

La ciencia de la salud integral comunitaria: una transdisciplina en construcción

Juanita Ochoa Chi
Coordinadora



LA CIENCIA DE LA SALUD INTEGRAL
COMUNITARIA: UNA TRANSDISCIPLINA
EN CONSTRUCCIÓN

LA CIENCIA DE LA SALUD INTEGRAL
COMUNITARIA: UNA TRANSDISCIPLINA
EN CONSTRUCCIÓN

Juanita Ochoa Chi

Coordinadora

Editorial Itaca

Escuela Nacional de Medicina y Homeopatía

Instituto Politécnico Nacional

Primera Edición: 2025

D. R. © David Moreno Soto

Coordinación: Dra. Juanita Ochoa Chi

Autores: Juanita Ochoa Chi, Francisco Lozano Rodríguez, Fernando Alcala Morales, Abigail Aguilar Contreras, Gustavo Leal Fernández, Edith Yesenia Peña Sánchez, Guadalupe Pujol Galván.

Diseño de portada y fotografías: Ricardo Harispuru López

Ajustes de portada: Maribel Rodríguez Olivares

Corrección de estilo: David Moreno Soto

ISBN: 978-607-2649-07-1

Los capítulos han sido arbitrados bajo el sistema doble ciego, por pares académicos.

Esta obra es producto de los investigadores de la Comisión Científica de Seguimiento, recuperando y valorando los aportes del ProNaiI-3003 Proyecto de Investigación e Incidencia en Alimentación y Salud Integral Comunitaria en cinco comunidades escolares de la Zona Centro del país. Alpuyea, Morelos; Naucalpan, Estado de México; Iztapalapa, Ciudad de México y Región Mazahua del Estado de México e Hidalgo (ANIMAH).

Esta investigación fue apoyada y financiada por el Consejo Nacional de Humanidades, Ciencias y Tecnologías (Conahcyt), Programas Nacionales Estratégicos (ProNacES-Salud) 2019-2025, ahora Secretaría de Ciencias, Humanidades, Tecnología e Innovación (Secihti) a través de la Escuela Nacional de Medicina y Homeopatía del Instituto Politécnico Nacional (IPN-ENMH).

Se autoriza la copia, impresión y descarga del presente material, con fines divulgativos, no comerciales ni de lucro, para el estudio e investigación, participativa, docencia y desarrollo comunitario, siempre que se reconozcan de forma adecuada a los criterios institucionales y autorales como las fuentes y titulares de los derechos.

Impreso en México • *Printed in Mexico*

Distribución gratuita - Prohibida su venta

Índice

- 9 Prefacio • Guadalupe Záyago Lira
- 11 Introducción • Juanita Ochoa Chi
- 17 Salud integral comunitaria: un ejercicio dialéctico
entre la comunidad escolar y la ciencia médica
y social comprometida • Juanita Ochoa Chi
- 37 La salud integral comunitaria. Hacia una praxis colectiva
transdisciplinar • Francisco Lozano Rodríguez,
Fernando Alcala Morales
- 49 Algunos aspectos históricos sobre la herbolaria mexicana
• Abigail Aguilar Contreras
- 61 Fortalecer un enfoque de atención primaria a la salud
desde las comunidades • Gustavo Leal Fernández
- 71 ANIMAH, una experiencia inmersiva en la salud integral
comunitaria. Eje alimentación y nutrición
• Edith Yesenia Peña Sánchez
- 91 Ambientes escolares y pedagogías para la vida saludable
y la convivencia • Guadalupe Poujol Galván

PREFACIO

Guadalupe Záyago Lira

Investigadora comunitaria del ProNaII-3003

ProNacES-Conahcyt

Para nosotras el trabajo con el proyecto de Conahcyt 3003 (Consejo Nacional de Humanidades, Ciencias y Tecnologías, hoy Secretaría de Ciencia, Humanidades, Tecnología e Innovación [Seciht]) ha sido muy rico, y cuando me refiero a nosotras hablo a nombre de una comunidad escolar extendida, en la que en su gran mayoría las participantes somos mujeres. Encontrarnos con un equipo de científicas y científicos que componen el equipo de investigación y con la comisión dictaminadora y de seguimiento, ha sido una experiencia muy enriquecedora.

Primeramente, porque nos encontramos con gente que consideró en su trabajo de investigación los intereses, los tiempos y los saberes de todo un grupo social como somos las comunidades escolares. Eso ha sido muy importante, pero más allá de las comunidades escolares, de donde vienen las y los integrantes de estas comunidades. Esa consideración en el desarrollo del proyecto ha sido esencial y muy amigable, quiero decir, ha sido muy respetuosa y en diálogo permanente con nosotras. El que los integrantes, como los que conforman la comisión dictaminadora hayan valorado y aceptado, un proyecto en el que el equipo de investigadores proponía como forma de

hacer diagnóstico, una dinámica no invasiva y colaborativa, una dinámica de hacer el diagnóstico de nuestra salud de manera integral, en el que, nosotros, nosotras, la gente de las comunidades escolares, somos sujetos participativos, tanto en la elaboración del diagnóstico como en la creación de la incidencia, me parece que se tiene que reconocer, porque, y lo digo por experiencia, no cualquier científico hace esto.

Nosotros tuvimos la oportunidad de comprobar durante todo este trayecto que son un equipo con un pensamiento crítico, con una visión de que los sujetos que interactuamos en esta forma de hacer ciencia somos sujetos vivos y activos. Podemos reconocer en los científicos y en las científicas a personas que están colaborando en la construcción de este proyecto, que se esfuerzan por comprender el lugar al que están llegando, un espacio geográfico en el que perviven ya antes de su llegada, una serie de conocimientos, una cosmovisión propia, una serie de actividades que tienen que ver con todo el atrás, con todo un presente, pero que pretende en este presente sentar las bases para ir construyendo un futuro desde una perspectiva crítica.

Me parece que hay que dar un reconocimiento a la comisión dictaminadora y de

seguimiento, porque si allí estuvieran otras científicas con una mente constreñida, con una mente que no comprende más allá de su propio escritorio, no hubiera sido posible toda esta aportación rica que hacemos

desde los cinco ejes del ProNaII-3003 para poder pensar en la posibilidad de una nueva política pública en salud para todas y todos.

INTRODUCCIÓN

El lector encontrará en este libro seis capítulos escritos por integrantes de la Comisión Científica de Acompañamiento Comunitario del ProNaII “Alimentación y Salud Integral Comunitaria”, sobre el proyecto ANIMAH (Alpuyeca, Morelos; Naucalpan, Estado de México; Iztapalapa, Ciudad de México y Región Mazahua del Estado de México e Hidalgo) (clave 3003-Conahcyt), desarrollado en las zonas centro y sur del país.

Esta honorable Comisión fue formada en el marco de los Programas Nacionales Estratégicos (ProNacES)-Salud, con la intención de hacer del nuevo Conah-

cyt (Consejo Nacional de Humanidades, Ciencias y Tecnologías) (hoy Secretaría de Ciencia, Humanidades, Tecnología e Innovación [Secihti]) (2020-2024) un verdadero consejo científico que no se limite a evaluar los proyectos por sus resultados al final de cada etapa, sino que los acompañe en sus procesos y discusiones científicas internas, fortaleciéndolos con sus conocimientos y discusiones durante la incidencia, y al cabo dando testimonio y haciendo evidentes los resultados positivos y los desafíos a que se enfrentaron los proyectos para realizar sus metas.

Fiesta del Maíz | Esc. Prim. “20 de Noviembre”,
Santa María Apaxco, Apaxco, Estado de México, octubre de 2023.





Festival de Primavera | Preescolar CECyS “José de Tapia Bujalance”,
Miravalle, Iztapalapa, Ciudad de México, marzo de 2025.

La comisión está conformada por científicos mexicanos expertos en diversas materias: salud comunitaria, medicina tradicional, etnobotánica, sistemas de salud, alimentación y pedagogía, con una trayectoria humanística en el estudio, investigación y trabajo, articulados éstos con y para las comunidades a lo largo de su vida profesional.

Las actividades realizadas por dicha comisión han sido las siguientes: la evaluación de proyectos en la convocatoria nacional 2020-2025; el acompañamiento virtual y en campo a los científicos del proyecto y a las comunidades escolares; reuniones semanales de discusión e intercambio disciplinar; asesorías mensuales sobre diferentes

temas relacionadas con la salud y las comunidades escolares durante las actividades de diagnóstico e incidencia.

Cada uno de los capítulos da cuenta de esta labor de acompañamiento, y aprecia el trabajo de diagnóstico e incidencia del proyecto ANIMAH en el contexto de la actual crisis de salud; y más allá de dar sólo una valoración cuantitativa, observa e interpreta el avance del proceso de construcción colectiva que lleva a cabo hacia una nueva alternativa en trabajo científico comunitario en salud, la cual recupera la tradición de las comunidades, su autogestión en salud, y da cuenta de los trabajos científicos críticos desarrollados, comparándolos con otros en el campo de la salud

y la pedagogía comunitaria que también han desarrollado diversos científicos en el mismo sentido del proyecto presentado.

En el capítulo primero, la Dra. Juanita Ochoa, coordinadora del ProNaII 3003, presenta el tema “Salud integral comunitaria: un ejercicio dialéctico entre la comunidad escolar y la ciencia médica y social comprometida”. Dicho trabajo es una reflexión teórica sobre el concepto de salud desarrollado en el proyecto: una salud integral comunitaria que recupera la historia y el desarrollo de sus entornos materiales; ello es resultado de la recuperación de teorías críticas, como el materialismo histórico, la medicina social tanto europea como latinoamericana, la epidemiología crítica, la epidemiología comunitaria, y la crítica de la economía política. “El nuevo patrón de salud-enfermedad ha venido cambiando vertiginosamente en estos 30 años de neoliberalismo debido a las nuevas tecnologías, a los nuevos objetos de consumo nocivos y a la contaminación ambiental, por lo que se requiere, además de una ciencia médica humanizada, de una ciencia de la salud socioambiental comunitaria que dé cuenta de estos complejos procesos de subsunción de la salud derivados no sólo de la falta de capital sino de sus excesos.” Además, presenta el sentido del ProNaII de Alimentación y Salud Integral Comunitaria y describe las condiciones que fueron necesarias para la puesta en marcha de los dos proyectos aprobados, a saber: contar con comunidades escolares con una organización de base que las respaldara, y constituir un equipo de investigación conformado por científicos comprometidos con trayectoria de

colaboración con las comunidades y pueblos del país. Finalmente, se presentan los resultados del diagnóstico de los dos proyectos aprobados en esta primera etapa de diagnóstico: sus fortalezas, los problemas por atender y las propuestas de trabajo de cada uno de ellos. El capítulo concluye de un modo esperanzador: “Aunque aún está en marcha la etapa de incidencia, estamos seguros de que la nueva forma de trabajo científico de los investigadores, siguiendo el interés superior de la comunidad y de los niños y niñas, ya es de gran ayuda desde su fase más temprana y de manera colectiva”.

En el segundo capítulo, sus dos autores, especialistas en medicina integrativa, Francisco Lozano, responsable técnico del proyecto 3003, y Fernando Alcalá, investigador del mismo, presentan el tema “La salud integral comunitaria. Hacia una praxis colectiva transdisciplinar”. En primer lugar, hacen un recorrido histórico acerca de la importancia de la medicina como ciencia fundamental de la humanidad para preservar la salud y el bienestar de los pueblos. La medicina ha venido desarrollando múltiples sistemas médicos en diferentes épocas y espacios geográficos, sistemas que actualmente “lejos de pertenecer al pasado siguen vivos y vigentes”. Refieren que la medicina integrativa busca articular el sistema tradicional con el sistema médico científico alópata de nuestros días, colocando la medicina tradicional como una medicina complementaria que contribuye a atender los desafíos de la modernidad. “Estamos transitando a un paradigma donde la medicina no se encierra en verdades absolutas, sino que es capaz de dia-

logar y construir puentes entre la tradición, la ciencia, la tecnología y la cultura. Donde sanar es sobre todo un acto profundo de humanismo”. Por ello, los autores definen la salud como un estado de equilibrio dinámico en el que la comunidad participa activamente en su propio bienestar sanitario, educativo y social. La propuesta del proyecto ANIMAH —nos dicen— es tejer, sirviéndose de todas las disciplinas que lo integran, un trabajo transdisciplinar sobre alimentación, salud psicosocial, identidad, arte y cultura, pedagogía crítica y, por supuesto, medicina integrativa, en el que se reconozca que la sabiduría tradicional tiene tanto valor como el conocimiento científico. El éxito del proyecto ANIMAH —continúan— consiste en validar el conocimiento comunitario haciendo partícipes a todos los integrantes de la comunidad de este modelo de salud. Particularmente, en este capítulo se recupera una propuesta de diagnóstico de la salud a través de la observación de la lengua —un diagnóstico no invasivo—, como recurso sencillo para detectar la salud, el estado “subsano” o anormal de los infantes en los espacios escolares, de fácil acceso. Finalmente, refieren que, para avanzar a una política pública en sentido transdisciplinar, es necesario “generar conciencia para fomentar una cultura de bienestar en la que la salud, la educación y la nutrición sean concebidos como derechos humanos fundamentales e interconectados”. Y concluyen: “Sólo a través de un enfoque integral y transdisciplinar podremos enfrentar los desafíos del presente y construir un futuro más saludable y equitativo para las nuevas generaciones”.

En el tercer capítulo, “Algunos aspectos históricos sobre la herbolaria mexicana”, la maestra Abigail Aguilar revisa, desde el siglo XVI al siglo XXI, los “eventos históricos más relevantes en el conocimiento de la herbolaria mexicana y las interrelaciones que la involucran en el campo de la salud en la actualidad”. La maestra nos ilustra de un modo erudito sobre la recuperación botánica presente en diferentes textos. Cabe destacar que la autora contribuye a dar un seguimiento puntual al desarrollo de esta materia, recuperando momentos de la historia en que el conocimiento de las plantas medicinales también se asocia a su uso terapéutico médico en la atención de la salud, y en el tratamiento de enfermedades comunes y también crónico degenerativas de nuestro tiempo. Este fascinante recorrido termina con la siguiente afirmación: “En este primer cuarto del siglo XXI donde se habla de medicinas tradicionales indígenas y afromexicanas, interculturalidad, diálogo de saberes, herbolaria, y que las instituciones de salud pública, la constitución y la Ley General de Salud reconocen la valía de estas medicinas, todavía no se establece una relación de igualdad entre el modelo médico tradicional y la medicina académica debido a que existen interpretaciones culturales opuestas sobre el proceso de salud-enfermedad-atención”. Y entonces señala que “el proyecto ANIMAH da un paso importante en las escuelas de las comunidades recuperando el conocimiento sobre las plantas medicinales y comestibles que tienen los familiares de los niños y niñas para obtener una mejor salud y nutrición”.

En el cuarto capítulo, titulado “Fortalecer un enfoque de atención primaria a la salud desde las comunidades”, el Dr. Gustavo Leal se refiere a uno de los aprendizajes que han resultado del acompañamiento al proyecto ANIMAH en la primera etapa de diagnóstico: “¿Qué aprendimos? En primer lugar, abordamos sobre la complejidad en el esfuerzo para cambiar los estilos de vida que determinan una mala salud. Es decir: cambiar ese estilo es como volver a aprender a caminar”. En este capítulo, el autor se refiere a la necesidad de nuevas herramientas para enfrentar el desafío de este cambio de paradigma; hace una crítica al enfoque sanitarista clásico, el cual “no tiene herramientas para enfrentar el desafío de ese cambio en el estilo de vida. Carece de los equipamientos mentales, tecnológicos y los dispositivos que se requieren para enfrentar la tarea”. En segundo lugar, señala que la experiencia del proyecto podría fortalecer el sistema de salud en México, haciendo una contribución al desarrollo de sólidos enfoques de atención primaria a la salud mediante la implementación de diagnósticos de salud comunitaria; para tal efecto asumiría los desafíos de una comunidad que no es homogénea, por lo que la tarea debe ser aprender de ella. “La clave —del proyecto— fue no llegar imponiendo nada sino más bien abriendo bien las posibilidades de que los diagnósticos de salud, la acción y el trabajo comunitario pudieran apuntar a identificar los determinantes comunitarios de una mejora a la salud”. Y termina señalando las tareas y dificultades existentes para extender este ejercicio escolar en salud a la entera comunidad.

En el capítulo quinto, “ANIMAH, una experiencia inmersiva en la salud integral comunitaria. Eje alimentación y nutrición”, la Dra. Yesenia Peña, después de hacer una excelente exposición de diferentes teorías que comprenden el estudio de la alimentación y la nutrición, y de dar contexto a la situación actual de crisis de salud en la que se encuentran las poblaciones en México, en particular los niños, promueve el enfoque transdisciplinario comunitario y colaborativo del proyecto ANIMAH, que incluye la autogestión y recuperación de los espacios escolares como espacios de promoción de la salud escolar. En segundo lugar, hace un recorrido de la etapa de diagnóstico e incidencia, particularmente en lo referente al tema de alimentación y nutrición en las seis escuelas participantes del proyecto. En tercer lugar, evalúa el resultado, el cual conforma un modelo de incidencia hacia la replicación de la experiencia en otras escuelas y comunidades. “El proyecto de ANIMAH y sus resultados me llevan a pensar en los procesos de agencia y formación de ciudadanos autónomos, una labor que pretende fortalecer las escuelas como modelos integrativos y decir no más a la salud expropiada”. Y en cuarto lugar presenta las condiciones para que este modelo-guía pueda prosperar, así como las dificultades que encuentra en su camino, dado el contexto de deterioro de salud y medioambiente tan alarmante en el que se encuentran nuestras poblaciones en el país. Y “para seguir reflexionando”, concluye: “A través de la transdisciplina, la filosofía de la praxis, de la investigación-acción participativa y el reconocimiento de los saberes locales, se

promueven un diálogo y una sinergia que permiten que los múltiples actores sociales participen al compartir y apropiar saberes y conocimientos sobre la importancia de la salud integral”.

En el capítulo sexto, “Ambientes escolares y pedagogías para la vida saludable y la convivencia”, la Dra. Guadalupe Poujol reflexiona sobre los aportes del proyecto ANIMAH relacionándolo con otras experiencias escolares, ello con miras a la construcción de ambientes escolares saludables. En el marco de la Nueva Escuela Mexicana propuesto por la Secretaría de Educación Pública en el sexenio pasado, y de un novedoso eje articulador llamado Vida Saludable, la autora valora los aportes que el proyecto puede ofrecer a la construcción colectiva de esta propuesta institucional aún por concretarse a nivel nacional. “Los estilos de vida saludables son considerados como un conjunto de hábitos, comportamientos y conductas que llevan a los individuos a alcanzar un nivel de bienestar y satisfacción plena de sus necesidades en la vida” (Campo *et al.*, 2017). En el caso del Proyecto ANIMAH, no solamente se trata de alcanzar el bienestar integral de individuos sino de toda la comunidad escolar; es por ello que su enfoque es de salud integral comunitaria. La autora recupera el contexto histórico del país: desigualdad, pobreza, corrupción, entornos culturales invasivos, ruptura del tejido social..., donde las infancias conviven y se desarrollan; recupera la experiencia de diferentes fuentes y autores; va desarrollando una valoración del proyecto ANIMAH en los diferentes ejes de

salud integral abordados. La autora refiere que este proyecto, así como otras experiencias por ella citadas, recuperan estrategias pedagógicas de *carácter amplio* orientadas al bienestar de la comunidad escolar. El capítulo termina con una síntesis de los procesos, ambientes y estrategias formativos para la salud integral.

Dejaremos que el lector interesado en estos temas reflexione, discuta y valore por sí mismo la riqueza de los argumentos aquí abordados.

Por último, agradecemos de todo corazón el acompañamiento que esta Comisión Científica ha ofrecido de manera desinteresada y solidaria al Conahcyt, al ProNaII y particularmente al proyecto 3003; compartiendo sus experiencias, hemos podido andar el camino juntos, con menos tropiezos y con la seriedad que se requiere para encontrar un modo más justo y confiable de fortalecer, desde las ciencias de la salud, a las comunidades escolares y a las organizaciones comunitarias y sociales, que son las que verdaderamente hacen frente cotidianamente a las vicisitudes y desafíos, y que celosamente resguardan la salud de las infancias de nuestro país.

Juanita Ochoa Chi

Referencias

Campo, Lilia, *et al.* (2017), “Estilos de vida saludables de niños, niñas y adolescentes”, en *Salud Uninorte*, vol. 33, núm. 3, pp. 419-428.

SALUD INTEGRAL COMUNITARIA: UN EJERCICIO DIALÉCTICO ENTRE LA COMUNIDAD ESCOLAR Y LA CIENCIA MÉDICA Y SOCIAL COMPROMETIDA

Juanita Ochoa Chi

Profesora-investigadora de la Universidad
Autónoma de la Ciudad de México

Resumen

La salud integral comunitaria es un término que hace referencia a la complejidad con que se debe abordar el tema de la salud por parte de las disciplinas médicas y sociales que quieran dar cuenta de todos los aspectos que constituyen la vida de los seres humanos en comunidad, y de las condiciones necesarias para su bienestar y felicidad. La transdisciplina que incluye a la

comunidad deberá responder no solamente con un análisis de la realidad, sino también con propuestas integrales para transformarla. Éste es el sentido humanístico que caracteriza la propuesta de la convocatoria 2019 “Proyectos de investigación e incidencia de Alimentación y Salud Integral Comunitaria en Escuelas de Educación Pública (inicial, básica y media superior)” del Consejo Nacional de Humanidades, Ciencias y Tecnologías.

Séptimo Encuentro Interescolar, Dra. Abigail Aguilar | Guelatao, abril de 2024.



Abstract

Comprehensive community health is a term that refers to the complexity with which the topic of health must be addressed by medical and social disciplines that seek to address all aspects of human life in the community and the conditions necessary for their well-being and happiness. A transdisciplinary approach that includes the community must respond not only with an analysis of reality but also with comprehensive proposals for its transformation. This is the humanistic spirit that characterizes the proposal for the 2019 call “Research and Impact Projects on Food and Comprehensive Community Health in Public Schools (Preschool, Elementary, and High School)” of the National Council of Humanities, Sciences, and Technologies.

La salud es la capacidad vital humana que posibilita tanto la actividad física como la mental y espiritual; de ella depende la producción y reproducción de las condiciones de vida y de la vida misma de una sociedad. Asimismo, la producción vital del cuerpo humano y del cuerpo social están condicionadas por el desarrollo de las fuerzas productivas técnicas y sociales-procreativas desarrolladas históricamente y en transformación constante (Veraza, 1985).

Por ello, la salud como sustancia vital o, por decirlo en términos del materialismo histórico, como condición elemental de la fuerza productiva humana, no puede entenderse sólo como un estado o un conjunto de determinantes fijos, sino que su definición

ha de comprender un proceso vivo de adaptación, creación, apropiación y transformación de sus cuerpos y de su entorno natural y social. La salud, en concreto, ha de ser comprendida como la unidad de múltiples determinaciones económicas, políticas, sociales, históricas y culturales (Marx, 1989).

El factor decisivo de la historia humana es la producción y reproducción de su vida inmediata (Engels, 2006); de ahí que estudiar la salud humana implique atender a las formas y contenidos concretos en los que cada sociedad la garantiza o la pone en riesgo.

Lo que se denomina “la civilización humana” comenzó con la producción de una riqueza excedente y con la difícil y penosa conformación de dos clases sociales antagónicas: la poseedora de la riqueza material socialmente producida, y la desposeída y sometida a la producción y reproducción de dicha riqueza, y, por lo tanto, también a la reproducción continua de su propia enajenación.

El esclavismo, el feudalismo y el capitalismo comparten esta misma condición civilizatoria. En cada uno de estos estadios civilizatorios, la salud ha sido definida por la clase dominante, por el modo de producción y el sentido económico y político adoptado por cada sociedad (Bloch, 2006). De este modo, la salud o la ausencia de ella se encuentran sujetas a las buenas o malas condiciones en que se reproduce la sociedad y, por lo tanto, es “la condición de vida más básica y esencial de la que depende la reproducción propia de la sociedad humana” (Samaja, 2004).

En la Grecia clásica, la salud fue considerada como la capacidad de placer en los hombres libres para generar arte, ciencia y cultura; mientras que las mujeres y los esclavos tenían que mantenerse saludables con los recursos más básicos para realizar los trabajos domésticos, agrícolas y artesanales, y para evitar epidemias que pudieran extenderse al conjunto de la sociedad. Así, las formas tradicionales comunitarias de generar la salud, aunque sometidas formalmente, se mantuvieron y no desaparecieron con el surgimiento del Estado griego; en la Edad Media, la salud fue definida como la capacidad de profesar una fe en Dios y el respeto a los privilegios concedidos por él a reyes y nobles; mientras que los siervos preservaban también sus formas de cultivar y reproducirse localmente en beneficio principalmente de los señores feudales. Tanto en tiempo de auge como de crisis, definían el abasto o desabasto de los alimentos básicos para la reproducción de su vida y su salud; en las civilizaciones indígenas precapitalistas, existentes en todo el mundo, la salud aún se expresa en la capacidad de mantener sus culturas y organizaciones comunitarias, de conectarse con la naturaleza y los ancestros, de preservar historias y tradiciones a través de fiestas, rituales y ceremonias cuyo fundamento es la lealtad mutua.

De una manera diametralmente opuesta, en el capitalismo la salud es restringida y sometida a la capacidad adquisitiva de la sociedad para consumir las mercancías que garanticen la supervivencia de individuos atomizados por el mercado de trabajo y mercancías (Bloch, 2006). La acumulación de capital y la subordinación del consumo

rigen actualmente la producción y reproducción social de la salud; de ahí que en los tiempos modernos la salud sea una salud enajenada: no es considerada una capacidad vital propia del ser humano, o una cualidad subjetiva social y humana para sí, sino una mercancía puesta a disposición del mercado laboral como un medio indispensable para la producción de plusvalor y ganancia. Sin embargo, en el discurso institucional la salud es definida actualmente como “el estado de completo bienestar físico, mental y social” (Organización Mundial de la Salud [OMS], s.f.). Debido a lo anterior, es necesario trascender los actuales parámetros de la salud para postularla como un bien público (Tognoni, 2010), un bien accesible a todos los seres humanos.

La contradicción entre la realidad y el discurso se pone de manifiesto en esta definición de salud, y su necesaria resolución requiere una argumentación que atienda a la complejidad concreta del fenómeno de cómo se produce y reproduce la salud en un sistema económico y social como el actual.

Considerando la relación salud-condiciones de vida, tenemos que la actual crisis de salud, incluido por supuesto el desarrollo de enfermedades, es la manifestación de una ruptura metabólica producida socialmente cuyo origen se encuentra en la escasez y/o sobreproducción de objetos de mala calidad que son consumidos por la sociedad. Esto es continuamente reflejado, de maneras complejas, en cuerpos y relaciones humanas empobrecidas y cosificadas en sus diversas expresiones físicas, psicológicas, morales, sexuales y culturales, lo que compromete a las generaciones venideras.

Estos hechos moldean el concepto de salud en la modernidad, partiendo de un “sometimiento múltiple” de los valores de uso u objetos de consumo, se determina como un proceso de *subsunción real del consumo* al capital. Este concepto parte del hecho de que la reproducción celular de los organismos de los seres humanos ocurre en su proceso de alimentación, de tal forma que “la relación entre salud y enfermedad depende inmediatamente de ésta y entonces, es sobre esta base orgánica que se pueden levantar subsiguientes consumos sociales en las otras áreas de la reproducción social, quedando configurado un específico patrón de salud-enfermedad propio de nuestra época” (Veraza, 2008).

Por ello, el estudio de la salud (y también el de la enfermedad) no deberá ser considerado sólo desde el ámbito de la ciencia médica de la reparación o remiendo, sino sobre todo, habrá que ubicarlo en el campo de la ciencia social, desde una ciencia de restauración y promoción de la vida en devenir, históricamente determinada por un modo de producción social determinado (Bloch, 2006).

Desde los años sesenta del siglo pasado, una serie de pensadores de distintas disciplinas desarrollaron categorías y conceptos para entender y repensar pero sobre todo para transformar la situación de subordinación formal y real de la salud más allá de los paradigmas médicos hegemónicos, sustentados y desarrollados desde las instituciones médicas estatales o internacionales. Alimentadas por las grandes industrias de producción de medicamentos, las institu-

ciones sanitarias han impuesto no sólo la forma de cómo entender y atender la enfermedad sino también han generado una gran iatrogenia médica que impacta a la salud de los individuos, a las formas de reproducción social y a la cultura en su conjunto (Illich, 1975). Esta “ciencia médica” cubriría la tarea de condicionar a las personas a ser pacientes y colectivos pasivos, incapacitados para tomar en sus manos el proceso de la gestión y recuperación de su salud.

En Europa, sobre todo en Francia (Canguilhem, 1971, y Berlinger, 1994) y en Italia (Tognoni, 1997), una importante corriente de médicos, recuperando el pensamiento crítico económico, social y filosófico, avanzó en el desarrollo de un pensamiento médico no oficial que estudiara a fondo el sistema médico imperante, se posicionara críticamente frente a los fenómenos de lo que la ciencia médica definía como enfermedad, y observara las condiciones de reproducción de la clase trabajadora y de sus familias, sobre todo estudiando las enfermedades generadas por la industria, las malas condiciones de trabajo, la desnutrición y la pobreza.

En América Latina y en México, derivado de estas influencias, la crítica social antiimperialista y anticolonialista dio origen a la medicina social que desarrolló una corriente de médicos preocupados por recuperar una forma propia de ver y atender la salud, cuestionando los paradigmas occidentales e intentando recuperar tanto los contextos de la población latinoamericana como sus conocimientos en salud y cultura (Menéndez, Breilh, Laurell, Feo,

Murillo);¹ o implementando nuevos enfoques epistémicos (Samaja, Breilh, Nunes);² para que se coloque en primer plano, no a la enfermedad sino a los procesos de salud (Nunes, Samaja, Berlinger, Almeida);³ también proponiendo enfoques epidemiológicos multidiversos (Menéndez, Escudero, Breilh, Tognoni, Almeida, Bibeau);⁴ que

¹ Eduardo L. Menéndez, *Cura y control, la apropiación de lo social por la práctica psiquiátrica*; Jaime Breilh, *Economía, medicina, política*; Asa Cristina Laurell, *Para la investigación sobre la salud de los trabajadores*; Óscar Feo, *Globalización y salud en los trabajadores*; Ana Lucía Casallas Murillo, *La medicina social-salud colectiva latinoamericanas: una visión integradora frente a la salud pública tradicional*.

