

La Problematicación de la Salud de las Personas Jóvenes en las Políticas de Promoción de la Salud. México, 2013-2018.

Diana Milena Fandiño Martín

Dra. Oliva López Arellano
Directora

Dra. Soledad Rojas Rajs
Asesora

Maestría en Medicina Social
Universidad Autónoma Metropolitana – Unidad Xochimilco
División Ciencias Biológicas y de la Salud
Departamento de Atención a la Salud
Ciudad de México
Mayo de 2025

Diana Milena Fandiño Martín

La Problematicación de la Salud de las Personas Jóvenes en las Políticas de Promoción de la Salud. México, 2013-2018.

Artículo presentado como requisito parcial para la obtención del título de Maestra en Medicina Social. División de Ciencias Biológicas y de la Salud (DCBS). Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco (UAM-X).

Directora: Dra. Oliva López Arellano

**Ciudad de México
Mayo de 2025**

Agradecimientos:

A todas las mujeres que con sus palabras, ejemplos, prácticas, cuidados y apoyo hicieron posible soñar, vivir y culminar de este ciclo de aprendizaje.

A mi madre, mis hermanas y hermanos,
A mis amigas y hermanas por elección,
Compañeras y compañeros de estudio y práctica política.

A mis profesoras y profesores de la maestría,
A Sol y a Oli,
A La Casa Abierta al Tiempo.

A la clase trabajadora de Abya Yala y el Sur Global.

**La Problematicación de la Salud de las Personas Jóvenes en las Políticas de
Promoción de la Salud. México, 2013-2018.**

Tabla de contenido

Resumen.....	5
Introducción	6
Las políticas en la construcción social de la salud colectiva	6
Políticas de promoción de la salud	8
Jóvenes y adolescentes en la política social contemporánea	10
Metodología	13
Resultados y discusión.....	17
Conclusiones	22
Referencias.....	23

Resumen. El objetivo de este artículo es describir la problematización que hacen las políticas nacionales de promoción de la salud en México, acerca de las necesidades en salud de las personas jóvenes, desde el análisis de textos de política pública como programas, normas oficiales y manuales, que conformaron el corpus seleccionado por su carácter prescriptivo. Se realizó un análisis cualitativo, a través de una adaptación del modelo desarrollado por Carol Bacchi para el análisis de políticas como discurso, particularmente se cuestionó la forma en que se problematizan: a. las necesidades en salud de las personas jóvenes, b. al sujeto joven saludable y c. las respuestas de promoción de la salud delimitadas. Se utilizaron como categorías de análisis a. el problema representado; b. las soluciones propuestas; c. los supuestos de base de la problematización y; d. los silencios identificados. Como resultado se observa que las políticas públicas de promoción de la salud para jóvenes representan como problemas la morbimortalidad y el comportamiento considerado de riesgo de las personas, y la transformación de los servicios de salud; el sujeto joven es representado como individuo de riesgo para sí mismo y para los demás y; las prácticas de promoción de la salud que se proponen derivan del paradigma conductual-individualista y los estilos de vida saludables.

Palabras clave: Política de salud, políticas públicas, promoción de la salud, política como discurso, adolescentes, jóvenes, sujeto saludable, problematización, representación de problemas, *WPR approach*, desigualdades sociales en salud.

Introducción

El objetivo de este trabajo es describir cómo se problematizan las necesidades en salud de las personas jóvenes en las políticas de promoción de la salud, y cómo son el sujeto saludable y las prácticas de PDS específicas que desde tal problematización se constituyen. Para ello se adopta un enfoque metodológico que considera las prácticas de problematización como centrales en el ejercicio de gobierno y que cuestiona la definición funcionalista de las políticas, pues les asume un rol productivo. Se asume una comprensión sociohistóricamente determinada de la adolescencia y la juventud, y se considera la producción de estereotipos sobre lo juvenil provenientes de las prácticas y discursos institucionales. En este sentido, se entiende que tanto el proceso salud-enfermedad como las prácticas sociales orientadas a atender y/o resolver las necesidades asociadas a este, son sociohistóricamente determinados. La Promoción de la Salud, como componente fundamental en la intervención estatal sobre la salud del grupo de los jóvenes, es comprendida como práctica social y movimiento ideológico, por lo que fue analizada en su capacidad de producir discursos y prácticas con capacidad de reproducción y resistencia, respecto a las relaciones de poder en el campo de la salud.

Las políticas en la construcción social de la salud colectiva

El proceso salud-enfermedad-atención (Menéndez, 1994) se construye en condiciones sociales e históricas específicas. Es decir, que tanto las formas de abordar y comprender el proceso salud-enfermedad, como las prácticas sociales orientadas a resolver o atender las demandas del proceso, lejos de estar definidas por criterios exclusivamente técnicos y científicos, se encuentran determinados por procesos económicos, políticos e ideológicos de carácter estructural (Laurell, 1978; Madel, 2004; Tetelboin, 1997). Salud y enfermedad no son, entonces, solamente categorías científicas, sino categorías políticas (Navarro, 1997). Asumir que tales definiciones emergen de y en la especificidad de una correlación de fuerzas particular a la unidad económica-social en la que acontece, posibilita el planteamiento de que determinados discursos y concepciones sobre salud tienen la capacidad de orientar la respuesta social organizada al proceso salud-enfermedad-atención (Rojas Rajs, 2016).

La comprensión de lo simbólico y lo político como indisociables exalta la importancia de los sistemas de clasificación ensamblados en el lenguaje que se usan para describir y aprehender la realidad (Fonseca & Cardarello, 2005), para que los análisis de los usos e implicaciones de palabras, conceptos y argumentos se hagan en situaciones concretas y contextualizadas.

Así mismo, en lo que a la inteligibilidad de la realidad social refiere, se contempla la unidad entre lo político y lo económico a través de la comprensión del capital como relación social que opera bajo su propia lógica (Osorio, 2012) con características sociales e históricas específicas.

