

De la higiene a la salud crítica: debates epistemológicos en la Educación para la Salud escolar

Gandini, María Agustina; Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación (FaHCE)-UNLP; agusgandini11@gmail.com

Resumen

La noción de salud ha sido objeto de múltiples definiciones y disputas a lo largo de la historia. Desde las primeras concepciones higienistas del siglo XIX, orientadas a la regulación de cuerpos y conductas, hasta los paradigmas biomédicos, comunitarios y críticos, cada modelo no solo expresa una determinada manera de comprender la salud y la enfermedad, sino también un modo de investigar, intervenir y educar.

Estas tensiones se hacen particularmente visibles en la Educación para la Salud (EpS), un campo en el que se han superpuesto prescripciones biomédicas, políticas públicas focalizadas y experiencias educativas con una intensidad emancipadora.

La presente ponencia propone una revisión teórico-epistemológica de dichos modelos, poniendo énfasis en la Educación para la Salud, entendida como un campo de intervención escolar.

Se analizan tres ejes:

La genealogía de la salud pública y de la EpS en Occidente y en América Latina, identificando los fundamentos epistemológicos de los modelos higienista, biomédico, comunitario y la salud colectiva;

La manera en que dichos modelos se tradujeron en políticas escolares y programas específicos de intervención en salud;

Las tensiones actuales entre perspectivas normativas y enfoques críticos que reconocen a la salud como derecho social y proceso colectivo.

Se sostiene que la EpS debe ser entendida como una práctica atravesada por disputas epistemológicas y políticas. La revisión muestra que, mientras los enfoques hegemónicos privilegian la prevención individual y la medicalización del cuerpo, las corrientes críticas impulsan nuevas formas de denominar la EpS acompañadas de metodologías participativas que promueven el empoderamiento de sujetos y comunidades.

Palabras clave: epistemología, salud pública, educación para la salud, escuela.

Introducción

La salud constituye un concepto polisémico y en permanente disputa. Su definición excede la dimensión biológica para considerar los aspectos sociales, culturales, económicos y políticos. Desde las primeras políticas higienistas de los Estados modernos, orientadas a regular la vida urbana y controlar los cuerpos, hasta las concepciones críticas que emergen a fines del siglo XX, las formas de entender la salud han condicionado la producción de saberes, las estrategias de intervención y las prácticas educativas.

En este recorrido, la escuela ha sido un escenario privilegiado para la implementación de políticas de Educación para la Salud (EpS). Con el objetivo declarado de formar hábitos y prevenir enfermedades, la EpS escolar ha reproducido en gran medida los enfoques biomédicos y conductuales dominantes, basados en la transmisión de información y en la responsabilización individual. Sin embargo, también ha sido el terreno donde se han ensayado experiencias alternativas que, influenciadas por la Educación Popular, conciben a la salud como un derecho social y apuestan por metodologías participativas y emancipadoras.

La presente ponencia se propone indagar en estas disputas epistemológicas. A través de una revisión teórica, se examinan los modelos de salud pública que han configurado la EpS y sus implicancias como campo de intervención en la escuela. El objetivo es mostrar cómo las concepciones de salud no solo definen estrategias de intervención, sino que también condicionan la construcción de objetos de estudio y de prácticas pedagógicas. De este modo, se busca contribuir a un debate que, lejos de ser meramente conceptual, tiene consecuencias directas en las formas de educar, cuidar y pensar los cuerpos.

Genealogía de los modelos de Salud Pública

La historia de la salud pública está atravesada por distintas concepciones de lo que significa “estar sano” y “estar enfermo”. Cada una de estas concepciones no solo definió prioridades de intervención, sino que también configuró modos de comprender el cuerpo, la enfermedad y el papel de la escuela en la formación de sujetos saludables. Si bien, como señala Gómez (2002) no es fácil precisar el origen de la salud pública, Franco (2006) sostiene que la misma se constituye a partir de un pensamiento científico basado en el paradigma biologicista que se remonta al siglo XVIII. Otros autores como Valadez Figueroa, Villaseñor Farías y Alfaro Alfaro

(2004) sostienen que se origina en el nacimiento de la higiene social y medicina social siendo disciplinas que aportaron nuevos conocimientos sobre determinantes sociales de la salud.

