y Salud". (MEC, 1997c, 151) Lo único que se agrega es que "los contenidos de educación sexual se tratan de acuerdo con las características del niño, sus necesidades e intereses." (MEC, 1997c, 151) Las expectativas de logro para este segundo ciclo también giran alrededor de la práctica de normas de higiene y cuidado de los sistemas orgánicos, como así también la prevención de enfermedades endémicas.

El documento correspondiente al tercer ciclo de la enseñanza general básica, incorpora algunas diferencias en la sistematización. Incluye objetivos de aprendizaje, considerados necesarios para la aprobación del nivel. Dentro de estas formulaciones, encontramos algunas relacionadas con la problemática de la salud:

- Reconocer algunas disfunciones que afectan los distintos sistemas que componen el organismo humano, identificando acciones de prevención de las mismas.
- Analizar las problemáticas sanitarias actuales y las acciones que tiendan a la promoción y prevención de la salud" (MEC, 1999, 143)

En cuanto a los contenidos relacionados con los procesos de salud/enfermedad, también pueden ser encontrados en el Eje Temático "El organismo humano y la salud". En el 7º, se desarrollan contenidos de educación sexual, que se reducen a la descripción anatómica y fisiológica del aparato sexual y añade la prevención de enfermedades de transmisión sexual, específicamente el SIDA. En el 8º Año, se vuelve sobre contenidos vistos en los ciclos anteriores y "principales trastornos que afectan a los sistemas de órganos y su prevención", como así también a "los virus y el cuidado de la salud" (MEC, 1999, 148). En el último año de la enseñanza general básica, se vuelve a insistir sobre el SIDA como trastorno del sistema inmunológico y se incorpora el tema de prevención de adicciones, con el tratamiento de sistema nervioso y sistema endocrino.

Por último, en el estudio de los contenidos para la formación docente, también se incluyen conceptualizaciones sobre salud en el área de ciencias de la naturaleza. En el documento se enuncia que "los docentes deben poseer conocimientos referidos

al organismo humano y al cuidado de la salud, que les permitan responder con fundamento científico las múltiples preguntas que los alumnos y las alumnas plantean respecto de su propio crecimiento y desarrollo. A la vez, estos conocimientos deben posibilitarles constituirse en promotores de salud desde su lugar de enseñanza. Para ello, en la formación docente se pondrá especial énfasis en el análisis de los sistemas encargados de las funciones básicas del ser humano y sus interrelaciones, así como en las pautas sanitarias que tienden a la protección de la salud.” (MCE, 1997a, 143/144)

ANÁLISIS DE LOS CONTENIDOS ESCOLARES DE SALUD

Los contenidos curriculares vigentes que se refieren a salud, han incorporado algunas problemáticas sanitarias de actualidad, como ser la temática del SIDA. También representan un avance sobre antiguas conceptualizaciones del área educativa, al tener en cuenta, por lo menos en la programación, la importancia de la educación sexual en la formación de los niños y adolescentes.

Pero, quizás el aspecto más novedoso en el enfoque, lo representa la incorporación del objetivo de “promoción de la salud”, frente a la tradicional función de la educación de garantizar formas de prevención exclusivamente. Pero, a pesar de estos aspectos de actualización en el conjunto de los contenidos detallados, podemos ver que subsisten en la representación de los procesos de salud/enfermedad aspectos que permiten conformar un modelo que contiene definiciones de la tradición positivista.

Lo primero que se hace urgente señalar, es la escasez de espacios curriculares para el desarrollo de un derecho prioritario, reconocido tanto en normas internacionales como nacionales. En el conjunto de contenidos seleccionados para cada uno de los nueve años que dura la educación institucionalizada obligatoria, el tratamiento de temas relacionados a la educación para la salud es insignificante.

