

PSALUD PROBLEMA

SEGUNDA ÉPOCA • AÑO 14 • NÚMERO 28 • JULIO - DICIEMBRE DE 2020

Bruno Lutz

*Carolina Tetelboin Henrion, María del
Carmen Piña Ariza, Karen Melo Hernández*

*Sergio Cáceres Becerra, Yoalli Gómez Cruz,
Cinthya Gómez León, Nicholas Lee Hale,
Pablo Arturo Lagunes López, (...)*

*Luisa Fernanda Delgado Martínez, Oliva
López Arellano, Liliana Cunha,
Sergio López Moreno*

*María de Lourdes Patricia Femat González,
Armando Ortiz Tepale*

Héctor Daniel Salazar Holguín

*Alejandro Barroso Martínez, Gilberto
Hernández Zinzón*

**Esperar en Urgencias de hospitales públicos de la Ciudad
de México**

**El Sistema de Salud de México y los cambios durante el
primer año de Gobierno del presidente López Obrador**

**Ciudad, derechos y salud: expresiones de la realidad
sociosanitaria en la Ciudad de México durante el
primer año de la administración 2018 - 2024.**

**El derecho a la salud de los trabajadores: entre límites
y estrategias**

**Algunas consecuencias de la pandemia de COVID-19
en la familia y la salud mental**

Del personalismo a una bioética científica y humanista

**Comprender el intento de suicidio: un ensayo sobre
una dialéctica de la totalidad**



Casa abierta al tiempo

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA

Universidad Autónoma Metropolitana

Dr. Eduardo Abel Peñalosa Castro

RECTOR GENERAL

Dr. José Antonio de los Reyes Heredia

SECRETARIO GENERAL

UNIDAD XOCHIMILCO

Dr. Fernando de León González

RECTOR

Mtro. Mario Alejandro Carrillo Luvianos

SECRETARIO

Mtra. María Elena Contreras Garfias

DIRECTORA DE LA DIVISIÓN DE CIENCIAS BIOLÓGICAS
Y DE LA SALUD

Dr. Rafael Bojalil Parra

JEFE DEL DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN A LA SALUD

Dra. María de los Ángeles Garduño Andrade

COORDINADORA DE LA MAESTRÍA EN MEDICINA SOCIAL

Revista *Salud Problema*

DIRECTORA

Carolina Tetelboin Henrion

CONSEJO EDITORIAL:

Oliva López Arellano

Eduardo Luis Menéndez Spina

Edgar C. Jarillo Soto

José Arturo Granados Cosme

Claudio Stern

Susana Martínez Alcántara

Florencia Peña Saint Martín

María del Consuelo Chapela Mendoza

Soledad Rojas Rajs

CONSEJO CONSULTIVO INTERNACIONAL

José Carlos Escudero (Argentina)

Jorge Kohen (Argentina)

Saúl Franco (Colombia)

Marc Renaud (Canadá)

Ana Ma. Seifert (Canadá)

Danuta Rajs (Chile)

Magdalena Echeverría (Chile)

Jaime Breilh (Ecuador)

Clara Fassler (Uruguay)

Oscar Feo (Venezuela)

EDICIÓN **María del Carmen Piña Ariza** • DISEÑO Y FORMACIÓN DCG **Rosalía Contreras Beltrán**



Salud Problema. Segunda época, Año 14, No.28, julio-diciembre de 2020, es una publicación semestral de análisis científico de la Universidad Autónoma Metropolitana, a través de la Unidad Xochimilco, División de Ciencias Biológicas y de la Salud, Departamento de Atención a la Salud, Maestría en Medicina Social, Prolongación Canal de Miramontes 3855, Col. Ex-Hacienda San Juan de Dios, Delegación Tlalpan, C.P. 14387, México, D.F., y Calzada del Hueso 1100, Col. Villa Quietud, Delegación Coyoacán, C.P. 04960, México, D.F., Tel. 53847402 y 7118. Página electrónica de la revista <http://saludproblema.xoc.uam.mx> y dirección electrónica: saludproblema@correo.xoc.uam.mx. Editora responsable: María del Carmen Piña Ariza. Certificado de Reserva de Derechos al Uso Exclusivo del Título No. 04-2008-081218364400-203, e ISSN 2007-5790, ambos otorgados por el Instituto Nacional del Derecho de Autor. Responsable de la última actualización de este número: María del Carmen Piña Ariza, Unidad Xochimilco, División de Ciencias Biológicas y de la Salud, Departamento de Atención a la Salud, Maestría en Medicina Social; Calzada del Hueso 1100, Delegación Coyoacán, C.P. 04960, México, Ciudad de México. Fecha de la última modificación: 28 de febrero de 2021. Tamaño del archivo 3.2 MB.

Las opiniones expresadas por los autores no necesariamente reflejan la postura del editor de la publicación. Queda estrictamente prohibida la reproducción total o parcial de los contenidos e imágenes de la publicación sin previa autorización de la Universidad Autónoma Metropolitana.

Índice

4 EDITORIAL

5 AUTORES

PRIMERA PARTE

ARTÍCULOS

14 **Esperar en Urgencias de hospitales públicos de la Ciudad de México**
Waiting in Mexico City Public Hospital Emergency Rooms
Bruno Lutz

El Sistema de Salud de México y los cambios durante el primer año de Gobierno del presidente López Obrador
34 *The Mexican Health System and the changes during the first year of the Government of President López Obrador*
Carolina Tetelboin Henrion, María del Carmen Piña Ariza, Karen Melo Hernández

54 **Ciudad, derechos y salud: expresiones de la realidad sociosanitaria en la Ciudad de México durante el primer año de la administración 2018 - 2024.**
City, rights and health: expressions of the socio-health reality in Mexico City during the first year of the 2018-2024 administration
Sergio Cáceres Becerra, Yoalli Gómez Cruz, Cinthya Gómez León, Nicholas Lee Hale, Pablo Arturo Lagunes López, Laura Verónica Martínez Cobian, Mariana Medina Robles, Alma Teresa Medina Varguez, Irlanda Libertad Mendoza Pineda, Thamires Piovezan Borges, Kenya Miroslava Rodríguez Castillo, Pedro Soto Juárez, Emilio Arturo Trujillo Peña, José Alberto Rivera Márquez

76 **El derecho a la salud de los trabajadores: entre límites y estrategias**
The right to health of workers: between limits and strategies
Luisa Fernanda Delgado Martínez, Oliva López Arellano, Liliana Cunha, Sergio López Moreno

ENSAYOS

91 **Algunas consecuencias de la pandemia de COVID-19 en la familia y la salud mental**

Some Effects of COVID-19 Pandemic on Families and Mental Health
María de Lourdes Patricia Femat González, Armando Ortiz Tepale

- 111** **Del personalismo a una bioética científica y humanista**
From personalism to a scientific and humanist bioethics
Héctor Daniel Salazar Holguín
- 140** **Comprender el intento de suicidio: un ensayo sobre una dialéctica de la totalidad**
Understanding the Suicide Attempt: An Essay on a Dialectic of Totality
Alejandro Barroso Martínez, Gilberto Hernández Zinzón
- LIGAS DE INTERÉS**
- 154** **América Latina. Sociedad, política y salud en tiempos de pandemias**
Carolina Tetelboin Henrion, Daisy Iturrieta Henríquez, Clara I. Schor-Landman. [Coordinadoras].
- 155** **La Pandemia Social de COVID-19 en América Latina. Reflexiones desde la Salud Colectiva.**
Camila Pereira Abagaro, Martín Boy, Roselia Armindia Rosales Flores, Javier Marmolejo, Carmen Muñoz Muñoz [Coordinadores].
- 156** **Segundo informe de labores Secretaria de Salud 2019-2020**
- 156** **Seguimiento de Metas del Programa Sectorial de Salud (PROSESA) 2019-2024**

EDITORIAL

Después de la segunda ola de COVID-19 en México

La revista Salud Problema presenta dos veces al año una oferta de artículos, investigaciones, ensayos e información de interés para la Medicina Social y la Salud Colectiva y otras perspectivas dedicadas a reflexionar la realidad sanitaria desde el pensamiento crítico. La revista está orientada a un público diverso especializado pero también hacia sectores de la sociedad civil y organizaciones sociales que luchan por el derecho a la salud y es producida y editada desde los programas de Maestría en Medicina Social y Doctorado en Ciencias en Salud Colectiva del Departamento de Atención a la Salud, de la División de Ciencias Biológicas y de la Salud, Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco, desde 1976.

En estos tiempos de pandemia por el virus SARS- CoV-2, el presente número es el segundo que toca aspectos de ella a más de un año de la llegada a América Latina y a nuestro país. A las sociedades les ha tocado vivir y, a la vez, ser testigos de un proceso infeccioso desconocido que se ha expandido rápidamente a los confines del mundo. El primero después de 100 años de la llamada fiebre española, con manifestaciones de enfermedad, muerte, complejidad económica y social, que ha puesto sobre la mesa los problemas estructurales de la sociedad capitalista en su fase neoliberal en la mayor parte de los países, y las dificultades de otras en proceso de salida o transformación democrática, asediadas por procesos internos y/o externos sistemáticos de boicot, golpes de Estado y desestabilización mediática, social y económica, que ha planteado serias dificultades para enfrentarla. Entre otras, la desigualdad social profundizada durante este proceso, la mala salud de la población, la inadecuada e insuficiente capacidad de los servicios de salud y sus recursos para prevenir y atender la salud de la población y, finalmente, más allá de la inexistencia de tratamientos específicos para la enfermedad, la fragilidad ante la falta de autonomía científica, tecnológica y de insumos para la salud y la profunda dependencia del exterior.

Las respuestas más importantes del sistema de salud mexicano que ha presentado un frente común entre las diversas instituciones públicas y de seguridad social que las componen, se han basado, por un lado, en las medidas intensivas de salud pública orientadas en la primera etapa, y posteriormente de manera permanente, a la trazabilidad de los casos en Triage, pruebas de PCR a sintomáticos en instalaciones del sector salud y/o al azar en puestos instalados en lugares públicos, su procesamiento en laboratorios de referencia epidemiológica federal, de los 32 estados del país y en algunos laboratorios privados autorizados; más tarde, con la epidemia instalada, el distanciamiento social, uso de cubrebocas que ha sido innecesariamente polémico, suspensión de las actividades no esenciales como el sistema educacional, la economía, el comercio y la movilidad, todas ellas establecidas por la autoridad sanitaria según un semáforo de cuatro colores y de manera específica para cada estado de la república; la adaptación de la red de enfermedades respiratorias del país ajustados a la detección de casos de COVID-19 en las instalaciones de la red IRAG, la creación de una plataforma de la Secretaría de Salud Federal con información de esta red y otras comunicaciones para profesionales de la salud y público en general, al que recientemente se ha sumado la respectiva a las vacunas; difusión diaria del reporte del estado de la pandemia y las

vacunas en la conferencia COVID-19 transmitida por tres canales de TV abierta y en redes sociales, que en conjunto han puesto a disposición de la sociedad contenidos sobre la pandemia, salud pública, salud mental, violencia, entre otros temas.