² Juan Samaja, *Epistemología y metodología. Elementos para una teoría de la investigación científica*; Jaime Breilh, *Epidemiología crítica. Ciencia emancipadora e interculturalidad*; Everardo Nunes, *Por una epistemología de la salud colectiva: los conceptos sociológicos*.

³ Everardo Nunes, *La salud colectiva en Brasil: analizando el proceso de institucionalización*; Juan Samaja, *Epistemología y metodología. Elementos para una teoría de la investigación científica*; Giovanni Berlinger, *La enfermedad*; Jairnilson Silva Paim y Naomar de Almeida Filho, *Salud colectiva: ¿una "nueva salud pública" o campo abierto a nuevos paradigmas?*

⁴ Eduardo L. Menéndez, *Antropología médica en México. Hacia la construcción de una epidemiología sociocultural*; José Carlos Escudero, *Reflexiones sobre la construcción en el territorio de poder político por medio de la epidemiología comunitaria*; Jaime Breilh, *Epidemiología crítica. Ciencia emancipadora e interculturalidad*; Gianni Tognoni, *Manual de epidemiología comunitaria*; Naomar de Almeida Filho, *La ciencia tímida: ensayos de deconstrucción de la epide-*

apuntan a procesos de previsión, prevención, promoción y atención temprana de la salud; proponiendo conceptual y prácticamente mejores y más efectivos tratamientos, que van desde el empleo adecuado de medicamentos alopáticos (Tognoni)⁵ a la recuperación de los alimentos y las plantas medicinales tradicionales multiculturales (Aguirre, Menéndez, Lozoya y Zolla, Ysunza, Aguilar);⁶ incluso impulsando una medicina integrativa (Otani, Barros, Teixeira)⁷ a nivel individual, clínico y comunitario, colectivo o relacional, según diferentes

miología; Gilles Bibeau y Elaine Corin, *Culturaliser l'épidémiologie psychiatrique: les systèmes de signes, de sens et d'actions en santé mentale*.

⁵ Gianni Tognoni, *Actualidad de la epidemiología comunitaria (EPICOM) en los escenarios globales*.

⁶ Patricia Aguirre, *Una historia social de la comida*; Eduardo L. Menéndez, *La enfermedad y la curación: ¿qué es la medicina tradicional?*; Xavier Lozoya y Carlos Zolla (eds.), *La medicina invisible. Introducción al estudio de la medicina tradicional en México*; Alberto Ysunza Ogazón (coord.), *¿No que no? Una experiencia con Promotores Comunitarios de Salud en Oaxaca*; Abigaíl Aguilar Contreras, *Plantas medicinales del herbario IMSS: su distribución por enfermedades*.

⁷ Márcia Aparecida Padovan Otani y Nelson Filice de Barros, *A medicina integrativa e a construção de um novo modelo na saúde*; Nelson Filice Barros, *La construcción de nuevos paradigmas en medicina: medicina alternativa y medicina complementaria*; Marcos Zulian Teixeira, Lin y Martins, *La enseñanza de prácticas de salud no convencionales en las escuelas de medicina: un panorama global y perspectivas brasileñas*.

corrientes y autores (Menéndez, Murillo);⁸ además de novedosos enfoques de la psicología en los procesos de reparación del daño en salud (Martín, 2010).⁹

En México se desarrolló también un pensamiento crítico muy interesante con relación a la medicina hegemónica, éste surgió de otras disciplinas —como la filosofía y la economía— que han logrado observar la articulación que existe en las formas de acumulación con las formas de sometimiento y control poblacional como una lógica integral (Barreda & Veraza, s. f.) y que han dado seguimiento a la política del Estado neoliberal con sus consecuencias en la degradación de la salud de la población en México (Leal *et al.*, 2021).

El nuevo patrón de salud-enfermedad ha venido cambiando vertiginosamente en estos 30 años de neoliberalismo, debido a las nuevas tecnologías, a los nuevos productos de consumo nocivos (Veraza, 2007) y a la contaminación ambiental por lo que se requiere además de una ciencia médica humanizada, de una ciencia de la salud socioambiental comunitaria que dé cuenta de estos complejos procesos de subsunción de la salud derivados no sólo de la falta de capital sino de sus excesos. Una forma de

sometimiento que comprende dimensiones de la reproducción humana en campos nunca antes explorados por el mercado y que ahora han quedado integrados a la acumulación de capital (A. Barreda *et al.*, 2019); de ahí la necesidad de generar una ciencia de la salud compleja que aborde íntegramente los fenómenos de salud-enfermedad que habrá que enfrentar y resolver, repito, más allá del paradigma médico occidental.

Un nuevo acercamiento a la salud integral comunitaria desde las instituciones científicas en México

El Consejo Nacional de Humanidades, Ciencias y Tecnologías, a través de la formulación de los Programas Nacionales Estratégicos, intenta responder a las problemáticas actuales que el país enfrenta, involucrando a diversos sectores y, de manera muy importante, a las comunidades locales dispuestas a colaborar con la investigación humanística, social y científica que se propone. En este contexto, se publica en 2019 la “Convocatoria en Alimentación y Salud Integral Comunitaria en escuelas de Educación Pública (Inicial, Básica y Media Superior)”. En ella participaron 51 propuestas y sólo dos proyectos cumplieron los requisitos de dicha convocatoria. El primero se desarrolla en las zonas centro y sur del país, y el segundo en el estado de Chiapas. Ambos proyectos tienen en cuenta la perspectiva de la salud de la que hemos hablado; y aunque los investigadores que participan en ellos sigan

⁸ Eduardo L. Menéndez, *Antropología médica en México. Hacia la construcción de una epidemiología sociocultural*; Ana Lucía Casallas Murillo, *La medicina social-salud colectiva latinoamericanas: una visión integradora frente a la salud pública tradicional*.

⁹ Carlos Martín Beristain, *El derecho a la reparación en los conflictos socioambientales. Experiencias, aprendizajes y desafíos prácticos*.

diferentes paradigmas científicos, ninguno de ellos omite la realidad económica y social en la que se produce y reproduce la vida de las comunidades rurales y urbanas de nuestro país. Así, se observa con extremo interés cómo las condiciones de vida con las que cuentan cada una de las comunidades impactan en su capacidad de producir y reproducir la salud de sus integrantes.

Los proyectos son de largo aliento y se desarrollarán en cinco años, cumpliendo tres etapas: Diagnóstico, Incidencia y Replicación. Se llevarán a cabo a través de la articulación de cinco ejes de investigación: Alimentación y Nutrición; Medicina Integrativa (incluyendo Salud Bucal y la construcción de Redes de Alimentos Sanos); Salud Psicosocial; Identidad, Arte y Cultura; y, Procesos Pedagógicos. Para ello, se diseñaron herramientas metodológicas adecuadas a la multidisciplina. Articulando

estos cinco ejes se encuentra el Observatorio Escolar de Salud, que concentra y sistematiza la investigación generada por cada uno, con el objetivo de tener un panorama integral de las actividades y los resultados derivados de la investigación e incidencia en las comunidades. El Observatorio Escolar de Salud permitirá generar un repositorio, una página web con los datos más relevantes que puedan ser compartidos con las escuelas participantes, y un sistema de información de salud escolar comunitaria que permita a cada una de las escuelas participantes dar seguimiento a las incidencias en salud y sus resultados positivos o mejorables más allá del propio proyecto de investigación. También permitirá la construcción de variables, indicadores e índices cualitativos y cuantitativos que permitirán a los investigadores medir el proceso y los resultados de la incidencia.



Fiesta del Maíz | Esc. Prim. “20 de Noviembre”,
Santa María Apaxco, Apaxco, Estado de México, octubre de 2023.



Quinto Encuentro Interescolar | Esc. Prim. “17 de Abril de 1869”,
Alpyeca, Xochitepec, Morelos, octubre de 2023.

Condiciones necesarias
para la realización de un proyecto
de investigación e incidencia.
Comunidades e investigadores
con compromiso social

1. Comunidades participantes

Las escuelas de nuestro país son importantes células de la sociedad en las que se puede observar a la comunidad en su conjunto en su devenir inmediato y mediato como sistema social. En la escuela se crea y recrea la comunidad de niños y niñas que serán los padres y madres de futuras generaciones, y la salud que desarrollen en este espacio escolar será determinante para la futura reproducción económica, social y política

del país; de ahí que trabajar con las comunidades escolares sea tan importante para restaurar y recuperar la salud que ha sido tan fuertemente dañada en nuestro país, y promover una salud integral propia por y desde las comunidades hacia la sociedad en su conjunto.

Para poder llevar a cabo estos proyectos se necesita —tal como se definió en la convocatoria— que las comunidades escolares cuenten con una organización comunitaria previa; y la voluntad de los directivos y maestros de la comunidad escolar para participar en un proyecto de salud que se extienda más allá de sus planteles. Para tal efecto, cada escuela mantiene —como lo ha venido haciendo— una relación de enseñanza y aprendizaje con su comunidad.

En el objetivo general de la convocatoria se señala que los proyectos:

deberán estar enfocados a la prevención del deterioro de la salud de los niños y jóvenes, a partir de propuestas de alimentación nutritiva, saludable y sostenible y de la promoción de la salud integral comunitaria, con la finalidad de mejorar la calidad de vida y el bienestar de aquellos, propiciando colectivamente espacios y procesos de salud comunitaria en, por y desde las comunidades escolares.

Las directoras y directores son los sujetos clave para la puesta en marcha del proyecto, ya que dentro de la escuela pueden liderar con autonomía los procesos de recuperación y aprendizaje de conocimientos y saberes locales sobre salud, y facilitar las condiciones para que los docentes desplieguen su propia creatividad innata y transmitan a los estudiantes, padres de familia y personal de apoyo diversas formas de apropiación de conocimientos en salud integral de manera hábil y con respeto a su identidad y cultura propia.

La relación entre los docentes y los padres y madres de familia también es de crucial importancia, ya que para el propósito de salvaguardar la salud integral del niño se requiere la colaboración y el diálogo entre estos dos principales cuidadores, y que se apoyen mutuamente en esta tarea tan trascendente. Por último, también será importante el papel protagónico de los niños ya que son ellos los que replicarán el saber de una salud integral no sólo a sus padres y compañeros de escuela, sino que lo harán

a lo largo de toda su vida, lo cual resultará relevante para la producción social de la salud de la comunidad local, regional y nacional.

2. Investigadores comprometidos con la comunidad

Los investigadores de los proyectos también deberán respetar el interés y la integridad de las comunidades en el momento de su investigación e incidencia, eliminando de su práctica científica elementos nocivos e invasivos que dañen la identidad de las comunidades, o que tengan una intención ajena a la referida en sus objetivos de promoción de la salud. En muchas ocasiones, la ciencia médica moderna despoja, con un carácter extractivista, a las comunidades de sus conocimientos milenarios y recursos y realiza procedimientos invasivos con fines de lucro y/o prestigio personal, lo que ocasiona que la comunidad tenga sus reservas para dejarlos intervenir indiscriminadamente en sus comunidades.

Por ello, un elemento central de estos proyectos, y en general de los Programas Nacionales Estratégicos (ProNacES), es contar con investigadores éticos que se vayan desembarazando de estas prácticas mercenarias y que vayan depurando su formación científica hacia la búsqueda de la verdad con un objetivo de servicio a la sociedad, del que también se habla en la nueva Ley General en Materia de Humanidades, Ciencias, Tecnologías e Innovación (Ley General en Materia de Humanidades, Ciencias, Tecnologías e Innovación, 2023).

Proyectos de Investigación e Incidencia en Alimentación y Salud Integral Comunitaria en escuelas de educación pública (básica, media y media superior)

i) “Proyecto de Investigación e Incidencia en Alimentación y Salud Integral Comunitaria en cinco comunidades escolares de la Zona Centro del país. Alpuyeca, Morelos; Naucalpan, Estado de México; Iztapalapa, Ciudad de México y Región Mazahua del Estado de México e Hidalgo (ANIMAH)” 3003 (Resumen del informe final de la etapa de diagnóstico)

1. Fortalezas de las comunidades

El proyecto de la zona centro parte de escuelas ligadas a un trabajo y a una organización comunitaria previas que las respaldan y que han desarrollado acciones colectivas a favor de su comunidad.

Como fortaleza, las escuelas del proyecto cuentan con espacios para la cocina y el comedor escolar, lo que les permite ofrecer alimentos calientes y variados y la convivencia durante la ingestión de alimentos. Los docentes enseñan, en mayor o menor medida, elementos de nutrición en sus aulas y en la mayoría de las escuelas el menú es completo, y en dos de ellas ya se ofrecen alimentos saludables y libres de productos ultraprocesados; deciden sobre sus proveedores de alimentos y hay un enlace fuerte entre las personas que cocinan y la direc-

ción escolar; el vínculo con el DIF (Desarrollo Integral de la Familia), existente en dos de las escuelas participantes, se ha fortalecido de manera tal que el personal de una de ellas ha colaborado en el ejercicio propuesto por el Eje de Alimentación y Nutrición.

Cada comunidad escolar tiene una importante conciencia y participación en los problemas socioambientales, por lo que, algunas de ellas están implementando, siguiendo el ejemplo de la escuela bandera (Esc. Prim. “17 de Abril de 1869”), el principio de *basura cero* y reactivando las iniciativas propias de composteo, huerto y farmacia viva. Se han logrado producir algunos alimentos en el huerto escolar, los cuales son consumidos en el comedor. Sobre decir que al mismo tiempo desarrollan las habilidades de aprendizaje en los niños y ayudan a estimular con ello la práctica pedagógica en las aulas.

Según el diagnóstico de salud, se observa que nueve de cada 10 estudiantes reportan buena salud; se detectó una interesante fortaleza emocional entre los maestros para responder a las dificultades de relación con docentes, padres y niños, y sensibilidad de las familias para atender los temas psicosociales.

Los docentes parten de un trabajo ligado a la comunidad, lo que está incluido en su quehacer pedagógico; educan de manera libertaria y crítica a sus estudiantes, y muestran gran interés por trabajar la identidad comunitaria como herramienta pedagógica.

Las escuelas del proyecto guardan en su mayoría una importante identidad

comunitaria continua, realizan actividades recreativas y rescatan historias y tradiciones recogidas de la comunidad; se promueve una sana convivencia y se evita al máximo el ejercicio de la violencia. Hay vínculos sólidos entre padres de familia y los profesores, lo cual le da legitimidad al quehacer del docente frente a las autoridades escolares. Se promueve la solidaridad y el apoyo de las familias a la escuela, y a la vez la escuela brinda apoyo —en la medida de sus posibilidades— a las familias cuando éstas lo necesitan. Todas las comunidades escolares tienen un importante compromiso para ofrecer una oportunidad de mejora a los niños a través de promover no solo en la idea sino también en la práctica cotidiana un nuevo estilo de vida saludable y siempre arraigado en la comunidad.

Se reconocen en todos estos contextos formas de organización comunitaria que todavía operan desde lo profundo de la comunidad, ya que aún se reconocen entre ellos como pueblos mestizos o indígenas pertenecientes al territorio en que habitan. Muestras de su comunitariedad son las faenas, los tequios, las asambleas, las fiestas, las decisiones colectivas, el diálogo directo, la participación familiar en las decisiones escolares, la práctica cotidiana de vínculos comunitarios que fomentan tradiciones y encuentros, y también los cuidados y solidaridad. Cada una de estas escuelas se destaca por reunir a su comunidad en las actividades escolares a través de encuentros, desfiles, carnavales, actividades escolares, obras de teatro, libro clubs. Previamente a nuestra participación ya demostraban gran interés por el desarrollo de espacios verdes,

huertos o espacios de plantas medicinales. También se observa el esfuerzo de cada una de estas escuelas por mejorar una convivencia y una cultura de cuidado entre los estudiantes; una convivencia que, fuera de la escuela, sirva de ejemplo a sus familias, por lo que las propuestas de no generación de basura, de no violencia, de no desperdicio, de convivencia, de cooperación y de orgullo por sus raíces locales o indígenas, las han caracterizado. La inclusión ha sido una de las características más importantes de estas escuelas, ya que no excluyen a ningún niño que tenga interés por permanecer en ellas. Incluso estudiantes egresados del plantel tienen en estos espacios un lugar para seguir desarrollándose. Existen importantes conexiones con los saberes locales y con los espacios físicos de la comunidad.

2. Problemas por atender

Las comunidades escolares se ubican en un contexto inmediato de alta marginalidad; son comunidades altamente afectadas por la pobreza, la urbanización y la industrialización, con patrones de identidad negativos o enajenados que progresivamente van coincidiendo con estereotipos provenientes de los medios de comunicación y el mercado. En la mayoría de estas comunidades se observa el crecimiento de proyectos y megaproyectos energéticos, industriales y comerciales que afectan su entorno ambiental y social y en el que el problema del narcotráfico es un elemento presente; también se observan los diferentes grupos de poder que asedian a las comunidades originarias de esos pueblos y a las localidades.

La falta de seguridad y de servicios es una constante, por lo que el desabasto y la mala calidad del agua es recurrente; la contaminación del aire, la erosión de los suelos y la pérdida de biodiversidad y de vegetación es patente, y el problema de desechos domésticos e industriales son una penosa realidad que ha generado una fuerte denuncia.

Durante el diagnóstico de salud realizado de manera colaborativa, participativa y comunitaria, en los planteles escolares se encontraron los siguientes resultados:

Problemas de obesidad (entre 20 y 25%), problemas de desnutrición en menor medida, pero aún existentes. Poca asistencia en los comedores escolares de dos escuelas (20%); los huertos aún producen pocos alimentos; vínculos incipientes con proveedores de abasto de alimentos sanos; en dos escuelas las cooperativas ofertan, de manera ilimitada y desregulada, alimentos ultraprocesados y promueven el consumo de productos *chatarra*, además de la gran generación de basura dentro del plantel. El consumo de estos alimentos nocivos es un factor muy importante que se detecta como la principal causa de enfermedades físicas (incluida la salud bucal, en la que tres cuartas partes de los escolares presentan caries cavitadas, lo cual está por arriba de la media nacional) y problemas emocionales y convivenciales.

Finalmente, observamos también que, a pesar de que las comunidades cuentan con fuertes vínculos identitarios, los nuevos medios de comunicación y el mercado van erosionando esta identidad de la comunidad escolar hasta confundir al estudiante,

no solamente en su propia identidad y en su origen mestizo sino en su imaginario de futuro posible.

3. Propuestas de trabajo

El equipo de investigación presentó —de manera sistematizada— los resultados de estos diagnósticos colaborativos a los docentes y directivos de las comunidades escolares. En algunos planteles también se contó con la presencia de los padres y madres de familia. Se garantizó, en todo momento, la protección de los datos personales (a través de consentimientos informados, asignación de claves y acceso selecto a la información particular de cada escuela).

Dentro de estas propuestas figuran:

- mejorar los menús escolares (evitación de alimentos ultraprocesados y reducción del consumo de alimentos con alto contenido de azúcar, curso de cocina sana);
- fortalecer los huertos escolares a través de promover la implementación y adopción de ecotecnias (en particular la captación de agua de lluvia);
- fomento de higiene y salud bucal;
- fortalecer la capacidad del docente para detectar problemas de salud psicosocial en el aula y poder incidir de manera asertiva frente a ellas;
- trabajar en estrategias de comunicación asertiva con padres de familia que apoyen a los docentes para la convivencia cotidiana;

- desarrollar estrategias didácticas que fortalezcan los procesos educativos a través del intercambio de experiencias entre pares, y para que dichos procesos no dupliquen la carga académica, aunado a la excesiva carga administrativa con la que deben cumplir, y
- llevar a cabo un fuerte ejercicio de recuperación de saberes, así como el cuidado del cuerpo y del territorio, con miras a fortalecer los vínculos comunitarios entre ellos

ii) Proyecto “Promoción de hábitos y estilos de vida saludables desde el entorno escolar y comunitario en condiciones de vulnerabilidad” Zona Comitán, Chiapas. 45953 (Resumen del informe final de la etapa de diagnóstico)

1. Desafíos de inicio y construcción de fortalezas

A diferencia del proyecto anterior, el proyecto que se desarrolla en la zona de Comitán, Chiapas, no contaba previamente con una relación estrecha entre los participantes del proyecto y la comunidad escolar, mucho menos con la comunidad local. Esto se debió a que originalmente el proyecto fue formulado por otro responsable técnico que, por cuestiones institucionales, tuvo que abandonar la Rectoría del Centro Regional de Formación Docente e Investigación Educativa (Cresur).

A pesar de ello y a insistencia de la universidad, el proyecto se llevó adelante intentando resolver las dificultades que dicho asunto implicaba. Así, estas cuatro comunidades escolares de Comitán fueron invitadas a formar parte del proyecto, y los investigadores (profesores universitarios de Cresur) se dieron a la tarea, con el presupuesto del proyecto, de crear este vínculo social entre la universidad y la comunidad escolar. Para la realización del diagnóstico, contrataron a nutriólogos, médicos y otros profesionales de la salud que los apoyaran en el levantamiento de los datos del diagnóstico inicial. A partir de dicho diagnóstico, los profesores-investigadores que comenzaron con el análisis de los datos recogidos por los especialistas, emprendieron una doble y difícil tarea: levantar, con las comunidades participantes, un comedor escolar, y el desarrollo de huertos en los que participó la comunidad local. Los insumos fueron proporcionados por el proyecto, y el gran reto fue cómo hacer de esta experiencia una plataforma para la apropiación de esta actividad por parte de la comunidad escolar y de la localidad.

Existe la disposición de los docentes de las comunidades para participar en el proyecto —en especial los docentes que son líderes comunitarios del Consejo Nacional de Fomento Educativo (Conafe)— en dos de las comunidades; además, las comunidades aún están acostumbradas a participar en la toma de decisiones mediante asambleas, lo cual es un elemento importante por considerar.

2. Problemas por considerar

Sin embargo, es muy difícil remontar la marginalidad en que se encuentran dichas comunidades. Según el diagnóstico levantado en las comunidades, enumeramos las siguientes dificultades:

- Los caminos de acceso a las comunidades no están pavimentados y son de difícil tránsito
- La principal dificultad que podemos encontrar en las comunidades es la marginación, puesto que las posibilidades económicas de la mayoría de las familias son limitadas
- Los principales materiales utilizados en la construcción de los hogares son madera y lámina. Algunos hogares cuentan con piso de cemento, pero las casas construidas con cemento son pocas en comparación
- En cuanto a los servicios disponibles, sólo tres comunidades pueden contar con luz eléctrica. Ninguna comunidad dispone de una red de agua potable y mucho menos de drenaje. El acceso a agua potable en tres de las comunidades es gracias a que disponen de ollas de captación y a que las familias, en sus hogares, almacenan el líquido en diversos recipientes. Además de las ollas de captación, estas comunidades reciben pipas de agua potable enviadas desde Comitán de Domínguez por autoridades locales
- Una comunidad no cuenta con servicio de luz eléctrica, ni dispone de ollas de captación, mucho menos recibe pipas de agua; por ello, el agua potable sólo es accesible mediante la captación y almacenamiento que las familias puedan hacer en sus hogares
- El servicio de teléfono convencional no está disponible en las comunidades. Existe el servicio de internet y de televisión satelital, pero sólo para aquellos que puedan pagarlo.
- Otra dificultad encontrada es el consumo cultural al que, principalmente las generaciones jóvenes, están expuestas. El consumo de contenido de la radio, la televisión o el internet (incluso también mediante aquellas personas que han migrado y luego regresado a su comunidad) puede verse en la adopción de hábitos que son ajenos a la cultura y tradiciones propias de la comunidad.
- Finalmente, la deforestación es un problema que requiere ser atendido. Los habitantes utilizan la madera para elaborar muebles que luego venden, o para construir sus propios hogares o para producir carbón (sucede en una de las cuatro comunidades). La tala de árboles es un problema.
- Por lo que respecta a los problemas de salud encontrados, existe una alta oferta y consumo de alimentos procesados como frituras y bebidas azucaradas, cuya basura resultante suele permanecer en los caminos y en los patios de las casas.
- Existe un desequilibrio nutricional en las personas, un hambre oculta permanente que se adhiere a enfermedades

infecciosas digestivas, con presencia de diarrea.

- Prevalen también las enfermedades respiratorias, como gripa y tos.

3. Propuesta de trabajo

La propuesta de trabajo de este equipo consiste en el diseño de cocinas, creación de huertos escolares, algunas técnicas de higiene y sanitización de agua, técnicas de primeros auxilios, recolección de plantas medicinales y diálogo con la comunidad sobre su uso y acceso.

También se ha propuesto a la comunidad el diseño y ejecución de talleres de temáticas diversas que fomenten y faciliten la adquisición de saberes y técnicas útiles en el desarrollo individual y comunitario.

Bajo las guías de la convocatoria, este proyecto desarrolla de forma particular una investigación y una incidencia que se adapten a las condiciones de las comunidades escolares. Sabemos que al no contar con una comunidad madura con la que previamente hayan trabajado los investigadores de Cresur, las posibilidades de replicación dependerán de qué tanto puedan impactar esas actividades en la propia cohesión entre comunidad escolar y comunidad local, de manera tal que inspiren a otras escuelas del entorno a promover los espacios escolares como espacios de desarrollo y promoción de salud comunitarios; y de qué tanto de esta experiencia pueda ser recuperada por instituciones comprometidas con un cambio de paradigma en la política de salud que considere a la comunidad como principal sujeto de cambio social.

A diferencia del anterior proyecto, el proyecto desarrollado en la comunidad de Comitán, Chiapas no cuenta con una organización madura en su comunidad vinculada a las escuelas de sus poblados. Este proyecto tiene el objetivo de articular a la comunidad con las escuelas a través del desarrollo de actividades alimentarias y culturales que beneficien a la comunidad en su conjunto. Siendo comunidades muy pequeñas, el vínculo comunitario es fuerte; sin embargo, la universidad de Cresur tiene el reto de comenzar el trabajo de articulación adaptándolo a las condiciones regionales particulares. No es tarea fácil desarrollar esta propuesta de alimentación y salud integral comunitaria desde cero; sin embargo, apostamos a la comunicación entre los dos proyectos de la convocatoria para generar una interacción que les permita apropiarse de las capacidades ya desarrolladas en el Proyecto de la Zona Centro. El incipiente desarrollo de las comunidades en Comitán, Chiapas, puede ser una oportunidad y un importante ejercicio para prevenir los estragos que el avance de la civilización y el mercado actuales han causado en las comunidades más alejadas del país, de manera tal que la prevención ante los grandes desafíos de la urbanización sea atajada mediante prácticas de promoción de salud anticipadamente.

Conclusiones y reflexiones

Los datos arrojados en el diagnóstico de salud-enfermedad de ambos proyectos no fueron muy diferentes a los promedios que

pudiéramos encontrar en otras escuelas del país, más aún después de la emergencia sanitaria causada por el virus SARS-CoV-2 acontecida en nuestro país y en el mundo. Sin embargo, desde la perspectiva de la salud integral que mantiene la investigación, pudimos observar los elementos más relevantes para fortalecer y desarrollar una incidencia a partir de las comunidades mismas; éstas, después de conocer el diagnóstico de salud particular y las posibles estrategias derivadas de él se reunieron en asamblea, así, maestros y padres de familia se pronunciaron para implementar estas estrategias; sugirieron algunas importantes adecuaciones que fueron incorporadas para atender los problemas de salud y apoyar a las y los maestros y al directivo en las acciones de promoción de salud en beneficio de los estudiantes.

Los procesos de incidencia actualmente consisten en apoyar el fortalecimiento de los espacios de salud y la puesta en marcha de talleres en los que se promueve la apropiación de conocimientos en alimentación, así como la pronta atención de enfermedades y emergencias emocionales, la recuperación de saberes locales, y el fortalecimiento de los procesos pedagógicos y educativos. Se espera de esta incidencia que las comunidades escolares cuenten con sus propios conocimientos en salud que permitan identificar y abordar de manera integral la salud escolar, estando en posibilidades de replicar estos saberes recuperados y apropiados —a través de los mecanismos propios— de la comunidad en su conjunto.

Sin embargo, aunque aún está en marcha la incidencia, estamos seguros de que

la nueva forma de trabajo científico de los investigadores, siguiendo el interés superior de la comunidad y de los niños y niñas, ya es de gran ayuda para la promoción de salud desde su fase más temprana y de manera colectiva. Esto se muestra en algunas consideraciones referidas por las escuelas y los investigadores, quienes observan que en las escuelas donde hay alimentos nutritivos y suficientes para responder a la demanda de los niños, hay mayor asistencia y menor deserción escolar. Los niños necesitan alimentos saludables, agua limpia, buena compañía y un aprendizaje acorde con su contexto para la producción social de la salud y que responda a los nuevos paradigmas filosóficos humanistas de la Nueva Escuela Mexicana. De otra manera, los fenómenos epidemiológicos de enfermedades infantiles crecientes en nuestro país —que el neoliberalismo promovió durante los últimos 30 años— seguirán estando presentes, acercándose de manera peligrosa a las preocupantes tendencias de enfermedades degenerativas que han pronosticado, incluso, organismos de salud, nacionales e internacionales.

De ahí la importancia de los diagnósticos propios, ya que serán la conciencia y el trabajo de la comunidad lo que implementará los cambios reales con el apoyo de instituciones comprometidas con el cambio social.