El modelo higienista (modelo biologicista)

Este modelo tiene sus inicios en el siglo XVIII mediante las primeras políticas de control sanitario. En el siglo XIX, con la consolidación de los Estados nacionales y el crecimiento de las ciudades se institucionaliza plenamente a través de sus discursos y prácticas. Este modelo de basa en el enfoque familiar de la vida sana y moral del cuerpo.

El cuerpo infantil era objeto de regulación mediante normas de conducta y pautas de higiene personal. La escuela se convirtió en un espacio clave para la transmisión de estos valores, con prácticas que buscaban disciplinar el cuerpo y garantizar la reproducción de una ciudadanía “ordenada” (Lionetti, 2011). Desde esta perspectiva, la salud estaba ligada a la limpieza, la moral y el control social; y la EpS no era una práctica reflexiva, sino un conjunto de prescripciones destinadas a moldear comportamientos, reforzar la obediencia y garantizar la normalidad social.

El modelo biomédico (modelo biologicista)

Este modelo se consolida en el siglo XX con el avance de la medicina moderna. En este paradigma, la salud es entendida como ausencia de enfermedad, reducida a parámetros biológicos y medibles. El cuerpo se considera un organismo susceptible de ser diagnosticado, tratado y corregido. Se refuerza nuevamente el modelo biologicista.

Este enfoque produjo un mayor impacto en la EpS. La enseñanza se organizó en torno a la transmisión de información acerca de las enfermedades y los hábitos “correctos”, con la expectativa de que el conocimiento llevaría automáticamente a la modificación de conductas (Moreno et al., 1995). Sin embargo, las investigaciones demostraron que la simple transmisión de información resultaba insuficiente para generar cambios sostenidos.

Las críticas al modelo biomédico señalaron su reduccionismo al invisibilizar los factores sociales, culturales y económicos que inciden en los procesos de salud y enfermedad (Breilh, 2003). Además, se lo cuestiona por fomentar la responsabilización individual: el sujeto aparece como único responsable de su salud, sin considerar las condiciones estructurales que determinan sus posibilidades reales de cuidado.

La promoción de la salud (avances y limitaciones)

El enfoque de promoción de la salud, comenzó a difundirse a nivel internacional en las décadas de 1970 y 1980, impulsado especialmente por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS). El hito más relevante de este paradigma fue la Carta de Ottawa en 1986, que consideró la definición de salud propuesta por la OMS (1948) definiendo la misma como “un estado de completo bienestar físico, mental y social” (p.1) y no únicamente como ausencia de enfermedad. A partir de esta declaración, se introdujeron conceptos como los determinantes sociales de la salud, participación comunitaria y la creación de entornos saludables como ejes centrales de las políticas públicas.

Este enfoque supuso un avance respecto al modelo biomédico clásico (González de Haro, 2011), en la medida en que reconoció que la salud depende de factores sociales y ambientales y no solo de variables biológicas. Asimismo, planteó la necesidad de fortalecer la autonomía de las personas y comunidades para que pudieran ejercer un mayor control sobre su propia salud. Sin embargo, la promoción de la salud mostró limitaciones importantes en el campo práctico. Gran parte de sus programas de EpS se tradujeron en la clasificación de poblaciones según factores de riesgo (fumar, sedentarismo, obesidad, consumo problemático de sustancias) y en la difusión de prescripciones para la adopción de estilos de vida saludables. De este modo, el discurso de la promoción mantuvo una fuerte impronta biomédica y conductual, ya que la intervención continuó orientándose a la modificación de conductas individuales más que a la transformación de las condiciones estructurales de vida (Breilh, 2003,2010; Laurell, 1982; Menéndez, 1990,2018)

En síntesis, la promoción de la salud constituyó un paso más allá del paradigma biomédico al introducir un lenguaje social y participativo. Sin embargo, al sostenerse en la racionalidad médica y en la lógica de los factores de riesgo, sus prácticas terminaron configurando una ampliación del modelo biomédico más que una ruptura epistemológica. Esa ruptura comenzará a gestarse en América Latina con la emergencia de la salud colectiva, que propondrá un cambio más radical al concebir la salud como un proceso histórico y político.