En relación a la atención médica, se ha descrito que el comportamiento de la pandemia es que, del total de enfermos por COVID-19, aproximadamente el 20% corresponde a casos graves con necesidades de hospitalización general, y de ellos, sólo el 5% cuidados intensivos y ventilación mecánica. Para el caso de México, esto ha requerido una expansión de las capacidades hospitalarias cercana a seis veces las existentes antes de la pandemia, lo cual se considera una oportunidad de mejora en la línea de la política de salud del actual gobierno; también ha permitido acelerar el paso de algunas transformaciones, tal es el caso de la distribución de recursos para la operación del programa IMSS Bienestar e insumos para los servicios de salud pública estatales. No obstante, hay otros aspectos de política que han debido postergarse y habrá que evaluar más adelante.

En relación a la salud de la población, es de destacar también que aunque existía una idea generalizada de que afectaba por igual al conjunto de la sociedad, en el caso de México se ha descrito que perjudica preferentemente a poblaciones de adultos mayores con padecimientos crónico degenerativos como presión alta o diabetes y con exceso de peso; fenómeno asociado a la libre operación de las empresas y su capacidad de influencia en las políticas del Estado mexicano en las últimas décadas, una industria alimentaria y de refrescos que aumentaron sus ventas en el marco de la aceleración de los procesos de vida, dificultades de acceso al agua y la profusión de propaganda en los medios de comunicación alentados por una política pública de mercado. Sin embargo, aunque se trata de un proceso no concluido, las tendencias parecieran mostrar una distribución de acuerdo a los gradientes de clase social y otras desigualdades, según han manifestado algunos estudios sobre la plataforma de COVID-19 disponible universalmente por parte de la Secretaría de Salud de México.

Expresiones que, por mencionar algunos, desde la sorpresa, miedo, esperanza e incertidumbre, han afectado a toda la población, desde los niños hasta los adultos mayores, en circunstancias inéditas e impredecibles, que se concentran con la necesidad de la vivencia en el encierro y nuevas formas de arreglos de los ingresos y de las articulaciones en las relaciones entre las familias, en medio de nuevos aprendizajes de cuidado, protección y conocimiento práctico de salud; con la sociedad paralizada por un periodo total o parcial en sus actividades productivas y comerciales no esenciales y escolares, se ha hecho visible una dimensión nunca tan evidente como ahora de la dimensión singular, el drama de las condiciones de vida de los grupos y sus miembros, con una carga extraordinaria y acondicionamientos de reorganización de la vida doméstica, con los riesgos que ello ha supuesto en el aumento de los conflictos que se expresan en diversas formas de violencia. Cada uno en la medida de sus posibilidades ha debido enfrentar su situación; con una política social gubernamental ahora encauzada directamente a las familias, más algunos programas de préstamos del IMSS, la Secretaría de Economía y otras dependencias federales y de los estados han dado respuesta, cuya extensión, suficiencia y resultados deberán analizarse en su momento a partir de sus resultados. Estamos hablando de una población despojada durante casi 4 décadas de las garantías y derechos para atender necesidades básicas y esenciales de manera

focal, en el marco de los efectos de la aplicación de políticas neoliberales. Una población con niveles de violencia exacerbados por el llamado “combate al narcotráfico” que ha dejado más de cien mil muertos y más de 60 mil desaparecidos.

La llegada de las vacunas a partir del 23 de diciembre del 2020 supuso una esperanza que se ha visto alterada con el fenómeno de acaparamiento de algunos países y la preocupación anticipada del gobierno por la escasa disponibilidad en el mercado internacional, en donde 10 naciones concentran el 60% del volumen producido. También, después de la segunda crisis de la epidemia en enero de 2021, actualmente nos encontramos en un descenso drástico de la curva de contagios según los registros de los servicios de salud de alrededor 37 000 contagiados activos y, a la vez, la llegada de la preocupante cifra de doscientos mil muertes. Al mismo tiempo, hemos sido testigos de la estrategia mundial, nacional y regional para enfrentar a la pandemia que, con rasgos similares, se ha visto constreñida a las circunstancias políticas, de financiamiento, condiciones epidemiológicas y al estado de los sistemas de salud de cada región y país.

En este marco, en el número que se presenta a continuación, se encuentran trabajos que dibujan la situación previa al proceso del gobierno de la 4T donde se da cuenta del estado de los servicios de salud antes de la pandemia y la respuesta durante la misma. En esta lógica, el trabajo de Bruno Lutz “Esperar en Urgencias de hospitales públicos de la Ciudad de México”, entrega los resultados de una investigación sobre la situación de los enfermos y sus acompañantes en el servicio de Urgencias de hospitales públicos en 14 unidades médicas de la Ciudad de México a través de la realización de más de 80 entrevistas, entre octubre 2017 y marzo 2018. La investigación aborda aspectos desde la búsqueda de atención, los procesos burocráticos para su obtención y las condiciones de la sala de espera caracterizadas por el autor como de ‘no-lugar’, entre dificultades logísticas, organizacionales y relacionales con el personal de salud por las que deben cursar.

El segundo trabajo corresponde a una investigación más amplia y se refiere en esta ocasión a “El Sistema de Salud de México y los cambios durante el primer año de Gobierno del presidente López Obrador” de las autoras Carolina Tetelboin Henrion, María del Carmen Piña Ariza y Karen Melo Hernández, que sistematiza la información correspondiente al desarrollo, principales logros y retos del primer año de gobierno de la 4ta. Transformación. En lo fundamental, describe el Plan Nacional de Salud 2018-2024, el levantamiento del catastro sobre el estado del sistema de salud, los cambios a la Ley General de Salud, la eliminación del Seguro Popular y la formulación del Instituto de Salud para el Bienestar para hacer efectivo el artículo 4to. Constitucional; los cambios en la adquisición y distribución de los medicamentos y la reacción de los opositores al gobierno en salud.

Una tercera investigación bajo el título “Ciudad, derechos y salud: expresiones de la realidad sociosanitaria en la Ciudad de México durante el primer año de la administración 2018 – 2024”, es fruto de un equipo de investigación compuesto por Sergio Cáceres Becerra, Yoalli Gómez Cruz, Cinthya Gómez León, Nicholas Lee Hale, Pablo Arturo Lagunes López, Laura Verónica Martínez Cobian, Mariana Medina Robles, Alma Teresa Medina Varguez, Irlanda Libertad Mendoza Pineda, Thamires Piovezan Borges, Kenya Miroslava Rodríguez Castillo, Pedro Soto Juárez, Emilio Arturo Trujillo Peña y José

Alberto Rivera Márquez. Su objetivo fue conocer, con base en información de fuentes secundarias, las condiciones de salud en las que se encuentra la población de la ciudad de México, a fin de entender los retos que enfrenta la administración del Gobierno de la Ciudad de México 2018-2023 frente al nuevo pacto social propuesto a la población, basada en principios de inclusión, equidad y justicia social de promoción y defensa de una vida con dignidad, así como de obligatoriedad en materia de respeto, protección y satisfacción de los derechos humanos.

A continuación se encuentra la investigación “El derecho a la salud de los trabajadores: entre límites y estrategias”, de Luisa Fernanda Delgado Martínez, Oliva López Arellano, Liliana Cunha y Sergio López Moreno, tiene por objetivo responder a la pregunta ¿Cómo viven los trabajadores el derecho a la salud en el marco de las actuales políticas públicas de seguridad y salud en el trabajo? A través del estudio de caso con los comisionados de higiene y seguridad del Sindicato Independiente de Trabajadores de la Universidad Autónoma Metropolitana (SITUAM) y mediante foros y narrativas, se evidenciaron elementos que limitan el derecho a la salud de los trabajadores y describen las estrategias individuales y colectivas para enfrentarlos durante los años 2017 al 2019.

En una segunda sección de ensayos, se encuentra el trabajo “Algunas consecuencias de la pandemia de COVID-19 en la familia y la salud mental” de María de Lourdes Patricia Femat González y Armando Ortiz Tepale, aborda las consecuencias sociales, especialmente en la familias y su salud mental, de la puesta en acción de las estrategias y medidas que el sector salud ha establecido para controlar la propagación de la pandemia provocada por el virus SARS-CoV-2, como son el distanciamiento físico y el confinamiento.

Por su parte, el trabajo “Del personalismo a una bioética científica y humanista” de Héctor Daniel Salazar Holguín, es un ensayo que discute la filosofía, la religión y la ciencia, los fundamentos y perspectivas de las bioéticas contemporáneas, pasando desde la deontología y el principialismo cuyos orígenes se encuentran en la filosofía idealista neokantiana; el personalismo de filosofías irracionistas que conllevan a la teología cristiana y la casuística en un positivismo empiricista. Y el humanismo materialista e histórico que ha desarrollado también de manera muy superior el conocimiento de la persona humana como ser social. Con ello concluye que la bioética científica y humanista sintetiza dialécticamente la medicina basada en evidencias y la social, con los principios y los valores morales bioéticos, mediante una epistemología y una filosofía materialista, histórica y dialéctica del humanismo.

Finalmente, el ensayo de Alejandro Arnaldo Barroso Martínez y Gilberto Hernández Zinzún bajo el título “Comprender el intento de suicidio: un ensayo sobre una dialéctica de la totalidad”, aborda una cuestión problemática a nivel mundial que requiere de un tratamiento desde una concepción con dimensiones y profundidad más amplia. Su tratamiento habitualmente ha sido resultado de las formas en que se han entrelazado discursos y prácticas políticas, económicas, culturales y disciplinarias, que jerarquizan lo biológico sobre lo social, la razón sobre la emocionalidad, y el método “objetivo” sobre la vivencia humana. La propuesta se orienta a una comprensión hermenéutica del ser humano como totalidad histórica, como una vía de comprensión del intento de suicidio.