Referencias

Aguilar, Abigail, Juan Raúl Camacho, Soledad Chino, Patricia Jácquez y Edith

- López (1998), *Plantas medicinales del herbario IMSS. Cuadros básicos por enfermedades*, Organización Panamericana de la Salud / Instituto Mexicano del Seguro Social / Roche, México.
- Aguirre, Patricia (2019), *Una historia social de la comida*, Lugar, Buenos Aires.
- Almeida Filho, Naomar de (2000), *La ciencia tímida: ensayos de deconstrucción de la epidemiología*, Universidad Nacional de Lanus, Buenos Aires.
- Barreda, Andrés, Lilia Enríquez y Raymundo Espinoza (coords.) (2019), *Economía política de la devastación ambiental y conflictos socioambientales en México*, Facultad de Economía-Universidad Nacional Autónoma de México / Itaca, México.
- Barreda, Andrés, y Jorge Veraza (s. f.), “La producción de enfermedades como forma de dominio capitalista”. Inédito.
- Barros, Nelson Filice (2000), “A construção de novos paradigmas na medicina: a medicina alternativa e a medicina complementar”, en A. M. Canesqui (org.), *Ciências sociais e saúde para o ensino médico*, pp. 201-213.
- Berlinger, Giovanni (1994), “La enfermedad”. Recuperado de <https://www.trabajosocial.unlp.edu.ar/uploads/docs/berlinguer__giovanni__la_enfermedad_lugar_editorial__buenos_aires__1994.pdf>.
- Bibeau, Gilles, y Ellen Corin (1995), “Culturaliser l'épidémiologie psychiatrique. Les systèmes de signes, de sens et d'actions en santé mentale”, en François Trudel, Paul Charest e Yvan Breton, *La construction de l'anthropologie québécoise. Mélanges offerts à Marc-Adélar Tremblay*, Les Presses de l'Université Laval, Québec.
- Bloch, Ernst (2006), “Lucha por la salud, las utopías médicas”, en Francisco Serra (ed.), *El principio esperanza II*, trad. Felipe González Vicén, Trotta, Madrid, pp. 12-31.
- Breilh, Jaime (1979), *Economía, medicina, política*, Universitaria, Quito.
- (2003), *Epidemiología crítica. Ciencia emancipadora e interculturalidad*, Lugar, Buenos Aires.
- Canguilhem, Georges (1971), *Lo normal y lo patológico*, trad. Ricardo Potschart, Siglo XXI, Buenos Aires. Recuperado de <https://circulosemiotico.files.wordpress.com/2018/11/canguilhem_georges_lo_normal_y_lo_patologico.pdf>.
- Casallas Murillo, Ana Lucía (2017), “La medicina social-salud colectiva latinoamericanas: una visión integradora frente a la salud pública tradicional”, en *Revista Ciencias de la Salud*, vol. 15, núm. 3.
- Engels, Federico (2006), *El origen de la familia, la propiedad privada y el Estado*, Fundación Federico Engels, Madrid. Recuperado de <https://www.fundacionfedericoengels.net/images/PDF/engels_origen_familia_interior_alta.pdf>.
- Escudero, José Carlos (2018), “Reflexiones sobre la construcción en el territorio de poder político por medio de la epidemiología comunitaria”, en *Salud Colectiva. Problemas y Propuestas. Epidemiología Comunitaria (Epicom). Voces en el Fénix*, núm. 70.

- Feo, Oscar (2002), “Globalización y salud en los trabajadores”, en *Salud de los Trabajadores*, vol. 10, núms. 1 y 2.
- Illich, Ivan (1975), *Némesis médica, la expropiación de la salud*, Barral, Barcelona. Recuperado de <<https://www.ivanillich.org.mx/Nemesis.pdf>>.
- Laurell, Asa Cristina (coord.) (1993), *Para la investigación sobre la salud de los trabajadores*, Organización Panamericana de la Salud / Oficina Sanitaria Panamericana / Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud, Washington, DC. Recuperado de <https://www.medicinalaboraldevenezuela.com.ve/archivo/doc_ergo_higiene/para-la-investigacion-sobre-la-salud-de-los-trabajadores.pdf>.
- Ley General en Materia de Humanidades, Ciencias, Tecnologías e Innovación (2023), Nueva Ley, *Diario Oficial de la Federación*, 8 de mayo, México.
- Lozoya, Xavier, y Carlos Zolla (eds.) (1983), *La medicina invisible: introducción al estudio de la medicina tradicional en México*, Folios, México.
- Martín Beristain, Carlos (2010), *El derecho a la reparación en los conflictos socioambientales: experiencias, aprendizajes y desafíos prácticos*, Hegoa, Bilbao.
- Marx, Karl (1989), *Introducción general a la crítica de la economía política/1857*, trads. José Aricó y Jorge Tula, Siglo XXI, México. Recuperado de <https://proletarios.org/books/Marx-Introd_gral_a_la_critica_de_la_economia_politica.pdf>.
- Menéndez, Eduardo (1979), *Cura y control, la apropiación de lo social por la práctica psiquiátrica*, Nueva Imagen, México.
- (1990), “Antropología médica en México. Hacia la construcción de una epidemiología sociocultural”, en *Antropología médica: Orientaciones, desigualdades y transacciones*, Cuadernos de la Casa Chata 179, Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social, México, pp. 24-49.
- (1994), “La enfermedad y la curación. ¿Qué es la medicina tradicional?”, en *Alteridades*, núm. 7.
- Nunes, Everardo (2010), “Por una epistemología de la salud colectiva: los conceptos sociológicos”, en *Salud Colectiva*, vol. 6, núm. 1, enero-abril, pp. 11-19 Universidad Nacional de Lanús.
- (2016), “La salud colectiva en Brasil: Analizando el proceso de institucionalización”, en *Salud Colectiva*, vol. 12, núm. 3.
- Organización Mundial de la Salud (s.f.), “Preguntas más frecuentes”. Recuperado de <<https://www.who.int/es/about/frequently-asked-questions>>.
- Padovan Otani, Márcia Aparecida, y Nelson Filice de Barros (2011), “A medicina integrativa e a construção de um novo modelo na saúde”, en *Ciênc. saúde coletiva*, vol. 16, núm. 3.
- Paim, Jairnilson Silva, y Naomar de Almeida Filho (1998), “Salud colectiva: ¿una ‘nueva salud pública’ o campo abierto a nuevos paradigmas?”, en *Revista de saúde pública*, vol. 32, núm. 4, pp. 299-316. Recuperado de <<https://www.>

- scielo.br/j/rsp/a/PDRmKQr7vRTR-qRjtSgSdw7y/?lang=pt >.
- Samaja, Juan (2004a), *Epistemología de la salud: Reproducción social, subjetividad y transdisciplina*, Lugar, Buenos Aires.
- (2004b), *Epistemología y metodología. Elementos para una teoría de la investigación científica*, Eudeba, Buenos Aires.
- Sánchez Pérez, Héctor Javier, Gustavo Leal, Damariz Escobar y Jorge Leonel León Cortés (2021), *Acción comunitaria en el IMSS-Bienestar. Visiones operativas de la otra historia*, El Colegio de la Frontera Sur, Quintana Roo.
- Teixeira, Marcos Zulian, y Lin Martins (2004), “O Ensino de Práticas Não-Convencionais em Saúde nas Faculdades de Medicina: Panorama Mundial e Perspectivas Brasileiras”, en *Revista Brasileira de Educação Médica*, vol. 28, núm. 01, enero-abril, pp. 51-60. Recuperado de <<https://www.scielo.br/j/rbem/a/9Xz7hCVCPXJ75Ms33hgsj-VH/>>.
- Tognoni, Gianni (2010), Conferencia del doctor Gianni Tognoni: “Propuesta metodológica y operativa para hacer de la asistencia cotidiana un instrumento permanente de investigación”, en *Revista Hospital de Niños Buenos Aires*, vol. 52, núm. 237, pp. 389-396.
- (2018), “Actualidad de la epidemiología comunitaria (Epicom) en los escenarios globales”, en *Voces en el Fénix*, núm. 70.
- (ed.) (1997), *Manual de epidemiología comunitaria*, Cecomat, Buenos Aires. Recuperado de <<https://buenosaires.gob.ar/areas/salud/dircap/mat/matbiblio/manual.pdf>>.
- Veraza, Jorge (1985), “El materialismo histórico en ‘El origen de la familia, la propiedad privada y el Estado’” (Comentario al prefacio de F. Engels), en *Revista Itaca*, núm. 2, invierno, pp. 3-23.
- (2008), *Subsunción real del consumo al capital. Dominación fisiológica y psicológica en la sociedad contemporánea*, Itaca, México.
- (coord.) (2007), *Los peligros de comer en el capitalismo*, Itaca, México.
- Ysunza Ogazón, Alberto, y Silvia Díez-Urdanivia (coord.) (1996), *¿No qué no? Una experiencia con Promotores Comunitarios de Salud en Oaxaca*, Instituto Nacional de Nutrición Salvador Zubirán / Instituto de Biología-Universidad Nacional Autónoma de México, Universidad Autónoma Metropolitana, México.

LA SALUD INTEGRAL COMUNITARIA. HACIA UNA PRAXIS COLECTIVA TRANSDISCIPLINAR

Francisco Lozano Rodríguez

Profesor e investigador en la Escuela Nacional
de Medicina y Homeopatía del Instituto Politécnico Nacional

Fernando Alcala Morales

Asistente de investigador en el Proyecto de Investigación e Incidencia en
Alimentación y Salud Integral Comunitaria ANIMAH

Resumen

En el presente capítulo se expone la importancia de una medicina integral

que articula los saberes ancestrales y tradicionales con los avances de la medicina moderna, en el contexto de una salud comunitaria integral.

Taller de Elaboración de Pomadas Naturales | Esc. Prim. “17 de Abril de 1869”,
Alpuyeca, Xochitepec, Morelos, junio de 2024.



A través del proyecto de Investigación e Incidencia en Alimentación y Salud Integral Comunitaria (ANIMAH [Alpuyeca, Morelos; Naucalpan, Estado de México; Iztapalapa, Ciudad de México y Región Mazahua del Estado de México e Hidalgo]) se plantea un modelo transdisciplinario que integra la participación de diversos ejes: alimentación y nutrición, salud psicosocial, identidad, arte y cultura, huertos y ecotecnias, procesos pedagógicos y, por supuesto, medicina integrativa. Estos ejes se interrelacionan para abordar de manera conjunta las dimensiones física, mental, emocional, social y cultural de la salud, estableciendo un vínculo profundo entre salud, educación y acción comunitaria.

En este marco, el eje de medicina integrativa, junto con la praxis colectiva en la comunidad escolar, implementan un modelo simplificado de diagnóstico basado en la observación, evaluación y análisis de las características de la lengua —técnica derivada de la medicina tradicional china—. Esta herramienta se aplica de forma práctica en entornos escolares, facilitando el monitoreo de la salud desde una perspectiva accesible y culturalmente pertinente.

El proyecto ANIMAH también promueve la revalorización del conocimiento comunitario, el fortalecimiento de la autonomía en el cuidado de la salud mediante prácticas replicables, y se encuentra en camino hacia la construcción de políticas públicas que integren múltiples saberes, con el fin de avanzar hacia un bienestar colectivo sostenible.

Abstract

This article highlights the importance of a comprehensive and integrative approach to medicine—one that weaves together ancestral and traditional knowledge with advances in modern medicine—within the framework of holistic community health. Through the ANIMAH Research and Advocacy Project on Food and Comprehensive Community Health, a transdisciplinary model is proposed that incorporates various interconnected components: food and nutrition, psychosocial health, identity, art and culture, gardens and eco-technologies, pedagogical processes, and of course, integrative medicine. These components are interrelated to address the physical, mental, emotional, social, and cultural dimensions of health in an integrated manner, establishing a deep connection between health, education, and community action.

Within this framework, the integrative medicine component, together with collective praxis in the school community, implements a simplified diagnostic model based on the observation, evaluation, and analysis of tongue characteristics—a technique derived from traditional Chinese medicine—. This tool is applied practically in school settings, facilitating health monitoring from an accessible and culturally relevant perspective.

The ANIMAH project also promotes the revaluation of community knowledge, the strengthening of autonomy in health care through replicable practices, and is progressing toward the development of public policies that integrate multiple knowledge

systems, aiming to advance sustainable collective well-being.

Desde tiempos antiguos, la medicina ha sido un pilar fundamental de la humanidad. Más allá de sus formas institucionalizadas y científicas actuales, su esencia radica en el anhelo más básico de los seres humanos, que va siempre dirigido en preservar su salud y bienestar.

En sus orígenes, la medicina emergió como un saber empírico, producto de la observación, la experiencia directa y la transmisión oral de conocimientos. Hombres y mujeres, guiados por el compromiso de la salud personal y colectiva, fueron desarrollando diversas formas de comprender el cuerpo humano, cómo funciona en cuanto organismo, cómo responde a las enfermedades, y de qué manera es posible mitigar dolencias, protegerse o recuperar el equilibrio. Estos saberes, transmitidos de generación en generación, conformaron lo que hoy llamamos sistemas médicos tradicionales.

A lo largo de la historia se ha encontrado registro de grandes civilizaciones médicas: el antiguo Egipto, la medicina tradicional China, el sistema ayurvédico de la India, y el desarrollo de prácticas médicas en Europa. A estos sistemas se suman corrientes más recientes, como la homeopatía o la herbolaria, que han ofrecido visiones alternativas para comprender y abordar el proceso salud-enfermedad. Si bien esta lista no es exhaustiva, permite dimensionar la diversidad y riqueza de saberes que han coexistido y evolucionado a lo largo del tiempo y en distintas culturas.

En América Latina, y por supuesto en México, las comunidades indígenas han desarrollado sistemas médicos profundamente ligados a su cosmovisión. Curanderos, chamanes, parteras y sabios comunitarios han sabido aprovechar los recursos naturales y simbólicos de su entorno, creando prácticas curativas que no sólo atienden el cuerpo físico sino también el alma y el vínculo con la naturaleza. Por generaciones, estos pueblos han desarrollado un profundo conocimiento de las propiedades medicinales de las plantas, los minerales, los ciclos de siembra y cosecha, las estaciones, los climas, etc. Dentro de sus recursos diagnósticos han aprendido a leer el semblante, a escuchar sonidos del cuerpo, a percibir olores, a interpretar sueños y señales, integrando todo ello en sus prácticas de sanación.

Estos saberes, lejos de pertenecer al pasado, siguen vivos y vigentes. Las limpias, los rezos, los temazcales, los baños de hierbas, las pomadas, las ceremonias y rituales continúan practicándose con profundo respeto en muchas regiones del país, formando parte del día a día entre sus habitantes; sin embargo, en la modernidad, nuestras comunidades enfrentan una realidad desafiante. Por un lado, acceden a la medicina hegemónica, científica y tecnológica; por el otro, conservan, adaptan y en algunos casos redescubren sus prácticas ancestrales.

En este escenario de encuentro ha emergido un concepto que ha cobrado fuerza en los últimos años: la medicina integrativa.

Ésta no busca reemplazar a la medicina convencional ni idealizar terapias tradicionales; más bien busca articular lo mejor de

ambos sistemas, reconociendo el valor que tiene la evidencia científica, pero también reconociendo el valor de la sabiduría ancestral; es decir: integrar y no excluir; sumar y no restar.

La sabiduría ancestral, fruto de siglos de experiencia y observación, ha sido encasillada dentro del rubro de “medicina alternativa”; y aunque esta denominación ha sido ampliamente utilizada, no refleja su valor de forma justa. Muchas veces lo “alternativo” es entendido como secundario, accesorio, incluso marginal frente a la medicina convencional. Sin embargo, desde una perspectiva más respetuosa, equitativa y completa es referirse a estas prácticas como “medicinas complementarias”, reconociendo que pueden tener el mismo valor en ciertos contextos que la medicina convencional. Es cierto que algunas prácticas aún carecen de suficiente validación científica rigurosa; no obstante, muchas otras han demostrado su eficacia a través de la experiencia, e incluso en algunos casos suele ser al revés, pues en ellos podemos aprovechar más los sistemas tradicionales y los saberes ancestrales.

La medicina integrativa no sólo implica la inclusión de diferentes prácticas y sistemas médicos; también recupera y promueve una práctica de medicina integral, es decir, un enfoque que concibe a la persona en su totalidad y promueve los siguientes aspectos importantes:

- Considera y trata a la persona como un todo (cuerpo, mente, emoción y entorno).

- Recupera el valor del vínculo médico-paciente.
- Promueve estilos de vida saludables que incluyen alimentación consciente, ejercicio regular, descanso adecuado, relaciones armoniosas y conexión comunitaria.

Desde este enfoque, aspectos que durante mucho tiempo fueron considerados secundarios en la formación médica convencional, como la nutrición, la gestión emocional o el contexto social del paciente, hoy se vuelven prioritarios. Es precisamente en este escenario donde las medicinas tradicionales y saberes ancestrales tienen mucho que aportar. En ellos la salud no se reduce a la simple ausencia de enfermedad, sino que es entendida como un estado de equilibrio dinámico con uno mismo y con el entorno que nos rodea.

En definitiva, es la “medicina del futuro”, como ya la han nombrado algunos autores en diversas obras, escuelas, agrupaciones y sociedades de medicina integrativa.

Un claro ejemplo es, sin duda, la práctica de la medicina moderna junto con la medicina tradicional China; por un lado, la medicina tradicional China, que por sí sola tiene un carácter de medicina integral, al articularse con la medicina moderna representa uno de los casos más sólidos de medicina integrativa. A esta integración específica podemos llamarla “modelo de medicina integrativa Chino-Occidental” o “modelo de medicina integrativa Sino-Occidental.

La integración de diferentes sistemas médicos facilita la incorporación dinámica

de teorías y conceptos que contribuyen a una mejor comprensión y evaluación de la salud, favoreciendo la implementación de estrategias más eficaces de diagnóstico, tratamiento, prevención y mantenimiento de la salud.

La medicina moderna, a despecho de su desarrollo tecnológico (que, sin duda, es valioso y necesario), no podrá sustituir la esencia profunda de los sistemas médicos ni el vínculo humano que se teje en los procesos de sanación. Estamos transitando hacia un paradigma donde la medicina no se encierra en verdades absolutas, sino que es capaz de dialogar y construir puentes entre la tradición, la ciencia, la tecnología y la cultura. Sanar es sobre todo un acto profundo de humanismo.

Es desde esta perspectiva que nace el proyecto ANIMAH, bajo un doble principio: la salud integral comunitaria, y su estrecha relación con un modelo de práctica transdisciplinar. Este proyecto no sólo aborda aspectos biológicos; también reconoce que la salud es un fenómeno integral, donde confluyen la dimensión física, emocional, social, espiritual, ambiental, social y comunitaria. Por ello, conceptos clave —lo integral y comunitario, lo educativo, intercultural y transdisciplinar— atraviesan de manera transversal nuestra propuesta.

Por tanto, uno de los aspectos centrales del proyecto es la medicina integrativa. ANIMAH asume una concepción de la salud que no se reduce a la simple ausencia de enfermedad en términos aislados; la concibe como un estado de equilibrio dinámico,

donde los docentes, las familias, los escolares y la comunidad en general participan activamente en su propio bienestar, mostrando su impacto no sólo en el ámbito sanitario, sino también en el educativo y social. Nuestra labor en el ámbito comunitario se focaliza, precisamente, en rescatar y revalorar los saberes ancestrales, articulándolos con los avances de la medicina moderna. Pero esta integración no tendría sentido si no se vinculara directamente con los procesos educativos y formativos dentro de las comunidades, especialmente en los ambientes escolares de las nuevas generaciones.

Vivimos en una era de evolución constante en el ámbito de la educación, y México no es la excepción. En los últimos años se ha discutido y aprendido sobre el modelo de la Nueva Escuela Mexicana y los múltiples enfoques que pueden incidir en un mejor rendimiento académico y en la formación de mejores estudiantes, profesionales y ciudadanos.

Sin embargo, para que este impacto educativo sea efectivo, es indispensable que los niños y jóvenes se desarrollen en un entorno adecuado que favorezca su aprendizaje y desarrollo integral; en este contexto, la salud y la educación no pueden concebirse como dimensiones separadas; al contrario, deben articularse en un marco de bienestar general que permita a los individuos entender, aprender, asimilar y crecer de manera óptima.



Jornada de Salud. Fotografía de Lengua, realizada por madres de familia
| Esc. Prim. “17 de Abril de 1869”, Alpuyeca, Xochitepec, Morelos, noviembre de 2023.

Salud integral comunitaria en el proyecto ANIMAH

En nuestro proyecto, con este modelo de medicina integrativa o ya integral estamos contribuyendo a la construcción de una medicina más humana, accesible y acorde con las necesidades reales de cada comunidad. Éste es el reto y la oportunidad que enfrentamos: reconocer el valor de la diversidad en la medicina y aprovechar el conocimiento colectivo en beneficio de todos.

En este sentido, algunos profesionales dentro del proyecto otorgan mayor valor a los sistemas complementarios o tradicionales, sin desestimar la importancia de la medicina moderna. La clave está en mantener un equilibrio, utilizando cada recurso

cuando sea necesario. Sin duda, la medicina integrativa y, en este caso, el eje medicina integrativa, es solamente un pequeño eslabón de una red más amplia de integración y trabajo transdisciplinario.

Esta red está conformada por diversos ejes fundamentales, los cuales son:

Eje de alimentación y nutrición

Desde sus inicios, este proyecto ha otorgado un papel esencial a la alimentación y nutrición. Es bien sabido que la alimentación es un factor determinante tanto en la prevención de enfermedades como en el mantenimiento de la salud a nivel global. La obesidad y la diabetes, por ejemplo, se han convertido en verdaderas pandemias

que afectan a millones de personas en el mundo, y lamentablemente, México se encuentra entre los países con las tasas más altas de estos padecimientos.

Garantizar una nutrición adecuada en la infancia no sólo permite prevenir enfermedades a largo plazo; también influye directamente en el rendimiento académico, el desarrollo cognitivo y el bienestar general de los niños. Un ambiente saludable, tanto en términos físicos como emocionales, es indispensable para que los estudiantes puedan alcanzar su máximo potencial y contribuir al desarrollo de una sociedad más equitativa y saludable.

Eje de salud psicosocial

Otro eje fundamental es el de la salud emocional y psicosocial. Identificar emo-

ciones, aprender a gestionarlas, reconocer el impacto de los conflictos familiares o escolares y generar entornos seguros y afectivos, son prácticas que inciden directamente en el bienestar general. Aquí, las estrategias de educación emocional se integran con acciones cotidianas de los docentes, promotores y padres de familia.

Eje de identidad, arte y cultura

El arte y la cultura, por su parte, también son medicina. El juego, la música, las ceremonias, las fiestas y los espacios de expresión creativa son canales legítimos y poderosos de sanación, integración y fortalecimiento comunitario. Lejos de ser “adornos”, estas prácticas son esenciales para la digestión emocional, el desarrollo cognitivo y la salud en su dimensión más amplia.

Taller de Diagnóstico por Fotografía de la Lengua | Preescolar CECyS “José de Tapia Bujalance”,
Miravalle, Iztapalapa, Ciudad de México, mayo de 2024.



Eje de medicina integrativa

El eje de medicina integrativa representa un verdadero modelo transdisciplinario de atención a la salud. No busca sustituir a la medicina moderna, sino dialogar con ella desde el respeto mutuo, reconociendo que la sabiduría tradicional tiene tanto valor como el conocimiento científico. Este modelo parte de la horizontalidad, la escucha, la cooperación y la construcción conjunta de estrategias que respondan a las necesidades reales de cada comunidad.

Nuestra experiencia en campo ha demostrado que cuando se reconoce y se valida el conocimiento comunitario, la respuesta de la población es positiva: participan, comparten, se sienten escuchados y revalorizados. En muchos casos, manifiestan alivio de que aquello que practicaban y que parecía estar en riesgo de desaparecer, ahora se reconoce como válido, útil y necesario, y se vuelven participantes activos de este modelo de salud.

Como propuesta en este proyecto les brindamos un recurso simplificado y práctico, derivado del diagnóstico por observación de la lengua. En la Medicina Tradicional China (MTC). El diagnóstico constituye sin duda un elemento fundamental en el proceso salud-enfermedad; se considera que debe ser integral y para esto es necesario que esté conformado siempre por los cuatro métodos de diagnóstico: interrogatorio, observación, palpación y auscultación-olfacción. Cada uno de estos métodos aporta información valiosa y sólo a través de su integración se puede ofre-

cer un diagnóstico correcto y proporcionar el tratamiento adecuado correspondiente. Particularmente, dentro del método de observación existe un método de evaluación a través de la observación de la lengua. Este método constituye uno de los recursos de diagnóstico más utilizados desde la antigüedad, y hasta la fecha cumple un papel relevante en la evaluación de la salud.

De acuerdo con la MTC, a través del análisis detallado de la lengua es posible obtener información sobre el estado energético y diversas condiciones patológicas de los principales órganos y canales. Aspectos como el color de la lengua, su estado de hidratación, las características de la saburra lingual, presencia de manchas, grietas, impresiones dentales, la prominencia y color de las papilas, etcétera, pueden proporcionarnos información general sobre el estado de salud de una persona.

Es por esto que hemos propuesto utilizar este recurso complementario de evaluación de la salud en nuestro proyecto de ANIMAH. Y para hacerlo más accesible hemos diseñado un “modelo simplificado” de evaluación a través de la observación de la lengua. Éste podrá ser implementado de forma muy práctica y sencilla en las comunidades escolares y en la población en general.

En este modelo simplificado asignamos un valor a diferentes características que se pueden distinguir claramente al observar la lengua. Para ello se toma una fotografía, con la finalidad de facilitar su análisis y poder darle seguimiento. Para facilitar este análisis e interpretación, diseñamos un

sistema de puntuación para cada característica observable. De acuerdo con las características normales o anormales, se asignó un puntaje entre cero y dos puntos, con lo que al final, de la suma total de puntos establecimos una clasificación a manera de semáforo, en tres categorías:

- Semáforo verde. Representa una condición normal donde el niño (o paciente) no presenta ningún síntoma, no se queja de nada, está asistiendo regularmente a sus clases, tiene un rendimiento adecuado en su aprendizaje
- Semáforo amarillo. Representa una alerta leve; quizás el niño no tiene síntomas y está yendo a clases, pero en su lengua refleja ya que algo pudiera no estar funcionando óptimamente en su cuerpo. Es aquí donde podemos señalar una de las características sorprendentes de la evaluación o diagnóstico en la medicina china: la posibilidad de identificar ciertas condiciones anormales antes de que la persona se sienta mal o “se enferme”. A esta condición es mencionada como el estado de “subsano”.
- Semáforo rojo. Representa un mayor grado de posibilidad de que el niño esté enfermo. En la lengua se reflejan más características anormales. Es necesario entonces llevar a cabo una valoración más exhaustiva, contrastar con la historia clínica y con otros recursos de la medicina moderna.

Orientar y de preferencia recomendar acudir a otros niveles de atención.

Sin pretender que la comunidad se vuelva experta en medicina China, se la orienta para que conozca los aspectos generales de ésta, y se le brinda una capacitación y guía adecuados que le permitan comprender lo que está pasando en el organismo de sus integrantes, a través de la observación de la lengua. Este tipo de procesos no sólo fortalece la autonomía en el cuidado de la salud, sino que también sienta las bases para una participación activa y colectiva, consciente de su capacidad para generar cambios significativos en sus prácticas de vida que se reflejen en su bienestar y en la construcción de entornos más saludables y solidarios.

Hacia políticas de salud

El desafío que enfrentamos como sociedad no es menor. La promoción de la salud integral comunitaria y la educación requieren un esfuerzo conjunto que involucre a diversos actores: desde el ámbito gubernamental hasta las organizaciones civiles, las instituciones educativas y las propias comunidades. No se trata sólo de implementar políticas, sino de generar conciencia y fomentar una cultura de bienestar donde la salud, la educación y la nutrición sean concebidas como derechos fundamentales e interconectados.

Sumarnos a este esfuerzo nacional para combatir los grandes problemas de salud pública, significa asumir la responsabilidad

de transformar los entornos educativos y comunitarios en espacios propicios para el aprendizaje, el crecimiento y el bienestar. Sólo a través de un enfoque integral y transdisciplinar podremos enfrentar los desafíos del presente y construir un futuro más saludable y equitativo para las nuevas generaciones.

Hoy más que nunca necesitamos políticas públicas que reconozcan esta pluralidad de saberes y prácticas. La Organización Mundial de la Salud ha avanzado significativamente en el reconocimiento de las medicinas tradicionales. Y países como el nuestro ya han comenzado a crear direcciones específicas de medicina tradicional e interculturalidad dentro de sus sistemas de salud.

En el camino hacia una salud equitativa y sostenible, es deseable que se sigan implementando nuevas políticas de pluriculturalidad e interculturalidad que realcen el papel de la medicina integrativa; políticas donde se resalte la experiencia milenaria, la sabiduría tradicional y las prácticas comunitarias ancestrales junto con la medicina moderna. Ello debe darse en un ambiente de armonía que genere nuevas condiciones para la protección y prevención, pero sobre todo para el mantenimiento de la salud.

En resumen, nuestro trabajo está orientado a aprovechar de manera efectiva todos los recursos disponibles, reconociendo, evaluando y respetando cada uno de los sistemas que podemos utilizar, siempre con un enfoque objetivo, riguroso y basado en la evidencia. En la actualidad, es esencial validar las prácticas a través de modelos

que nos permitan asegurar su efectividad, para evitar perder tiempo valioso o poner en riesgo a la comunidad.

En una comunidad, compartir, mantener y enriquecer los conocimientos y prácticas que se desarrollan colectivamente es fundamental para la salud. La medicina integrativa desempeña un papel crucial en la identificación y recuperación de los saberes ancestrales y la riqueza comunitaria, promoviendo un enfoque más inclusivo y holístico en la atención a la salud.

Nuestro proyecto, precisamente, contribuye a esta recuperación de los saberes tradicionales dentro de un modelo de salud integrativa, reconociendo la importancia de mantener vivos estos conocimientos para que continúen siendo una herramienta útil y valiosa.

Referencias bibliográficas

- Jiang, Bai, *et al.* (2012), "Integrating Next-Generation Sequencing and Traditional Tongue Diagnosis to Determine Tongue Coating Microbiome", en *Scientific Reports*. Recuperado de <Doi:10.1038/srep00936>.
- Lozano-Rodríguez, Francisco, Arely Berenice Lozano-Cantú, Fernando Alcala-Morales y Jessica Martínez-Bustamante (2023), "Guía para el diseño, manejo y seguimiento comunitario de los espacios de salud escolares", Proyecto clave 300-Conahcyt-IPN.
- Martínez Sánchez, Lina Maria *et al.* (2020), "La educación en salud como

una importante estrategia de promoción y prevención”, en *Archivos de Medicina (Manizales)*, vol. 20, núm. 2, pp. 490-504. Recuperado de <<https://doi.org/10.30554/archmed.20.2.3487.2020>>.

Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud (s.f.), “Atención primaria de salud”. Recupe-

rado el 12 de diciembre de 2023, de <<https://www.paho.org/es/temas/atencion-primaria-salud>>.

Zhao-fu, Fei, Gu Yi-di (2007), *Mirror of Health Tongue Diagnosis in Chinese Medicine*, Peoples Medical Publishing House, Beijing.

ALGUNOS ASPECTOS HISTÓRICOS SOBRE LA HERBOLARIA MEXICANA

Abigail Aguilar Contreras
Profesora de la Facultad de Ciencias
de la Universidad Nacional Autónoma de México

Resumen

México es un país biodiverso y pluricultural. Ocupa el cuarto lugar en

biodiversidad en el mundo y en él habitan 68 pueblos originarios con su propia cultura médica, es decir, con su propia manera de ver la salud, la enfermedad y su terapéutica

Taller de Elaboración de Pomadas Naturales | Esc. Prim. “17 de Abril de 1869”,
Alpuyeca, Xochitepec, Morelos, junio de 2024.



herbolaria.¹ El propósito de este capítulo es conocer los acontecimientos históricos más relevantes en el conocimiento de la herbolaria mexicana, así como las interrelaciones que la involucran en el campo de la salud en la actualidad.