La salud colectiva en América Latina

En el contexto latinoamericano, hacia la década de 1970, comenzó a gestarse un paradigma alternativo al biomédico y a la promoción de la salud impulsada por la OMS. Este enfoque, denominado salud colectiva, se consolidó como un campo académico y político que cuestiona las bases epistemológicas de los modelos hegemónicos y propone una mirada radicalmente distinta sobre los procesos de salud y enfermedad.

La salud colectiva surge en diálogo con la Medicina Social Latinoamericana, influida por la tradición de la educación popular y por los movimientos sociales que denunciaban la desigualdad estructural en la región. Autores como Asa Cristina Laurell (1982), Jaime Breilh (2003, 2010), Eduardo Menéndez (1990, 2018) y Mario Testa (1993) fueron fundamentales en la constitución de este paradigma.

Uno de los aportes centrales fue la crítica a la noción de “determinantes sociales” de la salud, propuesta en la Carta de Ottawa, y la formulación del concepto de determinación social de la salud. A diferencia de la primera, que identifica factores externos que influyen sobre la salud, la determinación social plantea que los procesos de salud-enfermedad son producidos históricamente en el marco de las relaciones de poder, las estructuras económicas y los modos de producción.

De este modo, la salud colectiva no pone énfasis en los estilos de vida individuales sino en las condiciones de vida colectivas, reconociendo que las enfermedades no son solo el resultado de elecciones personales, sino de procesos estructurales como la pobreza, la explotación laboral, la desigualdad de género y la exclusión social. La intervención en salud vista desde este posicionamiento, no debe limitarse a modificar conductas individuales, sino que debe orientarse a la transformación de las condiciones sociales que generan enfermedad y sufrimiento.

En este sentido, la salud colectiva constituye una ruptura epistemológica: se distancia tanto del reduccionismo biomédico como del enfoque conductual de la promoción de la salud, para situar la salud en el terreno de lo político. La escuela, desde esta perspectiva, no es solo un espacio de transmisión de hábitos, sino un escenario donde se disputan sentidos sobre el cuerpo, la vida y la justicia social.

Otras vertientes críticas que han emergido con el desarrollo de la salud colectiva en América Latina han sido los estudios sobre biopolítica desde la tradición foucaultiana donde se analiza la salud como un campo de control social donde se definen las fronteras de lo normal y lo patológico; los enfoques feministas y de género donde se visibiliza la medicalización del cuerpo femenino, las violencias obstétricas, la patologización de las diversidades sexuales y de género; los enfoques decoloniales que critican formas de pensar y actuar en salud al margen de las cosmovisiones y prácticas de pueblos originarios y comunidades subalternizadas.

Estas corrientes dialogan con la salud colectiva y la complementan, aportando nuevas herramientas conceptuales para analizar formas de producción de saber y de intervención en salud.

En conjunto, estos modelos críticos contemporáneos abren un horizonte de reflexión donde se pone en cuestionamiento la universalidad de los discursos biomédicos, situando la salud como un campo atravesado por disputas epistemológicas, políticas y culturales

Educación para la Salud. Desarrollo y perspectivas.

La configuración del concepto EpS es un fenómeno evolutivo vinculado específicamente al desarrollo en ámbitos educativos y sanitarios (López Santos, 1988, en González, de Haro, 2011).

En el ámbito de la escuela, la EpS surgió como extensión de los discursos médicos y pedagógicos que buscaban regular la vida cotidiana de los niños y sus familias. Normas de higiene personal, hábitos alimentarios, disciplina corporal y prevención de enfermedades fueron los contenidos prioritarios en las primeras décadas del siglo XX (Carbonetti y Rodríguez, 2011) Esto se puede vincular a lo que Ferman *et al* (2008) menciona un enfoque de carácter informativo y puntual cuya práctica se basa en la transmisión de información con una intencionalidad formal.