Esta falta de atención en niveles de concreción específicos, deja al descubierto el carácter meramente declarativo de muchas proposiciones generales. El hecho de no aprovechar la cuasi-universalización de la educación primaria para el desarrollo de contenidos que se direccionen a la promoción de la salud, es regresivo respecto a las actuales enunciaciones que hegemonizan el campo sanitario. Si tomamos las declaraciones internacionales, donde se hace hincapié en la necesidad de fortalecer hábitos y convicciones que permitan a los hombres y mujeres autocontrolarse, desarrollar sus propios recursos, mantener su equilibrio, en definitiva, promocionar la salud, es evidente la insuficiencia de los contenidos escolares para el logro de esa meta.

Cabe añadir, aunque no se trata de un estudio comparativo, que en la Provincia de Jujuy existía desde el año 1986 un documento curricular específico de “Educación para la Salud”, que fuera elaborado por la Comisión Mixta conformada para interrelacionar estas dos áreas públicas. Sin afirmar su superioridad desde el punto de vista del contenido, debemos reconocer que la cantidad de temas e información es un indicador acerca de la importancia que se le confería al tema en la formación de los alumnos.

Junto con este reduccionismo cuantitativo, también se puede indicar una limitación cualitativa, al circunscribir el tratamiento de los temas al área de las ciencias de la naturaleza.

El reconocimiento teórico acerca de la importancia y significación de las ciencias sociales en la problemática de la salud, no se ve reflejado en la organización y diagramación de los documentos curriculares. Los contenidos escolares retoman la anacrónica visión circunscripta a la biología. Aún más, el tratamiento de algunas cuestiones relacionadas con el equilibrio ecológico, mencionadas en la enumeración de temas, obligaría a trascender las fronteras de lo natural. De no ser así, se estaría omitiendo que la relevancia y riqueza de las dimensiones humana y social del ambiente son tanto o más significativas que los factores físicos en la definición de los procesos de salud/enfermedad.

La exagerada centralización en lo biológico también excluye de su consideración al campo psicológico. Si tenemos en cuenta que la actual enseñanza general básica abarca hasta los catorce años, es inconcebible la omisión de esta esfera. La pubertad, etapa de crisis no sólo en relación a lo físico, es ocultada, obviada u olvidada en la educación. Somos conscientes que en los primeros grados es desajustado pretender introducir conceptualizaciones sobre salud mental, pero, no puede sostenerse la misma evaluación con una población adolescente. Además, ciertas prácticas relacionadas con la conformación correcta del psiquismo no son despreciables en un período tan decisivo como la segunda infancia. Es inadmisibles la ausencia de mención a los problemas de salud mental, sobre todo teniendo en cuenta que esto ha sido reconocido en su importancia y prevalencia por las actuales concepciones de salud.

Este exagerado biologismo puede recibir una interpretación que desnude su funcionalidad con la organización social imperante. El centrar la salud en el cuerpo, instancia natural, individual e igualitaria de los individuos, tiende a la homogeneización de los sujetos. De esta manera se oculta la existencia de las clases sociales y la relación de éstas con el proceso salud/enfermedad. Como afirma Stein (1992, 150), "personas de distinta clase social se enferman o mueren por causas diferentes o por lo menos son distintas las posibilidades contraer y/o morir por la misma enfermedad." Pero, al describir las enfermedades como desviaciones de la norma de variables biológicas o bioquímicas, se elude y se encubre la desigualdad social y su relación inmediata con los procesos históricos de salud/enfermedad.

Es decir que centrar en el cuerpo el problema de la enfermedad, es coherente con una misión encubridora de los contenidos educativos que, tras su legitimación como "saber científico" oculta la falta de neutralidad que existe en la selección y organización de dichos contenidos. En síntesis, esta posición respecto a la salud en el diseño escolar es coherente con la función de la institución educativa de trabajar para la reproducción de formas culturales que aseguren la permanencia de las relaciones sociales existentes, evitando dejar expuesta a críticas y a voluntad de cambio las indeseables desigualdades.