Abstract

Mexico is a biodiverse and multicultural country, ranking fourth in the world in terms of biodiversity. It is home to 68 Indigenous peoples, each with their own medical culture, perspectives on health and illness, and traditional herbal therapies. The purpose of this article is to explore the most significant historical events related to the knowledge of Mexican herbal medicine and the ways in which it continues to be interconnected with the field of health today.

Crónica histórica

Del siglo XVI al siglo XVIII

La cultura médica popular herbolaria es ancestral; los testimonios prehispánicos de ella que han llegado hasta nuestros días son los códices y el mural de Tepantitla, en Teotihuacán, llamado “el mural de la medicina”. Y podemos mencionar igualmen-

te los escritos del siglo XVI, como el Libro Undécimo de la *Historia General de las Cosas de la Nueva España*, de Fray Bernardino de Sahagún, editado en 1548 y donde el autor menciona las plantas medicinales de Tepeapulco, Hidalgo, con su nombre en nahua y con la ilustración que representa a la hierba medicinal y en algunos casos la aplicación de ella en pacientes; así lo podemos observar en lo referente a las plantas con uso oftalmológico. En 1552 se edita el *Libellus de Medicinalibus Indorum Herbis*, del curandero nahua Martín de la Cruz, traducido al latín por Juan Badiano. Dicha obra menciona e ilustra 185 plantas medicinales, su hábitat (a manera de glifos), su uso medicinal, y en general todas las plantas con su nombre en nahua, siendo verdaderamente el primer herbario medicinal del país (Aguilar, 2016).

En el siglo XVI, el rey Felipe II envió a Nueva España al médico naturalista Francisco Hernández, para que registrara la flora, la fauna y las arcillas del territorio mexicano. Recolectó 3 076 plantas entre 1571 y 1577, gran parte de ellas medicinales. En su obra *Historia Natural de la Nueva España* se ilustra la planta, el lugar geográfico donde crece y su uso medicinal.

En el siglo XVII aparecen textos de medicina donde encontramos la incorporación de plantas medicinales de otras latitudes. A esto lo llamo “el mestizaje de la herbolaria mexicana”. En dichos textos observamos plantas nativas y plantas introducidas, por ejemplo, un cihuapatli, oriundo del país, junto a una manzanilla europea.

¹ Cabe aclarar que el término herbolaria en nuestro país se refiere a las plantas usadas como medicamento y a la persona que las vende.

A finales del siglo XVIII, en plena Ilustración, se organiza, por orden real de Carlos III, la Real Expedición Botánica de la Nueva España, cuyo objetivo era doble: conocer la flora de esta colonia y enviar los especímenes a la metrópoli española, y formar un jardín botánico e impartir la cátedra de botánica en este territorio (Martínez, 1976).

La expedición, dirigida por el médico y botánico Martín Sessé, contó con la participación de notables figuras de las ciencias, como el farmacéutico y botánico Vicente Cervantes, el primer profesor en impartir el Real Estudio Botánico conforme a las ideas de clasificación del médico y botánico sueco Carlos Linneo. Entre los discípulos de Cervantes aparece la figura de José Mariano Mociño, joven médico oriundo de Temascaltepec, Estado de México, que destacó por su clara inteligencia y por su capacidad para describir y clasificar las plantas, y que formaría parte del equipo de la Real Expedición Botánica de la Nueva España (Aguilar, 1995).

A finales del siglo XVIII y principios del siglo XIX, se clasifican científicamente, por primera vez en la historia de la botánica médica mexicana, las plantas medicinales de México, y se hacen los primeros estudios experimentales y clínicos utilizando la herbolaria. En 1801, Mociño sugiere la formación de una materia médica mexicana.

José Mariano Mociño y su colega Luis Montaña realizaron las primeras investigaciones clínicas con plantas medicinales mexicanas en el Hospital de San Pedro en

Puebla y en el Hospital de San Andrés en la ciudad de México (Aguilar, 2016)

Como observamos, el estudio de las plantas medicinales hace tres siglos marca el inicio de la investigación científica de las plantas medicinales, según los cánones de la época, pero no se menciona o reconoce quién es el curandero o curandera que aporta la experiencia y tiene el conocimiento.

Del siglo XIX al siglo XX

A principios del siglo XIX encontramos autores que escribieron pequeños compendios de la flora medicinal inspirados en la obra de Francisco Hernández (1570-1577). Tal es el caso de Fray Juan Navarro, que escribió el libro titulado *Historia Natural o Jardín Americano*, editado en 1801, donde menciona 425 plantas medicinales con su respectiva ilustración y qué enfermedades curaba (Aguilar, 1992).

En este siglo se comienzan hacer las primeras farmacopeas del país, en donde se observa que los medicamentos eran principalmente plantas medicinales.

En 1888, por Decreto Presidencial, el general Porfirio Díaz inaugura el Instituto Médico Nacional, el cual tenía por objetivos:

- El estudio científico de la flora medicinal mexicana.
- El estudio científico de la fauna medicinal.
- El estudio científico de las aguas medicinales.



Séptimo Encuentro Interescolar, Dra. Abigail Aguilar
| Guelatao, Oaxaca, México, abril de 2024.

- La geografía médica del territorio nacional.

Este instituto era multidisciplinario; estaba formado por médicos, químicos, botánicos e ilustradores, entre otros, los cuales trabajaban las plantas medicinales desde sus disciplinas y realizaban investigación clínica conjunta directamente con pacientes en el Hospital de San Andrés.

Las investigaciones de las plantas medicinales se daban a conocer en las publicaciones periódicas del Instituto Médico Nacional, como las revistas *El Estudio* (1889-1893) y los *Anales del IMN* (1894-1914). Otras obras publicadas por el Ins-

tituto en el transcurso de los años 1894-1898-1900 fueron las siguientes: *Datos para la materia médica mexicana*, *Materia médica mexicana*, y *Monografías mexicanas de materia médica*. En 1902 se edita *Curso de historia de drogas*, de Juan Manuel Noriega, y en 1913 se publica la obra *Farmacológica Nacional* (Fernández del Castillo, 1961).

En esta época, a finales del siglo XIX, se elaboraron 106 tesis en la Facultad de Medicina sobre el estudio de plantas medicinales. Dichas tesis eran un requisito para optar a las licenciaturas de médico cirujano y obstetra, médico sanitarista militar y farmacéutico (Somolinos, 1989). Tras un cuarto de siglo de funcionamiento, el Ins-

tituto Médico Nacional desapareció el 6 de septiembre de 1915 por orden del presidente Venustiano Carranza (Terrés, 1916).

En 1933, Maximino Martínez, botánico autodidacta, decidió tomar en cuenta el saber popular enviando una encuesta a todos los maestros rurales del país con el objetivo de que éstos registraran en sus comunidades los usos medicinales de las plantas y trataran de recolectarlas; con esa información de primera mano se publicó el libro *Las plantas medicinales de México*, que es ya un clásico de la literatura sobre el tema (Aguilar *et al.*, 2016).

En 1950 aparece la magnífica obra de Francisco Guerra *Bibliografía de la materia médica mexicana*, y en 1952 se publica la *Nueva farmacopea mexicana de la Sociedad Farmacéutica Mexicana*.

En el último cuarto de siglo XX, se repite la historia; otra vez por Decreto Presidencial, ahora de Luis Echeverría Álvarez, a finales de 1975 se funda el Instituto Mexicano para el Estudio de las Plantas Medicinales (Imeplam), cuyo esquema de trabajo era interdisciplinario y su objetivo principal de estudio fue conocer y convalidar experimentalmente el uso popular medicinal de las plantas mexicanas (Lozoya, 1976).

Al mismo tiempo, en el seno de la Organización Mundial de la Salud (OMS) se discutía el ingreso de China a dicho organismo. Y por cuanto este país tenía resuelta su atención primaria a la salud, los miembros de la OMS observaron que la República Popular China utilizaba tanto su medicina tradicional como la medicina

académica para resolver sus problemas de salud. Fue entonces cuando, en 1978, aparece un documento de la OMS donde invita a todos los países miembros que tomaran en cuenta su medicina tradicional y sus recursos terapéuticos para tener solucionado el primer nivel de atención médica (OMS, 1978).

Debido a estas coincidencias en el tiempo, la OMS, con el programa Salud para Todos y el Imeplam, comienza a entender que primero se debe recuperar el conocimiento tradicional herbolario tomando en cuenta a los curanderos y curanderas de este país, y comenzó a incursionar en la disciplina de la etnobotánica, donde el especialista en la exploración de campo reconocía a los sabios y sabias practicantes de la medicina tradicional, tomando nota de su conocimiento herbolario y recolectando las plantas medicinales de manera conjunta.

Cabe señalar que gracias al trabajo etnobotánico médico se conformó el primer herbario especializado en flora medicinal del país (Guzmán-Rojas, 2022; Xolalpa, 2023).

A partir de estos estudios etnobotánicos médicos, fue posible conocer nuevos usos medicinales de plantas para enfermedades de nuestra época, como la *Diabetes mellitus*; se observó que diversas especies de nopales, entre ellos *Opuntia strephacantha* Lemaire y la raíz de *Crataegus pubescens* Steud, se utilizaban popularmente para regular los niveles de glucosa (Aguilar, 1995; Xolalpa, 2023).



Taller de Elaboración de Pomadas Naturales | Esc. Prim. “17 de Abril de 1869”, Alpyeca, Xochitepec, Morelos, junio de 2024.

El Imeplam fue integrado posteriormente al Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) en los años ochenta; y por primera vez en la historia de una institución de salud pública, se implementa un programa piloto sobre medicamentos herbolarios, administrando a los pacientes hojas de *Psidium guajava* L. para el tratamiento de trastornos del aparato digestivo, y flores de *Gnaphalium ssp* para el tratamiento de afecciones del aparato respiratorio, todo ello a partir del análisis de la información etnobotánica del herbario medicinal del IMSS (Aguilar, 1991).

Por otro lado, en el decenio de 1980 se van conformando asociaciones civiles que trabajan los aspectos de la salud y nutrición en las comunidades. Dichas asociaciones promueven el Movimiento de Salud

Popular, con la formación de los llamados “promotores de la salud”. Son personas que conocen o comienzan a estudiar el arte de curar con hierbas medicinales; por lo general, este personal tiene interés en trabajar por la salud de su comunidad, llámense curanderos, hierberos, parteras o jóvenes que se inician en el conocimiento de las plantas medicinales. Es aquí donde la investigación académica es rebasada por la acción; la gente está urgida de propuestas “herbolarias” para sanar algunas afecciones; también inicia la que suscribe las llamadas “caminatas botánicas médicas” y los “mini-herbarios”, para conocer la flora medicinal de una región determinada y propiciar el intercambio de experiencias y conocimientos entre los curanderos y curanderas, la población en general, los niños

y niñas y el investigador, donde se dialoga sobre las plantas medicinales que vamos recolectando en las veredas, recuperando el conocimiento herbolario de las comunidades; esta práctica se ha multiplicado a través del tiempo en todo el país y en América Latina.

En los años noventa del siglo pasado, las instituciones gubernamentales y de salud empiezan a reconocer más abiertamente el quehacer de los herbolarios o médicos tradicionales, y se forman las asociaciones de médicos tradicionales indígenas, que continúan hasta nuestros días, así como los hospitales mixtos, donde el paciente decide si lo atienden bajo la alopátia o la herbolaria. Esto es de suma relevancia para el país y para la medicina mexicana. En lo referente al recurso herbolario, se da un paso importante con la elaboración y venta de medicamentos con plantas medicinales nativas, que cuentan con el aval de herbario exigido por la Secretaría de Salud para la comercialización de estos productos.

Por otro lado, gracias al primer herbario de plantas medicinales del país (el actual Herbario Medicinal del IMSS), se proponen los primeros cuadros básicos de flora medicinal tomando en cuenta la sabiduría y experiencia de los curanderos y curanderas de México. Asimismo, se evidencia la existencia de plantas que se usan para el mismo padecimiento en el norte, sur, este y oeste del territorio nacional (Aguilar y Camacho 1984). A su vez, se realizaron los cuadros básicos por aparatos y sistemas del cuerpo humano (Aguilar y Camacho 1985; Aguilar *et al.*, 1994) y por enfermedades (Aguilar *et al.*, 1998).

Siglo XXI

En este siglo continúa la creación de hospitales mixtos, que brindan conjuntamente los servicios de la medicina alópata y de la medicina tradicional herbolaria, y donde atienden los médicos académicos y los curanderos, dejando al paciente la decisión de elegir el tipo de medicina con la cual desea ser atendido. Estos hospitales mixtos dependen de la Secretaría de Salud, a nivel federal y estatal, además del IMSS. En los primeros 15 años de este siglo XXI, por primera vez en la historia del IMSS se imparte un Curso Monográfico de Medicina Tradicional y Herbolaria a los médicos del Instituto, curso avalado por las Coordinaciones de Investigación y Enseñanza Médica de dicha institución.

La *Farmacopea Herbolaria de los Estados Unidos Mexicanos* (hasta 2025 lleva tres ediciones) registra monografías de las plantas medicinales que se industrializan. La mayoría no son nativas de México; sin embargo, cada farmacopea herbolaria tiene un anexo llamado *Extrafarmacopea* formado por una amplia lista de hierbas medicinales que sí utiliza la población y que poco a poco serán trabajadas desde la botánica, la química y la farmacología para ser integradas al grupo de especies con su respectiva monografía, y en este momento dichas hierbas medicinales son respaldadas por el trabajo etnobotánico.

El Instituto Nacional Indigenista, hoy Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas, publica la obra *Biblioteca de la Medicina Tradicional Mexicana*

na (Zolla *et al.*, 1994), y después en este siglo XXI, la UNAM incorpora esta obra de manera digital al Repositorio Nacional (Muñetón, 2009), mientras que la Comisión Nacional de la Biodiversidad publica diversos tomos sobre el Capital Natural de México, dando a conocer la situación actual de la flora medicinal de México (Balvanera *et al.*, 2009).

Respecto a los programas llevados a cabo en el Instituto Mexicano del Seguro Social, como investigación clínica directamente con pacientes a los que se ha administrado el producto natural, tenemos en los últimos años el uso de *Cecropia obtusifolia Bertol* (Guarumbo) para bajar los niveles de azúcar de los diabéticos (Herrera 2004); *Hibiscus sabdariffa L.* (Jamaica) en el caso de pacientes con colesterol alto e hipertensos (Herrera *et al.*, 2004); *Solanum chrysothrichum* (Sosa) para eliminar la *Tinea pedis* (Herrera *et al.*, 2003) y para eliminar *Candida* en afecciones vaginales (Herrera *et al.*, 2009), entre otros. Las investigaciones clínicas han tenido mucha aceptación por parte de la población derechohabiente.

La Secretaría de Salud, a través de su Dirección de Medicina Tradicional y Desarrollo Intercultural, propone el fortalecimiento de los servicios de salud con la medicina tradicional, incluyendo la herbolaria, en el marco legal de una política nacional de medicina tradicional inscrita en el programa Sectorial de Salud 2007-2012 con el Programa de Acción de Medicina Tradicional y Sistemas Complementarios, lo que ha dado lugar a la formación de los Hospitales Integrales con Medicina tradicional. En estos nosocomios se incluye el

parto vertical (como antaño se practicaba en algunas partes del país) y las farmacias verdes, donde se encuentran preparados galénicos y las propias plantas medicinales (Almaguer *et al.*, 2009).

La Comisión Interinstitucional para la Formación de Recursos Humanos en Salud de la Secretaría de Salud, a partir del año 2008, trabajó en las políticas educativas para el establecimiento de la maestría o especialidad médica sobre Medicina Tradicional y Herbolaria.

El gobierno de la Ciudad de México, en el año de 2009, impulsa la incorporación de las plantas medicinales, de la acupuntura, la homeopatía y la masoterapia en sus diversos hospitales y clínicas de la Ciudad de México. Así se constituye el Programa de Medicina Integrativa (Hersh, 2023).

En 2023, dentro del Plan de Justicia para el Pueblo Yaqui y con la participación de la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos, la Secretaría de Salud y la Farmacopea de los Estados Unidos Mexicanos colaboraron con los curanderos y curanderas yaquis en la elaboración del libro Herbolaria de la tierra Yaqui.

En este primer cuarto del siglo XXI, donde se habla de medicinas tradicionales indígenas y afromexicanas, interculturalidad, diálogos de saberes, y acerca de que las instituciones de salud pública, la Constitución mexicana y la *Λεψ Γενεραλ δε Σαλυδ* reconocen la valía de estas medicinas, todavía no se establece una relación de igualdad entre el modelo médico tradicional y la medicina académica, debido a que existen interpretaciones culturales opuestas sobre el proceso salud-enfermedad-atención.

ción (Campos *et al.*, 2024). Es aquí donde la Secretaría de Ciencia, Humanidades, Tecnología e Innovación en el proyecto de Salud y Nutrición Comunitaria ANIMAH (Alpuyeca, Morelos; Naucalpan, Estado de México; Iztapalapa, Ciudad de México y Región Mazahua del Estado de México e Hidalgo), coordinado por la Dra. Juanita Ochoa Chi, a mi parecer da un paso importante en las escuelas de las comunidades, recuperando el conocimiento sobre las plantas medicinales y comestibles que tienen los familiares de los niños y niñas para obtener una mejor salud y nutrición, compartiendo ese conocimiento entre las familias, los maestros, la comunidad infantil, cultivando huertos de plantas medicinales y comestibles, elaborando alimentos saludables con estos materiales en sus comedores escolares; se organizan asimismo encuentros entre las comunidades y las diversas escuelas, intercambiando saberes y enriqueciendo, para bien, la salud y la nutrición.

Referencias

- Aguilar, Abigail (2016), “Estudio histórico de los usos de las plantas medicinales”, en Graciela Zamudio Varela (coord.) (1893), *Plantae Novae Hispaniae*, ed. Facsimilar, Bibliotheca Mexicana Historiae Scientiarum, Universidad Nacional Autónoma de México, pp. 61-70.
- (1995), “Botánica Médica (Logros y perspectivas)”, en Sergio Guevara, Patricia Moreno-Casasola y Jerzi Rzedowski (comps.), *Logros y perspectivas del conocimiento de los recursos vegetales de México en vísperas del siglo XXI*, Instituto de Ecología y Sociedad Mexicana de Botánica, México, pp. 63-73.
- (1992), “Determinación Botánica”, en Juan Navarro, *Historia natural o Jardín Americano*, Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado / Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) / Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), México, pp. 253-306.
- (1991), “El estudio etnobotánico de las plantas medicinales en México”, en Montserrat Ríos y Henrik Borgtoff (eds.), *Las plantas y el hombre*, Abya-Yala, Quito, pp. 217-221.
- Aguilar, Abigail, Edith López y Santiago Xolalpa (2016), “Herbolaria. Tratamientos populares y el personal de salud”, en Roberto Campos-Navarro (ed.), *Antropología médica e interculturalidad*, Facultad de Medicina-UNAM / McGraw-Hill Interamericana, México, cap. 39, pp. 403-409.
- Aguilar, Abigail, y Juan Raúl Camacho (1985), “Uso popular de las plantas medicinales y su distribución por aparatos y sistemas”, en *Archivos de Investigación Médica*, vol. 6 (suplemento).
- (1984), “La Herbolaria como recurso básico. Estadísticas nacionales”, en *Medicina tradicional y herbolaria. Materiales para su estudio*, IMSS, México, pp. 88-92.
- Aguilar, Abigail, Juan Raúl Camacho, Soledad Chino, Patricia Jácquez y Edith López (1998), *Plantas medicinales del herbario IMSS. Su distribución por enfer-*

- medades, Organización Panamericana de la Salud / IMSS / Roche, México.
- (1994) *Plantas Medicinales del Herbario IMSS. Cuadros Básicos por Aparatos y Sistemas del Cuerpo Humano*, IMSS, México.
- Almaguer, José Alejandro, Hernán José García, Vicente Vargas y Noemi Lugo (2009), “Fortalecimiento de los servicios de salud con la medicina tradicional”, Secretaría de Salud, México. Recuperado de <<https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/38485/ModeloFortalecimientoMedicinaTradicional.pdf>>.
- Balvanera, Patricia, *et al.* (2009), “Estado y tendencias de los servicios ecosistémicos”, en Rodolfo Dirzo, Renée González e Ignacio March (eds.), *Capital natural de México. Volumen II: Estado y conservación y tendencias de cambio*, Comisión Nacional para el Conocimiento y Uso de la Biodiversidad, México.
- Campos-Navarro, Roberto, Carolina Sánchez y José Antonio Tascón (2024), *Medicinas indígenas y afromexicanas: una aproximación diagnóstica*, Programa Universitario de Estudios de la Diversidad Cultural y la Interculturalidad-UNAM / Instituto Nacional de los Pueblos Indígenas, México, p. 10.
- Farmacopea Herbolaria de los Estados Unidos Mexicanos (2001), *Comisión Permanente de la Farmacopea de los Estados Unidos Mexicanos*, Secretaría de Salud, México.
- Fernández del Castillo, Francisco (1961), *Historia del Instituto Médico Nacional de México (1888-1915)*, UNAM, México.
- Guzmán, Susana (2022), “La institucionalidad científica de los saberes tradicionales sobre plantas medicinales en la Universidad Nacional Autónoma de México”, en *Revista Antropología y Sociología: Virajes*, vol. 24, núm. 2, pp. 164-191.
- Herrera-Arellano, A., *et al.* (2009), “Exploratory Study on the Clinical and Mycological Effectiveness of a Herbal Medicinal Product from *Solanum chrysotricum* in Patients with *Candida* Yeast-Associated Vaginal Infection”, en *Planta Medica*, vol. 75, núm. 5, pp. 466-471.
- Herrera-Arellano, A., S. Flores-Romero, M. A. Chávez-Soto, Tortoriello (2004a), “Effectiveness and Tolerability of a Standardized Extract from *Hibiscus sabdariffa* in Patients with Mild to Moderate Hypertension: A Controlled and Randomized Clinical Trial”, en *Phyto-medicine*, vol. 11, núm. 5, pp. 375-382.
- Herrera-Arellano, A., *et al.* (2004b), “Clinical Trial of *Cecropia obtusifolia* and *Marrubium vulgare* leaf Extracts on Blood Glucose and Serum Lipids in Type 2 Diabetics”, en *Phytomedicine: International Journal of Phytotherapy and Phytopharmacology*, vol. 11, núms. 7-8, pp. 561-566.
- Herrera-Arellano, A., *et al.* (2003), “Effectiveness and Tolerability of a Standardized Phytodrug Derived from *Solanum chrysotrichum* on *Tinea pedis* a Controlled and Randomized Clinical Trial”, en *Planta Medica*, vol. 69, núm. 5, pp. 390-395.

- Hersch, Paul (2023), “Medicina integrativa y federalización de los servicios de salud”, en *La Jornada*, 1 de junio, p. 20.
- Lozoya, Xavier (1976), “El Instituto para el Estudio de las Plantas Medicinales A. C.”, en Carlos Viesca (ed.), *Estudios sobre etnobotánica y antropología médica*, Instituto Mexicano para el Estudio de las Plantas Medicinales (Imeplam), México, pp. 123-126.
- Martínez, Miguel Ángel (1976), “Historia de las exploraciones etnobotánicas en plantas medicinales”, en Xavier Lozoya (ed.), *Estudio actual del conocimiento de plantas medicinales mexicanas*, Imeplam / Secretaría de Salud, México, pp. 71-96.
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (1978), *Promoción y Desarrollo de las medicinas tradicionales de los pueblos*, OMS.
- Somolinos, Juan (1989), “Las plantas medicinales y su uso en el siglo XIX”, en *Revista Médica del IMSS*, vol. 27, núm. 1, p. 10.
- Terrés, José (1916), “Reseña histórica del Instituto Médico Nacional de México”, en *Gaceta Médica de México*, vol. 11, pp. 132-138.
- Xolalpa, Santiago (2023), “Herbario medicinal del Instituto Mexicano del Seguro Social”, en Marco Antonio Orozco y Santiago Xolalpa (2023), *Acervos culturales del IMSS. Un patrimonio sorprendente*, IMSS, México, cap. III, pp. 256-258.
- Zolla, Carlos, Arturo Argueta (coords.) (1994), *Biblioteca digital de la medicina tradicional mexicana*, Instituto Nacional Indigenista, 12 tomos, México.

FORTALECER UN ENFOQUE DE ATENCIÓN PRIMARIA A LA SALUD DESDE LAS COMUNIDADES

Gustavo Leal Fernández

Actualmente es profesor-investigador titular C de tiempo completo de la Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco

Resumen

Cambiar el estilo de vida es como aprender de nuevo a caminar. El proyecto nos ilustró sobre la posibilidad de superar el enfoque médico tradicional para operar sobre el estilo de vida que genera la mala salud. Fortalecer un enfoque de la atención primaria a la salud (APS) implica fortalecer básicamente la ausencia de enfermedad; implica colocar nuevos criterios para trascender la cultura de atender los daños,

y poder anticiparse a ellos. La comunidad misma es compleja. Sobre esa realidad trabajaron los proyectos, con miras a aprender de ella con la APS: con sus tiempos y salidas graduales. La clave fue no llegar imponiendo nada sino más bien llegando y abriendo bien las posibilidades de que los diagnósticos de salud, la acción y el trabajo comunitario pudieran apuntar a identificar los determinantes comunitarios de una mejora en la salud.

Historia Clínica (dirigidas por mamás) en la Jornada de Salud
| Esc. Prim. “17 de Abril de 1869”, Alpuyecá, Xochitepec, Morelos, noviembre de 2023.



Abstract

Changing one's lifestyle is like learning to walk again. The project illustrated the possibility of moving beyond the traditional sanitizing approach to address the lifestyle factors that lead to poor health. Strengthening a Primary Health Care (PHC) approach essentially means reinforcing the absence of disease; it requires setting new criteria to go beyond a damage-control culture and instead anticipate health issues before they arise. The community itself is complex. The projects worked within this reality, aiming to learn from it through PHC—respecting its timing and gradual progress—. The key was not to arrive with impositions, but rather to open up the possibility for health diagnoses, actions, and community work to focus on identifying the community-based determinants that can lead to better health.

Celebrando la oportunidad que tenemos de trabajar en este prometedor proyecto de los Programas Nacionales Estratégicos (ProNacES)-Salud titulado “Proyecto de investigación en incidencia en alimentación y salud integral comunitaria en cinco comunidades escolares de la Zona Centro del país”—Alpuyeca, Morelos; Naucalpan, Estado de México; Iztapalapa, Ciudad de México, y Región Mazahua del Estado de México e Hidalgo (ANIMAH) (Consejo Nacional de Humanidades, Ciencias y Tecnologías, 2017)—, presento algo muy sencillo, pero creo que muy completo, sobre lo que ha sido nuestra experiencia como comisión científica de seguimiento

con él. El periplo ha resultado muy interesante, enriquecedor y con una fuerte proyección hacia el futuro a nivel local, tanto por su imaginativo dinamismo como por su alma innovadora. ¿Qué es lo que hemos aprendido? La enorme complejidad que enfrentaron nuestros esfuerzos para cambiar los estilos de vida que determinan una mala salud. Para decirlo de manera muy directa: cambiar esos estilos es como volver a aprender a caminar. Hicimos también una confirmación: la salud pública tradicional o clásica no tiene herramientas para enfrentar el desafío de ese cambio en el estilo de vida; carece de los equipamientos, digamos mentales, tecnológicos, y de los dispositivos que se requieren para enfrentar la tarea. En una palabra: no está lista para la atención primaria de la salud.

El enfoque sanitario clásico es decimonónico. Aunque luego trató de presentarse como algo más sofisticado, para lo cual se arropó con algún herramental matemático y mucha información global, no modificó su base analítica decimonónica. Como disciplina parcial, sigue sin saber cómo ubicar la complejidad que postulan hechos como el estilo de vida en tanto que condensación de la propia vida. Algunos ejemplos son el tabaquismo, el alcoholismo y las adicciones; es decir: un conjunto de comportamientos frente a los cuales la salud pública tradicional se queda corta al intentar siquiera explicar su complejidad, que es al fin y al cabo la complejidad del ser humano; su estilo de vida sólo proyecta esa mismidad en el mundo real (Menéndez, 2020).

Todo ello determina previsiblemente una mala salud. Y eso es lo que aprendimos del ProNaII: cambiar el estilo de vida es como volver a aprender a caminar, partiendo de la complejidad que enfrenta un ser humano en su mismidad; y que la salud pública tradicional se contenta con reducir a cierta exposición numérica algunos factores de riesgo.

La segunda enseñanza consiste en que el ProNaII nos ilustró sobre la posibilidad de superar el enfoque sanitario tradicional; hizo que nos sirviéramos de la atención primaria a la salud con la finalidad de abrir así un futuro real para operar sobre el estilo de vida que genera mala salud, aprendiendo a enseñar de nuevo a caminar justamente con las herramientas de la atención primaria a la salud.

Efectivamente: brindarle a la población la posibilidad real de cambiar su estilo de vida y, así, mejorar su salud, significa fortalecer con profundidad la atención primaria a la salud. Ello implica no considerar el sector salud como el espacio privilegiado de la atención. Es un hecho que todos requerimos el sector salud para atender la enfermedad. Pero fortalecer un enfoque de atención primaria a la salud implica fortalecer básicamente la ausencia de enfermedad. Implica hacer valer nuevos criterios, y no precisamente los de la salud pública tradicional, que más bien dispone recetas para seguir fortaleciendo la cultura de atender los daños sin anticiparse estratégicamente a ellos. Lo que se requiere en la atención primaria a la salud es una producción innovadora en materia de lo que fortalece la ausencia de enfermedad.

Y eso precisamente es la segunda enseñanza del ProNaII, que mostró en el sexenio 2024-2030 que una ruta futura podría ser el fortalecimiento del proceso de federalización o centralización (Leal, 2024) de la salud con sólidos enfoques de atención primaria a la salud.

Diagnóstico, acción y trabajo comunitario

Ahora bien, decir “fortalecer” es decir mucho y no decir nada. ¿Qué es realmente lo que podemos hacer en líneas y estrategias de acciones específicas para fortalecer esa atención primaria? Nuevamente el ProNaII mostró que, si hay algo básico, ello es sin duda el armado de los diagnósticos de salud comunitarios. Para trabajar por la ausencia de enfermedad hay que construir con la comunidad. (Tognoni, 1997). Esto es indispensable: un diagnóstico de su estado de vida, y operar sobre ese estado de vida. Los proyectos en que hemos trabajado demostraron resultados de procesos sumamente interesantes en esta ruta. Por ejemplo: mostraron que no se puede llegar con un conocimiento de fuera para imponer una *doxa* que ya tiene la respuesta anticipada. Lo interesante en los proyectos es la gran cantidad de enigmas que han postulado y para los cuales nosotros mismos no tenemos respuestas precisas, sino apenas posibles interpretaciones. Acompañar los proyectos nos ha permitido aprender, del gran soporte del diagnóstico, la acción y el trabajo comunitario en la meta final de la mejora en el estado de salud.