El número concluye con ligas de interés con la presentación de los trabajos de reciente aparición “América Latina. Sociedad, Política y Salud en tiempos de pandemias”, “La Pandemia Social de COVID-19 en América Latina. Reflexiones desde la Salud Colectiva” y documentos oficiales para su consulta.

Carolina Tetelboin Henrion

Autores

BRUNO LUTZ

Licenciado en Sociología y Etnología, y Maestro en Antropología por la Universidad de Soborna de Paris. Doctor en Ciencias Sociales por la Universidad Autónoma Metropolitana (UAM) y Posdoctor en Sociología por la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM). Profesor-Investigador del Departamento de Relaciones Sociales en la UAM - Unidad Xochimilco. Miembro del Sistema Nacional de Investigadores (SNI) Nivel 2. Ha recibido diferentes premios por su destacada labor, el último de ellos fue el Premio Nacional de Excelencia Profesional, otorgado por el Senado de la República. Como docente imparte clases en Licenciatura y Posgrado, además de fungir como director de tesis. Ha dado numerosas conferencias en eventos especializados y publicado una cincuentena de artículos científicos en diferentes revistas mexicanas e internacionales, y autor de nueve libros.

Contacto: brunolutz01@yahoo.com.mx

CAROLINA TETELBOIN HENRION

Licenciada en Obstetricia y Puericultura, Facultad de Medicina por la Universidad de Chile, Maestra en Medicina Social por la Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco (UAM-X) y Doctora en Ciencias Sociales por la Universidad Iberoamericana de México. Profesora-Investigadora del Departamento de Atención a la Salud en la Maestría de Medicina Social y Doctorado en Ciencias en Salud Colectiva. Directora de la Revista Salud Problema, UAM- X. Coordinadora del Grupo de Trabajo Estudios Sociales para la Salud del Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales, CLACSO.

Contacto: ctetelbo@correo.xoc.uam.mx

MARÍA DEL CARMEN PIÑA ARIZA

Cirujana Dentista y Maestra en Medicina Social por la Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco (UAM-X). Estudiante del Doctorado en Ciencias en Salud Colectiva. Editora de la Revista Salud Problema. Ayudante de Investigación de Posgrado del Departamento de Atención a la Salud, UAM-Xochimilco.

Contacto: mcpinaariza@gmail.com

KAREN MELO HERNÁNDEZ

Licenciada en Nutrición Humana, Maestra en Medicina Social y Estudiante del Doctorado en Ciencias en Salud Colectiva por la Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco.

Contacto: karenmeloh@hotmail.com

SERGIO CÁCERES BECERRA

Licenciado en Psicología por la Universidad Autónoma de Tamaulipas. Estudiante de la Maestría en Medicina Social en la Universidad Autónoma Metropolitana (UAM) - Unidad Xochimilco.

Contacto: sergiocb1020@gmail.com

YOALLI GÓMEZ CRUZ

Licenciada en Nutrición Humana por la Universidad Autónoma Metropolitana (UAM) Unidad Xochimilco. Estudiante de la Maestría en Medicina Social en la UAM - Unidad Xochimilco.

Contacto: gomezyoalli@gmail.com

CINTHYA GÓMEZ LEÓN

Licenciada en Psicología por la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM). Estudiante de la Maestría en Medicina Social en la Universidad Autónoma Metropolitana (UAM) - Unidad Xochimilco.

Contacto: cinthya.gomez.leon@gmail.com

NICHOLAS LEE HALE

Bachelor of Science with a Major in Sociology, Texas Woman's University. Estudiante de la Maestría en Medicina Social en la Universidad Autónoma Metropolitana (UAM) - Unidad Xochimilco.

Contacto: nicholasleehale@gmail.com

Pablo Arturo Lagunes López

Médico Cirujano por la Universidad Autónoma Metropolitana (UAM) - Unidad Xochimilco. Estudiante de la Maestría en Medicina Social en la UAM Unidad Xochimilco.

Contacto: laguneslopezarturo@gmail.com

LAURA VERÓNICA MARTÍNEZ COBIAN

Licenciada en Nutrición Humana por la Universidad Autónoma Metropolitana (UAM) - Unidad Xochimilco. Estudiante de la Maestría en Medicina Social en la UAM - Unidad Xochimilco.

Contacto: lauraveronica.mac@gmail.com

MARIANA MEDINA ROBLES

Licenciada en Promoción de la Salud por la Universidad Autónoma de la Ciudad de México (UACM). Estudiante de la Maestría en Medicina Social en la Universidad Autónoma Metropolitana (UAM) - Unidad Xochimilco.

Contacto: marianita.med4@gmail.com

ALMA TERESA MEDINA VARGUEZ

Licenciada en Antropología Social por la Universidad Autónoma de Yucatán. Estudiante de la Maestría en Medicina Social en la Universidad Autónoma Metropolitana (UAM) - Unidad

Xochimilco.

Contacto: almateresa.medina@gmail.com

IRLANDA LIBERTAD MENDOZA PINEDA

Licenciada en Nutrición Humana por la Universidad Autónoma Metropolitana (UAM) Unidad Xochimilco. Estudiante de la Maestría en Medicina Social en la UAM - Unidad Xochimilco.

Contacto: irlandalibertadmp@gmail.com

THAMIRES PIOVEZAN BORGES

Licenciada en Enfermería por la Universidad de Cuiabá. Estudiante de la Maestría en Medicina Social en la Universidad Autónoma Metropolitana (UAM) - Unidad Xochimilco.

Contacto: thamirespiovezan@hotmail.com

KENYA MIROSLAVA RODRÍGUEZ CASTILLO

Licenciada en Nutrición Humana por la Universidad Autónoma Metropolitana (UAM) Unidad Xochimilco. Estudiante de la Maestría en Medicina Social en la UAM - Unidad Xochimilco.

Contacto: kenya.nutricion@gmail.com

PEDRO SOTO JUÁREZ

Licenciado en Psicología por la Universidad Autónoma Metropolitana (UAM) Unidad Xochimilco. Estudiante de la Maestría en Medicina Social en la UAM - Unidad Xochimilco.

Contacto: ps2260163@gmail.com

EMILIO ARTURO TRUJILLO PEÑA

Licenciado en Biología por la Universidad Autónoma de Yucatán. Estudiante de la Maestría en Medicina Social en la Universidad Autónoma Metropolitana (UAM) - Unidad Xochimilco.

Contacto: emilio_trujillo20@hotmail.com

JOSÉ ALBERTO RIVERA MÁRQUEZ

Licenciado en Nutrición y Maestro en Medicina Social por la Universidad Autónoma Metropolitana (UAM) Unidad Xochimilco. Doctor en Epidemiología y Salud Poblacional, por la London School of Hygiene & Tropical Medicine, University of London. Profesor-Investigador del Departamento de Atención a la Salud en la UAM - Unidad Xochimilco.

Contacto: arivera@correo.xoc.uam.mx

MARÍA DE LOURDES PATRICIA FEMAT GONZÁLEZ

Licenciada en Psicología por la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), Maestra en Terapia Familiar Sistémica por el Instituto Latinoamericano de Estudios de la Familia y Doctora en Antropología Social por la Escuela Nacional de Antropología e Historia (ENAH). Profesora-Investigadora Titular C de Tiempo Completo del Departamento de Educación y Comunicación en la Universidad Autónoma Metropolitana (UAM) - Unidad Xochimilco. Miembro del Área de Investigación “Estudios de Familias” en la UAM - Unidad Xochimilco. Titular de la investigación “Las familias, relaciones, interacciones y contextos”.

Contacto: lula.femat@gmail.com

ARMANDO ORTIZ TEPALE

Licenciado en Psicología, Maestro en Psicología Social de Grupos e Instituciones y Maestro en Desarrollo y Planeación de la Educación por la Universidad Autónoma Metropolitana (UAM). Profesor-Investigador Asociado C de Tiempo Completo del Departamento de Educación y Comunicación en la UAM - Unidad Xochimilco. Jefe del Área de Investigación “Estudios de Familias” en la UAM - Unidad Xochimilco. Colaborador del proyecto de investigación “Las fami-

lias, relaciones, interacciones y contextos”.

Contacto: aortizt@correo.xoc.uam.mx / tepalesicol@gmail.com

LUISA FERNANDA DELGADO MARTÍNEZ

Doctora en Ciencias en Salud Colectiva por la Universidad Autónoma Metropolitana (UAM) - Unidad Xochimilco. Experta en Salud Ocupacional en la Escuela Nacional Sindical (ENS).

Contacto: psicoluisadm@gmail.com

OLIVA LÓPEZ ARELLANO

Doctora en Ciencias de la salud por el Instituto Nacional de Salud Pública (INSP). Profesora-Investigadora del Departamento de Atención a la Salud en la Universidad Autónoma Metropolitana (UAM) - Unidad Xochimilco y actual secretaria de Salud del Gobierno de la Ciudad de México.

Contacto: oli@correo.xoc.uam.mx

LILIANA CUNHA

Doctora en Psicología por la Facultad de Psicología y de Ciencias de la Educación de la Universidad de Porto. Profesora-Investigadora del Centro de Psicología de la Universidad de Porto, Portugal.

Contacto: lcunha@fpce.up.pt

SERGIO LÓPEZ MORENO

Doctor en Epidemiología por la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM). Profesor - Investigador del Departamento de Atención a la Salud en la Universidad Autónoma Metropolitana (UAM) - Unidad Xochimilco.

Contacto: slopez@correo.xoc.uam.mx

HÉCTOR DANIEL SALAZAR HOLGUÍN

Maestro en Medicina Social por la Universidad Autónoma Metropolitana (UAM) - Unidad Xo-

chimilco. Epidemiólogo en el Hospital General Regional (HGR) 1 Unidad Chihuahua del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y presidente del Comité Hospitalario de Bioética del HGR 1 del IMSS.

Contacto: hector.salazar@imss.gob.mx

ALEJANDRO ARNALDO BARROSO MARTÍNEZ

Doctor en Ciencias en Salud Colectiva por la Universidad Autónoma Metropolitana (UAM) – Unidad Xochimilco. Actualmente es docente en la Escuela de Medicina de la Universidad de Valparaíso, Campus San Felipe, Chile. Líneas de investigación: Educación Socioemocional

y Salud Mental, Salud Mental y Perspectiva de Género.