Para Laurell (2010) el discurso neoliberal como posición político-ideológica de la economía neoclásica contemporánea, crea sus propias justificaciones verosímiles en el campo de la salud, donde el discurso científico dominante actual, en su construcción y circulación de evidencias y conocimientos "científicos", sobre los cuales basa su legitimidad, operan como parte de un engranaje de ejercicio del poder, en el que la comunicación tiene un lugar central.

En consecuencia, las políticas públicas de salud pueden ser comprendidas como mediaciones, directrices que emanan del Estado para imponer sobre la colectividad una manera racional de proceder respecto de un asunto particular, posicionado como de interés común, aun cuando corresponda, principalmente, a una lectura interesada de una minoría hegemónica (Castro Albarrán, 2016). En su cualidad de discursivas, las políticas tienen un doble efecto, por un lado, materializan concepciones sobre cómo debe ser la vida, por otro, las reproducen. Más que discurso, las políticas públicas materializan prácticas y en ese sentido son biopolíticas (Foucault, 2006).

En general, el argumento es que las maneras dominantes de problematizar la realidad enmascaran las relaciones de poder existentes, individualizan la responsabilidad por las condiciones materiales de vida, y apartan la atención de las condiciones estructurales que propician resultados desiguales (Bacchi, 2000).

Políticas de promoción de la salud

La promoción de la salud (PDS) ha sido posicionada desde la segunda mitad del siglo XX por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y otros organismos multilaterales, como principal estrategia política para atender a las demandas contemporáneas de la salud colectiva en el mundo y conquistar la igualdad en salud al interior de los países y entre estos (OMS, 1987). Ya en el siglo XXI se agregó el llamado a que la promoción de la salud sea incluida como objetivo de todas las políticas, desde la publicación del informe de resultados del trabajo desarrollado por la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud de la OMS (CDSS, 2009). Por lo que los gobiernos la han incluido en gran parte de los documentos políticos y programáticos del sector salud; e incluso se han creado divisiones administrativas de alto nivel bajo su título, como es el caso de la Dirección General de Promoción de la Salud y la Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud, a la que se adscribe la primera, de la Secretaría de Salud en México. Dicho de otra manera, la promoción de la salud ha sido integrada como parte de los sistemas nacionales de salud y constituye parte de los esfuerzos y acciones públicas, materializadas en políticas y emprendidas con el fin de modificar las condiciones de salud de las poblaciones.

La PDS no tiene un significado unívoco, sino que por el contrario engloba un conjunto contradictorio de sentidos, significados, prácticas y alcances políticos. Para Castro Albarrán (2016) el discurso actual de la promoción de la salud se encuentra bajo la tensión de los paradigmas médico-preventivista, conductual-individualista y de la salud colectiva. Este autor sostiene que con la difusión del informe de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud (2009), el discurso de la promoción de la salud, especialmente en algunas de sus vertientes -desarrollo de capacidades de las personas para decidir sobre estilos de vida saludables, establecimiento de políticas públicas reductoras de riesgos, de información y protección al consumidor, y políticas de mejoramiento de ciertos entornos- viene fortaleciéndose y consolidándose como programa ideológico de un nuevo movimiento, que no sólo orienta las prácticas en salud a la contención de costos de la atención de enfermedades, sino que en su corriente hegemónica, inscrito en el paradigma conductual-individualista, promueve el consumo de “estilos de vida saludables” en el mercado y ha llegado a constituirse en una estrategia biopolítica que participa en la construcción de

determinado tipo de sujetos sociales, con características útiles a la estructura económica contemporánea dominante y alejados del sujeto social con capacidad de controlar sus condiciones de vida y ejercer el derecho a la salud que impulsó la Promoción de la Salud en Ottawa (OMS, 1987).

Lo anterior ha acontecido en un contexto de reconfiguración de un nuevo patrón de acumulación, que pasa por una reorganización de la división internacional del trabajo y las relaciones internacionales; las reformas al Estado y las políticas sociales; así como los sistemas de salud y seguridad social (Almeida, 2002) y sus implicaciones sobre la condición o cuestión social (Valle, 2010; Villarespe Reyes et al., 2013); con una expresión específica sobre los países de la región de América Latina y la forma específica del caso mexicano. Lo anterior constituye el marco de referencia en el que se analizará la PDS como objeto social disputado -desde la comprensión de este como movimiento ideológico y práctica social- que por un lado refleja contradicciones propias y ajenas al campo de la salud, y por otro tiene capacidad político-ideológica para incidir en el proceso salud-enfermedad-atención colectivo.

La PDS puede ser comprendida y abordada como campo conceptual, de conocimiento y práctica (Buss, 2000); como movimiento ideológico, práctica política estratégica de la acción del Estado por medio de políticas públicas y, por tanto, una cara del biopoder que tiene la función de gobernar el cuerpo social (Ávila, 2014; Castro Albarrán, 2016b; Czeresnia, 2003) a través de la especialización de prácticas sobre ciertos grupos de población, como por ejemplo jóvenes, adolescentes, personas adultas mayores, con discapacidad, pertenecientes a pueblos indígenas, etc. Para el objeto de análisis de este trabajo se resalta la cualidad práctica de la PDS como discurso, que constituye relaciones de poder en el campo de la salud que limitan modos de pensar y genera efectos subjetivadores que establecen posiciones de sujetos y divisiones de grupos.

Jóvenes y adolescentes en la política social contemporánea

Para pensar y desnaturalizar las problematizaciones que sobre la salud de las personas jóvenes y/o adolescentes se promueven, se tuvo en cuenta que tanto juventud como adolescencia son categorías sociales que emergieron hacia fines del siglo XVIII en Europa, corresponden a la consideración, como particularidad, de los caracteres que distinguen a la persona joven del niño y del adulto (Urteaga, 2011). La emergencia de la adolescencia introdujo cambios en el ejercicio de la vida sexual (Alcalá Ramírez et al., 2011) y en las formas de inserción social por medio del trabajo. A pesar de la aparición de la adolescencia como una teoría normativa que la considera una fase universal de desarrollo biológico y psíquico y que, por tanto, deja al entorno social y cultural en segundo plano (Pérez Islas, 2008); lo cierto es que adolescente y joven son categorías constituidas por colectivos e individuos que tienen experiencias, prácticas sociales y condiciones de vida distintos, en función de complejas articulaciones entre el género, la clase social, la etnia, la especificidad local y las marcas que tales relaciones imprimen en la subjetividad individual y colectiva, así como en la idea misma de “juventud” (Barroso et al., 2010; Pérez Islas, 2009).