Taller de Elaboración de Pomadas y Repelentes Naturales
| Tezoquipa, Atitalaquia, Hidalgo, junio de 2024.

Por supuesto que no es el propósito resumir aquí nada de lo muy valioso que hay en los proyectos, pero sí invitar a que compartan el gusto que nos ha dado trabajar en ellos, y sobre todo ver confirmada la sentencia de que intentar cambiar el sentido de un estilo de vida implica enseñar un nuevo aprendizaje para caminar. Esto es lo que se logra con una atención primaria para la salud fortalecida a través de estos diagnósticos comunitarios; aprendemos de ellos sobre lo que puede determinar de manera diferente las condiciones que definen su estado de salud.

La comunidad no es homogénea

Hay algo en lo que debemos hacer hincapié: la atención primaria realmente implica trabajar con la comunidad tal y como se encuentra. Ella nunca es homogénea. Tampoco es un espacio idílico en el que se resuelve todo a partir siempre de los consensos y acuerdos. La comunidad misma es compleja. Sobre esa realidad trabajaron los proyectos, buscando aprender de ella con la atención primaria para la salud: con sus tiempos y salidas graduales. La clave fue no llegar imponiendo nada sino más bien llegar abriendo bien las posibilidades de que los diagnósticos de salud, la acción y

el trabajo comunitario pudieran apuntar a identificar los determinantes comunitarios de una mejora en la salud. Aprender a caminar nuevamente fue el caso de los comedores escolares, aunque, claro, el salto de la comunidad escolar a la comunidad real resultó un reto de gran envergadura que, obviamente, desafió lo que, en principio, cualquier diagnóstico de gabinete podría pronosticar (Tognoni, 1997).

No imponer desde la cultura del sanitarismo clásico o tradicional

Así que, de manera sintética, puede decirse que esta experiencia enriquecedora deriva de la propia elasticidad de los proyectos que fueron capaces de adaptarse, con innovación e imaginación, a los diferentes ritmos que marcaron las comunidades a través de los diagnósticos de salud. Las soluciones que se alcanzaron para aprender a caminar de nuevo hacia un mejorado estatus de salud, derivaron de la estrategia de atención primaria a la salud que nunca impuso ninguna línea de acción ni culpabilizó a la población de su estado de salud como lo hace el sanitarismo clásico tradicional. A diferencia de lo que hace éste, la elasticidad de los proyectos evitó imponer desde fuera una *doxa* cultural sobre la salud. El reto será, ahora, captar toda la riqueza del recorrido en los respectivos documentos sobre incidencia.

Hacia una agenda de salud próxima

Creo que ameritaría también retomar, como uno de los subproductos del Pro-NaII, que efectivamente en la Secretaría

de Educación Pública (SEP) hay suficiente disponibilidad y que la administración de Andrés Manuel López Obrador (AMLO) (2018-2024) abrió oportunidades. Por ejemplo, con el Consejo Nacional de Fomento Educativo (Conafe). Estimo que lo que sigue ahora es invitar a los funcionarios, a las universidades, a los centros públicos de investigación, a que recapaciten sobre las fuertes inercias que genera el propio ejercicio del gobierno, las cuales pueden incluso conducir a procedimientos profesionales intensamente burocráticos y que terminan atendiendo la agenda pública oficial, pero no necesariamente la mantienen pegada a la problemática multidimensional de la política pública.

En las universidades —sobre todo en materia de salud— hemos ensayado esta ruta de diálogo con los responsables de las políticas gubernamentales, alcanzado resultados sumamente prometedores en la medida en que se rompen las inercias de ambos lados: las de los académicos de puro cubículo y computadora en mano, así como las del funcionariado sanitario, enamorado de sus proyectos, programas y políticas en tierra. Administración pública y academia pueden dialogar y enriquecerse recíprocamente.

En el caso de los proyectos que hemos venido mencionando, un diálogo con la SEP sería una espléndida oportunidad para generar un subproducto nuevo muy valioso que conduciría al funcionariado a un ejercicio inicial de capacitación. Por ejemplo, invitarlos a que reflexionen sobre hasta dónde lo que están haciendo —hay que decirlo con frialdad— sirve y atiende a

su universo de cobertura, o si lo hace muy poco porque se ha congelado en una línea estratégica de gobierno. Es decir: una línea que no florece propiamente dentro del alma de la política pública y al lado de las organizaciones que son invitadas a dialogar con el gobierno. De tal suerte, diálogo academia-funcionariado le quita el miedo al decisor y otorga confianza a los críticos académicos. El resultado es virtuoso y de gran aprendizaje recíproco, para todos. En suma, se trata de fortalecer el arte de la negociación para comprender puntos diferentes que disparan sobre el mismo objetivo, aprendiendo a hablar, a dialogar en los espacios plurales universitarios y en los centros de investigación.

Un modelo educativo para promover la salud comunitaria

Pareciera que estamos ante la apertura de un nuevo tiempo; sin embargo, en el corazón del problema persiste el tema del modelo. A pesar de lo declarado en estos últimos años, no se aprecia con fuerza algo que brinde la garantía de estar fortaleciendo sólidamente procesos comunitarios. El modelo modular de la Universidad Autónoma Metropolitana-Unidad Xochimilco ha sido exitosamente probado durante muchos años y confirma que también el enfoque de Gabriel Cámara, en el Conafe y en la SEP, trae avances. Justo en el gran tema del modelo. La clave está en la relación con la comunidad y, siempre, en aprender a investigar investigando. Para

ello, la herramienta adecuada es la atención primaria a la salud, la cual supera al sanitarismo tradicional o clásico y a la así llamada salud colectiva. No se puede llegar con una respuesta previa: hay que apostar por descubrir con la comunidad lo que al investigar aprendes de ella misma. Desde esta perspectiva, los proyectos que nos ocupan dentro del esfuerzo del ProNaII disponen de suficiente madera como para entablar un profundo diálogo con el equipo del Conafe; diálogo constructivo.

Factores que impiden el cambio

¿Qué ocurrió en el sexenio con la política de salud? Primero impactó la epidemia. Por sus consecuencias, en cierto sentido, aún no hemos acabado de salir de ella. Por la compleja profundidad del fenómeno, falta seguir haciendo análisis de su tremendo impacto y de las decisiones que en ese momento se tomaron. Todo este debate está abierto y, nuevamente, en cierto sentido, apenas está por comenzar. Así pues, la pandemia fue un primer factor importante que afectó cualquier posibilidad de haber caminado más rápido en materia de un proceso más profundo en el área de salud.

El segundo factor fue el equipo de salud que armó AMLO entre 2018 y 2019. A diferencia de lo que ocurrió en otros sectores de la Administración Pública, dicho equipo no mostró de entrada un proyecto preciso y definido para emprender los cambios neoliberales que demandaba el sector salud. Incluso, ese equipo entró pronto en

conflictos y diferencias internas que terminaron obligando la intervención del propio AMLO como presidente para armar él personalmente la agenda de los cambios sectoriales. Éste es otro tema que, como el de la pandemia, está abierto a debate. ¿Fue correcta la agenda que armó AMLO? ¿Qué fue esa agenda y en qué consistió? Hay que discutirlo.

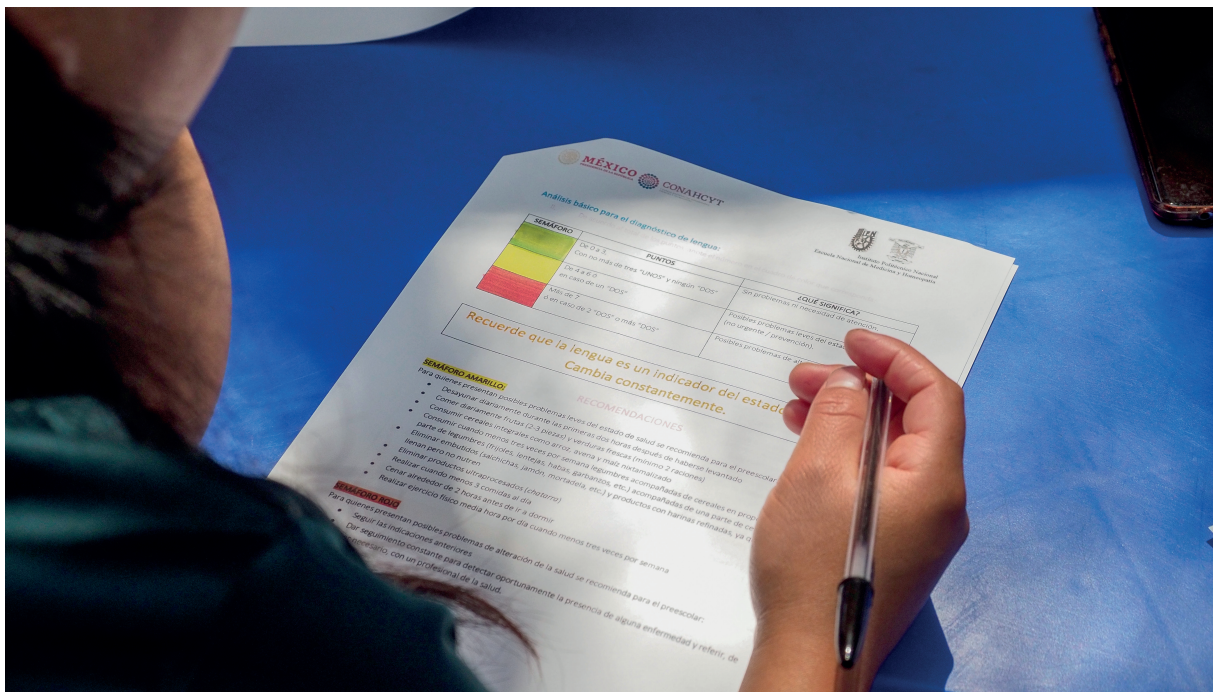
Y en tercer lugar, aparece la importancia del factor tiempo y su impacto en cualquier política pública, pero muy en especial en una tan compleja, y tan precariamente heredada por los neoliberales, como la política de salud. Basta revisar la política energética, la de seguridad, la de infraestructura, en fin, la cantidad de áreas que se han abierto en el sexenio y que son prometedoras e

interesantes y tienen también sus tiempos. Ninguna política está lista en cuatro años y medio. Se necesita mucho más.

Es evidente que para Morena una segunda oportunidad en el periodo 2024-2030 es muy importante, sobre todo para enmendar o corregir los primeros diseños en curso y que podrían ser enriquecidos, mejorados y re proyectados para otros seis años.

Y ciertamente hay que corregir, y pronto, la política del sector salud. Examinemos un solo caso: el de la visión de Zoé Robledo para interpretar lo que AMLO entiende como federalización o centralización de la salud, es decir: brindar servicios de salud a la población sin seguridad social.

Taller de Diagnóstico por Fotografía de Lengua | Preescolar CECyS “José de Tapia Bujalance”,
Miravalle, Iztapalapa, Ciudad de México, mayo de 2024.



Lo que ha hecho Robledo es una improvisación incompleta. Ha fortalecido —hasta donde puede— la atención médica de un sector históricamente desfinanciado desde 1982. Toda inversión en esa área es naturalmente bienvenida. Pero eso no quiere decir que sea lo que hay que hacer. Desde mi punto de vista, ahí aparece la improvisación incompleta. ¿Qué le falta para ser completa? Toda la estrategia de atención primaria a la salud. Y ¿por qué no la ha fortalecido Robledo a pesar de todos los años que lleva en tan alta responsabilidad en el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS)? Primero, porque carece de la sensibilidad para ello. Segundo, porque su equipo asesor en la materia es incompetente y no se atreve a contradecirlo. Pero, en tercer lugar, porque Robledo quiere vender, con alta rentabilidad electoral, la materia de la salud curativa, materia altamente sensible en términos estrictamente políticos para la población. Sería muy improbable que —dados sus estudios— Robledo no comprendiera la diferencia elemental entre atender daños con la medicina curativa y armar verdaderas estrategias de atención primaria de la salud buscando consolidar la cultura de ausencia de la enfermedad y el buen vivir. Potenciar y fortalecer esa atención primaria a la salud conllevaría además ahorros estructurales en el gasto sectorial. Basta revisar lo que al respecto observa el Instituto Nacional de Estadística y Geografía en la llamada “Cuenta Satélite del Sector Salud” para diferentes años. Podría significar un ahorro considerable. Lo cierto es que ni AMLO ni Zoe Robledo —que en estas decisiones

sólo lo interpretaron con su ya mencionada improvisación— buscaron sentar en el sexenio 2018-2024 un auténtico cambio de régimen sanitario vía la implantación de la ausencia de enfermedad como atención primaria de la salud. Morena tal vez pueda tener otra oportunidad en el sexenio 2024-2030.

Un cambio de paradigma en el sistema de salud

Un cambio de paradigma es lo que se debe proponer a un gobierno que llegó para corregir los 36 años de imperio neoliberal. Un gobierno que llegó con 30 millones, algo que no había tenido ninguno anterior. Ello puede tener una segunda oportunidad en el periodo 2024-2030. En eso hay que insistir. Para ello es indispensable otro funcionariado y otro diálogo con los actores de la arena de la política pública, especialmente con los equipos que hacen posible la producción del servicio de salud. Su voz ha estado del todo ausente hasta ahora y a pesar de que ellos han solicitado la interlocución.

Saltar a la comunidad

Los proyectos que hemos acompañado están anclados en las comunidades escolares. El reto es ahora que salten a la entera comunidad, no sólo a la escolar. Y justamente, hay cuatro áreas de la vida comunitaria donde ese anclaje podría proyectarse muy productivamente. La primera es precisa-

mente la de la medicina tradicional y todos sus contornos. La apertura hacia el anclaje en la medicina tradicional, la partería y sus contornos, pueden dejar a la comunidad una enseñanza del proceso que se investigó cuando el equipo de investigación ya se fue. O sea: ese equipo ya se retiró, pero por su propio anclaje en la comunidad escolar, la comunidad en sentido amplio se queda con ese aprendizaje (Escobar, Leal, León & Sánchez, 2021).

La segunda área es la de los niveles de inseguridad que enfrentan las comunidades que hemos acompañado, ya que pueden terminar enfrentándose por el peso de los diferentes intereses de las bandas. Lo que complica mucho la operación de los alcances de los proyectos que hemos acompañado.

Un tercer anclaje, también de mucho impacto, es legar a los grupos de ancianos de la comunidad los resultados del proyecto que hemos acompañado. Esa reunión de los sabios de la comunidad tiene enorme peso y significado comunitario en muchos niveles de la cohesión de su cultura comunitaria y su propia manera de estar sana.

Y un cuarto anclaje, probablemente el más ambicioso, es que las presidencias municipales de las comunidades que hemos acompañado arropan como propios los procesos y resultados de los proyectos. Eso les daría proyección futura y garantizaría que pudieran tener continuidad, por ejemplo, estableciendo los diagnósticos de salud como una herramienta útil a la pro-

pia Presidencia Municipal, a los regidores, al presidente y a lo que ellos enfrentan de manera más directa con pocos recursos.

Referencias

- Consejo Nacional de Humanidades, Ciencias y Tecnologías (ed.) (2017), "Proyecto de Investigación e Incidencia en Alimentación y Salud Integral Comunitaria en 5 comunidades escolares de la Zona Centro del país. Alpuyeca, Morelos; Naucalpan, Estado de México; Iztapalapa, Ciudad de México y Región Mazahua del Estado de México e Hidalgo (ANIMAH) 3003".
- Leal, Gustavo (2024), "Federalización y atención primaria a la salud", en *La Jornada*, 3 de febrero. Recuperado de <<https://www.jornada.com.mx/2024/02/03/opinion/012a2pol>>.
- Menéndez, Eduardo (2020), *Morir de alcohol: saber y hegemonía médica*, EDUNLa Cooperativa, Buenos Aires.
- Sánchez, Héctor, Gustavo Leal, Damariz Escobar y Jorge León (2021), *Acción comunitaria en el IMSS-Bienestar. Visiones operativas de la "otra historia"*, El Colegio de la Frontera Sur, Quintana Roo.
- Tognoni, Gianni (ed.) (1997), *Manual de epidemiología comunitaria*, Cecomat, Buenos Aires. Recuperado de <<https://buenosaires.gob.ar/areas/salud/dircap/mat/matbiblio/manual.pdf>>.

ANIMAH, UNA EXPERIENCIA INMERSIVA EN LA SALUD INTEGRAL COMUNITARIA. EJE ALIMENTACIÓN Y NUTRICIÓN

Edith Yesenia Peña Sánchez
Profesora-investigadora titular C,
Instituto Nacional de Antropología e Historia

Resumen

El Proyecto de Investigación e Incidencia (ProNaII) en Alimentación y Salud Integral Comunitaria (ANIMAH [Alpuyeca, Morelos; Naucalpan, Estado de México; Iztapalapa, Ciudad de México y

Región Mazahua del Estado de México e Hidalgo] del Consejo Nacional de Humanidades, Ciencia y Tecnología, presenta un enfoque transdisciplinario, comunitario y colaborativo cuyo propósito es abordar las condiciones de salud y alimentación en las comunidades escolares.

Jornada de Salud. Toma de Peso y Talla, realizada por madres de familia | Esc. Prim. "17 de Abril de 1869", Alpuyeca, Xochitepec, Morelos, noviembre de 2023.



A través de la recuperación de la identidad y los saberes locales, y de la implementación de un enfoque de salud comunitaria, procura reconocer la importancia de los conocimientos tradicionales y su necesaria inclusión en las prácticas de salud en comunidades escolares. En este capítulo se hace un recorrido por las diferentes etapas del proyecto, particularmente en el eje de Alimentación y nutrición, para identificar las estrategias de acción conjunta y la participación de la comunidad escolar, así como los desafíos que se presentaron en la implementación y replicación del mismo. Los resultados apuntan a que el modelo es prometedor como guía de replicación, ya que genera experiencias significativas en torno de las prácticas de salud integral comunitaria. Sin embargo, su éxito depende de la aceptación y colaboración de las comunidades, de la adecuación del proyecto a contextos sociales específicos, a las políticas y administraciones escolares y a las desigualdades estructurales que afectan y condicionan la salud y la alimentación de las familias con menores de edad que van a la escuela.

Abstract

The (ProNaII) Project for Research and Advocacy in Food and Integral Community Health (ANIMAH), of the former National Council for Humanities, Science and Technology, presents a transdisciplinary, community-based and collaborative approach that seeks to address health and food conditions in school communi-

ties. Through the recovery of identity and local knowledge and the implementation of a community health approach, it seeks to recognize the importance of traditional knowledge and its necessary inclusion in health practices in school communities. This article reviews the different stages of the project, particularly in the area of food and nutrition, to identify joint action strategies and the participation of the school community, as well as the challenges that arose in the implementation and replication of the project. The results indicate that the approach is promising as it generates significant experiences in integrated community health practices. However, success depends on the collaboration of communities, the adequacy of the project to specific social contexts, school policies and administrations, and the consideration of structural inequalities that affect and condition the health and nutrition of families with children attending school.

Comida y comunidad escolar

La relación entre comida y comunidad es un aspecto fundamental de la cultura, ya que refleja geografías, recursos, historias, creencias e identidades, así como formas de comunicación, organización, poder, convivencia y gustos. La comida también es una expresión de creatividad, arte y sabiduría que se aprende y transmite de generación en generación a través de valores y prácticas, lo que la hace compleja y dinámica. La comida y todos los procesos que hay detrás, incluidos la producción y la cocina, son un

vínculo entre el grupo cultural, su entorno natural y social, así como entre lo material y lo simbólico; presenta anclajes en el cuerpo-persona (que adquieren sentido en las emociones, estados de nutrición y salud), en aspectos biosociales (los recursos locales y regionales), en continuidades y discontinuidades sociales y de reproducción cultural; por lo que se convierte en una expresión de la comunidad y también una forma de construirla.

A todo este complejo y dinámico proceso cuya piedra angular es la comida, para su mejor entendimiento se la ha separado en campos del conocimiento, como la alimentación y la nutrición, a fin de conocer e interpretar las causas de los problemas de salud relacionados con ésta. Los estudiosos de la alimentación se abocan a los aspectos materiales y simbólicos del ciclo de elección, producción, cadena de valor, transporte, promoción, consumo y desecho, sociabilidad, simbolismo y conductas, hábitos alimentarios y gustos asociados (Peláez, 1997). Por su parte, los nutriólogos abordan los mecanismos y procesos químicos y físicos de la absorción de los nutrientes y su relación con la biota intestinal del cuerpo humano y de los animales, lo que incide en la producción y elaboración de los alimentos, en su ingesta y hasta en las directrices de los hábitos y consumos. Pero además en la elaboración tecnológica de sustancias con las que se elaboran los alimentos, entre muchas cosas más (Marrodán *et al.*, 1995).

Sin embargo, estos aspectos no se separan en la vida cotidiana de las comunidades; hay una percepción de los alimentos en las comidas, de valores e historias aso-

ciadas (Mintz, 1996), una organización social detrás de ellos, de su posible acceso, y están los beneficios y riesgos de consumirlos y su utilidad para mantenerse sanos. De ahí que se generen estrategias de soberanía y seguridad alimentaria para la provisión de alimentos, de prevención en lo relativo a la salud asociada con la malnutrición y desnutrición, y formas pedagógicas y artísticas de dialogar sobre la transferencia de experiencias y conocimientos para la promoción de una alimentación suficiente en cantidad, variedad y calidad, pero sobre todo apropiada para las comunidades (Peña, 2012).

En pocas palabras: hay territorio, memoria, identidad-lengua que entretujan una cultura alimentaria, y aunque muchos las separan de las prácticas culinarias, éstas siempre están presentes, ya que hay un capital cultural, una biografía y un territorio corporal que abre y encuadra una fisiología de los sentidos, gustos específicos, intercambios y procesos de comensalidad que se encuadran en lo que se piensa como comida (Vargas y Bourges, 2012). Toda cultura alimentaria tiene comida y cocina a través de las cuales se han generado hábitos alimenticios; habilitan espacios de interacción y negociación, una memoria corporal y sensorial, un gusto, una nostalgia por sabores y sazones, y un sentido de pertenencia e identidad (Bertrán y Arroyo 2006; Vázquez, 2016; Peña y Hernández, 2018). Desde posturas etnoecológicas e integrativas, se hablará de un cosmos (una lógica que rige la manera de ser, interpretar y andar por el mundo, la cual adquieren sentido para cada grupo), de una praxis (prácticas que se llevan a cabo para acceder, hacer y tener

comida) y un corpus (de conocimientos para fortalecerlo, transformarlo, recrearlo y transmitirlo) e identidad (Boege, 2008). Además, existe la relación de los alimentos entre lo local y lo global, entre la movilidad humana, la dieta industrial y las presiones del poder que influyen o determinan lo que llega a nuestras mesas (Ayora, 2022).

De ahí la pertinencia humanística de profundizar en esta relación a partir de la experiencia de los actores sociales en las escuelas (niños, niñas, docentes y padres de familia), ya que es en esos contextos vivenciales donde se puede conocer y fortalecer la conciencia de la realidad contextualizada de las comunidades. Además, existen cifras sobre desnutrición y problemas de salud que afectan a la población menor de edad en nuestro país. En México, el 13.9% de las niñas y niños menores de cinco años padecen baja talla o desnutrición crónica. Adicionalmente, el 3.9% presenta bajo peso, el 1.2% emaciación y el 7.7% sobrepeso (Rivera-Dimmarco *et al.*, 2024); en los escolares y adolescentes, la prevalencia de sobrepeso y obesidad es del 37% y del 40% respectivamente. Además de que dos terceras partes consume más de 10% de su energía diaria en azúcares, principalmente añadidos y que uno de cada cuatro escolares y adolescentes cubre la recomendación de consumo de frutas y verduras (Instituto Nacional de Salud Pública, 2024).

Estas condiciones no sólo afectan el desarrollo físico y cognitivo de los niños; también inciden negativamente en su rendimiento académico y en su bienestar general; ello hace posible que el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (2019)

considere que la obesidad y el sobrepeso infantil son, en México, un grave problema en el que uno de cada tres niños de 6 a 11 años se ve afectado. Factores como la pobreza, la urbanización, el cambio climático y malas decisiones alimentarias, contribuyen a que las dietas sean deficientes. En la actualidad, nuestro país ocupa el primer lugar en obesidad infantil asociada al alto consumo de bebidas azucaradas, alimentos ultraprocesados y falta de actividad física, entre otros factores que aumentan las posibilidades de que los niños padezcan enfermedades metabólicas, diabetes, ansiedad, depresión, entre otras (Secretaría de Salud, 2021).

Además, las comunidades donde viven también sobrellevan desequilibrios causados por el neoliberalismo en la relación naturaleza-sociedad-cultura: la devastación de la naturaleza, el extractivismo, la explotación y los usos voraces del mercado capitalista en su etapa global, generaron nuevas escalas que propiciaron severas crisis económicas, de salud, alimentarias y ambientales. Particularmente, las cadenas de producción, comercialización y consumo de alimentos industrializados y ultraprocesados, agravaron todas las demás esferas de la vida, aumentando las desigualdades, la discriminación, las violencias, e incorporando pautas de creencias culturales, todo lo cual ha originado una escalada de desintegración del tejido social comunitario con respecto a la percepción y hábitos alimenticios (Vera, 2017; Peña y Hernández, 2020; Villa, 2023). Esta realidad ha llevado a que equipos de investigadores propongan proyectos, estrategias y acciones para la re-

construcción de las comunidades; no es tarea sencilla, pero intentan plantear las cosas de diferente manera, tomando en cuenta la cotidianidad y experiencia de las personas. Las escuelas son uno de esos espacios en los que a través de los saberes locales y de la mano con la ciencia, se buscan alternativas que permitan revertir estas crisis. Las malas prácticas y hábitos tratan de anclarse y convencernos de que es imposible mejorar la calidad de vida en nuestro entorno natural y social.

En el proyecto ANIMAH, las escuelas se visualizan como espacios estratégicos para promover hábitos alimenticios saludables y prácticas de salud integral, ya que tienen un alcance amplio y directo sobre este sector poblacional. Con ello, y con la participación activa de la comunidad escolar (docentes, padres de familia, alumnos, entre otros) se espera fortalecer la cohesión social y fomentar un entorno de apoyo mutuo y colaborativo para la autogestión de los espacios escolares que pudieran repercutir en la vida familiar y social de donde provienen los alumnos. De ahí que se invitara a participar a escuelas que ya contaban con experiencia organizativa en el ejercicio de la autogestión y conservación de saberes populares y ancestrales, que estuvieran comprometidas con abordar problemas de salud y alimentación de manera sinérgica de la mano del equipo de investigadores del proyecto.

Las cinco escuelas se concentraron en la Zona Centro de la república mexicana: en Alpuyec, Xochitepec, Morelos, se encuentra la escuela semirural indígena “17 de Abril de 1869”, cuya comunidad ha sido

afectada por el despojo de tierras, la violencia social y la presencia del crimen organizado; en Santa María Apaxco, Apaxco, Estado de México, se encuentra la escuela “20 de noviembre”. La comunidad es semiurbana con economía de producción agrícola, y presenta problemas de violencia. Mientras que en Naucalpan de Juárez, Estado de México, se encuentra la comunidad escolar urbana “Gabilondo Soler” en un entorno con alta afluencia migratoria, problemas de violencia social y adicciones, que complejizan la cohesión social; en Miravalle, Iztapalapa, Ciudad de México, se encuentra la escuela secundaria “CECyS José de Tapia Bujalance”, la cual, junto a su comunidad, sufre los embates de la alta marginalidad y delincuencia, aunque pese a todo han realizado un importante trabajo cultural comunitario y un rescate del medio ambiente. Finalmente, se suma la escuela con población indígena “Miguel Hidalgo”, en Tezoquipa, Atitalaquia, Hidalgo, la cual presenta buena nutrición infantil gracias al apoyo de una planta procesadora de alimentos derivados del amaranto (ANIMAH, 2020).

Estas escuelas presentan grandes diferencias y algunos desafíos comunes; son ejemplo de la capacidad de resiliencia y de los problemas que algunos miembros de las comunidades escolares pueden llegar a sufrir, por su férrea voluntad de mejorar las condiciones escolares y participar de manera colaborativa con sus comunidades.¹

¹ Ejemplos de ello son los casos de la maestra Guadalupe Záyago Lira y del maestro Jorge Velázquez Escalvazera, quienes, por su afán integrativo



Taller de Deshidratación de Frutas y Verduras | Esc. Prim. “17 de Abril de 1869”, Alpuyecá, Xochitepec, Morelos, septiembre de 2023.

en la educación, y por defender los derechos humanos de la comunidad escolar, se han visto violentados; se intentó desacreditarlos como maestros con trayectoria de muchos años en la Escuela de Alpuyecá, Morelos. Sin embargo, junto con otras escuelas, organizaciones de la sociedad civil y académicos, los sostuvieron para que continúen con su labor. Recientemente, la maestra Guadalupe Záyago recibió un reconocimiento por parte del Consejo Nacional de Humanidades, Ciencias y Tecnologías por su labor. Recuperado de <<https://www.diariodemorelos.com/noticias/reconoce-el-conahcyt-maestra-por-aportes>>.

Han llegado a desarrollar formas de gestión autónomas y productivas con acciones que surgen del interior de la propia comunidad escolar; formas de gestión que muchas veces pueden o no tener relación con las instancias de gobierno a que pertenecen, y eso genera tensiones. En primera instancia porque se suele presentar una desarticulación y deshabilitación progresiva de conocimientos prácticos locales tradicionales y populares con respecto a los que se aprende en las aulas de clases. En segundo lugar, porque existe una brecha de

desigualdades que rayan en la pobreza, la destrucción ambiental y la erosión cultural, lo cual va de la mano con la violencia social de algunos entornos. Por ello, no podemos permitirnos ser pobres en comunidad, y eso es lo que nos muestran estas escuelas: con un trabajo previo y con acciones colaborativas, maestros, niños, niñas y padres de familia e investigadores, comparten sus necesidades, experiencias e inquietudes que les son útiles para la vida diaria, y entre ellas se encuentran la salud, la alimentación y nutrición, la actividad física, el arte y el ocio propositivo. Al unir ambas esferas de saberes locales y conocimientos transdisciplinarios, se generó un modelo de salud integral comunitaria que fortalece a las comunidades escolares con su trabajo previo, a través de la prevalencia del diálogo, del enriquecimiento mutuo y de la autogestión escolar. Ello hace del espacio escolar un buen inicio para la enseñanza y aprendizaje de renovadas formas de acercamiento a la alimentación y la nutrición como base de la salud integral comunitaria.