Este enfoque biologicista, que desconoce tanto la esfera psíquica como el contexto social, contribuye a acentuar el individualismo en el modelo de salud transmitido. Al limitar la vinculación de la enfermedad sólo con organismos transmisores o con la

disfunción de los sistemas anatómicos/fisiológicos, se separa al sujeto del complejo entrecruzamiento de relaciones en la que el mismo se va constituyendo, desarrollando e identificando. Se concibe entonces la enfermedad como una desviación del funcionamiento biológico normal de un individuo.

Como consecuencia de ello queda cada persona responsabilizada de su propio bienestar, dependiendo exclusivamente de su voluntad y disposición para aceptar las medidas preventivas, el gozo de una óptima condición sanitaria. Los factores etiológicos y curativos son depositados en las personas o, a lo sumo, en el medio ambiente natural. Salud y enfermedad son, así, estados que se alcanzan por la implementación de buenas o malas conductas respectivamente. La responsabilidad última por el logro de una de las dos condiciones dicotómicas es atribuida, en cada caso, a cada uno de los sujetos. Esta visión normativa evita recorrer la historia real, ya que quedaría al descubierto que el mayor descenso de las tasas de mortalidad se debieron, en todas las poblaciones, a las modificaciones de las condiciones de salubridad colectiva. Se oculta este hecho para priorizar un centramiento en el individuo como único gestor de su bienestar.

Como se puede constatar, esta negación de la condición social de los procesos de salud/enfermedad, permite, a su vez, la presentación ahistórica de los mismos. “La universalidad de una taxonomía de enfermedades descansa en la idea de que, al margen de los períodos históricos, las culturas y las sociedades, la enfermedad tiene aspectos específicos e identificables que son comunes a la especie humana y que sus síntomas, signos y procesos son iguales para todos.” (Lloret y Ramos, s/f, 53)

Al desvincularse la salud de las condiciones de vida y de la pertenencia a determinadas clases sociales, centrando la problemática en los organismos transmisores de enfermedad y en los problemas biológicos que se presentan como efectos de su acción, se impide tematizar sobre las distintas visiones que históricamente se han desarrollado sobre el problema, así como tampoco es lícito revisar las alternativas de intervención que se han ido generando. Podemos mencionar como ejemplo la ausencia significativa de la historia social de la salud/enfermedad en América, no sólo antes de la conquista europea, sino en ciertas pervivencias actuales.

Por último, el tratamiento separado del conocimiento social fragmentan un conjunto de problemas, sobre todo los relacionados con el desequilibrio ecológico, que son resultados directos –aunque a veces no inmediatos- de las formas de producción vigentes. Podemos pensar, como uno de los innumerables ejemplos que se pueden encontrar, la contaminación de las aguas y la consecuencia que esto trae para los sectores poblacionales que no gozan de condiciones materiales para que el fenómeno pase sin afectarles.

Una última consideración sobre el carácter de los contenidos escolares de salud, podemos efectuarla sobre el papel que se le reserva a cada individuo en relación con los procesos de salud/enfermedad. Podemos afirmar que de acuerdo a la insistencia en el aspecto normativo de la salud, sólo compete a los legos cumplimentar obedientemente las prescripciones higiénicas y preventivas que se dictan desde esferas de conocimiento legitimadas como tales. Obviamente lleva

esta priorización de los mandatos a un participacionismo subordinado, en donde la única iniciativa debe ser el cumplimiento estricto de lo señalado y la responsabilidad personal por los resultados sanitarios logrados.

Desde Kant y el Iluminismo, la educación tiene una serie de finalidades básicas que se resumen en volver civilizado y disciplinado al ser humano para que se comporte de acuerdo con ciertas reglas morales. Este mandato general lo vemos también, especificado respecto a la problemática salud/enfermedad, ya que la insistencia en el cumplimiento de pautas y normas de higiene o prevención en cada uno de los años de escolarización, sólo permiten la obediencia a un esclerosado deber ser y no la reflexión sobre un fenómeno histórico y social dinámico.