Consecuentemente con su carácter social, no existe un rango etario único para delimitar a las personas jóvenes. Internacionalmente la ONU (2010) emplea el rango 15 – 24 años, para la OMS (1986) el rango etario es 10 – 24 años, compuesto por los rangos de adolescentes (10 – 19 años) y el de jóvenes (15 – 24 años). En México, el IMJUVE (1999) emplea el rango de 12 a 29 años, el INEGI (2014) usa el rango 15 – 29 años, CONAPO (2000) los comprende entre 15 – 24 años y la Secretaría de Salud de México (2013) retoma el rango etario de la OMS para adolescentes (10 – 19 años), incluyendo a los jóvenes adultos dentro del rango más general de adultos de “20 años o más”. Las clasificaciones por edad descritas evidencian entrecruzamientos entre las categorías de adolescentes y jóvenes.

La organización de las edades es siempre una organización de la distribución del poder social, en la que la no integración o integración parcial en la estructura productiva o reproductiva de la sociedad es el resultado de una redefinición de los límites entre adultos y jóvenes, de una nueva repartición de los poderes, en favor de los adultos (Bourdieu, 2002; Urteaga, 2011). Bourdieu (2002) observó que el esfuerzo por homogenizar experiencias e intereses colectivos, con una condición biológica como la edad, ignora y manipula las diferencias

concretas en las formas de vida de las personas jóvenes. En este sentido, Alemán Martínez (2013) sostiene que no es poco habitual que se usen variables de carácter biológico, como la edad, para enmascarar desigualdades, sociales y en salud, y eliminar responsabilidades sociales para con sectores o grupos de la sociedad.

Para Urteaga (2011; Urteaga & Sáenz, 2012) la construcción teórica de la juventud se desarrolla en situaciones históricas que contribuyen a definir sus contenidos, y llega de manera fragmentada a hacer parte del conocimiento del sentido común y, por tanto, a influir en las representaciones y discursos sobre la juventud. Usar referentes teóricos estáticos para un fenómeno dinámico como la juventud termina siendo fuente de estereotipos sobre lo juvenil también en las instituciones, que los preservan y legitiman a través de la puesta en circulación de preceptos y prácticas.

Algunas de las concepciones identificadas en el campo de las políticas públicas dirigidas a los jóvenes son: a. la juventud como etapa transitoria hacia la adultez (Comas, 2011; Chorny, 2016; Groppo, 2017), etapa con miras a la construcción de ciudadanía (Agudo y Alborná, 2011; Chorny, 2016) o a una socialización en los valores y rutinas de las instituciones sociales que trascienden la vida privada y la esfera familiar (Groppo, 2017); 2. la juventud como objeto o sector problemático (Goig y Núñez, 2011; Chorny, 2016), asociado con la delincuencia (Jager et. al., 2014); 3. la juventud como sector en riesgo de desarrollar conductas por fuera de la norma (Groppo, 2017); 4. los jóvenes como actores sociales (Groppo, 2017), partícipes y evaluadores de las políticas de juventud (Cano, 2011), con autonomía política y capacidad de transformación positiva (Jager et. al., 2014), y 5. como sector estratégico para el desarrollo (Chorny, 2016).

Es común que el término adolescencia se emplee para referirse a los jóvenes en términos de procesos biológicos-psicológicos inherentes, individuales y definidos; mientras que el término juventud se vincula principalmente con procesos históricos, sociales, culturales y políticos. Para algunos autores las políticas con trasfondos de ideas asociadas a la adolescencia, por tener connotaciones negativas alrededor de la dependencia, la irresponsabilidad e inestabilidad emocional, pueden resultar en aproximaciones e intervenciones coercitivas y autoritarias (Barroso et al., 2010; Vilella & Doreto, 2006), mientras otros consideran que es posible rescatar la agencia y creatividad de la gente joven,

bajo la etiqueta de adolescencia, como parte de una elección teórica que pone en cuestión y ubica en las relaciones sociales el propio concepto de adolescencia (Alcalá Ramírez et al., 2011; Urteaga, 2011).

Para lograr el objetivo de describir la problematización que hacen las políticas nacionales de promoción de la salud en México, acerca de las necesidades en salud de las personas jóvenes, se realizó el abordaje metodológico de la política de promoción de la salud como discurso (Bacchi, 2000; Bacchi & Goodwin, 2016), por medio del cuestionamiento sobre los límites discursivos que orientan modos de pensar y atender las necesidades en salud de las personas jóvenes, así como los posibles efectos subjetivadores que establecen posiciones de sujetos y divisiones en grupos, también denominadas “prácticas divisorias” (Foucault, 1988).

Metodología

Para resolver el objetivo del estudio se empleó diseño de estudio no experimental, cualitativo, descriptivo, documental y retrospectivo, como parte de una investigación de maestría sobre la política de promoción de la salud para jóvenes como estrategia biopolítica enmarcada en los procesos de inserción a la globalización económica y de los ciclos de reformas al Sistema Nacional de Salud en México, que consideró el periodo programático y de gobierno de 2013 a 2018, en el nivel federal y en la capital del país.

Los principales preceptos de la estrategia metodológica adoptada son: i) En la acción misma de proponer unas intervenciones categorizadas como soluciones, las políticas están señalando lo que los sus hacedores ven como problemático en ese ámbito; ii) a partir de las problematizaciones, las políticas crean representaciones de lo social que afectan material y simbólicamente la forma específica en que las sociedades son gobernadas y por tanto, los modos de vida de sus miembros; iii) las problematizaciones no son neutrales; sino productos socio-históricamente situados que reflejan las relaciones de poder y la correlación de fuerzas entre clases sociales y otras relaciones sociales.