Contacto: almex2012@gmail.com.

GILBERTO HERNÁNDEZ ZINZÚN

Doctor en Antropología por la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM). Actualmente es Profesor-Investigador de la Licenciatura de Medicina en la Facultad de Estudios Superiores Iztacala de la UNAM. Líneas de investigación: Antropología de la Salud, Epistemología Médica, Educación Médica y Salud.

Contacto: zinzun@unam.mx

Esperar en Urgencias de hospitales públicos de la Ciudad de México

Bruno Lutz*

RESUMEN

Este estudio presenta los resultados de una investigación sobre la espera de los enfermos y sus acompañantes en el servicio de Urgencias de hospitales públicos. A partir de un trabajo de campo llevado a cabo en 14 unidades médicas de la Ciudad de México y la realización de más de 80 entrevistas, entre octubre 2017 y marzo 2018, se explora el fenómeno de la espera en sus múltiples dimensiones. Se abordan los débiles alcances de las iniciativas institucionales para mejorar el acceso a la salud; se detalla la etapa inicial del peregrinar de los enfermos que buscan ser atendidos; se examina la construcción burocrática de la espera, y también se analiza la sala de espera como un no-lugar. Se concluye que los derechohabientes deben a menudo sortear una serie aleatoria de dificultades logísticas y organizacionales en el marco de una relación compleja con los diferentes núcleos de empleados en los hospitales. El mejoramiento de las instalaciones y de la gestión de servicios en Urgencias podría cambiar radicalmente la experiencia de los enfermos y sus familiares.

PALABRAS CLAVE: espera, hospital, México, paciente, urgencias

Waiting in Mexico City Public Hospital Emergency Rooms

ABSTRACT

This paper presents the results of research focused on the treatment received by sick people and their companions in public hospital emergency waiting rooms. Through field work done at fourteen Mexico City medical units and more than eighty interviews conducted between October 2017 and March 2018, we analyzed waiting time in several dimensions. We witnessed the weak scope of institutional initiatives intended to improve the delivery of health care, we detailed the steps of sick persons pilgrim to be finally attended at a hospital, we examined the waiting time created by bureaucratic construction, and we also studied the emergency waiting room as a “no-place”. The conclusion is that sick citizens must often navigate a series of random organizational and logistic difficulties when engaging in the complex relationship between hospitals and patients. The improvement of

Posdoctor en Sociología por la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) y doctor en Ciencias Sociales por la Universidad Autónoma Metropolitana (UAM). Profesor-Investigador del Departamento de Relaciones Sociales en la UAM - Unidad Xochimilco. brunolutz01@yahoo.com.mx

Fecha de recepción: 21 de diciembre de 2020.

Fecha de aceptación: 27 de febrero de 2021.

emergency rooms and patient service management would positively impact the experience of patients and their family members.

KEYWORDS: Emergency; Hospital; Mexico; Patient; Waiting time.

Introducción

Mariana murió en octubre de 2015, a los 26 años de edad. Oriunda de Chihuahua, fue internada en el Instituto Nacional de Cancerología (INCAN), pero falleció vencida por el cáncer, negligencias médicas y malos tratos. En su desesperación por vivir, Mariana escribió un diario en el cual anotó cómo la hicieron esperar sin darle esperanza alguna de remisión, le perforaron un pulmón, la quemaron en segundo grado, la mantuvieron anémica y deshidratada, y no recibió las medicinas adecuadas.

No es momento de describir lo que sientes, pero sí de quejarse por un sistema de salud público burdo, incapaz e inhumano. Hoy el oncólogo particular, que cobra 800 pesos por una consulta (y eso porque es conocido de mi mamá), me recetó hierro y ácido fólico; los debí haber tomado desde el inicio del tratamiento. Y dijo que puede empezar la radioterapia hoy mismo, claro, pagando 2,500 pesos por cada una y necesito 30. En el INCAN llevo más de un mes esperando que “arreglen” el aparato¹.

Desafortunadamente el calvario hospitalario de esta joven mexicana no es un caso aislado: incontables son los enfermos cuyo estado de salud se deteriora mientras son atendidos en una unidad médica.² Los numerosos problemas que afectan

el buen funcionamiento de los hospitales públicos repercuten en la atención de los pacientes. Por ejemplo, las enfermedades nosocomiales causadas por una mala higiene impactan negativamente a una gran cantidad de personas internadas³. La letal pandemia del COVID 19 ha aumentado de manera exponencial los riesgos a la salud relacionados con infecciones contraídas en hospitales.

Si bien el tema de la espera de atención médica ha sido abordado por los investigadores Siciliani, Borowitz y Moran (2013), de la Organización para el Desarrollo y la Cooperación Económica (OCDE), muy poco se ha escrito al respecto desde las Ciencias Sociales. Empero se puede citar el brillante estudio de Schwartz (1993), quien analizó los diferentes usos sociales de la espera en los Estados Unidos de América, para acceder a bienes y servicios, en el marco de una economía formal e informal del tiempo. Mostró que dicha condición es una variable fundamental en las interacciones de las personas. Por su parte, Martín

públicos, calvario para los familiares de pacientes pobres”, de Ortiz Borbolla (2014) y, “Hospitales llenos y sin medicina: el calvario de los pacientes”, de Ureste (2016), revelan los graves disfuncionamientos de las unidades médicas del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE).

³ La Organización Mundial de la Salud (OMS) señala que “En México, se calcula que 450.000 casos de infección relacionada con la atención sanitaria causan 32 muertes por cada 100.000 habitantes por año”. <http://www.who.int/gpsc/background/es/> (consulta 12 de enero del 2021).

¹ Rincón, S. (2015). “Mariana: cuando además del cáncer te mata la negligencia”, *SinEmbargo*. <http://www.sinembargo.mx/25-11-2015/1560563> (consulta 24 de enero del 2019).

² Los artículos del periodismo de investigación: “Hospitales

(2011) indagó con perspicacia el tiempo de espera de los derechohabientes del Seguro Social para realizar trámites en una unidad administrativa del suburbio de París. Relevante también lo es la investigación de Auyero (2013) sobre la espera de los solicitantes de apoyo gubernamental en Buenos Aires —en su mayoría mujeres extranjeras en situación precaria—, pues nos hace comprender diferentes aristas de la relación entre el Estado y los usuarios de la administración pública.

En cuanto al tema específico de la espera en la Sala de Urgencias, es menester señalar el estudio cuantitativo de Thompson y Yarnold (1995), en el Hospital MacNeal de Chicago, el cual revela una correlación inversa entre el tiempo de espera y el nivel de satisfacción de los pacientes; mientras que en un trabajo etnográfico, en otro centro médico de esta misma ciudad norteamericana (el Cook County Hospital), Peneff (1998) detalla las técnicas administrativas que arbitrariamente reducen el número de pacientes e incrementan su vulnerabilidad. De estas investigaciones se ha inspirado el presente estudio.

Ahora bien, la carencia de artículos sobre el tiempo de espera de los pacientes en los hospitales de México es muy llamativa, tanto por el elevado número de hospitales y derechohabientes del sistema público de salud, como por las múltiples consecuencias derivadas de la mala atención a la salud. No obstante, este tema es de gran relevancia para comprender la reproducción de las formas de dominación⁴.

La espera es una de las maneras privilegiadas de experimentar el poder, así como el vínculo

⁴ En su artículo Damían González (2013) subraya la necesidad de incluir los índices de pobreza de tiempo, y en particular el Exceso de Tiempo de Trabajo (ETT), en la medición de la pobreza en México.

entre el tiempo y el poder, y habría que inventariar, analizar, todas las conductas asociadas al ejercicio de un poder sobre el tiempo de los demás, tanto por parte del poderoso (dejar para más tarde, dar largas, dilatar, entretener, aplazar, retrasar, llegar tarde; o, a la inversa, precipitar, sorprender) como del “paciente”, como suele decirse en el universo médico, uno de los paradigmas de la espera ansiosa e impotente. La espera implica sumisión: propósito interesado de algo particularmente deseado, modifica de manera duradera, es decir, durante todo el tiempo que dura la expectativa, la conducta de quien, como suele decirse, está pendiente de la decisión esperada. (Bourdieu, 1997: 308)

Compartimos plenamente la idea de que una manifestación sigilosa del poder es la capacidad de alguien o de una institución para establecer tiempos a la población. En los intersticios de este marcaje periódico de las actividades, están los tiempos de espera. Esperar para obtener una plaza definitiva, para ascender en el escalafón o para jubilarse, por ejemplo, son situaciones en el ámbito laboral que ilustran el hecho de que las relaciones sociales deben comprenderse a través del intervalo de tiempo que separa una acción de la otra. Es la duración de este intervalo en una interacción y la frecuencia de repetición de una misma secuencia (encuentros, intercambios de regalos, apoyo mutuo, etc.) que dan sentido a la acción social. Esperar es entonces la condición de existencia de la vida en sociedad. En el presente estudio nos abocaremos a examinar la experiencia social del tiempo de espera en el contexto de la atención a la salud.

Metodología

Los estudios de Goffman (2001), Martín Pérez (2009) y Auyero (2013) fueron, en diversos grados, fuentes de inspiración para diseñar una me-

metodología de investigación que nos facilitara comprender las diferentes dimensiones de la espera en las salas de Urgencias de los hospitales públicos de la Ciudad de México. A raíz de una revisión bibliográfica y hemerográfica, así como de una consulta de las fuentes periodísticas y oficiales sobre el tema, nos dimos a la tarea de elaborar un guion de preguntas para acompañantes y pacientes. Grupos de 2 a 3 estudiantes voluntarios de la Licenciatura de Sociología de la Universidad Autónoma Metropolitana, unidad Xochimilco, participaron en la labor de recolección de información en diferentes hospitales públicos de la Ciudad de México, generalmente localizados cerca de su casa. Al respecto, el trabajo de campo se llevó a cabo entre octubre de 2017 y marzo de 2018, en las siguientes catorce unidades médicas: Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición, Salvador Zubirán; Centro Médico Nacional, 20 de noviembre; Hospital General, Dr. Darío Fernández Fierro; Hospital Regional, 1^{er} de octubre; Hospital General Regional, UMAA2; Hospital General Zona 2A, Troncoso; Clínica N° 47, del IMSS; Hospital de Especialidades, Belisario Domínguez; Hospital Dr. Manuel Gea González; Hospital General Regional, Juan Ramón de la Fuente; Hospital Xoco; Hospital General, Rubén Leñero y Unidad Familiar N° 15, del IMSS. Se logró entrevistar a un total de 79 acompañantes, cinco pacientes, una vendedora de dulces ubicada fuera de Urgencias, un enfermero, una doctora, a la Jefa de un Departamento de Atención y Orientación al Decehohabiente y al Director de un hospital. Esta investigación no tenía como propósito comparar las condiciones de espera en hospitales del ISSSTE, del IMSS y del Seguro Popular (hoy, Instituto de Salud para el Bienestar INSABI); tampoco comparar las condiciones de espera entre hospitales públicos de 2^{do} y 3^{er} niveles, ni medir el grado de satisfacción de los usuarios de los servicios de Urgencia, ya que la propia Secretaría de Salud,

supuestamente, lo está llevando a cabo. El objetivo de este estudio fue analizar las vivencias de los pacientes y sus familiares en el proceso de espera en Urgencias, así como las condiciones materiales y logísticas de la misma con el afán de encontrar los denominadores comunes de esta experiencia a menudo angustiante y difícil.