El concepto de higiene ocupa un lugar central en todas las exhortaciones morales sobre la salud. Es interesante seguir el rastreo arqueológico de Michel Foucault (1992,95), quien desentraña que el concepto de higiene como limpieza aparece fuertemente en el siglo XIX como reaseguro de la fuerza laboral. Se conforma como un conjunto de reglas establecidas y codificadas por un saber biológico y médico que obliga a los individuos a garantizar su salud y la de su familia.

Podemos entrever en la gran insistencia de los diseños curriculares sobre la higiene la presencia capilar de la disciplina y la normalización. Estas ejercen sobre los sujetos el importante papel, señalado por Foucault y sus seguidores (Foucault, 1977; Varela y Alvarez Uria, 1991) de un control más eficiente, para mantener a los individuos atados a los objetivos de productividad del sistema.

ALGUNAS REFLEXIONES FINALES

*Mejor sería, doña, que nos dieran trabajo
a los dos de una vez. Teresa Parodi*

El currículo escolar está formado por un conjunto de conocimientos explícitos pero también por valores, significados y prácticas que se desprenden desde la selección, exclusión y ordenamiento de los contenidos. Teniendo en cuenta estos aspectos, se ha constatado que, tanto en la forma como en el contenido, el tratamiento escolar de la salud en el primer nivel de enseñanza, refleja las características que Menéndez (1978) ha señalado como propias de lo que él denomina "Modelo Médico Hegemónico". A propósito de este trabajo, excedemos el marco estrictamente médico, para recorrer el tema en los términos más amplios de salud/enfermedad. Pero las categorías de análisis de Menéndez han mostrado una riqueza que permite su aplicación a este campo extendido.

Se ha evidenciado en este sentido el biologismo, individualismo, ahistoricismo y participacionismo subordinado como propiedades definitorias de la concepción de salud subyacente en los contenidos examinados, las cuales son coincidentes con los calificativos que se pueden aplicar al territorio medicalizado. La escuela crea así estructuras que suturan la vida cotidiana, adaptadas al sistema de salud establecido.

Pero, lo sorprendente de la visión transmitida por la educación respecto de los procesos de salud/enfermedad, es que incorpora además elementos coincidentes con el modelo teórico hegemónico vigente, el cual centra la delimitación del concepto

de salud en el equilibrio entre ambiente, individuo y agente patógeno. De allí el desarrollo de temáticas vinculadas con una visión ecológica y ambientalista. Esta orientación más actualizada, podemos también detectarla en la inclusión de cuestiones vedadas anteriormente en la escuela, como ser la educación sexual y la prevención de adicciones..

Es decir que, la escuela transmite información y genera actitudes en lo que respecta a la problemática de la salud, compatibles tanto con el modelo teórico como con la práctica médica hegemónica. Se había señalado, anteriormente, cierta ruptura entre lo que se enuncia y el quehacer médico concreto. Esto se refleja en el análisis de los contenidos escolares. Por un lado están dirigidos a la prevención, a la higiene y a la información sobre agentes patógenos causantes de estados patológicos o anormales, coherente con una perspectiva biologicista. Pero, por otro lado, incorpora nociones de la ecología y los conceptos de promoción de salud, más vinculados a un enfoque teórico más actual. En síntesis, funcionaliza las representaciones transmitidas a la conservación de las estructuras existentes.

Es importante arriesgar una hipótesis explicativa respecto a esta aparente incoherencia, como corolario de este trabajo. Pienso que la interpretación más plausible podemos encontrarla en la función normatizadora de la escuela que asegura la reproducción de pautas sociales que aseguren el sostenimiento de la sociedad y la conservación del orden vigente. El conformar a los sujetos con una estrecha e individualizante visión biologicista de la salud, hará localizar sus demandas en el ámbito privado y mirar con beneplácito las medidas sanitarias como generosas dádivas y contribuciones compensadoras de un trabajo que debería ser responsabilidad propia. Al conformar fuertemente la idea de la salud como resultado de conductas responsables personales toda acción de ayuda por parte de los organismos estatales es vista como asistencia o ayuda a la falta de respuesta adecuada por parte de los interesados.