La propuesta metodológica de Bacchi (2000) denominada *What's the problema represented to be? -WPR*, fue adaptada y traducida para este trabajo como *¿cuál es la Representación del Problema en Cuestión? -RPC*, esta aproximación metodológica, que permitió analizar las políticas de promoción de la salud como discurso, considera que el gobierno se ejerce a través de las formas en que los asuntos sociales son problematizados. Así, problematizar no se refiere a poner en tela de juicio una interpretación o argumento, sino al proceso de presentar algo como problemático, lo que implica una intención de darle forma de problema y delimitar una inteligibilidad específica para su abordaje (Bacchi & Goodwin, 2016). En este sentido, las políticas y sus propuestas de acción producen "problemas" como tipos particulares de problemas, contrario a la definición funcionalista de la política como actividad de "resolución de problemas" previamente existentes y como práctica basada en evidencias. En general, el argumento es que las maneras dominantes de problematizar la realidad enmascaran las relaciones de poder existentes, individualizan la responsabilidad por las condiciones materiales de vida, y apartan la atención de las condiciones estructurales que propician resultados desiguales (Bacchi, 2000).

La implementación del modelo RPC consistió en: construir un corpus de documentos susceptibles de ser analizados; cuestionar el corpus con las preguntas que componen el método; categorizar y; analizar la información obtenida.

El corpus (cuadro 1) se conformó con documentos prescriptivos, principalmente de carácter administrativo (programas), correspondientes al período 2013-2018, cuya clasificación corresponde a su relación con las categorías conceptuales utilizadas, así: I. documentos que contienen propuestas de PDS específicas para el grupo de jóvenes, II. documentos que contienen propuestas generales de PDS y problematizan la salud de los jóvenes como grupo específico, III. documentos que contienen propuestas generales de PDS. Los correspondientes a la entidad federal, en su mayoría son programas de los que emanan proyectos específicos, a la vez que responden a los lineamientos estratégicos planteados en el Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018 y el Plan Sectorial de Salud 2013-2018. Los que corresponden a la Ciudad de México, principalmente los emitidos por los Servicios de Salud Pública corresponden a la expresión local del Programa de Atención a la Salud de la Infancia y la Adolescencia.

<i>ENTIDAD</i>	<i>EMISOR</i>	<i>DOCUMENTO</i>	<i>TIPO</i>	<i>TEMPORALIDAD</i>	<i>CLASIFICACIÓN</i>
CDMX	INJUVE	Salud, Balance y Bienestar Joven	Estrategia	2015	I
CDMX	SSPDF	Programa Trabajo adolescencia	Programa	2013	I
CDMX	SSPDF	Programa Trabajo adolescencia	Programa	2014	I
CDMX	SSPDF	Programa Trabajo adolescencia	Programa	2015	I
CDMX	SSPDF	Programa Trabajo adolescencia	Programa	2016	I
CDMX	SSPDF	Programa Trabajo adolescencia	Programa	2017	I
CDMX	SSPDF	Programa Trabajo adolescencia	Programa	2018	I
Federación	IMSS	Guía para el cuidado de la salud Adolescentes	Educativo	2014-2018	I
Federación	SSA-Dirección General de Promoción de la Salud	PAE – Salud para la infancia y la adolescencia	Programa	2013- 2018	I

<u>ENTIDAD</u>	<u>EMISOR</u>	<u>DOCUMENTO</u>	<u>TIPO</u>	<u>TEMPORALIDAD</u>	<u>CLASIFICACIÓN</u>
Federación	SSA-Dirección General de Promoción de la Salud	PAE – Promoción de la salud y determinantes sociales	Programa	2013-2018	I
Federación	SSA-Dirección General de Promoción de la Salud	PAE – Alimentación y actividad física	Programa	2013-2018	II
Federación	SSA-Comisión Nacional Contra las Adicciones	PAE – Prevención y atención integral de las adicciones	Programa	2013-2018	I
Federación	SSA-Secretariado Técnico del Consejo Nacional para la Prevención de Accidentes	PAE – Seguridad vial	Programa	2013-2018	II
Federación	SSA-Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva	PAE – Salud sexual y reproductiva para adolescentes	Programa	2013-2018	I
Federación	SSA-Dirección General de Promoción de la Salud	PAE – Entornos y comunidades saludables	Programa	2013-2018	III

Cuadro 1. Caracterización del corpus

En este enfoque metodológico (Chao, 2019) el problema más que algo real o externo para descubrir y resolver, es un objeto en permanente creación, lo que no significa que no existan situaciones preocupantes, sino que exalta la imposibilidad de referirse a ellas por fuera de sus representaciones, que son las que dan forma al problema e indican lo que debería hacerse o no al respecto. En este sentido, una descripción o representación de cualquier tema a tratar en la problematización es concebido como una interpretación, por lo cual el análisis se ocupa de las interpretaciones en competencia para delimitar el problema. En el modelo desarrollado por Bacchi (según Chao, 2019): “1) *necesariamente* toda propuesta de cambio y solución de un problema contiene una representación que le da forma; 2) estas representaciones implican suposiciones que generalmente no son analizadas pues se naturalizan; y 3) el marco permite ver tanto las limitaciones del cambio, a través de la forma que se da al problema, como los temas *desproblematizados* mediante los silencios y vacíos en las políticas analizadas” (Chao, 2019, p. 139).