Ahora bien, a continuación se mencionan las dificultades que se atravesaron durante esta investigación:

- a. La autorización para estar presente en la sala de espera sin estar enfermo ni ser acompañante, fue ardua de obtener: en varios casos, policías de entrada o responsables de nivel medio exigían la presentación de un oficio de la Delegación correspondiente. Salvo notorias excepciones, como el servicio de Urgencias del Hospital “La Raza”, se encontró una fuerte resistencia para permitirnos el acceso.
- b. Fue difícil acercarnos al personal médico y a los policías. En un servicio de Urgencias, en el cual se recibe permanentemente enfermos graves y víctimas de accidentes, el personal es poco accesible –incluso en los momentos más desahogados–.
- c. En varias ocasiones, trabajadoras sociales y enfermeras creyeron que se trataba de una auditoría encubierta, mientras que, por su parte, los acompañantes pensaron con frecuencia que era un estudio realizado a petición de la dirección del Hospital.
- d. Frente a un problema de salud de cierta gravedad, enfermos y familiares están en manos de los médicos. Emocionalmente vulnerables, los informantes navegan entre la incertidumbre y la desesperación, lo cual se refleja en sus

respuestas que oscilaron entre una apología de la institución, un mutismo desinteresado y la denuncia abierta –la lealtad, la salida y la voz, como lo categorizó Hirschman (1977)–. En estas condiciones, hacer entrevistas requirió de mucho tacto y empatía.

- e. Finalmente, no fue posible comprobar la veracidad de los testimonios de acompañantes y enfermos, por lo que aceptamos la información, *ipso ante*, como fidedigna. Pero a dichos testimonios se sumó nuestra observación etnográfica de las salas de espera de Urgencias y en las afueras de las mismas, lugares a los cuales se acudió varias veces, en diferentes horarios y días de la semana.

Respecto de la estructura del presente artículo, en el primer apartado se exponen datos sobre la atención a la salud en México y los programas que buscan mejorar la atención de los pacientes; en el segundo, las diferentes aristas del “peregrinar” de los enfermos, en visos de aliviar sus males y encontrar la salud; en el tercer apartado, la construcción institucional y social de la espera; en el cuarto, la interacción de las diferentes categorías del personal del hospital con los usuarios y, en el último, la circunstancia de una sala de espera como un “no-lugar”, es decir, un espacio no delimitado de tránsito para una población flotante en situación de vulnerabilidad. En las conclusiones se contextualizan los alcances del estudio y se plantean futuras pistas de investigación.

La Espera Institucionalizada

A principios del siglo XXI, médicos responsables de una investigación en la Delegación de Tlaxcala, del IMSS, revelaron que los motivos de insatisfacción de los pensionados se concentraron en el tiempo de espera prolongado (34%), la mala

atención por parte del médico (28.3%) y los excesivos trámites burocráticos (19.4%).

En relación con la expectativa del usuario sobre considerar el tiempo ideal para recibir la atención mayor a 30 minutos, efectivamente se cumple su deseo: la recibe con demora. Es probable que los usuarios del IMSS, cuyo perfil sociodemográfico incluye un bajo nivel educativo, tengan una expectativa limitada y que el servicio brindado bajo el modelo médico hegemónico de superioridad y autoridad origine que los usuarios se conformen con lo brindado por la institución... (Maldonado Islas *et al.*, 2001: 427).

A raíz de este estudio se implementó el sistema de citas previas. Otro equipo de médicos comprobó la efectividad de dicho sistema para reducir el tiempo de espera en la consulta externa del Instituto Nacional de Pediatría (Rodríguez Weber y López Candiani Mass, 2005). Las características particulares del servicio de Urgencias donde enfermos graves y derechohabientes, víctimas de traumatismos, acuden en el día o por la noche, los 365 días del año, obligaron a las autoridades sanitarias a buscar otras medidas para mejorar la atención de los pacientes, pues las quejas seguían siendo numerosas y reiteradas⁵.

En marzo de 2015, el director del IMSS anunció que se implementaría una nueva clasificación de los pacientes que llegaran a Urgencias, llamada *Triage*, “la cual iba a disminuir en un 40 por cien-

⁵ Encuestados en 2016, los Avaless Ciudadanos, conformado por voluntarios y organizaciones no gubernamentales, quienes se encargan de “avaluar las acciones de las instituciones del sector Salud” para que éstas obtengan “la confianza de la sociedad civil en cuanto a la calidad de los servicios de salud que se brindan”, señalaron al Trato digno, y luego la Mejora del tiempo de espera, como los dos factores de mayor importancia para el trato de los pacientes. http://www.calidad.salud.gob.mx/site/calidad/docs/aval_resultados_05.pdf (consulta el 3 de febrero de 2021). Por otro lado, la Comisión Nacional de Arbitraje Médico en 2017 recibió 203 quejas sobre el servicio de Urgencias médicas, lo que le dio el segundo lugar respecto de las recibidas en la especialidad de ortopedia general (CONAMED, 2018).

to las cirugías pendientes y reducir la espera a 5 minutos”⁶. Operando a nivel internacional desde hace varios años, pero adaptado a las necesidades específicas de cada país, el sistema *Triage* es el método que mejores resultados ha dado respecto de la clasificación rápida y efectiva de los heridos y enfermos graves (Illescas Fernández, 2006). Asimismo, la introducción de dicho procedimiento a nivel nacional implicó una reorganización de los servicios de Urgencias, así como el inicio de una campaña de información para los usuarios. Todavía, en 2015, la Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA) publicó un documento titulado “Servicios de Urgencias que Mejoran la Atención y Resolución” (SUMAR), en el cual se expusieron los principios de funcionamiento y los criterios de selección de Urgencias⁷. Se establecieron tres categorías, con sus respectivos tiempos de espera: I. Emergencia, menos de 10 min; II. Urgencia, de 30 a 60 min; III. No clasificada, menos de 2 horas. Además de este *Triage* general, se detalló un *Triage* de urgencias obstétricas, de tres colores, según la situación de gravedad: rojo, amarillo y verde.

6 Valadez, B. (2016). “El IMSS reducirá la espera en urgencias a 5 minutos”, *Milenio*, http://www.milenio.com/cultura/IMSS_reducira_tiempo_de_espera-urgencias-atenderan_urgencias_en_cinco_minutos_0_697730254.html (consulta 11 de octubre de 2020).

7 SSA (2015). *Servicios de Urgencias que mejoran la Atención y Resolución (SUMAR)*. http://calidad.salud.gob.mx/site/mail/2015/01/doc/02_H.pdf (consulta 17 de octubre de 2017).

El Programa de Calidad en la Atención Médica (PROCAM) incluye al Sistema INDICAS que actualmente proporciona información cuatrimestral sobre la calidad de la atención médica (datos publicados por los mismos hospitales, sobre la base de un modelo universal de encuesta)⁸. Para el presente estudio, dos indicadores fueron relevantes: el “Trato digno en Urgencias” para el año 2017 (indicador que desaparece el año siguiente) y la “Organización de los Servicios de Urgencias” que se reduce al único “Porcentaje de usuarios que esperan tiempo estándar para recibir atención” en 2018.

En el Cuadro 1, la tasa de satisfacción respecto del trato recibido en Urgencias oscila entre 88.2 y 93.7 por ciento, la cual, es muy elevada. Para los dos indicadores seleccionados, es de notar que no hay diferencias significativas entre el servicio de Urgencias de las unidades médicas de la SSA y del ISSSTE.

Asimismo, es preciso no perder de vista que el insuficiente presupuesto del sector salud es una variable que incide en la atención oportuna y de calidad a los derechohabientes del IMSS, ISSSTE y del Seguro Popular. Los efectos de esta limitada inversión gubernamental son visibles, particular-

8 Publicado en Diario Oficial de la Federación (DOF), el 30 de diciembre del 2016.

Cuadro 1. Trato digno, en 2^{do} nivel de Urgencias, en hospitales de la Ciudad de México, 2017

| Institución | Cuatrimestre 1 | Cuatrimestre 2 | Cuatrimestre 3 |
|-------------|----------------|----------------|----------------|
| SSA | 91.9 | 92.5 | 92.7 |
| ISSSTE | 88.2 | 89.1 | 93.7 |

Fuente: DGCyE, de la SSA <http://dgc.es.salud.gob.mx/INDICASII/consulta.php> (fecha de consulta 14/05/2018)

Cuadro 2. Organización de los servicios de Urgencias, en hospitales de la Ciudad de México, 2017-2018

| Institución | 2017 | | | 2018 | |
|-------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|
| | Cuatrimestre 1 | Cuatrimestre 2 | Cuatrimestre 3 | Cuatrimestre 1 | Cuatrimestre 2 |
| SSA | 56.5 | 57.5 | 59.1 | 62.6 | 58.5 |
| ISSSTE | 63 | 56.2 | 42 | 59.4 | 25.3 |

Fuente: DGCyE, de la SSA <http://dgces.salud.gob.mx/INDICASII/consulta.php> (fecha de consulta 24/01/2019)

mente en el servicio de Urgencias de los hospitales de 2^{do} y 3^{er} nivel, a pesar de los diversos programas de la Secretaría de Salud para presentar evaluaciones y autoevaluaciones alentadoras, dar seguimiento a las quejas e implementar el sistema internacional de *Triage*. No es falso afirmar que el trato de los pacientes sigue siendo un aspecto controversial de la política de atención a la salud.