Costa Cabanillas y López Méndez (2008) sostienen que la EpS fue una disciplina preponderante cuando se hizo énfasis en los estilos de vida durante gran parte del siglo XX, configurándose desde la perspectiva basada en la promoción de la salud. Esto se puede vincular a lo que Férman (2008) menciona un enfoque de carácter comportamental de la EpS. “(...) el comportamiento y el estilo de vida como elementos fundamentales en el cuidado y conservación de la salud de las personas, así como en la prevención de enfermedades o situaciones que pongan en riesgo la salud” (Fermán et al, 2008, p. 48).

Tomando las líneas de Fainsod y Busca (2017) estos modelos de la EpS se caracterizan por tener un corte liberal donde se presenta bajo dos modalidades diferenciales: la normativa y la de orientación personalizada.

La concepción normativa de la EpS concibe a la salud como ausencia de enfermedad. En este sentido, la salud es una herramienta de la medicina en tanto transmite y traduce el discurso científico a la gente común. En alianza con la educación, el espacio áulico es el lugar privilegiado para la normativización de los cuerpos. Los contenidos se basan en la información científica y el objetivo central de la EpS es recomponer los comportamientos considerados desviados, transmitiendo un contenido basado en la información científica que son el sustento de la norma a seguir para mantener el cuerpo sano y evadir o erradicar la enfermedad.

La concepción personalizada concibe a la salud, contrapuesta a la enfermedad y como el completo estado de bienestar y equilibrio físico, psíquico y social (definición de la OMS). En este sentido, aparece el comportamiento como el elemento de interés en la determinación de la salud. Esta perspectiva admite ciertos binarismos jerárquicos: cuerpo-mente; naturaleza-cultura; individuo-sociedad; salud-enfermedad; médico-paciente. La salud es tema de profesionales, especialistas y técnicos, cuyo saber científico y necesario determina planes, programas y actividades. La prevención es la norma por excelencia y los espacios educativos son los escenarios centrales tanto, para prevenir las conductas desviadas e inadaptadas, como para desarrollar actividades de promoción de salud basadas en la educación y saneamiento ambiental. Esta lógica, heredera del modelo biomédico, invisibilizó las condiciones sociales y económicas que limitaban las posibilidades de cuidado en amplios sectores de la población (Menéndez, 1990).

Como contrapartida a estos enfoques liberales, positivistas, surge el paradigma hermenéutico de la EpS. Esta perspectiva se centra en los acercamientos holísticos con preferencias en las teorías interaccionistas en educación. Asimismo, se focaliza en la importancia de los procesos más que en los objetivos y en el interaccionismo y las concepciones culturales, apoyando la participación y acción de las propias comunidades intervenidas e investigadas.

La emergencia de enfoques hermenéuticos e interaccionistas en EpS, en diálogo con la teoría crítica y la investigación-acción participativa, abrió en América Latina la posibilidad de concebir la salud no solo como objeto de transmisión de hábitos, sino como un campo de emancipación. Autores como Moreno et al. (1995) identifican una “tercera generación” de la EpS, caracterizada por su orientación participativa y crítica, cuyo propósito es reducir las desigualdades sociales mediante procesos educativos que fortalezcan la conciencia colectiva. En esta línea, Ferman *et al.* (2008) destacan el carácter radical, político, económico y ecológico de estos enfoques, cuyo objetivo central es democratizar la salud y disminuir las diferencias sociales en el proceso salud-enfermedad.

Este giro encuentra estrecha sintonía con la perspectiva de la salud colectiva latinoamericana, que plantea comprender la salud como un proceso que está determinado socialmente (Breilh, 2003; Menéndez, 2009). Asimismo, la educación popular en salud, inspirada por la pedagogía crítica de Paulo Freire (1973), otorga centralidad a la participación, el diálogo de saberes y la construcción de conciencia crítica. La pedagogía freireana permite pensar la EpS como un proceso de problematización que habilita a los sujetos a leer críticamente su realidad y actuar sobre ella.