El fortalecimiento de las escuelas organizadas

El proyecto ANIMAH parte de un enfoque de salud integral comunitaria,² por lo que

² Plantea la construcción científica de un nuevo paradigma de salud con la participación activa y autogestiva del saber de las comunidades que

la pluralidad médica³ y la interculturalidad⁴ son la base para el aprendizaje, la previsión,⁵

promuevan y garanticen la reproducción digna de todos los grupos de la sociedad a través de la auto-producción y la recuperación de alimentos, condiciones y calidad de vida sanos. Considera también la construcción de políticas públicas que surjan de las demandas sociales y no de los intereses ajenos a las comunidades (Romero-Cabello *et al.*, 1979, Breilh, 1979; Tognoni, 1997).

³ El término pluralismo médico se entiende como la coexistencia de diferentes sistemas médicos dentro de una sociedad que mantienen una relación cooperativa/conflictiva (Hörbst y Wolf, 2003: 20).

⁴ Proceso relacional que se establece entre dos o más culturas al interior de una sociedad, que de por sí es heterogénea en cuanto a sus orígenes y características económicas, políticas y sociales [...] de modo, que las relaciones que se construyen están signadas por el intercambio (la mayoría de las veces desigual), la reciprocidad y, en ocasiones, la solidaridad. En el campo de la salud, la interculturalidad significa la incorporación explícita de la carga cultural colectiva del paciente en la relación que se establece con el trabajador de salud (Campos, 2007: 118).

⁵ Disponer lo conveniente para atender contingencias o necesidades previsibles (*Diccionario de la lengua española*, 23.^a ed., [versión 23.8 en línea].

la prevención⁶ y promoción⁷ de la salud, siendo su objetivo principal “mejorar las condiciones que determinan y/o potencian la salud, el aprendizaje y la convivencia en las escuelas”. De ahí que se requiera una participación activa y autogestiva de los diferentes actores sociales participantes, ello con un enfoque transdisciplinario y una metodología cualitativa que permite un codiseño que se adecue a las necesidades emergentes de la comunidad escolar. Se apuesta por la integración de los saberes locales y la autoproducción de conocimiento sinérgico entre academia y comunidad. Para ello integraron cinco ejes: Alimentación y nutrición; Medicina integrativa; Salud psicosocial; Identidad, arte y cultura, y Procesos pedagógicos, los cuales mantienen el reservorio de Sistema de In-

⁶ Son las medidas destinadas no solamente a prevenir la aparición de la enfermedad, tales como la reducción de factores de riesgo, sino también a detener su avance y atenuar sus consecuencias una vez establecidas (OMS, 1998: 13). Son en la práctica, las actividades de los servicios de salud tendientes a la prevención de las enfermedades en los individuos y en la colectividad, mediante acciones específicas como inmunizaciones, educación sanitaria, pruebas de detección, etcétera (Villar, 2011: 239).

⁷ La Promoción de la Salud es el proceso de capacitar a la población para que aumente el control sobre su propia salud y la mejore. Para alcanzar un estado de completo bienestar físico, mental y social, un individuo o un grupo debe ser capaz de identificar y realizar sus ambiciones, de satisfacer sus necesidades y de cambiar el ambiente o adaptarse a él (OMS, 1987).

formación de Salud Comunitaria Escolar (ANIMAH, 2024). Dichos ejes se trabajaron en tres etapas: Diagnóstico y diseño de estrategias; Implementación, seguimiento y capacitación, y Replicación y construcción de políticas públicas.

Al centrarnos en el eje de Alimentación y nutrición, observamos que en la primera etapa (2021) se realizó un diagnóstico participativo en que se detectaron vulnerabilidades y problemáticas relativas a la alimentación y nutrición que fungían como barrera para la salud integral. Por ello se establecieron indicadores de estado de nutrición (obesidad, sobrepeso y desnutrición), y se observaron los espacios de la cocina, el suministro de agua y el entorno donde se podían cultivar o fortalecer los huertos para la producción de algunos recursos alimenticios aprovechables para la elaboración de menús escolares. Además, se consideró la posibilidad de la participación de la comunidad escolar en el intercambio de saberes sobre usos y costumbres relacionadas con la salud y alimentación. A lo que se sumó el entorno del espacio fuera de las escuelas para detectar problemáticas asociadas. Esto derivó en el desarrollo de una propuesta de salud integral comunitaria. El eje de Alimentación y nutrición implicó el desarrollo de cédulas antropométricas, cuestionarios y entrevistas, para finalmente generar talleres de capacitación sobre cómo realizar las tomas antropométricas e integrar información sobre estados de nutrición, alimentos que se consumen y dar seguimiento a los alumnos identificados con problemas asociados.

La etapa dos (2022-2023) estableció como objetivo fortalecer a la comunidad escolar con conocimientos científicos sobre nutrición, y lograr autoreportes de aprendizajes sustantivos que favorecieran la participación como comunidad escolar, la integración de datos de niños en seguimiento nutricional y el cuidado general de la alimentación en los comedores. Para ello se elaboraron talleres de capacitación y un modelo pedagógico para la transformación de prácticas docentes que favorecieran, dentro de la salud integral comunitaria escolar, la alimentación sana. También, se desarrollaron talleres para conocer los riesgos del consumo de alimentos industrializados y ultraprocesados que conllevan la mala nutrición, y para dar seguimiento a los indicadores.

Los resultados permitieron corroborar que hay un reconocimiento de los recursos alimenticios de su entorno, sus usos, la posibilidad de producir algunos de ellos en las escuelas y utilizarlos en sus cocinas y comedores. En un inicio, el diagnóstico arrojó indicadores elevados de malnutrición y reducidos de desnutrición con un consumo excesivo de azúcares, principalmente en bebidas. Con el apoyo colaborativo de talleres sobre educación alimentaria brindada por los investigadores del proyecto ANIMAH, se realizaron recorridos para conocer los recursos útiles y fortalecer los huertos y hortalizas. Se seleccionaron algunos recursos para preparar alimentos y elaborar menús acordes con los gustos locales de los alumnos; ello permitió poco a poco conectar a la comunidad escolar con las ecotecnologías (asociadas a la producción de plantas, ár-

boles frutales y aves de corral). Para sostener este esfuerzo, se requirió apoyar en la construcción de infraestructura; tal es el caso de la instalación de una cisterna para la captación y almacenamiento de agua de lluvia, y de una biblioteca con contenido culinario en las escuelas de Apaxco y Miravalle. En la escuela de Naucalpan siguen las gestiones para la construcción de un comedor; por otra parte, se conformaron cabinas de radio escolar en Alpuyeca, Tezoquiapa y Miravalle, para vincular así a la escuela con la comunidad social en la que también se llega a difundir información sobre alimentación y nutrición.

A la par se llevaron a cabo eventos que convocaron a los múltiples actores participantes: el intercambio con pequeños productores; encuentros interescolares; la fiesta del maíz; encuentro con investigadores del proyecto y el comité evaluador del mismo, y talleres como “Sembramos en la escuela”, “Cocinamos en la escuela” y “Deshidratado de frutas”. Se elaboraron materiales impresos: libros, trípticos, receptarios, breviarios sobre educación alimentaria e ingesta de endulzantes calóricos, y material informativo para desayunos, así como pautas para oferta de alimentos en la cooperativa escolar de la Primaria 20 de noviembre. En la Primaria “17 de Abril de 1869” se realizó un mapa comunitario para identificar alimentos dulces y sin azúcares añadidos y para la adecuación de porciones en el servicio del comedor. Además, se trabajó el acceso local de los alimentos para los menús de la comunidad escolar de Tezoquiapa y Apaxco.

<i>Logros</i>	<i>Indicador</i>	<i>Unidad de análisis</i>	<i>Alpuyeca</i>		<i>Apaxco</i>	
			<i>Antes</i>	<i>Después</i>	<i>Antes</i>	<i>Después</i>
Reducción de la oferta de alimentos ultraprocesados (AU) en el menú escolar habitual	Porcentaje de menús escolares que ofertan AU	Menú escolar	0%	0%	14%	14%
Reducción de oferta de agua azucarada (en todas sus modalidades) en el menú escolar	Porcentaje de menús escolares que ofertan agua azucarada en cualquiera de sus modalidades	Menú escolar	100%	12%	100%	4%
Promoción de hábitos de hidratación saludable mediante el incremento del suministro de agua simple como bebida única en el menú escolar	Porcentaje de hábito de hidratación saludable mediante el incremento del consumo de agua simple como bebida única en el menú escolar	Menú escolar	0%	88%	0%	96%
Mejoramiento de la cadena de frío en el comedor escolar	Porcentaje de optimización de la cadena de frío	Comedor escolar	50%	100%	50%	100%
Implementación del uso didáctico del suministro de alimentos saludables	Porcentaje de uso didáctico de la ingesta de alimentos dentro del plantel	Docentes	100%	100%	0%	33%
Aumento del involucramiento de la familia en los procesos de Educación Alimentaria y Nutricional (EAN)	Porcentaje de involucramiento de las familias en el proceso de EAN	Sistema normativo interno escolar	100%	100%	0%	33%
Desarrollo de capacidades de autodiagnóstico y automonitoreo del estado del nutrición con base en peso y talla en 3 escuelas (75%) de las participantes en la etapa de incidencia (recolección y captura)	Porcentaje de apropiación de los miembros de la comunidad (comités de madres y/o profesorado) del proceso de recolección, procesamiento e interpretación de la información antropométrica	Proceso	0%	50%	0%	50%

<i>Atitalaquia</i>		<i>Miravalle</i>		<i>Naucalpan</i>		<i>Total de escuelas</i>	
<i>Antes</i>	<i>Después</i>	<i>Antes</i>	<i>Después</i>	<i>Antes</i>	<i>Después</i>	<i>Antes</i>	<i>Después</i>
50%	0%	20%	0%	No aplica ya que las escuelas no cuentan con comedor escolar	No aplica ya que las escuelas no cuentan con comedor escolar	21%	3.5%
50%	0%	90%	0%	No aplica ya que las escuelas no cuentan con comedor escolar	No aplica ya que las escuelas no cuentan con comedor escolar	85%	4%
50%	100%	10%	100%	No aplica ya que las escuelas no cuentan con comedor escolar	No aplica ya que las escuelas no cuentan con comedor escolar	15%	96%
50%	100%	50%	100%	No aplica ya que las escuelas no cuentan con comedor escolar	No aplica ya que las escuelas no cuentan con comedor escolar	50%	100%
0%	33%	100%	100%	No aplica ya que las escuelas no cuentan con comedor escolar	No aplica ya que las escuelas no cuentan con comedor escolar	50%	66.7%
33%	33%	100%	100%	No aplica ya que las escuelas no cuentan con comedor escolar	No aplica ya que las escuelas no cuentan con comedor escolar	58%	66.7%
0%	0%	0%	75%	No aplica ya que las escuelas no cuentan con comedor escolar	No aplica ya que las escuelas no cuentan con comedor escolar	0%	43.8%

Con el paso del tiempo, la información recabada permitió integrar un Sistema de Información y Salud Escolar Comunitario, que es nutrido mensualmente por la Comisión de Salud integrada en cada escuela. Se consolidaron algunos recetarios con recursos locales que enriquecieron los menús escolares, y la aceptación e integración de eco-tecnologías para la producción de algunos recursos comestibles que se utilizan en el comedor escolar. Además, se adecuaron los paisajes de la escuela, en específico los comedores, haciendo de ellos espacios agradables con murales que tienen que ver con el lugar que habitan y habilitan, con su origen, identidad y cultura alimentaria, y en algunas escuelas se integraron pequeños escaparates museísticos de objetos culinarios en los comederos.

Para tener un acercamiento más puntual a los resultados, en la siguiente tabla se observan los porcentajes de los indicadores en pre y post incidencia por escuela para el eje de Alimentación y nutrición, el cual expone los cambios relevantes que, como he mencionado, no se limitan a la preparación de alimentos, sino que más bien son los hábitos de producción-consumo de elaboraciones culinarias, lo que se han dado a la tarea de modificar. Para tal efecto se construyeron indicadores sobre alimentación a fin de monitorear el desarrollo de algunos procesos relacionados con la escuela-familia (prácticas de omisión-suministro del desayuno en casa antes de acudir a la escuela y envió-no envió de colaciones escolares y su cantidad y calidad. Además del indicador de calidad nutricional básica del menú escolar y del uso del comedor

(menú, alimentos ultraprocesados, bebidas endulzadas, postres con índice glucémico mayor o igual a 70) y automonitoreo. Se logró construir un indicador sobre la diversidad de estrategias de práctica docente en Educación Alimentaria y Nutricional (uso didáctico de la ingesta cotidiana de alimentos en la escuela; involucramiento cotidiano de la familia en los procesos pedagógicos, el uso didáctico cotidiano del huerto escolar como recurso pedagógico, y el abordaje sistemático de contenidos).

Esta información se correlaciona con los otros ejes y particularmente con las historias clínicas, el modelo simplificado del análisis de la lengua⁸ y las prácticas de enseñanza y aprendizaje, que se han orientado a fomentar la producción diaria de elaboraciones culinarias en los comedores escolares, el consumo de estos menús, la ingesta diaria de colaciones de fruta por los alumnos y el autocuidado en el cepillado diario de los dientes en la escuela. Mientras que el uso cotidiano del huerto y algunas estrategias de enseñanza aprendidas en los talleres, se adaptan como estrategia de planeación didáctica entre los saberes locales, los conocimientos brindados y las experiencias de todos los actores sociales participantes. Al llevarse a cabo la conformación de comités de participación social en salud (integrados por el profesorado y/o madres de familia), quienes tienen la labor de alimentar la base de datos a través de la recolección de información, procesamiento e interpretación de

⁸ Procedimientos de diagnóstico de la medicina tradicional China.

mediciones antropométricas para establecer los indicadores de estados de nutrición, Grado de Pertenencia, Capacidad de las Comunidades Escolares para Fortalecer las Identidades Comunitarias y levantar cuestionarios de historia clínica.

Cabe hacer mención de que en el séptimo encuentro interescolar, las comunidades evaluaron el impacto que el proyecto ha tenido en sus colectivos, y el posible alcance del proyecto mejorando no sólo aspectos técnicos sobre la producción y usos de alimentos en los menús y su calidad nutricia, sino sobre la experiencia proactiva y comprometida de las comunidades escolares con su salud bajo un modelo de salud integral comunitaria (Romero-Cabello *et al.*, 1979).

En la etapa tres (2024-2025), la incidencia, la replicación del proyecto y el acompañamiento y asesoría a la comunidad escolar son la base para que se dé continuidad a los procesos de autogestión, y para que estas escuelas difundan su experiencia y despierten el interés de otras comunidades escolares, académicos y autoridades, con miras a que de esta forma se replique. Para ello se generaron actividades culturales, como la Feria del Maíz, una campaña de información sobre los resultados del proyecto en diversos ámbitos académicos y comunitarios, y talleres realizados en las escuelas con el fin de conformar una red de escuelas que impulsen la salud integral, para que se logre un intercambio de experiencias entre las comunidades escolares participantes, los investigadores del proyecto y otras escuelas que se interesen.

En esta etapa, el Observatorio o Sistema de Información de Salud Escolar Comunitaria, se va ajustando y retroalimentando, por lo que ya cuenta con información que va más allá de un reservorio de datos: cada uno de los escolares tiene su diagnóstico integral de salud (que incluye toma antropométrica, historia clínica, condición de higiene y salud bucal, observación de la lengua y grado de pertenencia a la comunidad escolar) gracias a la capacitación de los docentes y padres de familia que forman parte del Comité de Salud y participan en el automonitoreo, lo que les ha permitido identificar casos críticos para darles seguimiento. Con la información recabada se elaboró una Cartilla de Salud y se diseñó un innovador índice de autoevaluación sobre las Capacidades de la Comunidad Escolar para Fortalecer las Identidades Colectivas (ICCE-FIC). Se logró establecer que el porcentaje pasó de 69% en 2023 a 79% en 2024 (ANIMAH, 2024).

El proyecto de ANIMAH y sus resultados, me lleva a pensar en los procesos de agencia y formación de ciudadanos autónomos, una labor que pretende fortalecer las escuelas con los modelos integrativos y decir ¡no más! a la salud expropiada, a las gestiones basadas en la corrupción, a la obligación de la participación política en un partido, o para posicionar o cancelar personajes. Se observa, con los resultados expuestos, cómo poco a poco los actores participantes asumen y desarrollan un compromiso de agencia a favor de los espacios escolares, no sin contradicciones y tensiones internas y externas de las que hablaré más adelante. Sin embargo, continúan y están tratando

de potencializar su aplicación, ya que hay interés en otras escuelas por replicar el modelo emergente y propositivo que refleja la necesidad y urgencia de que nos organicemos de diferente manera, para disminuir los sentimientos de conflicto y fragilidad que hoy se evidencian en las comunidades escolares. Para ello, en esta última etapa se plantea la integración de demandas sociales de las comunidades escolares que, de la mano con los resultados obtenidos en las diferentes áreas del proyecto, se potencien para fortalecer un modelo que pueda ser de interés como eje de apoyo para la transformación del tejido social extramuros escolares; tomando en cuenta programas federales ya establecidos.

Del efecto al desafío que es la alimentación y la salud integral comunitaria

Para lograr los resultados alentadores antes expuestos, se tuvieron que sortear varias barreras institucionales, sociales, de espacio e infraestructura y culturales, a fin de posibilitar un entorno adecuado para desarrollar y mantener la vinculación comunitaria e incrementar la conciencia de la comunidad escolar sobre la necesidad de incidir de manera autogestiva en la previsión, prevención y promoción de la salud integral en comunidades escolares. Para el caso del eje Alimentación y nutrición, podemos observar la existencia de tensiones políticas y administrativas debidas a los alimentos que llegan a la escuela para la preparación de desayunos y comidas; resistencia a la implementación de nuevas herramientas e

indicadores sobre la salud integral comunitaria para las comunidades escolares por parte de las cooperativas y/o tienditas escolares. Por otro lado, se observa la complejidad que implica seguir un programa oficial e integrar nuevas actividades relacionadas con la cocina, comedor y huerto escolar, lo que lleva a reflexionar sobre los tiempos en las programaciones de actividades calendarizadas. Relacionar el espacio y construir la infraestructura necesaria para la existencia de un comedor escolar, un huerto como una extensión de aquél, así como de los depósitos de agua. La falta de conocimientos sobre horticultura, eco-tecnologías y tomas antropométricas para establecer los estados de nutrición y otras observaciones para la salud, implica una capacitación permanente a docentes y familiares, debido a su rotación. Finalmente, hay que mencionar la falta de recursos económicos para la adquisición tanto de alimentos como para las adecuaciones de espacios, a lo que se suma la problemática del contexto local sobre violencia social y familiar.

Sin embargo, pese a estas barreras, podemos mencionar que ampliar y diversificar las oportunidades que brindan las escuelas a través del trabajo colaborativo para generar aprendizajes autogestivos y construir comunidad por medio de redes, ha sido la apuesta del proyecto ANIMAH. Las escuelas participantes son, en este momento, una zona de refugio ante la descomposición social y la violencia del contexto social general y particular. Así pues, la educación se puede concebir como un acto de valor, ya que es perseguido por muchos para que se quede en el nivel de aprendizaje general

sin impacto comunitario; pero hay muchos docentes, padres de familia e investigadores que queremos que se convierta en una piedra angular de la transformación y en un espacio de paz, o que por lo menos lleve esperanza transformadora en sinergia. Es necesario que se puedan construir comunidades escolares de una manera acorde con los nuevos paradigmas del siglo XXI, en los que el capitalismo voraz, el neoliberalismo, el cambio climático y la violencia son una constante. Y para ello se requiere una escuela mexicana que se adecue a sus necesidades contextuales y en la que se sigan los procesos de educación integrativa; donde ya no se dejen de lado la pertinencia cultural del lugar y su realidad social, ya que en la cultura se encuentra una fuente infinita de creatividad e innovación y de resiliencia; donde los docentes, los niños, niñas, familias y las redes que se tejen en la comunidad escolar, tomen en cuenta las particularidades culturales, saberes y experiencias, así como los desafíos e intereses de cada comunidad ampliada para el bien social. Por lo tanto, es necesario reconocer y valorar la relación entre cultura y naturaleza como un elemento clave para el desarrollo sostenible; es indispensable revalorar nuestras relaciones en ambas dimensiones, y respetar la diversidad cultural y los derechos humanos de todas las personas. Sólo así podremos garantizar una escuela de paz y armonía para las generaciones escolares presentes y futuras.

La sinergia que hace el proyecto ANIMAH con las comunidades educativas permite escuchar las polifónicas voces donde las comunidades piden bajarse de esta vorágine de desigualdades, cadenas de suminis-

tro y valor comercial engañosas, violencias y corrupciones; de ordenamientos que no respetan sus cosmovisiones e identidades locales. Ello con miras a generar estrategias educativas y actividades de aprendizaje respaldadas por el entorno alimentario saludable, y por la vivencia que permita mejores elecciones, con una percepción de la raíz, origen e historia; y respaldadas igualmente por los procesos que hay detrás de las comidas, de cómo decidimos comerlas y compartirlas en nuestras interacciones sociales. Es innegable que se encuentra todo un mercado, medios de comunicación y formas de consumo que ya encuadran una cocina en la era digital que muchas veces transforma una comida ancestral y casera en otra de tipo industrializada, que integra productos ultraprocesados y que muchas veces se considera la única que existe, que es lo bueno, inocuo y saludable, porque se compra y hay una gran industria que promueve dichos productos. Sin embargo, como argumenta Silvia Ribeiro (2014), ese tipo de dieta industrializada suele originar enfermedades ocultas, hambre y descomposición de las prácticas y formas de organización social debido a la desigualdad y la discriminación. La publicidad promueve la imagen de que todas las mercancías ofrecidas son producidas por los corporativos de alimentos, cuando en realidad la gran mayoría de lo que se produce es de la mano de pequeños campesinos, granjeros etcétera (Villa, 2018). Una ficción que se deberá debatir involucrando la diversidad cultural, para reconocer que existen diferentes formas de ser, pensar y hacer las cosas, y a fin de recuperar las diferentes formas en que

las comunidades se organizan para resolver sus problemáticas alimentarias y enriquecer las propuestas existentes. Al complementar los saberes y las prácticas de utilidad para la vida diaria, es preciso tomar en cuenta la cotidianidad de niños y adolescentes para revalorarlos y aprender de ellos. Se requiere sensibilidad, colaboración, toma de decisiones, planificación e implementación.

Este proyecto muestra que la nueva escuela mexicana, de la mano con la materialización de una medicina, una alimentación y una educación integrativas (que engloben los conocimientos convencionales o académicos, los naturales, tradicionales y populares) en el marco de la pertinencia de la diversidad cultural (cuyos saberes son rescatados, habilitados y dialogados), genera la estrategia colaborativa y trabaja los desafíos, las necesidades y soluciones conjuntas a través de la agencia, el autocuidado y la solidaridad comunitaria, buscando un bienestar común.

En este caso, fortalece la construcción conjunta de estrategias para buscar aportes nutricionales en los alimentos, ya que una de sus bases es “que somos lo que comemos” y no “comemos lo que somos”. Los mal llamados “alimentos ultraprocesados” no los elaboran las comunidades, pero hay presiones para consumirlos; incluso muchas veces no se tiene acceso a otros alimentos por un ritmo de vida que brinda pocas posibilidades para hacer selecciones conscientes sobre lo que se está consumiendo por muchos factores (Nunes dos Santos, 2007). Si bien es importante ver los indicadores e índices de malnutrición y desnutrición, valdría la pena para futuras

investigaciones pensar en la configuración de indicadores bioculturales, máxime si muchos de los problemas de salud tienen que ver con hábitos alimenticios, conductuales y emocionales (Peña, 2012).

Pensar en cómo el ansia de comer algo se puede eliminar o controlar con una técnica de respiración que se aprende en la escuela, o en cómo al reducir el paisaje obesogénico de la cooperativa o tiendita de la escuela, cuyos productos tienen nutrientes huecos, puede llevar a la toma de la decisión adecuada desde edades tempranas: “no quiero” y hasta “no me gusta porque me hacen daño”, tratando el menor de mantenerse sano. Ello se puede lograr debido al respaldo emocional benéfico, así como al sentido crítico que alcance a desarrollar el niño o niña en la escuela que ha vivido la experiencia transformadora del proyecto ANIMAH. Indiscutiblemente, bajo el cobijo de las escuelas se potencializa un espacio de refugio, pero en ellas se viven asimismo tensiones sociales y se construyen distintas alternativas para tener un punto de partida. La alimentación, la comida y la cocina son un buen punto de partida, ya que ahí están depositados los conocimientos y gustos de muchas generaciones que se pueden retomar y complementar con lo que propone la medicina integrativa a través de la revalorización de los alimentos como agentes terapéuticos, y esto potencia la cercanía de los niños y adolescentes a la naturaleza, el territorio y a todo lo que tiene vida en él. Ahí se aprende qué lugar ocupa el ser humano, cómo se mantiene y activa en favor de las cadenas tróficas, cómo se habilita en sus entornos y cómo le hace sentir eso.

El proyecto ANIMAH ha fortalecido y dado seguimiento al desarrollo de las capacidades de las comunidades escolares y a su codiseño, sin procedimientos invasivos, integrando los saberes locales y preparando a los múltiples actores sociales como facilitadores comprometidos. Permitió la adecuación de espacios y la generación de comisiones de salud integral, la elaboración de un reservorio de información documental y audiovisual que es de utilidad para la escuela, la comunidad e instancias gubernamentales. Por todo ello, considero que se puede llegar a consolidar en un modelo guía de replicación adaptado a cada comunidad escolar y contexto, ya que presenta una gran utilidad social. Sin embargo, este modelo de salud integral comunitaria, en el eje de alimentación y nutrición, presenta otros desafíos asociados con el contexto social amplificado, como la calidad de vida, la inseguridad y la violencia social que afecta a las familias cuyos hijos forman parte de la comunidad escolar; las inercias y autoridades que administran la educación en los diferentes niveles de gobierno, que presentan a *tabula rasa* un modelo de manejo e intervención en la educación que dista de ser integral y adecuado a las condiciones y necesidades locales o regionales. Los recursos económicos y humanos que fortalezcan la agencia y la autonomía de las escuelas, ya que se requiere un esfuerzo colaborativo y comprometido por parte de las comunidades escolares que vaya más allá del cumplimiento de los programas oficiales, para que se aplique el modelo ANIMAH. El objetivo es incorporar estrategias y actividades consensuadas de capacitación,

obtención de información, seguimiento e implementación del modelo, e integración del reservorio de información, junto con las medidas de seguridad necesarias sobre la información y la continuidad comunitaria y autogestiva cuando se termina el proyecto. Además, hay que tomar en cuenta que se cumplen ciclos por parte de los alumnos y padres de familia, por lo que siempre se deberá comenzar con los procesos de capacitación para las nuevas personas que van nutriendo las comunidades escolares; así como por parte de los profesores que también se rotan, y en general por parte del Comité de salud. Por ello surge la interrogante de cómo hacer para que el esfuerzo de ANIMAH y su Modelo de salud integral en comunidades escolares, sea apropiado por otras escuelas y hacia el exterior; ello sólo se percibirá a través del tiempo y en los nuevos desafíos emergentes. Por lo pronto, las actividades y logros en diferentes esferas y contribuciones comunitarias, han devuelto la confianza a estas comunidades escolares y revitalizado su tejido.

Al resolver algunas problemáticas planteadas, yo mencionaría el modelo de carácter biocultural-social, que requiere de una apuesta intersectorial para su continuidad, y que se logre poner de resalte la diferencia que hacen las comunidades escolares que viven la experiencia ANIMAH. Por ello habrá que empatar dicho modelo con el modelo de la escuela mexicana, a fin de potencializar algunas de las estrategias y acciones en la currícula escolar de manera formal en un esfuerzo mayor de fortalecer las comunidades escolares y el tejido social.

Para seguir reflexionando

El diseño particular de este proyecto es una co-producción flexible que pretende consolidar un modelo-guía que pueda ser útil a nivel nacional para la promoción de salud integral en comunidades escolares; para ello se requerirá hacer más pilotajes y cabildear la posibilidad de que algunas de sus estrategias, acciones y resultados puedan traducirse en el fortalecimiento de programas y políticas educativas y en salud.

Cierro comentando que el proyecto ANIMAH, a través de las comunidades escolares y sus lazos amplificadas, es un ejemplo de que se puede hacer algo diferente desde la promoción a la salud integral. A través de la transdisciplina, la filosofía de la praxis, la investigación-acción participativa y el reconocimiento de los saberes locales, se promueve un diálogo y una sinergia que permiten a los múltiples actores sociales participar compartiendo y apropiándose saberes y conocimientos sobre la importancia de la salud integral. Además de que abre la puerta hacia el empoderamiento para la autogestión en los procesos de promoción de la salud en las escuelas por parte de los profesores y padres de familia. Por ello, hay que retomar la memoria, la historia, los saberes locales, y fortalecer las relaciones comunitarias. Termino con las palabras de mi querido amigo Ramón Vera (2017), de la organización de la sociedad civil GRAIN México:

Lo individual y subjetivo es importante, pero sin colectividad no sobreviviremos los embates del neoliberalismo y el capitalismo global. Ningún saber se construye solo,

es indispensable la comunidad para asumirlo conscientemente.

De la mano con los gobiernos de la transformación, es el momento para tejer relaciones desde las comunidades escolares, que se vuelvan significativas para los niños y adolescentes; relaciones en las que se fortalezca una conciencia plena para participar en los procesos autogestivos del espacio escolar, y las expresiones culturales que honran la memoria y los saberes de nuestros ancestros, y las prácticas que les interese conservar y transmitir para lograr una educación, salud y alimentación integrativa en la nueva escuela mexicana.

Referencias

- ANIMAH (2020), Proyecto de Investigación e Incidencia en Alimentación y Salud Integral Comunitaria en 5 comunidades escolares de la Zona Centro del país. Alpuyecá, Morelos; Naucalpan, Estado de México; Iztapalapa, Ciudad de México y Región Mazahua del Estado de México e Hidalgo (ANIMAH).
- (2024), Proyecto 3003: Proyecto de Investigación e Incidencia en Alimentación y Salud Integral Comunitaria, “Informe técnico parcial segunda etapa implementación, seguimiento y capacitación”, Ciudad de México.
- Ayora, Igor (2022), “Prólogo”, en Edith Yesenia Peña Sánchez y Lilia Hernández (coords.), *Políticas y prácticas alimentarias en México*, Secretaría de Cultura-Instituto Nacional de Antropología e Historia (INAH), México.