El peregrinar

El término “peregrinar” ha sido empleado por varias personas entrevistadas para referirse a la no inmediata atención de su familiar en Urgencias de varios hospitales públicos. Dicho vocablo que pertenece al léxico religioso da cuenta de las dificultades múltiples a las que se enfrentan las personas para que su enfermo sea atendido y curado. En otros contextos, pacientes se han referido a esta serie de dificultades como una “carrera de obstáculos” (Lopera Betancur et al., 2010), mientras que de manera más técnica médicos urgentistas (Carbonell Torregrosa, Girbés Borrás y Calduch Broseta, 2006) lo designaron como “pre-proceso”.

La primera etapa de esa “peregrinación” puede consistir en obtener una ambulancia del ISSSTE o del IMSS para trasladar al enfermo grave, ya que es un proceso burocrático tardado e incierto.

En ese hospital [de Iztapalapa], no había ambulancias. Cuando yo vi tres ambulancias paradas y le pregunté a un médico, y me dijo que no podíamos utilizar la ambulancia “¿Por qué?” Para poder utilizar la ambulancia en un traslado, él tenía que permanecer todo un día y mi hermano llegó a ese hospital como a las 10 de la mañana. Pero mi hermano no podía esperar porque si no iba a perder los dedos, el movimiento de los dedos. Lo tuvimos que traer nosotros. Hicimos como unos... una hora más o menos, porque estaba a vuelta de rueda todo Periférico⁹.

Incluso llamar al número de emergencia 911 para pedir una ambulancia no garantiza su pronto arribo. Nos refirieron casos en los cuales paramédicos acudieron al lugar donde se encontraba la persona inválida, pero no quisieron llevársela porque vivía en la calle, estaba mal vestida u olía a alcohol. La gran mayoría de los entrevistados dijo haber transportado a su enfermo en un coche particular. Algunos pocos se trasladaron en taxi, como esta señora originaria de Baja California quien acompañó a su hija gravemente enferma a Urgencias del Hospital Centro Médico, 20 de Noviembre:

Pues, mira, aparte de la enfermedad de la niña, el mal trato que te dan desde que llegas. Te vas

⁹ Entrevista con Rocío Z., de 60 años aproximadamente, con hermano internado en el Hospital General de la Raza, 18/noviembre/2017.

bajando con la niña de un taxi, o sea que uno anda pidiendo una silla de ruedas y que te salgan con que no hay, o con qué no te la pueden prestar, que porque no estás registrada aquí en el ISSSTE... Llegamos con la niña y nos negaban la entrada. No nos dejaban pasar. Siendo que entró una ambulancia yo corrí con la niña. La niña, así como venía enferma, tuvo que correr junto conmigo: “¡córrele hija para poder entrar!”. Así fue como nos metimos. De trampa nos metimos¹⁰.

El viaje que los enfermos deben realizar entre su domicilio (o el lugar del accidente) y el hospital es un factor importante en cuanto al acceso a la salud. Además de las variables de la distancia a recorrer y del tiempo para realizar este recorrido, debe sumarse el costo que esto representa (Garrocho, 1993).

Es bastante frecuente que los familiares reciban respuestas negativas, por parte del personal de admisión, en el primer servicio de Urgencias al cual se presentan. Suelen escuchar: “no es el hospital que le corresponde”, “es demasiado grave para ser atendido aquí”, “no tenemos los equipos para tratarlo”, o bien, “no hay camas disponibles”. Además, presentarse de noche a Urgencias, un domingo o un día festivo, no llegar en ambulancia, llegar sin el carnet de salud o con una documentación incompleta son elementos que reducen significativamente la probabilidad de ser atendido. Hay hospitales que no cuentan con médicos en las tardes, como lo revela Sara R., quien regresó de Estados Unidos para estar con su hijo y acompañarlo a Urgencias en el Hospital Belisario Domínguez:

En el hospital que está en Tláhuac lo llevé el lunes, y no me lo recibieron porque no hay médicos. Y ya hay más de quince días que no hay médicos en las tardes y mucha gente corremos aquí. Ayer me dijeron a mí: “es que a usted la mandaron a Tláhuac”. “Si en Tláhuac no hay médicos, me pueden atender aquí. Yo pertenezco a esta zona porque yo vivo aquí, como a quince minutos”. (...)

Ya estoy aquí, pero sí, sí tardan bastante. A mí me ha tocado que estuve hoy toda la noche y llegaron unas personas a las 11:00 de la noche y los atendieron hasta las 8:30 - 9:00 de la mañana¹¹.

Otro testimonio al respecto es elocuente:

...ese peregrinar en el que anduvieron mis familiares, porque primero la llevaron a un lado, luego al otro y en ningún lado se la recibían. Yo creo que eso no está bien. ¿Si se nos muere ahí, en el carro? Se iba desangrando mi hermana, porque traía el fémur expuesto. (...) Hablaron a la ambulancia, y la ambulancia, pues que no podía salir al Distrito [Ciudad de México] y el Estado [de México]. Los de la ambulancia misma llamaron, y pues que no la podían atender en el “Gustavo Baz” que porque no hay la atención para la gravedad que ella presentaba. Y en el de “Las Américas” tampoco: que no había camas. Entonces, la mandan a “La Villa”: tampoco, en “Balbuena” tampoco la quisieron atender. Y así anduvieron. En el que está aquí en el INR [Instituto Nacional de Rehabilitación]: tampoco. La mandaron para acá [Hospital Gea González], pero no la quisieron atender. La mandan al “Xoco”: tampoco. Regresaron acá, y ya hasta que mi sobrino habló con el director fue que le dieron la atención aquí¹².

10 Entrevista directa con Mónica G., alrededor de 30 años, hija internada en el Hospital Centro Médico 20 de Noviembre, 23/octubre/2017.

11 Entrevista directa con Sara R., de 54 años, con hijo internado en el Hospital de Especialidades Belisario Domínguez, 26/febrero/2018.

12 Entrevista realizada fuera del Hospital Dr. Manuel Gea González, con

Estos extractos de entrevista ilustran la experiencia traumática de quienes informaron no vivir en la Ciudad de México, haber requerido de Urgencias por la noche, tener a sus enfermos o heridos en estado de gravedad y ser de escasos recursos. El ser derechohabiente del ISSSTE, del IMSS o del Seguro Popular pasa entonces a segundo plano, respecto del primer filtro de admisión, incluso cuando los entrevistados han reconocido una diferencia de trato entre dichas instituciones.

Como nos confió Andrea R., varios de los informantes no tuvieron más opción que la de movilizar sus “relaciones” para hablar con el director o directora de la unidad médica, y así lograr que su familiar fuera atendido. Otros, en cambio, carecen de capital social¹³ como Antonio R., quien acudió al Hospital de Iztapalapa, un 25 de diciembre, por una presión arterial muy elevada. Le dijeron que no había ni paramédicos ni médicos para atenderlo, por lo que regresó a su casa en el mismo estado¹⁴.

Cabe señalar que el sistema *Triage* faculta al médico para que, después de una auscultación superficial, algunas preguntas y la toma de presión arterial y temperatura, decida si quien solicita el servicio puede ser atendido o no. Varias personas entrevistadas comentaron que “uno tiene que estar muriéndose o desangrándose” para ser admitido.

Con base en los testimonios recabados, es posible afirmar que la “peregrinación” no siempre termi-

Andrea A., de cuarenta y ocho años, con una hermana internada, 25/octubre/2017.

13 Retomando lo planteado por Bourdieu (2011: 92, 107, 163), entendemos por capital social las “relaciones” que permiten incrementar el rendimiento del capital económico y cultural, mediante el empleo de técnicas de sociabilidad. El volumen de estas relaciones, pero también su diversidad y calidad, permiten hablar de un capital social diferente y diferenciador, el cual se manifiesta en una situación de gran necesidad como la de ingresar a un enfermo grave en un hospital público.

14 Entrevista directa con Antonio R., de 51 años, con esposa internada en el Hospital General de Iztapalapa, 28/marzo/2018.

na cuando el enfermo es ingresado a Urgencias, pues con frecuencia se dan de alta a personas que no han recobrado totalmente su salud. En estos casos, los familiares buscan una solución a su alcance (en función de su capital social y económico) para lograr la completa y definitiva recuperación de su pariente, fuera del hospital.

Tiene más de un año, igual nos mandaron de la Clínica 31 para acá [Clínica 32]. Pero la Clínica 31 nos mandó en taxi, porque no hubo ambulancia, porque no quisieron esperar a que hubiera una ambulancia. Así me entregaron todos mis papeles y a mi madre en taxi, porque llegamos aquí e igual, llegamos aquí a las 4 de la mañana y la atendieron hasta las 10 de la mañana. Estuvimos con mi mamá más de 8 horas aquí y después la pasaron a piso. Pasaban y la veían como a todos. Pero cuando me la dieron de alta, mi mamá salió en malas condiciones porque mi mamá no controlaba el equilibrio, no controlaba la voz y se le iba el aire. (...) Yo tuve que llevar a mi mamá... Bueno, yo no, mi hermano la tuvo que llevar a un particular a que la atendieran¹⁵.

Este testimonio muestra una vez más el fenómeno del “peregrinar” de los solicitantes para que su enfermo sea atendido, y evidencia trágicamente que la atención deficiente en el hospital, junto con un número insuficiente de días de hospitalización, los obliga a buscar un tratamiento externo, cuyo costo terminan asumiendo en su totalidad. La tardanza en la atención, y luego la prolongada convalecencia, fuera del hospital, de la madre antes referida, nos remite a observar una dilatación institucional de los tiempos con graves consecuencias para su salud.

15 Entrevista con Gabriela P., de 50 años, con madre hospitalizada en la Clínica 47, del IMSS, 10/marzo/2018.

Al dar de alta un paciente todavía en estado delicado, los médicos pueden pedir a los acompañantes que soliciten una cita en consulta externa para valorar la evolución de su enfermo. Los entrevistados que se refirieron a esta petición son unánimes al denunciar la larga espera antes de que el paciente pueda ser valorado nuevamente. Hugo, un sexagenario de condición humilde entrevistado fuera de Urgencias de la Clínica 47, del IMSS, nos confió que para él, el sismo del 19 de septiembre del 2017 no modificó la calidad de la atención de los enfermos, y que siguen dando citas para dentro de tres, cuatro o cinco meses, e incluso un año¹⁶. Estos plazos para ser atendidos son, a primera vista, excesivos sobre todo si se trata de dar seguimiento a pacientes que ingresaron a Urgencias y cuya enfermedad crónico-degenerativa o patología traumática no ha sido controlada del todo.