Programas y políticas de Educación para la Salud en Argentina

En las últimas décadas, diversos programas nacionales reforzaron la presencia de la EpS en los ámbitos escolares, acompañando tendencias internacionales de la promoción de la salud. Sus orientaciones revelan tensiones entre enfoques de control de riesgos y perspectivas de derechos. En lo que respecta a la prevención y control de factores de riesgo, se desarrolla la campaña contra el tabaquismo (Ley 26.687/2011) y el consumo problemático de alcohol y drogas, así como iniciativas para combatir el sedentarismo (Ley 27.197/2015) y la obesidad infantil. Estos son ejemplos de políticas que apelan a la clasificación de conductas de riesgo y la formación de hábitos saludables. Estas acciones, si bien introducen un discurso preventivo, mantienen la lógica de la responsabilización individual, reforzando la idea de que la salud depende de elecciones personales más que de condiciones sociales.

Otra experiencia destacada es la Estrategia Nacional de Escuelas Saludables (ENES – ES), orientada a transformar a las instituciones educativas en entornos que promuevan prácticas saludables. También apelan a fomentar entornos saludables y reducir la exposición a factores de riesgo.

Por otro lado, la Ley de Promoción de la Alimentación Saludable (Ley 27.642/2021) (conocida como “Ley de etiquetado frontal”) permite el desarrollo de programas de alimentación y nutrición escolar. Estas iniciativas destacan la importancia de la alimentación en la salud.

En el ámbito comunitario las Plazas Saludables son programas municipales o iniciativas de gobiernos locales que buscan promover el bienestar y la salud de la comunidad, ofreciendo actividades gratuitas de ejercicio físico.

No obstante, todas estas campañas y programas que se inscriben, la mayoría, bajo el rótulo de “entornos saludables” suelen reducirse a la difusión de información nutricional y a la promoción de los beneficios de la actividad física, apelando a la responsabilidad individual en las elecciones cotidianas. Este enfoque, al centrarse en los estilos de vida, omite problematizar las desigualdades estructurales que condicionan el acceso a una dieta saludable y el poder económico y cultural de la industria de ultraprocesados en la configuración de consumos. Del mismo modo, la actividad física se concibe en términos reduccionistas, como un simple movimiento articular y muscular asociado a beneficios fisiológicos, sin considerar los contextos socio-culturales, políticos, económicos y estructurales que determinan las posibilidades de prácticas corporales en la vida cotidiana.

Por otro lado, el Programa Nacional de Salud Escolar [PROSANE] (2007), buscó articular acciones de promoción, prevención y atención básica en la escuela, a través de controles de

salud (peso, talla, visión, audición, vacunación), detección de problemas prevalentes y talleres de promoción de hábitos saludables. Si bien fue presentado como estrategia integral e intersectorial, en la práctica reprodujo una lógica biomédica de vigilancia y diagnóstico individual, utilizando la escuela como espacio de medicalización masiva (Stolkiner, 2009). Más que problematizar las condiciones de vida que afectan la salud de la infancia, se priorizó la detección de riesgos y la corrección de desviaciones.

A diferencia de estas iniciativas centradas en el riesgo, la Ley 26.150 (2006) marcó un quiebre al instituir la Educación Sexual Integral (ESI) como política pública obligatoria y transversal en todas las escuelas del país. La ESI abrió un espacio para pensar la salud desde la perspectiva de derechos, género y diversidad, ampliando el horizonte de la EpS o más bien, abriendo el camino a pensar una Educación en salud desde una perspectiva de la salud colectiva. No obstante, su implementación ha enfrentado resistencias culturales y políticas que muestran cómo la escuela es también terreno de disputa en torno a los sentidos de la salud, el cuerpo y la sexualidad.