El excesivo énfasis que se pone en nuestra vida educativa en el individuo, resulta muy conveniente tanto para el mantenimiento de una ética del consumo que asegure recursos al sistema médico privado, como al marchitamiento de nuestra sensibilidad política que asuma, así, con beneplácito sólo la atención hospitalaria en lugar de reclamar por la modificación de la estructura social.

Pero, a la vez que cumple esta función de reproducción social, no puede arriesgar la seguridad colectiva con futuras conductas irresponsables en el campo sanitario. La educación institucionalizada trabaja, entonces, para instaurar creencias y actitudes respecto a ciertas pautas preventivas y de promoción de salud centradas en la conducta individual y en el cuidado del medio ambiente, que aseguren un normal desenvolvimiento de la sociedad sin poner en riesgo la situación de los sectores favorecidos de la misma.

Sin embargo, la incorporación de temáticas relacionadas con la promoción que convocan a trabajar en la creación de ambientes, estilos de vida y comportamientos saludables, no exceden el encuadre de la responsabilidad personal y, por lo tanto, no avanzan en la generación de prácticas imprescindibles para la modificación de los determinantes sociales que influyen en los procesos de salud/enfermedad.

La curricula escolar puede así ser entendida en su función principalmente preventiva y secundariamente promocional, respondiendo a un modelo de intervención de “creencias de salud”.(9) En coincidencia con este modelo, podemos concluir que los contenidos, tal como han sido seleccionados, organizados y son transmitidos, contribuyen a:

- 1) crear susceptibilidad acerca del riesgo de contraer enfermedades.
- 2) tomar conocimiento acerca de la gravedad de las consecuencias asociadas con cada enfermedad.
- 3) concienciar sobre los beneficios aparejados a la implementación de conductas preventivas.

Es por la internalización de estos tres mandatos que la escuela va conformando en los sujetos ciertas representaciones y actitudes que serán retomadas por el sector de la salud en el diseño de las políticas de prevención y promoción. Se anula y supera así la supuesta contradicción que parecía existir entre una educación centrada en el individuo y los factores biológicos y la hegemónica conceptualización de la salud como equilibrio entre individuo, medio ambiente y agente patógeno.

NOTAS

- 1) En el nivel preescolar (5 años), la tasa neta de escolarización provincial es de 33,1%, computándose en el nivel medio (13 a 17 años) un porcentaje del 60,8%. Fuente: INDEC: *Censo Nacional de Población y Vivienda*, República Argentina, 1991.
- 2) Se sigue la acepción que da Mario Bunge al término. Cfr. *La investigación científica*, Barcelona, Ariel, 1986, pag. 419.
- 3) Se utiliza la nominación de positivismo en un sentido amplio. Abarca no sólo la escuela positivista del S.XIX, sino también posiciones epistemológicas analíticas del s XX, coincidentes con el esquema explicativo y con la desiderata de verificación empírica.
- 4) No se desconocen aportes previos en la conformación de esta nueva visión más compleja de la salud. Cfr. Snow, entre otros. Pero, recién se impone como forma hegemónica de organización de la salud a partir de la Segunda Guerra Mundial. Cfr. Plan Beveridge en Inglaterra.
- 5) En Alma Alta, U.R.S.S., se llevó a cabo una reunión convocada por la Organización Mundial de la Salud, a la que asistieron todos los países incorporados a la misma. La Declaración final de esta reunión cumbre, fue el documento que se propagandizó como lineamiento internacional de política de salud.
- 6) Citado en “La educación para la salud en la escuela”, cartilla del curso de capacitación de EDUCTRADE.
- 7) La relación existente entre hegemonía y dominio cultural ha sido también puesta de manifiesto por WILLIAMS, Raymond: *Marcismo y literatura*, Barcelona, Ed. Península, 1980.
- 8) Cfr. Entre otros a Paulo Freire y su denuncia de parcialidad ideológica en toda acción educacional; Raymond Williams y la llamada “tradicción selectiva” y la

totalidad de teóricos de la reproducción.