Acorde a los objetivos de este trabajo, se seleccionaron tres interrogantes del modelo RPC en su versión más actual (Bacchi & Goodwin, 2016). Primera: ¿Cuál es el problema representado en la política?, pretende identificar, analizando las soluciones propuestas, lo que es problematizado. Es decir, indaga sobre lo que la política problematiza implícitamente

mediante sus propuestas, en consecuencia, problema y solución se consideran indisolubles. Segunda: ¿Qué supuestos de base soportan tal problematización?, pretende identificar los significados que dan sentido a la problematización. Para ello examina las presunciones (teorías y saberes sobre el objeto de la política), suposiciones (teorías y valores externos al dominio de la política), y en general los conocimientos o modos de pensar inexaminados que hacen inteligible la problematización. Tercera; puede plantearse de diferentes formas: ¿qué queda sin ser problematizado?, ¿dónde están los silencios en la problematización?, ¿puede ser conceptualizado de forma diferente este problema? Indaga las prácticas y relaciones que dan forma a un problema, y señala que los fenómenos sociales pueden ser problematizados de diversas maneras. Esta pregunta pretende desestabilizar la problematización planteada, llamando la atención hacia los elementos e interpretaciones posibles dejados de lado.

Las categorías centrales en el análisis (cuadro 2) fueron: necesidades en salud, sujeto joven y saludable, prácticas de promoción de la salud propuestas y, problematización, categoría transversal en el análisis de las tres anteriores. Para operativizar la problematización, esta fue desdoblada en los elementos que permitirían responder a las tres preguntas seleccionadas del método de Bacchi (2000), la pregunta referente a los silencios fue incorporada al problema representado como “lo no dicho”. La codificación fue de carácter abierta y durante el desarrollo del análisis se generaron algunos códigos emergentes más específicos.

¿cuál es la Representación del Problema en Cuestión? (Bacchi, 2000)					Problematización
Problema representado			Supuestos de base		
Problema	Solución	Lo no dicho	Suposiciones	Teorías	
Categorías conceptuales					
Necesidades en salud					
Sujeto joven					
Promoción de la salud					

Cuadro 2. Categorías del análisis

Resultados y discusión

Representación de las necesidades en salud de la población adolescente y soluciones

La problematización de la salud adolescente, durante el periodo analizado, giró principalmente alrededor de dos ejes: salud y comportamiento de las personas, por un lado, y la transformación de los servicios de salud, por el otro.

En la problematización sobre la salud individual primó la representación de la necesidad de identificación y reducción de conductas consideradas de riesgo, tanto en el marco de los indicadores de morbimortalidad que aquejan a las personas en el rango etario de la adolescencia, como para la prevención de potenciales efectos sobre la morbimortalidad en la adultez. La condición más problematizada como de riesgo es la, supuesta, conducta adolescente sustentada en desinformación al momento de tomar decisiones sobre: salud sexual y reproductiva; alimentación y nutrición asociada a indicadores de sobrepeso y obesidad y en menor medida a trastornos de la conducta alimentaria; el consumo de sustancias psicoactivas y la salud mental; también las condiciones de violencia entre las que se cuentan las agresiones, homicidios, violencia doméstica, suicidios, lesiones por accidentes, lo relacionado con violencia describió la necesidad de extender el modelo de cambio conductual a los ámbitos familiar y comunitario. El acceso a servicios se problematizó casi exclusivamente para la prestación de servicios de salud sexual y reproductiva que reduzcan los embarazos adolescentes y las cifras de enfermedades de transmisión sexual; otra necesidad presente en todos los documentos programáticos de la ciudad fue la de lograr la cobertura universal en salud-CUS, como parte de la reforma, en marcha para ese momento, del Sistema Nacional de Salud.

Para la atención de las necesidades o problemas representados, se propusieron acciones desde los conceptos de estilo de vida saludable, prevención y promoción de la salud, sobre todo como intervenciones informativas o de persuasión, estos conceptos fueron nombrados de manera relacionada y en algunos casos, intercambiables entre sí. El enfoque de estilos de vida saludables se propuso principalmente para lo relacionado con la reducción de conductas de riesgo asociadas principalmente al consumo de sustancia psicoactivas, salud sexual y

reproductiva, e indicadores relacionados con probable morbimortalidad en la edad adulta y lesiones de causa externa.

Se propuso la prevención principalmente para la prevención de las violencias y el embarazo adolescente, pero también se usó para referirse a los estilos de vida saludables como “prevención” de conductas de riesgo. La promoción de la salud fue nombrada casi siempre en compañía de la prevención y de los estilos de vida saludables, sin embargo, a diferencia de estos, también se usó con otros conceptos utilizados para expresar necesidades menos específicas como, por ejemplo, para referirse a la necesidad de proteger la salud, de realizar intervenciones comunitarias y en necesidades relacionadas con la salud mental y el suicidio. Se destacaron como estrategias derivadas de estos tres conceptos/soluciones intervenciones informativas a través de los Grupos de Adolescentes Promotores de Salud -GAPS y la institucionalización de la Semana Nacional de la Salud Adolescente.

Dentro de las soluciones propuestas, también se representó la necesidad de hacer cambios institucionales relacionados con la capacitación del personal en salud, principalmente en lo relacionado con la adaptación de sus capacidades y del modelo de atención para las especificidades del grupo etario en el primer nivel de atención, trabajo con los grupos de adolescentes promotores de salud, acciones de control nutricional y medidas de prevención, como la detección temprana de situaciones de violencia; información, trabajo con familias y alusiones al modelo de atención primaria. Dentro de los cambios institucionales también se incluyó la deseabilidad de articulaciones interinstitucionales de carácter sectorial y, en menor medida, intersectorial.

Sujeto joven y saludable

El sujeto adolescente fue representado principalmente de manera individual, agrupado solamente alrededor de los rangos etarios. Para referirse de manera encubierta a situaciones de desigualdad, se usó la referencia a que cerca del 90% de la población juvenil está en países “en desarrollo” y a la población juvenil o segmentos de esta, como población vulnerable, es decir, en situación de pobreza. El sujeto individual se representa principalmente vinculado a la edad o la institucionalización escolar, no se considera la población adolescente

desescolarizada, económicamente activa o desinstitucionalizada. Otra condición asociada a la minoría de edad o no-adulthood es la de toma de decisiones irresponsables, que conllevan conductas de riesgo para sí mismos y para su entorno, la persona joven “no saludable” encarna en este punto, ella misma un riesgo.