En relación con investigaciones realizadas en el ámbito escolar en Argentina, se identificaron estudios sobre programas de alimentación saludable en escuelas primarias que evidencian que la efectividad de estas intervenciones depende no solo de la transmisión de información, sino también de las condiciones socioeconómicas de las familias y de la disponibilidad de alimentos accesibles (Moos et al., 2020). Otros trabajos sobre proyectos de actividad física en escolar evidenciaron que, pese a los objetivos de mejorar la salud, las prácticas se centraron en la disciplina corporal y la prevención de la obesidad, reforzando estigmatizaciones hacia los cuerpos que no se ajustan a la norma. Asimismo, una revisión sistemática de intervenciones de EpS en escuelas latinoamericanas concluyó que la mayoría de los programas se focalizan en la modificación de conductas individuales, con escasa problematización de los determinantes sociales (Martínez et al., 2019). Estas investigaciones en el ámbito escolar, muestran que, la escuela se manifiesta como un escenario de disputa donde se entrelazan las tensiones entre los enfoques prescriptivos y perspectivas críticas.

Tensiones epistemológicas y aportes críticos para pensar la Educación para la Salud escolar

El análisis de la Educación para la Salud (EpS) en el ámbito escolar permite reconocer que no se trata simplemente de una práctica pedagógica neutra, sino de un terreno atravesado por disputas epistemológicas y políticas. Los programas implementados en Argentina, como se

expuso en la sección anterior, muestran una clara predominancia de modelos que reproducen la lógica biomédica y conductual, principalmente a través de programas de control de riesgos y promoción de hábitos saludables. La Educación Sexual Integral (ESI) abre la posibilidad de avanzar hacia una perspectiva más crítica; sin embargo, diversos estudios han mostrado que, en la práctica, no siempre se concreta como un espacio de reflexión crítica. En muchos casos, su implementación se limita a una enseñanza centrada en lo biológico y en la prevención de riesgos, dejando de lado la reflexión sobre género, diversidad y derechos (Morgade, 2011; Elizalde, 2015; Fainsod, 2008).

Esta hegemonía evidencia los desafíos de construir una EpS que trascienda la mera transmisión de información y se afirme en una perspectiva transformadora. Aunque algunos programas incluyen referencias a lo social, lo hacen desde un enfoque parcial o reduccionista, sin problematizar críticamente las desigualdades estructurales. Como han señalado distintas revisiones académicas, la mayoría de las propuestas de EpS tienden a enfatizar factores de riesgo y estilos de vida, pero no logran sostener un análisis estructural, histórico y político de la salud (Martínez et al., 2019; Stolkiner, 2009).

En este sentido, resulta ineludible retomar la crítica de Eduardo Menéndez (1990, 2018) al modelo médico hegemónico (MMH) y a sus derivaciones preventivistas. Menéndez advierte que, aunque los discursos de la promoción de la salud parecen orientados a lo colectivo, en realidad terminan responsabilizando al individuo de su estado de salud. Se espera que los sujetos, una vez informados sobre factores de riesgo o estilos de vida saludables, modifiquen sus conductas de manera autónoma. Sin embargo, este modelo omite que las decisiones de cuidado no se toman en el vacío, sino en contextos de desigualdad económica, precariedad laboral y falta de acceso a recursos básicos.

Frente a estas limitaciones, la salud colectiva latinoamericana aparece como una ruptura epistemológica fundamental. Autores como Jaime Breilh (2010) y Alicia Stolkiner (2009) sostienen que la salud debe entenderse como un proceso socialmente determinado, atravesado por relaciones de poder, modelos de desarrollo y estructuras económicas. Esta perspectiva cuestiona la mirada individualizante de la promoción de la salud y propone, en cambio, situar el análisis en la determinación social de la salud, es decir, en las condiciones históricas, políticas y económicas que producen desigualdades. Desde esta óptica, la EpS se aleja de la normalización de hábitos y se aproxima a una práctica pedagógica orientada a la justicia social, posibilitando que la escuela sea un espacio de problematización y concientización sobre las condiciones de vida que afectan a niños, niñas y jóvenes.