El rechazo de la atención médica contraviene a la legislación en vigor¹⁷, pero especialmente ilustra la universalidad de la atención de los pacientes en función de su estatus social, su relación con la institución, los médicos que ahí laboran (por ello la importancia de las recomendaciones), y su patología. Varias personas entrevistadas nos dijeron que por ser pobres no los trataban bien y tenían que esperar mucho tiempo. Una señora de escasos recursos, originaria de Hidalgo, que acompañaba a su esposo a Urgencias del Hospital Xoco nos confió con tristeza: “El domingo apenas entró un paciente. Se nos hace raro que llegando lo atendieron rápido. Para mí que era un pariente o familiar de uno de los trabajadores de aquí y, ya hasta lo dieron de alta. Y hay otros que también necesitan operación y no les dicen nada y los hacen esperar”¹⁸.

16 Entrevista con Hugo C., de 65 años, con hijo hospitalizado en la Clínica 47, del IMSS, 13/marzo/2018.

17 Artículos 71 y 72, del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, publicado en el Diario Oficial de la Federación (DOF), el 19/diciembre/2016.

18 Entrevista con Mariana D., de 38 años, con esposo internado en el Hos-

El tiempo de espera de los pacientes para ser atendidos, si es que son admitidos, corresponde a la posición que enfermeras y médicos les asignan en una escala de estatus, junto con los niveles de gravedad señalados por el sistema *Triage*.

La espera

Los trámites administrativos movilizan a la ciudadanía durante un tiempo generalmente largo e incierto. Esta burocracia genera un costo social que repercute negativamente en el bienestar de la gente.¹⁹ Para obtener apoyos de programas gubernamentales o recibir atención médica, los solicitantes tienen que esperar, y más aún, los de menores ingresos. En el tema del acceso a la salud, los efectos de la espera se agudizan ya que la normatividad interna de los hospitales tiende a vulnerar a los usuarios. Asimismo, el requisito de “Un sólo acompañante” para ingresar a la sala de espera de los hospitales públicos es una regla que los policías aplican invariablemente. Responde a la necesidad práctica de reducir la afluencia en las salas de espera, a menudo inadaptadas para recibir un gran número de personas. Hemos sido testigos de que, en ocasiones, el enfermo que llega a Urgencias es acompañado por ocho o más familiares. En entrevista fuera del Hospital Gea González, Magdalena C. nos dijo que sus nueve hermanos acompañaron a su padre (en estado de coma) al área de Urgencias, y en las noches se turnaban para estar con él. Los sábados y domingos se juntaban cerca de 40 familiares fuera del hospital, entre hermanos, cónyuges e hijos²⁰. Sin embargo, este comprensible *numerus clausus*

pital Xoco, 25/octubre/2017.

19 El programa “Simplifica”, de la Comisión Federal de Mejora y Regulación, reconoce las consecuencias económicas –más no sociales y emocionales– del tiempo de espera para realizar trámites administrativos (COFEMER, 2014: 11).

20 Entrevista con Magdalena C., de 48 años, con padre internado en Urgencias del Hospital Gea González, 29/noviembre/2018.

instaurado por las instituciones de salud tiende a aumentar la vulnerabilidad de los enfermos y sus acompañantes.

La espera es a menudo larga y angustiante, por lo que la separación de los familiares, entre quien se queda adentro y el resto que espera afuera, puede verse también como una estrategia organizacional para disciplinar a los acompañantes y fomentar una cooperación subordinada. No obstante, en la práctica, esta regla de admisión en la sala de espera suele ser transgredida merced al empleo de subterfugios y al soborno de los policías, lo cual crea nuevas distinciones entre quienes burlan el reglamento y quienes lo respetan²¹.

Al margen de la obtención desigual e ilegal de privilegios, quienes esperan pueden dividirse en tres grupos: (1) los acompañantes que debido a la gravedad del padecimiento de su paciente obtienen un pase de 24 horas, el cual les permite ingresar y salir libremente de la sala de espera, (pase que entre ellos se turnan también); (2) los familiares que esperan fuera del hospital y que, en los horarios estipulados por el mismo entran para la diaria y corta visita a su enfermo, y (3) los acompañantes que esperan afuera, generalmente varones, y que ceden su lugar a miembros de su familia –mujeres las más de las veces–, para que estén en contacto directo con el enfermo. Aquellos suelen decir que “vienen para apoyar”, “para lo que se les ofrezca”, en el marco de una solidaridad moral y familiar.

En todo caso, la resignación de las personas que están esperando en Urgencias, su resistencia muda frente a los malos tratos –cuando los hay– puede explicarse por el hecho de que, para ellos, la única razón por la cual están ahí es encontrar la salud.

21 Dicho sistema de privilegios lo había encontrado el sociólogo canadiense Goffman (2001: 58-62) en su estudio de las “instituciones totales”.

La carencia de recursos económicos para ser internados en un hospital privado, el ser derechohabiente del Seguro Popular, del IMSS, e incluso del ISSSTE, así como la gravedad del problema de salud que padecen, los conducen a experimentar las consecuencias de su posición subordinada en la pirámide social. Preguntan, pero pocas veces reclaman y menos aún interponen una denuncia. El testimonio de la madre de un paciente que fue mal atendido en el Hospital Xoco es revelador:

Para mí, toda la culpa es de la enfermera que no le tuvo cuidado y no le dio ningún medicamento para el dolor, ni nada. Yo le había dicho a la enfermera que él era diabético, y que si ella le había hecho eso le tenía que tener mucho cuidado por lo mismo de su enfermedad. Y la enfermera me dijo: “si es diabético, no pasa nada mami, y en 7 días venga para ver cómo va.” Nos fuimos, pero no pudimos esperar ni los 7 días: al segundo día venimos y para entonces mi hijo ya estaba muy infectado. Es también por eso que no sale de terapia intensiva, porque la infección (pues) no cede. Ya le abrieron, le lavaron y la infección no saben ni de dónde surge (...).

Bueno, en una ocasión vino Contraloría en la madrugada y me preguntaron que qué creía al respecto, si lo consideraba una negligencia. Y que si yo pensaba que lo era, tenía el derecho de demandar. Y me dieron un papel en donde venía el correo electrónico del licenciado. Me dijo que le llamara y que no me preocupara, que ellos no iban a decir quien llamó y necesitaba que le mandaran un correo para que le explicara cómo estuvo la situación...²²

A pesar de llevar un mes esperando noticias de su hijo agonizando en terapia intensiva, por la negligencia de una enfermera, la entrevistada

22 Entrevista con Yolanda R., de 48 años, madre de paciente internado en el Hospital Xoco, 09/febrero/2018.

no interpuso una demanda. Respecto de esta resistencia para confrontar al personal, una señora fuera del Hospital regional UMAA2, del IMSS, nos confesó: “Muchas veces la gente cree que si reclama algo va a repercutir en su paciente y por eso no dice nada”²³. Asimismo, los acompañantes inconformes suelen desarrollar una resistencia subrepticia, unos “discursos ocultos”, como los denominó Scott (2000: 53), hasta el punto en que por una mala atención médica se pone en riesgo al enfermo, o bien, fallece por negligencia. En estos casos extremos entonces vislumbran la posibilidad de proceder en contra de los médicos o de la institución.

Para hacer frente a la adversidad, los familiares se organizan para esperar sin desesperarse: se turnan, se comunican noticias, se cooperan y suelen apoyarse con alimentos. Interactúan también con personas que están en la misma situación que ellos. “¿Sabes qué es lo que pasa? Que cuando tiene tiempo conociéndose (15 días o tres semanas) se van como solidarizándose, o es parte de hacer un núcleo de tu propia pena. Entonces, se empiezan hacer la plática y se invitan cuando traen comida, por la misma necesidad de sentirse abrazado sin pedirlo. Es como un acuerdo en silencio, un acuerdo no acordado”²⁴.

Esta idea de un “acuerdo en silencio” se da cuando no hay una alta rotación de los familiares para estar presente en la sala de espera, día y noche, y cuando llevan cierto tiempo esperando. Entonces, están reunidas las condiciones para que la superficialidad de los intercambios entre los usuarios del hospital dé lugar a gestos renovados de solidaridad. Además, como lo señala atinadamente Mar-

tín Pérez (2009:50) “La sociabilidad contribuye a contrarrestar los efectos negativos de los dispositivos de dominación. Sirve a los “esperandos” para apropiarse del sistema de normas de funcionamiento e integrarlo en sus propias prácticas”. Tejer lentamente una pequeña red de solidaridad entre quienes esperan es una manera pacífica e inocua de resistir a lo que Sartre llamó la “violencia inerte” ejercida por la institución.

Las palabras y los gestos

Personal no médico

Los policías que vigilan el acceso de Urgencias son los primeros con quienes los familiares tienen contacto. Estos poseen el poder de autorizar el acceso o denegarlo. Pero dos terceras partes de los entrevistados dijo haber tenido que enfrentarse con oficiales “enojones”, “déspotas” y “malos”, cuyo trato es “pésimo”.

Mira, el problema que tiene la gente que viene, es que los policías se creen médicos. O sea, tú traes a una persona de emergencia y ellos diagnostican si puede pasar o no puede pasar. Se supone que tú al traer un paciente es porque viene mal, viene enfermo, o sea no lo traes a que se venga a pasear, ¡a ver!... No. Entonces, los propios policías dicen: “No. No puede pasar, no trae nada”. Ha venido gente realmente grave, yo lo he visto. Por ejemplo, una vez vino un viejito, ya no podía ni caminar, era un dolor insoportable y por ellos no pasó...²⁵

No obstante, muchos coincidieron en mencionar que la conducta de los policías varía según el individuo uniformado, ya que unos son más “flexibles”, “humanos” y “comprensivos” que

23 Entrevista con María Isabel J., 46 años, hermana de paciente internada en el Hospital Regional UMAA2 del IMSS, 11/febrero/2018.