De manera complementaria, el sujeto saludable es aquel capaz de tomar decisiones acordes a la problematización, centradas en el autocuidado considerado principalmente como la evitación de riesgos, asumir conductas consideradas saludables alrededor de una idea de normalidad del peso y del aplazamiento de la actividad sexual. Lo anterior, principalmente en función de una vida adulta libre de enfermedades y/o longevo con capacidad productiva y, de una administración aceptable de la enfermedad y la muerte a través de la normalización de indicadores y porcentajes poblacionales.

Promoción de la salud

Acorde a las representaciones de los problemas/necesidades/soluciones, como del sujeto joven y de sujeto saludable antes descritas, y como se describió previamente, las intervenciones propuestas en nombre de la promoción de la salud tienen un fuerte componente conductual, que involucra mayoritariamente acciones informativas (desde y hacia actores individuales, los grupos de promotores, las familias y la comunidad) y de vigilancia (desde el personal de salud, las familias y la autovigilancia). Los ámbitos de cambio conductual son el personal, el familiar y el comunitario; a su vez de manera institucional se promueve la vigilancia y la promoción de conductas a través de la capacitación del personal de salud alrededor del modelo de atención específico o integral a la salud de la adolescencia. Llama la atención la centralidad de la familia y de las pautas de crianza en el establecimiento de “corresponsabilidades” alrededor de la salud adolescente, algunas familias resultan de esta manera siendo objeto de las intervenciones. La escuela aparece como un lugar de intervención con prácticas principalmente de tipo informativo, aunque la información en sí misma esté orientada a promover cambios comportamentales.

La promoción de la salud estaría promoviendo prácticas institucionales e individuales, asociadas especialmente a ideas del riesgo, el autocuidado, la transformación de la

capacitación del personal y la prestación de los servicios y; subjetividades, personas que se auto vigilen y autorregulen; y que sean productivas la mayor cantidad de tiempo posible.

Además de los efectos de delimitación del problema y la población; en articulación con otros movimientos ideológicos como la prevención, posibilita medios específicos que implican efectos vividos sobre la vida de las personas, como es el hecho de ser medido cada vez que se aproxime al servicio de salud, independientemente del motivo de consulta. La medición obligatoria del IMC opera como una tecnología que media el ejercicio del poder sobre el cuerpo individual y el social juvenil. Además, es posible que este indicador sea tan exaltado por requerirse para ajustarlo a una nueva norma de peso, por ser un indicador que se usa internacionalmente para medir sobrepeso, obesidad y desnutrición, no sólo desde organismos sanitarios como la OMS y sus oficinas regionales, sino que también es empleado por organismos económicos y de la banca internacional; por ejemplo, el BID (2012) (pre)dice que el estado nutricional sirve para identificar inequidades en salud que podrían afectar la productividad de una población y lo asocian a condiciones como el desempeño escolar, la entrada en el mercado laboral, nivel de ingresos y sobre la productividad ya no solo de la población sino del país. Proponiendo intervenciones con micronutrientes que involucran la intermediación del sector farmacéutico, en lugar de problematizar, por ejemplo, el derecho a la alimentación o la soberanía alimentaria.

El supuesto desenlace ideal es el de un individuo productivo y longevo, que deriven en la normalización de indicadores y porcentajes relacionados con la enfermedad, la muerte y los costos asociados a las condiciones de vida de los grupos poblacionales clasificados por edad, en contra partida, hay silencios o sesgos de encuadre, siendo el más ausente lo relacionado con la mortalidad y morbimortalidad por lesiones que involucran interacciones con vehículos de motor durante el ejercicio del tránsito, la movilidad y el transporte; pero también relacionado con la existencia de condiciones crónicas relacionadas con desigual acceso a condiciones dignas y suficientes de alimentación, uso del tiempo libre, ocio, actividad física, inclusión social, laboral y económica.

Silencios y otras posibilidades de representación

Otras posibilidades de representación de las necesidades en salud de las personas jóvenes requerirían partir de una comprensión historizada y socialmente situada, por un lado, de la condición juvenil contemporánea que determina la predominancia de formas de vivir, enfermar y morir de este grupo, y por otro, por la misma concepción del sujeto joven como un sujeto colectivo, que es atravesado por dicha condición o configuración de las relaciones de poder, más que como meros individuos agrupados por sus características etarias. Permitiendo de esta manera, la planeación y ejecución de intervenciones con sentido universal, pero con capacidad y lente diferenciales que no solamente busquen igualar o reducir brechas de indicadores con respecto a otros grupos etarios, sino que permitan atender las brechas al interior del colectivo de jóvenes y entre los sectores sociales a los que pertenecen estos en sus especificades de clase social, género, pertenencia étnica, origen territorial o lugar de residencia, etc.

Algunos silencios no son totales, sino que se establecen alrededor de tímidas expresiones de otra sin interpretaciones del proceso salud-enfermedad-atención, como es el caso de la nominación del enfoque de determinantes sociales, sin que llegase a problematizarse en su cualidad de políticos, de conflictos de interés de especificidad sociohistórica y territorial, y no solamente como factores que están presentes o no, sin ningún tipo de ponderación sobre su capacidad de impacto o de su valor político para la configuración actual de las relaciones sociales. Entre otros, valdría la pena problematizar las condiciones sociales de inclusión/exclusión de la población juvenil, de (in) seguridad social vivida, de movilidad urbana, de acceso al saneamiento básico, de la distribución y disposición de espacios públicos para el esparcimiento, el encuentro y la actividad física significativa, y aproximaciones a la sexualidad desde un lugar más del disfrute, la libertad y el autoconocimiento, que desde la comprensión del ejercicio de esta como un factor de riesgo que debe aplazarse. Se identifica claramente la tendencia política de desatención en la formulación de políticas que realmente busquen mejorar las condiciones de vida de las personas jóvenes (López-Arellano et al., 2012).