Aquí resulta pertinente recuperar la pedagogía crítica de Paulo Freire (1973), quien cuestionó la educación “bancaria” y propuso una educación dialógica en la que los sujetos construyen conocimiento a partir de la problematización de su realidad. Aplicado al campo de la salud, este enfoque implica desplazar la EpS de un modelo prescriptivo y puramente informativo hacia una educación en salud concebida desde la perspectiva de la salud colectiva y de la educación popular en salud. La propuesta freireana habilita a repensar la EpS no como mera difusión de información, sino como un proceso emancipador, donde los estudiantes y las comunidades reflexionen críticamente sobre cómo las condiciones sociales, políticas y económicas inciden en su bienestar. La concientización freireana no es solo un proceso intelectual, sino también una práctica política que democratiza el conocimiento y abre la posibilidad de transformar las estructuras que producen enfermedad y desigualdad (Breilh, 2010; Stolkiner, 2009).

En conjunto, estos aportes, en sintonía con otros enfoques críticos como el análisis biopolítico de Foucault (1976), las perspectivas feministas o los enfoques decoloniales, permiten comprender que la EpS en la escuela no es una mera práctica de transmisión de información, sino un campo de disputa epistemológica y política. Mientras los modelos preventivistas y de promoción de la salud refuerzan la responsabilización individual y la medicalización de la vida escolar, la salud colectiva, la pedagogía crítica y otros enfoques ofrecen caminos para pensar una EpS emancipadora.

En este sentido, resultan oportunos los aportes al campo de la Educación Física. Reconocer estas dimensiones críticas nos invita a generar espacios de reflexión que permitan comprender que los problemas de salud no se explican únicamente por elecciones individuales, sino también por procesos sociales, económicos y culturales que exceden a la escuela, pero que en ella encuentran un espacio de disputa y transformación. Esto implica promover procesos de diálogo y concientización, problematizar las desigualdades y formar sujetos capaces de interpretar críticamente su realidad y actuar sobre ella. Tal perspectiva es clave para que, como profesionales de la Educación Física, nuestras prácticas no se reduzcan a una función instrumental de transmisión de hábitos, sino que se constituyan en espacios de producción crítica de conocimiento, desde los cuales sea posible vincular el cuidado de la salud con la justicia social y la democratización del saber.

Referencias

Argentina. Congreso de la Nación. (2006). *Ley N.º 26.150. Programa Nacional de Educación Sexual Integral*. Boletín Oficial de la República Argentina.

- Argentina. Congreso de la Nación. (2011). *Ley N.º 26.687. Regulación de la publicidad, promoción y consumo de los productos elaborados con tabaco*. Boletín Oficial de la República Argentina.
- Argentina. Congreso de la Nación. (2015). *Ley N.º 27.197. Promoción de la concientización pública sobre la importancia de la actividad física y lucha contra el sedentarismo*. Boletín Oficial de la República Argentina.
- Argentina. Congreso de la Nación. (2021). *Ley N.º 27.642. Promoción de la alimentación saludable [Ley de Etiquetado Frontal]*. Boletín Oficial de la República Argentina.
- Breilh, J. (2003). *Epidemiología crítica: Ciencia emancipadora e interculturalidad*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Breilh, J. (2010). *Ciencia emancipadora, pensamiento crítico e interculturalidad*. Universidad Andina Simón Bolívar, Sede Ecuador.
<https://repositorio.uasb.edu.ec/handle/10644/XXXX>
- Carbonetti, A., & Rodríguez, M. L. (2011). Concepciones y discursos frente a la tuberculosis en Argentina: la construcción del sanatorio Ascochinga, Córdoba 1925. *Dynamis*, 31(2), 307–330. <https://doi.org/10.4321/S0211-95362011000200006>
- Costa Cabanillas M, López Méndez E. (2008) *Educación para la salud. Guía práctica para promover estilos de vida saludables*. Ediciones Pirámide.
- Elizalde, S. (2015). *Sexualidades y derechos: Reflexiones en torno a la ESI*. Buenos Aires: Ministerio de Educación de la Nación.
- Fainsod, P. (2008). Políticas de educación sexual en la escuela: Avances y tensiones en torno a la ESI. *Revista Argentina de Educación Sexual Integral*, (2), 15-28.
- Fainsod, P. Y., y Busca, M. (2017). *Educación para la salud y género: escenas del currículum en acción*. Homo Sapiens Ediciones.
- Ferman, L., Lorenzo, S., & Perea, C. (2008). Educación para la salud: Historia, paradigmas y desafíos actuales. *Revista de Salud Pública*, 10(1), 45-54.
- Foucault, M. (1976). *Historia de la sexualidad. Vol. 1: La voluntad de saber*. México: Siglo XXI.