- 9) Este modelo de intervención fue desarrollado por Becker, M., citado por KORNBLIT, Ana Lía: "Modelos preventivos en educación para la salud. El caso SIDA". Mimeo.

BIBLIOGRAFÍA

A - Documentos:

MINISTERIO DE CULTURA Y EDUCACIÓN DE LA NACIÓN: Contenidos Básicos Comunes para la enseñanza general básica, Buenos Aires, 1995, 2º edición.

MINISTERIO DE CULTURA Y EDUCACIÓN DE LA NACIÓN: Contenidos Básicos Comunes para la formación docente, Buenos Aires, 1997a.

MINISTERIO DE EDUCACIÓN Y CULTURA: Contenidos Básicos Comunes para el primer ciclo de la enseñanza general básica, Jujuy, 1997b.

MINISTERIO DE EDUCACIÓN Y CULTURA: Contenidos Básicos Comunes para el segundo ciclo de la enseñanza general básica, Jujuy, 1997c.

MINISTERIO DE EDUCACIÓN Y CULTURA: Contenidos Básicos Comunes para el tercer ciclo de la enseñanza general básica, Jujuy, 1999.

B - Bibliografía:

BUNGE, Mario: La investigación científica, Barcelona, Ariel, 1986.

FOUCAULT, M. (1992) "La crisis de la medicina o la crisis de la antimedicina" en La vida de los hombres infames, Bs. As., Ed. Altamira.

FOUCAULT, M. (1977) Vigilar y castigar, Madrid, La Piqueta.

GRAMSCI, A. (1992) Antología, México, S.XXI.

INDEC (1991) Censo Nacional de Población y Vivienda, República Argentina.

INDEC (1998) Situación y evolución social. Síntesis Nº 4, Buenos Aires.

KORNBLIT, A.L. Modelos preventivos en educación para la salud. El caso SIDA, Mimeo.

LLORET, J.J. y RAMOS, S. (s/fecha) Hacia unas ciencias sociales con la medicina. Obstáculos y promesas en HARDY, E., DUARTE OSIS, M.J. y RODRÍGUEZ CRESPO, E.: Ciencias sociais e medicina. Atualidades e perspectivas Latinoamericanas, Campinas-Brasil, Centro de pesquisas das doenças materno-infantis de Campinas, CEMICAMP.

MENÉNDEZ, E.L. (1978) El modelo médico y la salud de los trabajadores en BASAGLIA, F. y otros: La salud de los trabajadores. Aportes para una política de la salud, México, Nueva Imagen.

ROJAS SORIANO, R. (1995) *Capitalismo y enfermedad*, México, Plaza y Valdez.

ROJAS SORIANO, R. (1997) *Crisis, salud, enfermedad y práctica médica*, México, Plaza y Valdez.

ROJAS SORIANO, R. (1988) *Sociología médica*, México, Plaza y Valdez.

SILVA, T.T. da (1995) *Escuela, conocimiento y currículo*, Bs. As., Miño y Dávila.

STEIN, E. (1992) "Medicina social: enfoque y perspectiva en Argentina", en DOVAL, MICUCCI y STEIN: *Salud: crisis del sistema. Propuestas desde la medicina social*, Bs. Aires, Ed. Agora.

VARELA, J. y ALVAREZ URIA, F. (1991) *Arqueología de la escuela*, Madrid, La Piqueta.

WILLIAMS, R. (1980) *Marcismo y literatura*, Barcelona, Ed. Península.