Conclusiones

Se identificó que la problematización hecha sobre las condiciones de salud de la población adolescente se encuadró principalmente desde una concepción etaria y ahistórica de este grupo de personas, que tomando en cuenta la premisa de que son el grupo poblacional más saludable y que menos uso hace de los servicios (con fines curativos), se delimitó lo posible de decir y hacer con ellas y ellos, desde la perspectiva de promoción de estilos de vida saludables, donde la promoción de la salud estaría prescribiendo, prácticas institucionales e individuales, asociadas especialmente a ideas del riesgo, el autocuidado, disminución de los costos de los servicios y, en términos de subjetividades, personas que se autovigilen y autorregulen, que consuman dichos estilos de vida; y que sean productivas la mayor cantidad de tiempo posible. Sin que se contemplen las capacidades colectivas para el control de los procesos que influyen en las condiciones de vida, salud, enfermedad y muerte de este grupo social y de los sectores sociales a los que pertenecen.

Analizar las políticas como discurso permite ver la configuración de los objetos, sujetos y prácticas que constituye la política. De la misma manera permite identificar marcos conceptuales y de valores que pueden obstaculizar la efectiva atención de las necesidades sociales, en este caso, de las personas jóvenes en sus desiguales formas de inserción social y su correlato en las especificidades del proceso s-e-a, bien como segmento generacional o como miembros de sectores sociales subalternos.

Para la Medicina Social es necesario este tipo de análisis de políticas, como una forma de mantenerse en la primera línea de la lucha por la construcción conceptual/social/colectiva de la salud. Así mismo, resalta la importancia de igualar la importancia que discursivamente le da el Estado por medio de la focalización del segmento joven de la población, con prácticas y sentidos institucionales igualmente respetuosos de la capacidad de agencia colectiva e individual juvenil.

Referencias

- Agudo, B. y Alborna, R. (2011). Autonomía y empoderamiento de las personas jóvenes. *REVISTA DE ESTUDIOS DE JUVENTUD*, 94, 89-101.
http://www.injuve.es/sites/default/files/REVISTA%20INJUVE%2094_0.pdf
- Alcalá Ramírez, J., Huerta Alvarado, S., García de la Torre, G., & Hernández Montoya, D. S. (2011). Salud y enfermedad en la adolescencia. En R. González Guzmán, J. M. Castro Albarrán, & L. Moreno Altamirano (Eds.), *Promoción de la salud en el ciclo de la vida* (pp. 93–144). McGraw-Hill.
- Alemán Martínez, H. (2013). *Procesos de significación en torno al derecho a la salud en jóvenes del área metropolitana de la Ciudad de México*. Universidad Autónoma Metropolitana - Xochimilco.
- Almeida, C. (2002). Reforma de sistemas de servicios de salud y equidad en América Latina y el Caribe: algunas lecciones de los 80 y 90. *Cadernos de Saúde Pública*, 18(4), 905–925.
- Ávila, L. M. (2014). A produção do conhecimento sobre estratégias de promoção da saúde. *Estudos contemporâneos da subjetividade*, 4(2).
- Bacchi, C. (2000). Policy as Discourse: What does it mean? Where does it get us? *Discourse: Studies in the Cultural Politics of Education*, 21(1), 45–57.
<https://doi.org/10.1080/01596300050005493>
- Bacchi, C., & Goodwin, S. (2016). *Poststructural Policy Analysis*. Springer Nature.
<https://doi.org/10.1057/978-1-137-52546-8>
- Barroso, M., Fadel, L., & Cynamon, S. (2010). Políticas públicas para adolescentes em territórios vulneráveis. *Revista Brasileira em Promoção da Saúde*, 23(3), 288–294.
- Bourdieu, P. (2002). La “juventud” no es más que una palabra. En *Sociología y cultura* (pp. 163–173). CONACULTA.
- Breilh, J. (2003). Bases para una epidemiología contrahegemónica. En *Epidemiología Crítica: ciencia emancipadora* (pp. 171–195). Lugar Editorial.
- Buss, P. M. (2000). Promoção da saúde e qualidade de vida. *Ciência & Saúde Coletiva*, 5(1), 163–177. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232000000100014>
- Cano, R. (2011). La evaluación de las políticas públicas: un elemento más en la participación de los y las jóvenes. *REVISTA DE ESTUDIOS DE JUVENTUD*, 94,

129-141. http://www.injuve.es/sites/default/files/REVISTA%20INJUVE%2094_0.pdf

Castro Albarrán, J. M. (2016). *Promoción de la salud. De discurso preventista a estrategia biopolítica del siglo XXI. Implicaciones para el ejercicio del derecho a la salud.*

Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco.

CDSS. (2008). *Subsanar las desigualdades en una generación: Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud.*

http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44084/1/9789243563701_spa.pdf

Chao, D. (2019). El gobierno a través de las problematizaciones. Una lectura sobre Carol Bacchi. In J. Bartlett, D. Chao, & (compiladores) (Eds.), *El gobierno como problema. Objetos y abordajes en clave de gubernamentalidad* (pp. 123–152). TeseoPress Design.

Chorny, V. (2016). El discurso de los funcionarios sobre los jóvenes y las políticas públicas. Representaciones encontradas entre la ciudad de Buenos Aires y la provincia de Santa Fe. *Argumentos*, 18, 207–230.

<https://publicaciones.sociales.uba.ar/index.php/argumentos/article/view/2038/1731>

Comas, D. (2011). ¿Por qué son necesarias las políticas públicas de juventud? *REVISTA DE ESTUDIOS DE JUVENTUD*, 94, 11–29.

http://www.injuve.es/sites/default/files/REVISTA%20INJUVE%2094_0.pdf

CONAPO. (2000). *Situación actual de las y los jóvenes en México: diagnóstico sociodemográfico.*

Czeresnia, D. (2003). O conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção. En *Promoção da Saúde conceito, reflexões, tendências* (pp. 39–53). Ed. Fiocruz.

<https://doi.org/10.1590/S0102-311X1999000400004>

Fonseca, C., & Cardarello, A. (2005). Derechos de los más y menos humanos. En S. Tiscornia & M. Pita (Eds.), *Derechos humanos, tribunales y policías en Argentina y Brasil. Estudios de antropología jurídica* (pp. 9–43). Antropofagia.