- Franco, G. (2006). Tendencias y teorías en salud pública. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 24(2), 119-130.
- Freire, P. (1973). *Pedagogía del oprimido*. Buenos Aires: Siglo XXI Editores.
- Gómez A., RD, (2002). La noción de salud pública: consecuencias de la polisemia. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 20 (1),
- González de Haro, M. (2011). La educación para la salud en la escuela: Un enfoque participativo. *Revista Española de Pedagogía*, 69(250), 45-62.
- Laurell, A. C. (1982). La salud-enfermedad como proceso social. *Cuadernos Médico Sociales*, 19, 1–10
- Lionetti, L. (2011). La infancia como problema social en la Argentina de principios del siglo XX: Una mirada desde la historia social de la educación. *Anuario de Historia de la Educación*, 12(1), 61–84.
- Martínez, J., Pérez, R., & Gómez, M. (2019). Intervenciones de Educación para la Salud en escuelas latinoamericanas: Una revisión sistemática. *Revista Latinoamericana de Salud Colectiva*, 15(3), 45-62.
- Menéndez, E. (1990). *Morir de alcohol: Saber y hegemonía médica*. México: CIESAS.
- Menéndez, E. (2018). *La parte negada de la cultura: Relativismo, diferencias y racismo*. Rosario: Prohistoria Ediciones.
- Menéndez, E. L. (2009). *De sujetos, saberes y estructuras: Introducción al enfoque relacional en el estudio de la salud colectiva*. Lugar Editorial.
- Ministerio de Salud de la Nación & Ministerio de Educación de la Nación. (2007). *Programa Nacional de Salud Escolar (PROSANE)*. Buenos Aires: Presidencia de la Nación.
- Moos, A. C., Oberto, M. G., Biondini, R. S., & Destéfanis, R. (2020). Alimentación saludable dentro del ámbito escolar: construcción extensionista entre Escuela y Universidad. *Masquedós – Revista de Extensión Universitaria*, 5(5), 8. Recuperado de <https://ojs.extension.unicen.edu.ar/index.php/masquedodos/article/view/88>
- Moreno, AS, García, ER, Estévez, VS y Campos, PM (1995). Estructuras de racionalidad en educación para la salud: fundamentos y sistematización. *Revista Española de Salud Pública*, 69 (1), 5-15.

- Morgade, G. (2011). *Educación sexual integral con perspectiva de género: Aportes para su implementación*. Buenos Aires: Paidós.
- Organización Mundial de la Salud [OMS] (1986). Carta de Ottawa para la promoción de la salud. Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud, Ottawa, 17–21 de noviembre de 1986. <https://www.paho.org/es/documentos/carta-ottawa-para-promocion-salud>
- Organización Mundial de la Salud [OMS] (1948). *Constitución de la Organización Mundial de la Salud*. OMS. <https://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/SP/constitucion-sp.pdf>
- Stolkiner, A. (2009). Determinación social de la salud: Una perspectiva crítica para el análisis de las políticas sanitarias. *Salud Colectiva*, 5(3), 307-318.
- Testa, M. (1993). *Pensar en salud*. Lugar Editorial
- Valadez Figueroa, I., Villaseñor Farías, M., & Alfaro Alfaro, N. (2004). Educación para la Salud: la importancia del concepto. *Revista de educación y desarrollo*, (1), 43-48.