- Bertrán, Miriam, y Pedro Arroyo (eds.) (2006), *Antropología y Nutrición*, Fondo Nestlé para la Nutrición / Funsalud / Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco, México.
- Boege, Eckart (2008), *Patrimonio biocultural de los pueblos indígenas de México. Hacia la conservación in situ de la biodiversidad y agrobiodiversidad en los territorios indígenas*, INAH / CDI, México.
- Breilh, Jaime (1979), *Epidemiología: economía política y salud*, Corporación Editora Nacional, Quito.
- Campos, Roberto (2007), “La interculturalidad, la medicina tradicional y los trabajadores de la salud”, en Patzicia Quattrocchi y Miguel Güémez Pineda (eds.), *Salud reproductiva e interculturalidad en el Yucatán de hoy*, Asociación de Investigaciones Etno-Antropológicas y Sociales de Trieste / Centro de Investigaciones Regionales Dr. Hideyo Noguchi-UADY, Mérida, pp. 115-131.
- Diario de Morelos* (2023), “Reconoce el Conahcyt a maestra por aportes”, en *Diario de Morelos*. Recuperado de <<https://www.diariodemorelos.com/noticiasreconoce-el-conahcyt-maestra-por-aportes>>.
- Diccionario de la lengua española*, 23.^a ed. Recuperado de <<https://dle.rae.es/previsi%C3%B3n>>.
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (2019), “La mala alimentación está perjudicando la salud de la infancia mundialmente”. Recuperado el 21 de octubre de 2024, de <<https://uni.cf/3o0Q1Ng>>.
- Hörbst, Viola, y Angelika Wolf (2003), “Globalisierung der Heilkunde: eine einföhrung”, en *Medizin und Globalisierung, Universelle ansprüche – lokale antworten. Medizinkulturen im Vergleich*. V. Hörbst y A. Wolf (eds.), LiT verlag Münster, Münster.
- Instituto Nacional de Salud Pública (INSP) (2024), “Resultados de la Ensanut 2020-2023”. Recuperado de <<https://www.insp.mx/avisos/presentan-resultados-de-la-ensanut-2020-2023>>.
- Marrodán, María Dolores, Consuelo Prado, Marisa González (1995), *Antropología de la nutrición: Técnicas, métodos y aplicaciones*, Noesis, Madrid.
- Mintz, Sidney (1996), *Dulzura y poder: el lugar del azúcar en la historia moderna*, Siglo XXI, México.
- Nunes dos Santos, Cristiane (2007), “Somos lo que comemos: identidad cultural y hábitos alimenticios”, en *Estudios y Perspectivas en Turismo*, vol. 16, núm. 2, pp. 234-242.
- Organización Mundial de la Salud [OMS] (1998), “Promoción de la Salud. Glosario”, Ginebra, OMS.
- y Ministerio de Salud y Bienestar Social de Canadá (1987), “Carta de Ottawa para la promoción de salud”, 17 al 21 de noviembre de 1986, OMS, Ottawa.
- Peláez, Manuel (comp.) (1997), *Presencia de la antropología en los estudios sobre alimentación*, Instituto de Investigaciones Antropológicas / Instituto Nacional de la Nutrición “Salvador Zubirán”, México.
- Peña, Edith (2012), *Enfoque biocultural en antropología. Alimentación-nutrición y*

- salud-enfermedad en Santiago de Anaya*, INAH, México.
- Peña, Edith, y Lilia Hernández (2020), “Soberanía, seguridad y patrimonio alimentario en poblaciones indígenas de México. Estrategias de cooperación para enfrentar la COVID-19”, en Luz Herbert, E. Quiroz y F. Vidargas (coords.), *Patrimonio en Emergencia: alternativas locales a problemáticas globales*, Secretaría de Cultura / INAH, México, pp. 125-143.
- (coords.) (2018), *Biodiversidad, patrimonio y cocina. Procesos bioculturales sobre alimentación-nutrición*, Secretaría de Cultura / INAH, México.
- Ribeiro, Silvia (2014), “Guerra corporativa más 20”. Recuperado el 4 de marzo de 2022, de <<https://grain.org/article/entries/4938-guerra-corporativa-x-20>>.
- Rivera-Dommarco, Juan, *et al.* (2024), “Mala nutrición en menores de cinco años”, en *Salud Pública México*, vol. 66, núm. 4, pp. 395-403. Recuperado de <<https://saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/15864>>.
- Romero, R., *et al.* (1979), “El técnico en salud comunitaria: una alternativa en la formación de recursos humanos para la salud”, en *Educación Médica y Salud*, vol. 13, núm. 3, pp. 243-258.
- Secretaría de Salud (2021), “Obesidad infantil: Nuestra nueva pandemia”, Hablamos de salud. Blog. Recuperado el 21 de enero de 2025, de <<https://www.gob.mx/promosalud/articulos/obesidad-infantil-nuestra-nueva-pandemia?idiom=es>>.
- Tognoni, Gianni (1997), *Manual de epidemiología*, Cecomat, Buenos Aires.
- Vargas, Luis, y Héctor Bourges (2012), “Los fundamentos biológicos y culturales de los cambios de la alimentación conducentes a la obesidad. El caso de México en el contexto general de la humanidad”, en Juan Rivera, Mauricio Hernández, Carlos Aguilar, Felipe Vardillo y Ciro Murayama (eds.), *Obesidad en México: recomendaciones para una política de estado*, Universidad Nacional Autónoma de México, México, pp. 99-123.
- Vázquez, José (2016), *Cocina, nostalgia y etnicidad*, Editorial UOC, México.
- Vera, Ramón (2017), “Violencia contra el maíz, la soberanía alimentaria y la autonomía de los pueblos” (Conferencia magistral), Seminario Cocinas en México. Procesos sociales, históricos y de reproducción cultural, INAH, México.
- Villa, Verónica (2018), Ponencia en el segundo Encuentro de Personas Afectadas por los Agronegocios, Costa Rica.
- (2023), “Soberanía alimentaria”, en Carlos Tornel y Pablo Montaña (eds.), *Navegar el colapso*, Fundación Heinrich Boell, México / El Caribe. Recuperado el 21 de enero de 2025, de <https://mx.boell.org/sites/default/files/2023-11/web_navegar-el-colapso_compressed.pdf>.
- Villar Aguirre, Manuel (2011), “Determining Factors in Health: Importance of Prevention”, en *Acta Médica Peruana*, vol. 28, núm. 4, pp. 237-241.

AMBIENTES ESCOLARES Y PEDAGOGÍAS PARA LA VIDA SALUDABLE Y LA CONVIVENCIA

Guadalupe Poujol Galván
Profesora-investigadora titular C
de la Universidad Pedagógica Nacional

Resumen

En su primera parte, este capítulo analiza y contextualiza, desde la dimensión pedagógica, la primera etapa del Proyecto de Investigación e Incidencia en Alimentación y Salud Integral Comunitaria ANIMAH (Alpuyeca, Morelos; Naucalpan, Estado de México; Iztapalapa, Ciudad de México y Región Mazahua del Estado de México e Hidalgo); es decir: examina las experiencias de resistencia, desde las escuelas y con las comunidades, a las violencias estructurales y culturales del neoliberalismo que han llevado al deterioro del tejido social, del medio

ambiente y la salud. Se valoran los aportes que este proyecto hace a la metodología para el desarrollo de diagnósticos desde las comunidades escolares que corresponden al concepto de praxis, según lo formulan Sánchez Vázquez y Zemelman; se trata de conocer, criticar, comprender y transformar las condiciones que ponen en riesgo la salud de las comunidades escolares, y de potenciar los saberes y las prácticas de salud con arraigo en la comunidad, en un momento presente y en un contexto concreto con una visión abierta a la complejidad, a la crítica, identificando la trama de relaciones que forman esa realidad.

Fiesta del Maíz | Esc. Prim. “17 de Abril de 1869”,
Alpuyeca, Xochitepec, Morelos, octubre de 2023.



En la segunda parte —recuperando experiencias del Proyecto ANIMAH y otros proyectos desarrollados en otros países orientados a promover la salud integral desde las escuelas— se derivan ejes de intervención pedagógica, acciones e interacciones formativas en los diferentes ámbitos, sujetos y procesos. Éstos se caracterizan por esfuerzos colectivos de creación de ambientes saludables, justos, participativos, de respeto, afecto, cuidado mutuo, de oportunidades de desarrollo autónomo, emocional, social y cultural. Ello en cuanto condiciones favorables para impulsar procesos formativos de construcción de conocimientos, intercambio de saberes, reflexión, construcción conjunta de estrategias, habilidades e intervenciones para la salud y el bienestar de niñas, niños, comunidad y medio ambiente. Es una pedagogía de la vincularidad, que incluye el arraigo local y comunitario en cuanto condición favorable para la construcción, desde la escuela, de prácticas de salud integral comunitaria.

Abstract

This article is divided into two parts. The first part analyzes and contextualizes, from a pedagogical perspective, the initial phase of the ANIMAH Research and Advocacy Project on Food and Comprehensive Community Health. It explores this initiative as a form of resistance —from schools and in collaboration with communities— against the structural and cultural violence of neoliberalism, which has led to the deterioration of the social fabric, the environment,

and public health. The article highlights the project's contributions to methodologies for developing diagnoses within school communities, aligned with the concept of praxis as articulated by Sánchez Vázquez and Zemelman. This approach seeks to understand, critique, comprehend, and transform the conditions that threaten the health of school communities, while enhancing community-rooted knowledge and health practices in the present moment and within a specific context, with an open and critical view of complexity and the network of relationships that shape reality.

The second part draws on experiences from the ANIMAH Project and similar initiatives in other countries aimed at promoting comprehensive health through schools. It identifies key axes of pedagogical intervention, along with formative actions and interactions across various domains, stakeholders, and processes. These are characterized by collective efforts to create healthy, just, participatory environments that foster respect, affection, mutual care, and opportunities for autonomous, emotional, social, and cultural development. These conditions are seen as essential for promoting educational processes that build knowledge, encourage the exchange of wisdom, foster reflection, and support the collaborative development of strategies, skills, and interventions for the health and well-being of children, communities, and the environment. This reflects a pedagogy of relationality, rooted in local and community engagement, as a foundation for building practices of comprehen-

sive community health from within the school setting.

Introducción

Este capítulo presenta reflexiones respecto de los procesos de construcción de pedagogías para la vida saludable en comunidades escolares. Toma como referencia la primera etapa de desarrollo del Proyecto de Investigación e Incidencia en Alimentación y Salud Integral Comunitaria en cinco comunidades escolares de la Zona Centro del país. Alpuyecá, Morelos; Naucalpan, Estado de México; Iztapalapa, Ciudad de México y Región Mazahua del Estado de México e Hidalgo (ANIMAH). Este proyecto forma parte del Programa Nacional de Investigación e Incidencia de Salud Integral Comunitaria, ProNacES-Salud, Consejo Nacional de Humanidades, Ciencias y Tecnologías (Conahcyt) (hoy Secretaría de Ciencia, Humanidades, Tecnología e Innovación [Secihti]). En este escrito, cuyo autor es integrante del Comité Científico de dicho proyecto, se reflexiona en los aportes de ésta y otras experiencias a la pedagogía y para la vida saludable, poniendo énfasis en la construcción de ambientes escolares saludables.

Los proyectos que abordan la salud integral comunitaria desde las escuelas cobran mayor relevancia a partir de la pandemia de COVID-19, que reveló no sólo la desigualdad, la exclusión, el rezago escolar, sino, con mayor crudeza, los problemas de salud de la población en México, todo lo cual resultó en numerosas pérdidas de vidas

humanas. En la etapa posterior a la pandemia, el gobierno federal reconoce que la prevención es la estrategia más adecuada para enfrentar dicha problemática. Desde ese enfoque, la educación cumple un papel central, por lo que se incluye la vida saludable entre los contenidos escolares.

En el Marco Curricular para la Educación Básica (SEP, 2022), y en el Plan de Estudios para la Educación Básica (SEP, 2022), la vida saludable aparece como un eje articulador —junto con la inclusión, el pensamiento crítico, la interculturalidad crítica, la igualdad de género, la lectura y la escritura— en el acercamiento a las culturas, artes y experiencias estéticas. El enfoque integral desde el que se abordan los conocimientos y la práctica de la vida saludable en sus dimensiones personal y comunitaria, implica que requieren ser trabajados no sólo como contenidos sino como construcción de una nueva cultura.

En el Marco Curricular para la Educación Básica (SEP, 2022), la vida saludable se aborda desde los derechos humanos de todas y todos: estudiantes, docentes, directivos, administrativos, familias; particularmente el derecho a estar bien, corporal, mental, emocional, afectivamente dentro y fuera de la escuela.

Desde este enfoque, en el documento mencionado se reconocen condicionantes sociales que influyen en la salud, como la alimentación apropiada, una vida libre de adicciones y violencia, tener ingresos adecuados, contar con protección social y para la salud, además de mecanismos de protección a sus derechos humanos. Por lo tanto, desde la perspectiva de la compleji-

dad, la salud no está aislada de las condiciones de vida de la población y sus derechos. Otro elemento distintivo en este eje curricular es la necesaria participación de niñas, niños y adolescentes, así como la de las comunidades, en la construcción de una vida saludable.

Más allá de lo curricular, desde la educación, uno de los conceptos útiles para la construcción de la vida saludable es la reflexión sobre el estilo de vida, el cual hace referencia al modo de vida de un individuo o grupo poblacional en el que influyen tanto las características personales y patrones de comportamiento individual como las condiciones de vida en general y los aspectos socioculturales. Los estilos de vida son susceptibles de ser deconstruidos y reconstruidos mediante pedagogías críticas, integrales y comunitarias.

Los estilos de vida saludables son considerados como un conjunto de hábitos, comportamientos y conductas que llevan a los individuos a alcanzar un nivel de bienestar y satisfacción plena de sus necesidades en la vida (Campo *et al.*, 2017). En el caso del Proyecto ANIMAH, no solamente se trata de alcanzar el bienestar de individuos sino el de la comunidad escolar, de manera integral; es por ello que su enfoque es de salud integral comunitaria.

Acerca del concepto de salud presentado por la Organización Mundial de la salud: “La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”, Valenzuela (2016) hace notar que no se contemplan aspectos históricos y contex-

tuales; por lo que propone como concepto de salud aquel que debe integrar todos los componentes del sujeto, en el ámbito cognitivo, afectivo, emocional, motriz, considerando las condiciones de vida, el entorno biológico y sociocultural, así como también comprendiendo que el concepto es histórico y dinámico.

En cuanto al concepto de bienestar aportado por Alfaro, Casas y López (2015), éste integra tres tipos de bienestar: el bienestar subjetivo, que incluye los juicios sobre la satisfacción o insatisfacción con la vida; el bienestar psicológico relacionado con procesos de autorrealización, desarrollo del potencial humano y funcionamiento psicológico pleno; y el de bienestar social, que surge desde una noción de sujeto que resalta las relaciones interpersonales e intergrupales dentro del contexto social y se refiere a la valoración que hace una persona de las circunstancias y el funcionamiento dentro del medio social del que forma parte. Estos tipos de bienestar pueden resumirse en lo siguiente: estar bien con uno mismo en todos los planos y en proceso continuo de desarrollo; estar bien con los otros a partir de la comprensión del mundo social, el sentido de pertenencia y la capacidad de relacionarse constructivamente, no sólo con los demás sino con el medio ambiente.

De las visiones existentes sobre la estrecha relación entre el bienestar y la salud mental, la propuesta hecha por Greenspan (2009) es comprensiva: se refiere a la salud mental no simplemente como ausencia de síntomas, sino además a la manera como

nos involucramos con las diferentes experiencias y dimensiones de la vida. Este último autor caracteriza a una persona con salud mental como alguien capaz de experimentar un amplio rango de emociones en cada etapa de la vida de una manera estable y profunda.

En cuanto a las reflexiones sobre la pedagogía para la salud, Peñaranda, López y Molina (2017: 131) ofrecen una visión amplia. Plantean que la educación para la salud, más que una estrategia o un instrumento, sería más bien un derecho y un proceso social que requiere su comprensión y que implica un análisis más amplio que el de las prácticas pedagógicas. Ello implica reflexionar sobre la sociedad, la cultura y la estructura político-económica en el marco de fuertes debates teóricos y epistemológicos provenientes de las distintas disciplinas, más allá del campo biomédico. Para estos autores, habría que comprender cómo se ponen en tensión diferentes formas de entender la ciencia, las disciplinas, el sujeto y la sociedad; ello implicaría un proceso de comprensión para transformar el mundo, lo que precisa la transformación de las propias personas y comunidades.

Para ampliar la mirada sobre las pedagogías en los proyectos de salud integral comunitaria, se revisan además otros enfoques y proyectos en diversos países. Dichos proyectos pueden derivar en propuestas de pedagogías para la vida saludable en comunidades escolares.

Contexto histórico de despojo-violencias-enfermedades-resistencias

Es importante mencionar como rasgo característico del contexto lo siguiente: la simultaneidad e intensidad de las experiencias de la población en México, ya que éstas se presentan al mismo tiempo y a lo largo del país. Se trata de situaciones históricas, económicas, políticas, ambientales, psicosociales; de violencias estructurales, culturales y contra la salud que han sido intensificadas en el periodo neoliberal:

- Desigualdad, pobreza, exclusión, precariedad laboral, *despojo* y *violencia*.
- Corrupción política y control mediático.
- Producción industrial y agrícola de sobreexplotación que genera entornos físicos y ambientales tóxicos.
- Entornos culturales invasivos y acrílicos; normalización de las violencias, cambios culturales en el consumo de alimentos y estilos de vida no saludables.
- Entornos sociales y de relaciones interpersonales de discriminación, clasismo, sexismo, racismo, intolerancia.
- Ruptura del tejido social, violencia de género, familiar, experiencias personales y comunitarias de malestar y enfermedades.



Mural comunitario “Mi escuelita” | CECyS “José de Tapia Bujalance”, Miravalles, Iztapalapa, Ciudad de México, diciembre de 2024.

- Resistencias ante el despojo, la contaminación y la violencia en pueblos, comunidades y otros espacios colectivos.

Al abordar la interconexión de aspectos económicos, políticos y ambientales, y sus efectos en la salud, Álvarez-Buylla plantea que “durante los últimos 40 años, el modelo neoliberal impulsó procesos productivos fabriles, industriales y agrícolas con prácticas destructivas y permisivas”. Esta autora menciona que dicho modelo ha generado impactos nocivos en la salud humana y en el ambiente (2023: 4).

Así lo confirma Barrera, quien hace hincapié en que México es un caso paradigmático donde el neoliberalismo detonó diversos procesos contaminantes que han intoxicado las aguas superficiales y subterráneas, el suelo, el aire y la cadena alimentaria con múltiples agentes tóxicos (2023: 12). Este investigador identifica Regiones de Emergencia Sanitaria y Ambiental, en las que se han provocado situaciones de deterioro extremo y progresivo y donde convergen daños severos y persistentes a la salud de la población y disturbios en todos los componentes de los ecosistemas (2023: 13).

Por otro lado, Rivera, López y García analizan la relación que existe entre la pre-

carización de la dieta nacional, el detrimento de la salud de la población y la construcción de monopolios agroalimentarios que empobrecieron al sector rural en México (2023: 12). Los autores mencionados destacan que los hábitos alimenticios en México cambiaron drásticamente del siglo XX al XXI. La ingesta de alimentos frescos y saludables producidos en la localidad, la región o en el país disminuyó frente a la comida ultraprocesada de bajo nivel nutricional y alto contenido calórico. Esto ocasionó que aumentara el porcentaje de sobrepeso, obesidad y diabetes en el país (2023: 11).

Estos abrumadores problemas de salud se revelaron con rapidez e intensidad durante la pandemia de COVID-19, poniendo en evidencia la vulnerabilidad de amplios sectores de la población, pero particularmente de las infancias y adolescencias, excluidas de las oportunidades educativas y culturales, del desarrollo del pensamiento crítico y de la contención afectiva. Con estas desventajas, las infancias enfrentan el alud de publicidad y la disponibilidad de productos ultraprocesados que se ofrecen por todas partes. A ello se agrega, como consecuencia de la precarización laboral en los hogares, la escasez de tiempo para cocinar alimentos y comer en familia, lo cual ha facilitado que se desplacen y sustituyan los alimentos naturales de temporada elaborados en casa por los productos industrializados.

La escasez de tiempo y las tensiones en las relaciones interpersonales en los hogares afecta no solamente la nutrición sino también la atención a las nuevas generaciones, en cuanto a su desarrollo integral,

pero particularmente a su salud emocional. Medina-Mora y Berenzon (2022) refieren que la presencia de trastornos mentales ya era un problema de salud pública antes de la aparición del COVID-19; pero la presencia de esta pandemia alteró la vida cotidiana en todos los sentidos: enfrentar el confinamiento, aceptar la distancia social, controlar diversos miedos y a las secuelas de esta enfermedad, y la pérdida de seres queridos. Lo anterior ha hecho que las enfermedades mentales hayan aumentado. Los padecimientos mentales se presentan en todos los grupos sociales; sin embargo, para estas investigadoras, la exposición a las condiciones estresantes de la desigualdad y la adversidad social que aglutina la pobreza, aumentan el riesgo de enfermar.

Ante el agravamiento de los problemas de salud en el país y su aumento en poblaciones infantiles, Ochoa y Hernández (2022) plantean que los planes y programas de salud dedicados al monitoreo de la enfermedad no han aterrizado aún en enfoques críticos que den cuenta del complejo campo que implica la salud como una totalidad y, por tanto, de las estrategias y respuestas adecuadas para enfrentar los inesperados desafíos (2022: 7). Estas investigadoras advierten:

En este escenario, la salud de las y los niños se pierde. Cada vez más niñas y niños enferman gravemente y menos gozan de salud plena. La destrucción de los hogares y la degradada economía de sus madres y padres han hecho que las y los niños sean ahora las principales víctimas del mercado

de alimentos procesados, que los enferman gravemente (2022: 9).

En palabras de Ochoa y Hernández (2022), en el periodo neoliberal no sólo se degradaron las condiciones de la reproducción que afectaron la salud física y psicosocial de los niños, sino que además se intentó subordinar a la gran fuerza generadora de conciencia social y de utopías que son las escuelas y sus docentes en defensa de la salud y la educación de las y los niños. Las autoras hacen visible que, ante este embate, las escuelas han sido una alternativa para la recuperación de la salud; en ellas coexistieron importantes esfuerzos de maestros y padres de familia que por décadas se han dedicado a proteger sus espacios escolares y a su comunidad. Asimismo, reportan que se encuentran numerosas alternativas con grandes actores sociales, con miras a construir y reconstruir sus espacios de convivencia.

En muchas escuelas del país encontramos a las y los directivos y a maestros comprometidos con sus comunidades escolares, que promueven la organización comunitaria y dan cobijo a niñas y niños de dichas localidades. Un ejemplo de la riqueza y sabiduría profunda de nuestros pueblos está presente y viva en nuestras escuelas (2022: 9).

En cuanto a las múltiples experiencias de resistencia contra las violencias estructurales y culturales del neoliberalismo, en este capítulo se analizan las emprendidas por algunas comunidades escolares para recuperar la vida saludable integral, par-

ticularmente las que integran el proyecto ANIMAH.

*Pedagogía y complejidad
en los procesos de recuperación
de la salud en las comunidades escolares*

Es importante recuperar la mirada de autores cuya visión es capaz de aproximarse a la complejidad de los proyectos que, partiendo del cuestionamiento a las realidades que enfrentan las comunidades, emprenden procesos organizativos, reflexivos, y múltiples acciones, y la construcción de saberes y relaciones que se han orientado hacia el autocuidado para el bienestar físico, emocional, personal y comunitario; y todo ello precisamente en sentido contrario al individualismo, la competencia y el consumo irreflexivo de productos,

A partir de las experiencias vividas después de la pandemia del COVID-19, reflexionar sobre la salud como un todo adquirió mayor relevancia. Enrique Dussel (2020) delinea como tarea pedagógica central que la humanidad aprenda —partiendo de la experiencia de la necro-cultura de los últimos cinco siglos— a *afirmar la Vida* por encima del capital y el colonialismo, por encima del patriarcalismo y sobre muchas otras limitaciones que destruyen las condiciones universales de la reproducción de la vida en la Tierra. Esta visión se complementa con la de Boaventura de Souza Santos (2020: 83), quien plantea que “sólo mediante una nueva articulación entre los procesos políticos y civilizadores será posible comenzar a pensar en una sociedad

en la que la humanidad asuma una posición más humilde en el planeta en el que habita”. Agrega que esta situación es propicia para pensar en alternativas a las formas de vivir, producir, consumir y convivir, y considera que las sociedades se adaptan a nuevas formas de vida cuando es necesario y se trata del bien común. De estos autores recuperamos un horizonte amplio como alternativa: *afirmar la vida* ante todo aquello que la amenaza, construyendo nuevas formas de vivir, producir, consumir y convivir; teniendo como horizonte el *bien común*, que incluye al planeta.

Paulo Freire nos legó un principio pedagógico fundamental que puede aplicarse a la construcción de una cultura del bien común: los procesos de develación de la realidad son inseparables de los de transformación de esa realidad. Para Freire (1997), la transformación del mundo implica establecer una dialéctica entre la denuncia de la situación deshumanizante y el anuncio de su superación. En palabras más precisas: la unidad dinámica de la revelación de la realidad con la práctica de transformación de la realidad (Freire, 1998).

Desde esta visión se develan las problemáticas en torno a la salud, a la vez que se recuperan saberes y recursos comunitarios, deconstruyendo y reconstruyendo identidades; se van descubriendo nuevos saberes para el fortalecimiento de la salud, así como formas de convivencia y organización comunitaria, en la práctica de estilos de vida orientados al bienestar común, tanto en ambientes familiares como en escolares y comunitarios. Además del conocimiento de la realidad y de la crítica de lo existente,

es necesario estar inmersos en una práctica que, en palabras de Freire (1998), descubre, en los hechos, las posibilidades de la esperanza, orientada al vínculo, a la apertura de las identidades, al sentido de pertenencia, al ámbito de la experiencia, de la significación, de la creación de sentido. En síntesis, son dispositivos que se erigen en comunidades de cuidado, aprendizaje y desarrollo de la vida en comunidad de los que ahí participan.

¿Qué otros conceptos y metodologías favorecen la comprensión de la complejidad en los proyectos pedagógicos que persiguen tanto la transformación como el fortalecimiento cultural orientados a la salud integral comunitaria? En un informe que presenta el equipo que ha desarrollado el proyecto ANIMAH, mencionado al inicio de este capítulo, en el periodo 2021-2023 se establece el siguiente objetivo:

Mejorar las condiciones que determinan y/o potencian la salud, aprendizaje y convivencia en las escuelas, recuperando sus saberes locales y desarrollando la apropiación colectiva de conocimientos sostenibles y prácticas científicas transdisciplinarias, para promover la autoproducción de salud integral y ofrecer alternativas viables para la construcción de políticas públicas en salud comunitaria.

Este objetivo implica acciones concretas, la construcción colectiva de conocimientos científicos y con arraigo cultural, reflexiones y prácticas. Para aproximarse a este tipo de proyectos desde las pedagogías para la salud comunitaria, es pertinente el concepto de praxis de Sánchez (1977); desde su perspectiva, se trata de transfor-

mar una realidad con base en una crítica y un conocimiento de lo existente. En este caso se trata de conocer, criticar y transformar las condiciones que ponen en riesgo la salud de las comunidades escolares y potenciar los saberes y las prácticas de salud con arraigo en la comunidad, todas ellas tareas en las que la pedagogía cumple un papel central. Ello implica conocer de manera muy amplia y profunda la dinámica de todas las dimensiones que entran en juego en contextos concretos, que están favoreciendo u obstaculizando la vida saludable de las comunidades.

Algunos criterios metodológicos propuestos por Zemelman (1997) complementan esta perspectiva pedagógica, ya que coincide con Sánchez en que es en el plano de la praxis donde las personas transforman la realidad; praxis como método de observación de la realidad en un momento presente, que puede contribuir a reconocer opciones que permitan al individuo la transformación de la realidad y servir de apoyo a una acción organizada. Ello, destaca el autor, supone la existencia de un sujeto capaz de definir un futuro como opción objetivamente posible. Las formas en las que van definiendo el futuro y las opciones posibles, se expresa en las acciones que el equipo interdisciplinario que coordina el proyecto ANIMAH junto con las comunidades escolares, se han propuesto para una primera etapa: 1. Identificar las necesidades de salud de la población. 2. Detectar fortalezas de la comunidad y posibles grupos vulnerables. 3. Elaborar manuales comunitarios de los principales saberes, usos y costumbres. 4. Que la comunidad reconozca

las causas sociales subyacentes a problemas emocionales del individuo. 5. Diagnosticar las problemáticas educativas (educación integral y alimentación saludable). 6. Establecer elementos básicos y necesarios para el buen funcionamiento de los espacios implementados (Informe 2021-2023).

En estas acciones se identifica un proceso que parte de la observación de la realidad en un momento dado a la definición de acciones educativas, culturales, de gestión, organizadas en comunidad. Una de las condiciones metodológicas de la praxis que propone Zemelman es asumirla como forma de organización del razonamiento abierta a la complejidad de lo real y a la crítica, sin perder de vista el carácter dinámico del presente. Otra de ellas es que el contenido de cualquier problema de interés requiere ser reconstruido en el mismo contexto en que se inserta, si se le quiere comprender en su especificidad; ello exige encontrar la trama de relaciones que forman esa realidad (1997: 15-16). Así se han ido formulando —desde las escuelas y con las comunidades en que se desarrollan los proyectos— las siguientes tareas de comprensión, de crítica y de acción comunitaria:

Por un lado, se han planteado los siguientes ejes:

- Eje de Identidad
- Eje de Procesos Pedagógicos
- Eje de Medicina Integrativa
- Eje de Salud Psicosocial

En torno a estos ejes en las comunidades escolares se han desplegado múltiples procesos que integran reflexión y acción, como:

- Acceso potencial a alimentos libres de agrotóxicos generados por cultivos tradicionales.
- Prácticas y saberes de producción agrícola tradicional y/o agroecológica en la localidad.
- Uso de plantas medicinales y tratamientos alternativos.
- Capacidad y disposición de los docentes y padres para aprender y participar en la recuperación de la salud.
- Cultura identitaria para establecer compromisos y alianzas de largo plazo.
- Capacidad para hacer frente a la devastación ambiental y a la fractura del tejido social. Identificación del compromiso de los docentes, que se irán reforzando a lo largo de la incidencia.
- Integración de la cultura local a sus procesos pedagógicos.
- Desarrollo del pensamiento crítico y reflexivo en las aulas y asambleas escolares.
- Interés en la promoción de una alimentación sana y cuidado del medio ambiente.
- Desarrollo de metodologías y pedagogías propias e implementación de una formación integral de sus estudiantes.
- Reconocen al estudiante como el eje de su quehacer docente.
- Recuperan la educación como una vía para la transformación de su comunidad (Informe 2021-2023).