Foucault, M. (1988). El sujeto y el poder. *Revista Mexicana de Sociología*, 50(3), 3–20.

Foucault, M. (2006). *Seguridad, Territorio, Población* (p. 242).

<https://doi.org/10.1080/14759550215669>

Estatuto Orgánico del Instituto Mexicano de la Juventud, Diario Oficial de la Federación, 1

- de septiembre (1999).
- Goig, J.M. y Núñez, M. (2011). El fomento de la juventud participativa: Tratamiento constitucional, desarrollo legislativo y políticas públicas REVISTA DE ESTUDIOS DE JUVENTUD, 94, 29-49.
http://www.injuve.es/sites/default/files/REVISTA%20INJUVE%2094_0.pdf
- Groppo, L. (2017). Juventudes y políticas públicas: Comentarios sobre las concepciones sociológicas de juventud. DESIDADES, 14(5), 9–17.
http://desidades.ufrj.br/es/featured_topic/juventudes-y-politicas-publicas-comentarios-sobre-las-concepciones-sociologicas-de-juventud/
- INEGI. (2014). *Panorámica de la población joven en México desde la perspectiva de su condición de actividad 2013*.
http://internet.contenidos.inegi.org.mx/contenidos/Productos/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/estudios/sociodemografico/panora_joven/DoctoJovenes.pdf
- Jager, M.; Altermann, F.; Perrone, C.; Silva, S.; Garcia, A. (2014). O adolescente no contexto da saúde pública brasileira: reflexões sobre o Prosad. *Psicologia em Estudo*, vol. 19, núm. 2, 211-221
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=287132426005>
- Laurell, A. C. (1978). *Investigación en sociología médica, 2a parte. 2*.
- Laurell, A. C. (2010). Revisando las políticas y discursos en salud en América Latina. *Medicina Social*, 5(1), 79–88.
<http://www.medicinasocial.info/index.php/medicinasocial/article/view/403>
- López Arellano, O. (2013). Determinación social de la salud: desafíos y agendas posibles. *Divulgação Em Saúde Para Debate*, 49, 144–150.
- López-Arellano, O., Rivera-Márquez, J. A., Delgado-Capos, V. I., & Blanco-Gil, J. (2012). Pobreza, salud, educación y alimentación en jóvenes mexicanos: una aproximación desde los derechos humanos. *Salud Problema*, Segunda época, año 6(Núm. 11), 8–24.
- Madel, L. (2004). A disciplina das doenças e a razão social: categorias médico-sociais no século XIX. En Hucitec (Ed.), *Natural, racional y social* (pp. 119–158).
- Menéndez, E. (1994). La enfermedad y la curación ¿Qué es medicina tradicional? *Alteridades*, 4(7), 71–83.

- Navarro, V. (1997). *Concepto actual de salud pública*. <https://ifdcsanluis-slu.infod.edu.ar/sitio/material-de-estudio-del-ano-2013/upload/navarro.pdf>
- OMS. (1986). La salud de los jóvenes: un desafío para la sociedad. En *Informe Salud para todos en el año 2000*.
- OMS. (1987). Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud. *Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud, 1*, 129.
<http://amro.who.int/Spanish/AD/SDE/HS/OttawaCharterSp.pdf>
- ONU. (2010). *Programa de acción mundial para los jóvenes*. Naciones Unidas.
- Osorio, J. (2006). Biopoder y biocapital. El trabajador como moderno homo sacer. *Argumentos* (México, DF), 19, 77–98.
http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0187-57952006000300005
- Osorio, J. (2012). El capital como totalidad. En *Estado, biopoder, exclusión* (pp. 9–28). Anthropos/Universidad Autónoma Metropolitana.
<http://std.iiec.unam.mx/sites/std.iiec.unam.mx/files/u31/EstadoyBiopoder.pdf>
- Pérez Islas, J. A. (2008). Juventud: un concepto en disputa. En J. A. Pérez Islas, M. Valdez González, M. H. Suárez Zozaya, & (Coords.) (Eds.), *Teorías sobre de la juventud. La mirada de los clásicos*. (pp. 9–34).
- Pérez Islas, J. A. (2009). Las cuatro transformaciones históricas de la condición juvenil. *Suplemento Diario de Campo*, 56, 29–35.
- Preciado, J. (2008). América Latina no sistema-mundo: cuestionamientos e alianza centro-periferia. *Caderno CRH*, 21(53), 253–268.
- Rojas Rajs, S. (2016). La representación de servicios de salud en la televisión mexicana: potenciales consecuencias en las subjetividades en salud. *Salud Colectiva*, 12(2), 189–201. <https://doi.org/10.18294/sc.2016.738>
- Secretaría de Salud de México. (2013). *Programa de Acción Específico Salud para la Infancia y la Adolescencia*.
- Tetelboin, C. (1997). Problemas en la conceptualización de la práctica médica. *Estudios de antropología biológica*, VIII, 487–510.
- Urteaga, M. (2011). La construcción teórica de la juventud. Los conceptos sobre lo juvenil. En *La construcción juvenil de la realidad: jóvenes mexicanos contemporáneos* (pp.

133–182). Universidad Autónoma Metropolitana.

Urteaga, M., & Sáenz, M. (2012). Juventudes, géneros y sexos. Resituando categorías.

Revista del Centro de Investigación. Universidad La Salle, 10(37), 5–21.

Valle, A. H. del. (2010). Informalidad y modelos de bienestar en América Latina.

Informality and Welfare Models in Latin America, 47, 239–261.

<http://revistas.ucm.es/cps/11308001/articulos/POSO1010330239A.PDF>

Vilella, W. V., & Doreto, D. T. (2006). Sobre a experiência sexual dos jovens Young

people ' s sexual experience. *Cadernos de Saúde Pública*, 22(11), 2467–2472.

Villarespe Reyes, V., Ziccardi, A., & Midaglia, C. (2013). *Persistencia de la Pobreza y*

Esquemas de Protección Social en América Latina y el Caribe.