En todos estos procesos, que implican reflexión, crítica, valoración, apropiación

de nuevos saberes y prácticas para la vida saludable en la comunidad escolar, la pedagogía crítica y comunitaria puede hacer posible un posicionamiento epistémico que contribuya a la transformación y la construcción colectiva de acciones a favor del bienestar común. Para ello es necesario, según Zemelman, pensar la realidad como una articulación, es decir, como una relación entre procesos imbricados de forma no determinada previamente, y dejar que su reconstrucción permita reconocer de qué modo concreto se articulan los procesos; problematizar la situación empírica como algo dado e incuestionable; según este autor, la realidad debe ser problematizada, la experiencia acumulada debe contextualizarse para que sea posible avanzar en la reformulación del problema mediante la identificación de sus relaciones con otros problemas o necesidades (1997: 18-22).

En el caso del proyecto referido, acciones concretas en las diferentes comunidades escolares y contextos, como la creación de espacios —comedor, huerto, atención a la salud, entre otros—, se han articulado con la construcción colectiva de conocimientos, saberes y problematización de las prácticas de la alimentación, nutrición, origen y cultivo de los alimentos, integración del conocimiento del territorio y la identidad cultural local. Otras dimensiones con que se articulan las acciones y las experiencias de aprendizaje en aulas, son la convivencia cotidiana, el pensamiento crítico para problematizar tanto el deterioro ambiental como las fracturas en el tejido social, las prácticas culturales, la salud psicosocial y los estilos de vida.



Fiesta del Maíz | Esc. Prim. "20 de Noviembre",
Santa María Apaxco, Apaxco, Estado de México, octubre de 2023.

La apuesta del proyecto ANIMAH, donde se han integrado la investigación, los conocimientos y saberes, la incidencia, y las intervenciones y acciones de significado cultural con las comunidades escolares, está dando numerosos frutos en la salud integral comunitaria; frutos que requieren ser discutidos específicamente en otro espacio.

Algunas experiencias en otros países en la prevención y atención a la vida saludable en las escuelas

Poniendo énfasis en el carácter integral y comunitario de la salud, entre las diversas experiencias que se han desarrollado en diferentes países, se describen aquí algunas características del modelo “Escuela integral, comunidad integral, infancias y adolescencias integrales”, propuesto por el Centro para el Control y Prevención de Enfermedades y por la Asociación para la Supervisión y el Desarrollo Curricular (2023), en Estados Unidos. Con este modelo se procura integrar las acciones de distintas instituciones y agencias gubernamentales y no gubernamentales para hacer frente al deterioro social en las comunidades, los problemas de salud física y mental, la violencia en las escuelas y, particularmente, la violencia con el uso de armas que ocurre en las escuelas de ese país.

Dicho modelo enfoca su atención en las infancias y adolescencias, haciendo énfasis en una visión amplia de la escuela y reconoce que el aprendizaje y la salud forman parte de una reflexión de la comunidad local; visualiza a las infancias y adolescencias integrales como personas que son: saludables, seguras, comprometidas, apoyadas y desafiadas. Ello implica la necesidad de

colaboración entre la escuela, las instituciones de salud y la comunidad, para mejorar el aprendizaje y la salud de las infancias y adolescencias. Esa colaboración se da en torno a 10 componentes:

Educación para la salud. Ayuda a las y los estudiantes a adquirir conocimientos, actitudes, habilidades para tomar decisiones que promuevan su salud. Se trata de que adquieran la alfabetización en salud, adopten conductas favorables a la salud, y promuevan la salud de los otros, tomando en cuenta la amplia gama de perspectivas culturales de las y los estudiantes.

Educación y actividad física. A través de programas diseñados que provean oportunidades de aprender y practicar habilidades críticas para establecer y mantener estilos de actividad física a través de la infancia, la adolescencia y la vida adulta, lo cual requiere apoyo de la escuela, la comunidad y el hogar.

Nutrición, ambiente y servicios. El ambiente escolar de nutrición provee a los estudiantes de oportunidades para aprender y practicar la alimentación saludable mediante la disposición de alimentos y bebidas, educación nutricional, y mensajes sobre la comida en la cafetería y en la escuela.

Servicios de salud en la escuela. Los servicios de salud intervienen en problemas actuales, potenciales, incluyendo primeros auxilios, cuidado de emergencia y evaluación y manejo de condiciones crónicas como asma o diabetes.

Servicios de consejería escolar, psicológicos y sociales. Estos servicios de prevención e intervención apoyan la salud mental y socioemocional de las y los estudian-

tes, y promueve el éxito en el proceso de aprendizaje

Clima social y emocional. Se refiere a las experiencias que influyen en el desarrollo social y emocional de las y los estudiantes, reconociendo su impacto en su compromiso como estudiantes, la relación con otras y otros estudiantes, la comunidad escolar, la familia, la comunidad y el desempeño académico.

Ambiente físico. Un ambiente saludable y seguro promueve el aprendizaje asegurando la salud de toda la comunidad escolar. El ambiente físico comprende las instalaciones escolares, el lugar en el que está ubicado, y el área que le rodea.

Promoción del bienestar y la salud de los empleados. Un enfoque amplio de bienestar implica la coordinación de programas, políticas, beneficios y apoyos ambientales diseñados para detectar factores de riesgo (falta de actividad física, uso de tabaco) y condiciones de salud (diabetes, depresión) para atender las necesidades de salud y seguridad de todos los empleados.

Participación de la familia. Las familias y los miembros de la comunidad escolar trabajan juntos para apoyar y mejorar el aprendizaje, el desarrollo y la salud de las y los estudiantes. Las familias son bienvenidas por parte de la escuela, involucrándolas de diferentes formas significativas. Las familias se proponen activamente a apoyar el aprendizaje de sus hijos, su desarrollo y seguridad.

Participación de la comunidad. Los grupos de la comunidad, las organizaciones, los comercios locales patrocinan diferentes tipos de apoyo, comparten recursos y tra-

bajo voluntario para apoyar el aprendizaje, el desarrollo, la seguridad y las actividades relacionadas con la salud.

De acuerdo con los estudios llevados a cabo para evaluar el Modelo de Escuela Integral, Comunidad Integral y Estudiante Integral (2023), se han logrado los siguientes resultados: aumenta la capacidad de aprender; reduce el ausentismo; mejora la condición física y mental, reduce la agresión y la violencia, y reduce y o previene el uso de alcohol, tabaco y otras drogas; reduce acciones disciplinarias punitivas; mejora el logro académico y el sentido de pertenencia a la escuela; mejora las habilidades sociales y emocionales, como la autorregulación, la comunicación y la resolución de problemas.

Investigaciones más detalladas que correlacionan diferentes componentes del modelo en el documento anteriormente mencionado, encuentran que hay una relación fuerte entre las conductas de los estudiantes saludables y la actividad física; ello presenta una asociación positiva con el funcionamiento cognitivo, mejor concentración, atención, comportamiento en el aula, mejores calificaciones, incluyendo matemáticas.

En cuanto a la nutrición, el consumo de hierro, y el consumo del desayuno, se asocian con una mejora del desempeño cognitivo, y más adelante con mejor asistencia a la escuela. En relación con los servicios de salud que ofrece la escuela, como consejería, atención psicológica y servicios sociales, se ha encontrado que ayudan a la salud mental y socioemocional de las y los estudiantes, y promueven éxitos en el apren-

dizaje. Estos estudios también mostraron que los programas para el bienestar de las y los empleados pueden ampliar la habilidad de concentración, reducir el ausentismo, mejorar la moral laboral, y prevenir enfermedades crónicas.

Las investigaciones sobre los resultados del modelo referido, han mostrado también el efecto positivo de la participación de la familia y de la comunidad, identificando la correlación entre padres comprometidos con la vida de la escuela, con la disminución en las conductas de fumar, beber alcohol, consumo de drogas, embarazos no deseados, inactividad física, y estrés emocional. La participación de la comunidad está asociada a la mejora de calificaciones, la asistencia a la escuela, y la conducta estudiantil.

Docentes, estudiantes y directivos participantes en el Modelo de Escuela Integral, Comunidad Integral, Infancias y Adolescencias Integrales, al participar en la evaluación de dicho modelo coinciden en que la salud mental y el clima escolar son puntos de partida para impulsar la mejora de la nutrición, la educación física y otros aspectos de la salud.

Otras investigaciones en otras latitudes coinciden en la importancia del clima escolar y de las condiciones concretas de las comunidades para favorecer la salud. En el estado del arte de las escuelas para la salud en Europa, Orkan, Dadacznski y Paakkait (2020) plantean que la alfabetización en salud no se limita a las competencias y a la conducta de las personas, sino que incluye un enfoque holístico que incorpora el ambiente que hace posible que niñas, niños y

adolescentes alcancen metas de salud y sociales. Para estos autores, la alfabetización en salud se da en un contexto específico; es relacional y depende de las condiciones ambientales de las infancias y adolescencias, las cuales van a determinar si las infancias adquieren o usan la alfabetización en salud para promover de manera óptima su salud. Las escuelas pueden hacer posible una educación y una promoción para la salud, siempre que se enfoquen las acciones al ambiente integral de la escuela. Ello implica la alfabetización en salud de autoridades, docentes, trabajadores de la escuela, y la organización completa, así como otros actores dentro del ambiente socio-ecológico escolar; por ejemplo: nexos con la comunidad, servicios de salud de la comunidad, acceso a los servicios para las familias.

En Chile, Milicic y Arón (2000) se refieren al clima social escolar como un micro-sistema social que incluye tanto la percepción que tienen las niñas, niños y jóvenes de su contexto escolar, como la que tienen las profesoras y profesores de su entorno laboral; se relaciona con la estructura social y política en la que están insertos, el funcionamiento del aula, su sistema de justicia. Todos estos elementos resultan en experiencias que favorecen o inhiben el desarrollo de la responsabilidad social en los estudiantes. Según estas autoras, el clima social escolar puede ser nutritivo o puede resultar tóxico.

Como parte de un clima social escolar nutritivo, se percibe un clima de justicia; hay un reconocimiento explícito de los logros, se toleran los errores, se tiene la sensación de ser alguien valioso, respetado, con dig-

nidad en su singularidad; existe un sentido de pertenencia, conocimiento y flexibilidad de las normas, lo que permite el enfrentamiento constructivo de los conflictos.

En un clima social escolar tóxico, en cambio, hay percepción de injusticia, ausencia de reconocimiento, descalificación; predomina la crítica, sobre-focalización de los errores, arbitrariedad y rigidez en las normas; no se respeta la individualidad, la dignidad; uso privilegiado de la información, los conflictos se enfrentan de manera autoritaria.

Resulta muy pertinente, en la búsqueda de la salud integral comunitaria y la convivencia, el concepto de responsabilidad social que resaltan Milicic y Aron (2000). Los climas nutritivos resultan favorables para que las y los estudiantes se formen en su sentido de responsabilidad social, lo cual les permitirá entender que cada uno pertenece a una red social más amplia que influye en su identidad; se construyen las consideraciones de justicia y preocupación por los otros, que permiten actuar con integridad de forma consistente con los propios valores.

Sobre estas bases se construye en las escuelas una convivencia que

se ocupa de fortalecer los aprendizajes académicos y el desarrollo de capacidades democráticas en los alumnos, al permitir el reconocimiento y el entendimiento mutuo en la diferencia y el sentirse parte de una comunidad; la capacidad de diálogo tanto para enfrentar los conflictos interpersonales de manera positiva, como el aumentar la capacidad crítica y argumentativa de los

alumnos para implementar proyectos comunes o enfrentar conflictos sociales (Fierro y Carbajal, 2019: 16).

La convivencia y, en consecuencia, los climas sociales, pueden ser mejorados, y las y los profesores son actores centrales en esos procesos. En esa tarea, Milicic y Arón (2000) destacan la necesidad de favorecer la comprensión y lectura del entorno en que se encuentran involucrados; conectarse con sus propias vivencias y ser capaces de analizarlas. Otro aspecto que favorece los climas sociales es procurar la proximidad entre los valores y actitudes de la familia, para que las y los niños se identifiquen con su escuela.

En el siguiente apartado se presenta una propuesta desde la pedagogía que recupera el enfoque general del proyecto ANIMAH, así como las visiones y hallazgos de otros proyectos.

El tejido pedagógico para la salud comunitaria y la convivencia

Tanto en el proyecto ANIMAH como en otros proyectos presentados, se ha creado un tejido que abarca de manera simultánea los entornos físicos, ambientales, culturales, las relaciones en el aula, en la escuela, en la comunidad; los conocimientos, saberes, prácticas, el desarrollo y el aprendizaje.

Por lo tanto, se trata de estrategias pedagógicas de carácter amplio (Fierro, 2013) que incluyen una organización escolar flexible orientada al bienestar de todos los miembros de la comunidad escolar; una

organización que abre oportunidades de participación a los estudiantes en los diferentes aspectos de su proceso formativo, así como a docentes, directivos, familiares, comunidad, instituciones, investigadores y otros actores.

En este apartado se presentan (de manera integrada en ejes de intervención pedagógica) los aspectos que han demostrado ser relevantes para el proyecto ANIMAH y en otras experiencias de fortalecimiento de la salud integral comunitaria en la escuela, donde los procesos de develación de la realidad no se desvinculan de los procesos de transformación de esa realidad. En dichas experiencias se realizan las posibilidades, la esperanza que van construyendo las comunidades escolares.

Cuando lo que se ha buscado en estos proyectos es *afirmar la vida* sobre todo aquello que la amenaza, construyendo nuevas formas de vivir, producir, consumir y convivir, teniendo como horizonte el *bien común*, que ha incluido al planeta. Los tejidos y dispositivos pedagógicos que se han construido están orientados al vínculo, a la apertura de las identidades, al sentido de pertenencia, al ámbito de la experiencia, de la significación, de la creación de sentido. Se trata de dispositivos que se tornaron comunidades de cuidado, aprendizaje y desarrollo de la vida en comunidad de los que ahí participan.

Algunas características de estos tejidos pedagógicos es que desde la gestión y con la participación de todos los integrantes de la comunidad escolar, se impulsan la orientación para la nutrición y el cuidado del medio ambiente, la actividad física, el cli-

ma social y emocional y la salud mental. Se construyen nuevos saberes y prácticas para recuperar y mantener la salud. Asimismo, se hacen esfuerzos para visibilizar y combatir actitudes y situaciones de riesgo para la salud y el bienestar de toda la comunidad; se implementan programas concretos para favorecer la equidad educativa, y se fomentan relaciones de cooperación entre todos los integrantes de la comunidad.

De manera conjunta se construyen programas y acciones para la creación de un ambiente para la salud y el bienestar de la comunidad, el cual incluye el fomento del diálogo, la democratización y la inclusión, la creación de organismos o comisiones para fomentar la participación de todos en la toma de decisiones, y acciones que atañen a la comunidad escolar y promueven el desarrollo integral de las y los estudiantes en el cuidado de la salud, alimentación, ejercicio, desarrollo emocional y responsabilidad social.

En algunos de estos proyectos se ha incluido la atención a un ambiente laboral saludable, inclusivo y justo que promueva el bienestar de los trabajadores, su desarrollo profesional, personal y el trabajo colegiado.

La mayoría de estos proyectos contemplan como estrategias para promover la salud y el bienestar en las aulas y fuera de ellas a) la creación de ambientes saludables, justos, participativos, de respeto, afecto, cuidado mutuo, de oportunidades de desarrollo autónomo, emocional y social; b) procesos formativos que consideren como objeto de conocimiento, reflexión, investigación, construcción de estrategias, habilidades e intervenciones para la salud

y el bienestar de niñas, niños, comunidad y medio ambiente.

En el siguiente apartado se describen como en un tejido, los ejes de la intervención pedagógica y las acciones e interacciones formativas en los diferentes ámbitos, sujetos y procesos.

Procesos, ambientes y estrategias formativas en y para la salud integral, y el bienestar en comunidades escolares

Comprensión, lectura crítica del entorno e identificación del entramado

Del proyecto ANIMAH se recuperan aspectos relevantes para la observación de la realidad en un momento dado y en un contexto concreto con una visión abierta a la complejidad, a la crítica, identificando la trama de relaciones que forman esa realidad:

- Problematización de las prácticas de la alimentación, nutrición, origen y cultivo de los alimentos.
- Condiciones de salud física y mental, ambientales, sociales y culturales.
- Integración del conocimiento del territorio y la identidad cultural local
- Fractura social, violencias, prácticas culturales.
- Salud psicosocial y convivencia cotidiana.
- Recursos y saberes de la comunidad y su vinculación con las experiencias escolares.

- Creación de ambientes de justicia, bienestar y seguridad personal y colectiva.

La problematización y la construcción del entramado de las condiciones que, por un lado, ponen en riesgo, y por otro potencian la salud, tiene como condición favorable la creación de ambientes que permitan reconocer las opciones y servir de apoyo a una acción organizada; es decir, al mismo tiempo que se problematiza, se ponen en práctica otros saberes y formas de relación. De los autores mencionados en este capítulo, y de otros que han trabajado la salud integral y la convivencia en las escuelas, se retoman algunas condiciones favorables en la creación de ambientes saludables:

- En el aula y fuera de ella cada persona se siente física y emocionalmente segura, aceptada e incluida.
- Se viven experiencias de ser una persona valiosa, respetada, digna.
- Cada persona se siente motivada, con posibilidades de participar, perteneciente.
- La salud, el bienestar, la seguridad y la convivencia son temas que se discuten, se investigan, reflexionan y se emprenden acciones organizadas y colectivas para lograrlos.
- Existen normas justas y formas de organización que contemplan la integridad de cada persona.
- Hay redes de cuidado mutuo dentro de la comunidad escolar.

- La cultura de la responsabilidad social y del cuidado incluye al medio ambiente.
- Interacciones, salud y desarrollo integral.

Hay múltiples oportunidades para el desarrollo de capacidades democráticas, críticas, argumentativas, de entendimiento mutuo, de diálogo para enfrentar los conflictos sociales.

En las interacciones cotidianas se reconocen las necesidades físicas, sociales y emocionales de las y los estudiantes, docentes y personas involucradas, y se toma en cuenta su contexto sociocultural y ambiental.

Se crean relaciones de conexión emocional y respeto entre las personas.

El o la docente se desenvuelve como una persona genuina, consciente de sí misma y en formación permanente; trata a sus estudiantes con dignidad, entiende los sentimientos de éstos y responde apropiadamente a ellos.

El tipo de relaciones que se establecen en la comunidad escolar se orientan a la construcción, en las y los estudiantes y otros integrantes de la comunidad, de un sentido de pertenencia a una red social más amplia que influye en su identidad; se construyen las consideraciones de justicia y preocupación por los otros que permiten actuar con integridad de forma consistente con los propios valores.

Las interacciones en el aula y fuera de ella promueven en los estudiantes la capacidad para valorar las normas y las conductas; las reglas no solamente se practican,

sino que se concientizan; se promueve la moral de cooperación, de respeto mutuo, la intencionalidad, la autonomía, la responsabilidad y la solidaridad.

Las y los docentes tienen expectativas académicas altas, más allá del origen o condición de sus estudiantes.

Aprender, enseñar y desarrollo integral

Cuidar la salud propia, la de la comunidad y el medio ambiente como oportunidad de fortalecer los aprendizajes académicos.

Se integran conocimiento y reflexión de la cultura local y otras culturas a los procesos pedagógicos.

Se reconoce: a) que aprender y enseñar es relacional; b) al estudiante como eje de su quehacer docente y; c) a la educación y al aprendizaje como vía de fortalecer la salud y la transformación de su comunidad.

Las y los estudiantes creen que a los profesores les importa tanto su aprendizaje como su persona.

Las y los profesores modelan comportamientos saludables, sociales, emocionales, cívicos y éticos; promueven la participación de todos y todas, la cooperación para aprender, la cohesión grupal.

Se promueve que las y los estudiantes tengan una participación activa y cierto control en su proceso de aprendizaje.

Se promueven experiencias relevantes, auténticas, con sentido para los estudiantes; experiencias que promuevan no solamente el aprendizaje de contenidos, sino la salud integral, la convivencia y el bienestar.

Se emplea una diversidad de estrategias relacionadas con el contexto de los estudiantes: aprendizaje cooperativo,

asambleas, proyectos, resolución de conflictos, arte y experiencias estéticas.

Ambiente escolar saludable

Visión compartida sobre los problemas y metas de convivencia; aprendizaje, salud integral y bienestar; vinculación con la identidad cultural de la comunidad y responsabilidad con el medio ambiente.

Los responsables de la gestión ponen el tono del tipo de comunicación y cooperación favorable a la salud integral y al bienestar de todos.

Se involucra a todos los actores. Se favorece un clima positivo y se promueven la inclusión, la comunicación abierta, las decisiones compartidas, las oportunidades para mejorar la nutrición, la actividad física, la salud mental y el sentido de comunidad.

Se aprende de los errores.

Los indicadores de logro incluyen no sólo avances académicos sino logros sociales, emocionales, de bienestar, cívicos y éticos.

Los directivos y profesores también aprenden.

Ambiente socio-ecológico escolar

Del proyecto ANIMAH y otras experiencias se recuperan algunos elementos:

Fortalecer la cultura identitaria para establecer compromisos y alianzas a largo plazo entre actores involucrados.

Enriquecer la capacidad para hacer frente a la devastación ambiental y a la fractura del tejido social, de manera conjunta escuela-comunidad-instituciones

Mantener nexos de cooperación con la comunidad y otras instituciones

Compartir saberes y recursos con la comunidad, las instituciones y la investigación científica

En este apartado se han destacado los aportes de autores que le dan relevancia a la construcción de un ambiente social justo, incluyente, participativo, con identidad cultural, como condición favorable para la toma de conciencia y la crítica de la realidad, y como base para la organización de las acciones de la comunidad escolar para el fortalecimiento de la salud y la convivencia en la escuela.

Esta visión resulta pertinente, dada la ruptura del tejido social que se ha vivido en México; por ello, una alternativa es armar una contrapedagogía de la crueldad, que de acuerdo con Segato (2014, 38) es una pedagogía de la vincularidad que coloca el arraigo local y comunitario en el centro de la vida. Ese arraigo es, por excelencia, disfuncional al proyecto histórico del capital y —se agrega— es condición que está haciendo posible la construcción de prácticas de salud integral comunitaria.

Referencias

- Alfaro, Jaime, Ferran Casas y Verónica López (2015), “Bienestar en la infancia y adolescencia”, en *Psicoperspectivas. Individuo y Sociedad*, vol. 14, núm. 1, pp. 1-5. Recuperado de <<https://www.redalyc.org/pdf/1710/171033736001.pdf>>.
- Álvarez-Buylla, María Elena (2023), Presentación. Ciencias y Humanidades 9 Especial, Consejo Nacional de Humanidades, Ciencias y Tecnologías. Re-

- cuperado de <<https://conahcyt.mx/ciencias-y-humanidades-9/>>.
- Barreda, Andrés (2023), “Gestación y definición de las Regiones de Emergencia Sanitaria y Ambiental”, *Ciencias y Humanidades* 9, año 3, núm. 9. Recuperado de <<https://conahcyt.mx/ciencias-y-humanidades-9/>>.
- Campo, Lilia, *et al.* (2017), “Estilos de vida saludables de niños, niñas y adolescentes”, en *Salud Uninorte*, vol. 33, núm. 3, pp. 419-428.
- Centro para el Control y Prevención de Enfermedades y la Asociación para la supervisión y el desarrollo curricular (2023), “Escuela integral, comunidad integral, infancias y adolescencias integrales”. Recuperado el 12 de julio de 2024, de <<https://www.cdc.gov/healthyschools/wsc/index.htm>>.
- De Sousa Santos, Boaventura (2020), *La cruel pedagogía del virus*, Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales, Ciudad Autónoma, Buenos Aires, pp. 88.
- Dussel, Enrique (2020), “Cuando la naturaleza jaquea la orgullosa modernidad”, en *La Jornada*, 4 de abril de 2020.
- Fierro, Cecilia, y Patricia Carbajal (2019), “Convivencia escolar: Una revisión del concepto”, en *Psicoperspectivas. Individuo y Sociedad*, vol. 18, núm. 1, pp. 1-19. Recuperado el 2 de julio de 2024, de <<https://www.redalyc.org/pdf/998/99827467006.pdf>>.
- Fierro, Cecilia (2013), “Convivencia inclusiva y democrática. Una perspectiva para gestionar la seguridad escolar”, en *Sinéctica*, vol. 40, enero-junio. Recuperado de <http://www.sinectica.iteso.mx/articulo/?id=40_convivencia_inclusiva_y_democratica_una_perspectiva_para_gestionar_la_seguridad_escolar>.
- Freire, Paulo (1997), *Pedagogía de la autonomía. Saberes necesarios para la práctica educativa*, Siglo XXI, México.
- (1998), *Pedagogía de la esperanza. Un reencuentro con la pedagogía del oprimido*, Siglo XXI, México.
- Greenspan, Stanley (2009), *Overcoming Anxiety, Depression, and other Mental Health Disorders in Children and Adults: A New Roadmap for Families and Professionals*, Interdisciplinary Council on Developmental and Learning Disorders, Maryland.
- Medina-Mora, María Elena, y Shoshana Berenzon (2022), “La atención de la salud mental”, en *Ciencias y Humanidades* 4, ProNacES Salud I: Transformación de la Investigación en Salud, noviembre. Recuperado de <https://secihti.mx/wp-content/uploads/publicaciones-conahcyt/ciencias_y_humanidades/04_Ciencias_y_Humanidades.pdf>.
- Milicic, Neva, y Ana María Arón (2000), “Climas sociales tóxicos y climas sociales nutritivos para el desarrollo personal en el contexto escolar”, en *Psykhé*, vol. 9, núm. 2. Recuperado de <<https://revistaaisthesis.uc.cl/index.php/psykhe/article/view/20495>>.
- Ochoa, Juanita, y Soledad Hernández (2022), “Del sistema neoliberal a la Salud Integral Comunitaria”, en *Ciencias y Humanidades* 4, ProNacES, Salud I: Transformación de la investigación en salud, noviembre. Recuperado de <<https://conahcyt.mx/wp-content/>

- uploads/publicaciones_conacyt/ciencias_y_humanidades/04_Ciencias_y_Humanidades.pdf>.
- Orkan, Okan, Leena Paakkari y Kevin Dadaczynski (2020), “Alfabetización en salud en las escuelas. Estado actual”, en *Escuelas para la salud en Europa*. Recuperado de <https://www.researchgate.net/publication/344202587_Health_literacy_in_schools_State_of_the_art>.
- Peñaranda, Fernando, Jennifer López y Diana Molina (2017), “La educación para la salud en la salud pública: un análisis pedagógico”, en *Hacia la Promoción de la Salud*, vol. 22, núm. 1, pp. 123-133. Recuperado de <[10.17151/hpsal.2017.22.1.10](https://doi.org/10.17151/hpsal.2017.22.1.10)>.
- Rivera, Tlacaclé, Fabiola López y Luis García (2023), “No siempre comimos así. Los últimos 60 años de la alimentación en México”, en *Ciencias y Humanidades 6 | Soberanía Alimentaria*, marzo. Recuperado el 20 de julio de 2024, de <https://secihti.mx/wp-content/uploads/publicaciones_conacyt/ciencias_y_humanidades/06_Ciencias_y_Humanidades.pdf>.
- Sánchez, Adolfo (1977), “La filosofía de la praxis como nueva práctica de la filosofía”, en *Cuadernos Políticos*, núm. 12, Era, México.
- Secretaría de Educación Pública (2022), Marco Curricular y Plan de Estudios para la Educación Básica, Dirección General de Desarrollo Curricular de la Secretaría de Educación Pública, México.
- Segato, Rita (2014), “Las nuevas formas de la guerra y el cuerpo de las mujeres”, en *Revista Sociedade e Estado*, vol. 29, núm. 2, pp. 341-371. Recuperado de <<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-69922014000200003>>.
- Valenzuela, Luis (2016), “La salud desde una perspectiva integral”, en *Revista Universitaria de la Educación Física y el Deporte*, año 9, núm. 9, noviembre, pp. 50-59.
- Zemelman, Hugo (1997), *Conocimiento y sujetos sociales. Contribución al estudio del presente*, El Colegio de México, México.

*La ciencia de la salud integral comunitaria:
una transdisciplina en construcción,*
de Juanita Ochoa Chi (coordinadora).

Tiro: 500 ejemplares impresos,
septiembre de 2025.

El cuidado de la edición estuvo a cargo
de David Moreno Soto
y Caricia Izaguirre Aldana.

Formación de originales:
Maribel Rodríguez Olivares.

A pesar de que durante casi cuarenta años el neoliberalismo en México ha degradado las condiciones de vida de la mayor parte de la población, innumerables esfuerzos marginales subsistieron en nuestro territorio y fueron forjando una conciencia social y comunitaria que ha venido impulsando procesos de transformación en diferentes ámbitos de la vida social y política de nuestro país.

Parte de esa conciencia científica y social que maduró en ese periodo se pudo concentrar en los Proyectos Nacionales Estratégicos que, bajo el respaldo del Consejo Nacional de Humanidades, Ciencias y Tecnologías (Conahcyt), ahora Secretaría de Ciencias, Humanidades, Tecnología e Innovación, se enfocaron a la investigación e incidencia de los problemas más importantes detectados por comunidades y científicos críticos comprometidos con la sociedad y con el bienestar de nuestro país.

El libro que tienen ustedes a la vista resume en sus contenidos una diversidad de pasajes selectos de esta trayectoria científica y del conocimiento crítico heredado por esfuerzos provenientes de épocas anteriores y recientes en espacios locales, nacionales e incluso internacionales en lo referente a temas de salud integral comunitaria, conocimiento expresado por importantes conocedores del área de la salud, entendida ésta no sólo como la ausencia de enfermedad sino también como el ejercicio de diversas áreas de la dimensión vital esencial de la vida humana.

Los seis capítulos que integran el presente volumen, escritos por los integrantes de la Comisión Científica de Acompañamiento Comunitario del Proyecto de Investigación e Incidencia “Alimentación y Salud Integral Comunitaria”, recuperan este esfuerzo social que se entreteje con el proyecto ANIMAH (3003-Conahcyt), en el que participan como actoras y constructoras principales seis escuelas de educación pública en la zona centro y sur del país, acompañadas por científicos sociales comprometidos con las comunidades y pueblos de México.

ISBN:978-607-2649-07-1