24 Entrevista con Leticia L., de 56 años, hija internada en el Hospital Xoco, 07/marzo/2018.

25 Entrevista directa con Leticia L., de 56 años, con hija internada en el Hospital Xoco, 07/marzo/2018.

otros. También los entrevistados señalaron diferencias radicales respecto del trato, por parte de policías jóvenes y los de mayor edad: en unos casos los primeros son más amables y, en otros, los segundos. Se perciben también diferencias en los policías del turno de la mañana y en los de la tarde. Si bien una parte de los entrevistados (los mismos que consideraron como buena la atención en Urgencias), no externaron quejas respecto de los agentes; otros, en cambio, nos confiaron su descontento y molestia con la seguridad a ciertas horas. Una joven, cuyo padre había fallecido en Urgencias del Hospital General del IMSS, Zona 2A “Troncoso”, por falta de una adecuada atención, y cuya madre se encontraba internada, nos contó que le habían robado sus pertenencias en la sala de espera. En la mañana de la entrevista otra persona había sido también víctima del mismo delito, y esta situación la llevó a inferir la complicidad de los policías con los ladrones; máxime si el filtro de acceso a Urgencias es muy estricto²⁶.

Hemos reunido una serie de testimonios en torno al abuso de autoridad por parte de policías: arbitrariedad en el trato, sobornos, robos, violencia verbal y física. “Apenas hace dos días lastimaron a un señor. No sé si él pidió permiso para ir al baño o venía ya del baño, no sé. Y un policía llegó y lo empujó de la espalda. El señor estaba recién operado de la columna. El señor empezó a convulsionar en el suelo, y tardó más de veinte minutos para que le dieran atención”²⁷. Los hechos antes narrados se enmarcan dentro del ejercicio cotidiano de poder de los oficiales para decir “sí” o “no”.

26 Entrevista con Alejandra R., de 24 años, con hija de la paciente internada, Hospital general de Zona 2A “Troncoso”, 27/octubre/2017.

27 Entrevista con Ana María H., de 49 años, con hermano internado en el Hospital Dr. Manuel Gea González, 27/octubre/2017.

Ahora bien, los trabajadores de intendencia no están inmunes a las dificultades ligadas a la presencia permanente de familiares en la sala de espera. Son responsables de limpiar las áreas comunes en el momento de menor afluencia, es decir, en la noche. En el Hospital Manuel Gea González, por ejemplo, asean ese lugar a las 2 de la mañana, por lo que despiertan a todas las personas que duermen en el piso o en los asientos, y los obligan a salir al frío de la noche. En varias entrevistas, el personal de limpieza ha sido mencionado por estar malhumorado y mostrar un trato descortés con los pacientes que están en la sala de espera, al igual que el resto del personal. Sus precarias condiciones laborales y su incómoda posición abajo del escalafón pueden explicar, hasta cierto punto, un actuar mecánico y a veces una conducta vindictiva para con los usuarios del hospital.

El sistema *Triage* incluye la presencia de Técnicas y Técnicos en Atención y Orientación al Derechohabiente (TAOD). Las TAOD –pues por lo regular son mujeres–, suplen a las trabajadoras sociales (quienes no siempre están en su oficina como lo pudimos constatar en varios sitios de observación) y complementan la labor de la secretaria de admisión, de los policías y de las enfermeras. Instaladas detrás de un mostrador en medio de la sala de espera, las TAOD tienen la difícil tarea de dar una respuesta a todos; labor ingrata pero necesaria al fungir como enlace entre unos pocos médicos, por lo general saturados de trabajo, y un gran número de acompañantes angustiados. En algunos casos, las TAOD se encargan de dirigirse a todo el público para recordarle los horarios de entrega de informes y las reglas de convivencia en la sala de espera como el no apartar asientos, no introducir alimentos, no tirar basura en el piso, etc. Pero eso sí, suele emplear los mismos modales que el resto del personal del hospital, diciéndole por ejemplo “mami” a una mujer desesperada y “madre” a una

anciana muy humilde. Por un lado, las TAOD están expuestas a demandas repetidas y angustiadas de los usuarios y, por el otro, deben responder a las exigencias institucionales. Asimismo, oscilan entre el involucramiento personal en una relación interindividual y el repliegue sobre la norma administrativa, tal como lo anotó Martin (2011: 39) en su estudio sobre los empleados de ventanilla del seguro social.

El personal médico

En esta investigación hemos podido comprobar que el número de doctores es insuficiente en los servicios de Urgencias, pero esta ausencia es aún más notoria en unidades médicas ubicadas en zonas marginadas, y también los fines de semana y días festivos.

En los testimonios recabados, el tiempo de espera en las noches en Urgencias se dispara de tres a más de nueve horas. En los horarios y días de mayor concurrencia, generalmente los pasantes son quienes están más visibles: en muchos hospitales se observa que están saturados de trabajo; acumulan largas jornadas y sobre sus hombros pesan grandes responsabilidades; condiciones laborales difíciles que no están compensadas por un salario digno. En efecto, la Secretaría de Salud les otorga una beca mensual que oscila entre 690 y 3 673 pesos según su puesto, lo cual es excesivamente bajo²⁸. Por otra parte, entre los médicos, los niveles jerárquicos posibilitan el ejercicio de múltiples mecanismos de poder. “...es que a los residentes los maltratan mucho los de primer nivel, los traen como si fueran de lo peor”, aseveró una doctora entrevistada fuera del Hospital Xoco, cuyo hijo iba a empezar su especialidad en dicha

unidad médica²⁹. Al interior del hospital, la organización vertical de los trabajadores de la salud se articula sobre una serie de distinciones (por los contratos, diplomas, especialidades, su antigüedad, sexo...) que operan como mecanismos de poder. Los médicos dirigen las actividades curativas de las enfermeras, y entre las mismas enfermeras hay jerarquías:

...un letrero ahí que ya lo quitaron, a donde decían que la mitad de las enfermeras se ponían en paro porque no había medicamentos, no había soluciones, no había nada para que ellas trabajaran. Yo no sé si sigan en huelga las enfermeras. Obviamente, fueron las que ya tienen plaza, porque los que traen en friega son a los chavos, las chavas, los que están estudiando, son a los que traen: “haz esto”, “haz lo otro”, “haz aquello”, “atiende esto”...³⁰

Las relaciones de poder que los médicos ejercen sobre las enfermeras, e incluso entre ellas mismas, influyen en diversos grados sobre el trato que dan a los usuarios del hospital. En la oficina de *Triage*, por ejemplo, so pretexto de evaluar la gravedad del padecimiento, se tiende a menospreciar las declaraciones del usuario y limitar la auscultación a la toma de la temperatura y presión, con tal de descartar la atención del más grande número de derechohabientes. El tiempo dedicado a cada paciente es contado. Sentados detrás del escritorio, los médicos capturan la información en máquinas de escribir o computadoras, a menudo obsoletas, y con frecuencia emplean el tiempo de la “auscultación” para llenar formatos y cumplir así el protocolo del hospital. La antropóloga Ferreo (2003) hace hincapié en la dimensión ritualizada de la

28 Acuerdo de la Secretaría de Salud: http://www.comeri.salud.gob.mx/descargas/Vigente/2016/Acuerdo-Tabulador_de_Becas.pdf (consulta 13 de junio de 2018).

29 Entrevista con Patricia L., alrededor de 55 años, hijo médico haciendo su especialidad en el Hospital Xoco, 25/octubre/2017.

30 Entrevista con Laura F., alrededor de 40 años, vendedora de dulces afuera del Hospital Xoco, 27/octubre/2017.

relación del médico - paciente, la cual reproduce la jerarquía de saberes y distinción de estatus; mientras que García, Recoder y Margulles (2017) recalcan en su estudio los efectos inducidos de la conducta rutinaria de dicha relación. Este trato distante para con los enfermos no contraviene a las exigencias cuantitativas de la institución (horarios de atención, duración promedio de la auscultación, número de pacientes atendidos por día, etc.). No obstante, la violencia médica –tal como la describieron Bellamy y Castro (2019)– incrementa notablemente el estado de vulnerabilidad del paciente; mismo que los doctores se dedican a “estabilizar” mientras esperan los resultados de los análisis que muy a menudo demoran. Priorizan reducir el dolor, mitigando la gravedad de su traumatismo y controlando el avance de su enfermedad. El paciente se encuentra entonces en un limbo: su vida ya no corre peligro, pero no recibe el tratamiento adecuado para recobrar la salud.

De manera general, la sobrepoblación de enfermos tensa al personal médico. Una parte de quienes acuden a Urgencias no presentan patologías de gravedad o bien padecen enfermedades crónicas a las cuales no dan su debido tratamiento –como enfermos de diabetes o hipertensión, por ejemplo-. Esta situación explica en parte el *habitus* de los médicos en Urgencias de desconfiar de los pacientes respecto de la gravedad de sus padecimientos y hacerlos esperar. Asimismo, los médicos piden paciencia a los “esperandos”, pero pocas veces tienen la disponibilidad para escucharlos. Los acompañantes suelen ser vistos como impacientes, indisciplinados, ignorantes y exigentes. Por su parte, los usuarios insisten en la importancia de recibir oportunamente reportes médicos sobre su enfermo. La falta de comunicación entre los médicos y los familiares sobre la evolución del estado de salud del enfermo es una situación que tiende a incrementar la angus-

tia de los “esperandos”. Al respecto, cuando el Doctor Julio Frenk escribe que “el derecho a la salud está indisolublemente ligado al derecho a la información” (Donabedian, 1988: vii) tiene enorme razón; la comunicación es fundamental en un hospital, porque es un lugar donde el personal interactúa con los enfermos y sus familiares.

El no-lugar

La encomienda del paciente y sus acompañantes (quienes también deben ser pacientes) es esperar, y para ello se asigna un lugar: la sala de espera. La presencia de policías en la entrada les recuerda que dicho espacio es ajeno. Todo está hecho para que no puedan “habitarlo”, ya sea mediante la aplicación del reglamento por el personal del hospital o por las condiciones precarias de espera. Además, los acompañantes son admitidos por procuración: deben presentarse como el “familiar de tal”.

La sala de espera acoge personas a todo momento. Es un archipiélago de la administración pública abierto las 24 horas del día y con características únicas. En ese lugar vive y hasta cierto punto convive una población flotante conformada por sujetos que esperan un tiempo generalmente largo. Todos los entrevistados aseguraron que no se pueden alejar de la sala de espera porque en cualquier momento pueden llamarlos. Muchos de ellos denuncian que la duración de la visita de su paciente es mucho más corta que el tiempo oficialmente autorizado, debido a negligencias del personal y al exceso de trámites burocráticos. En pocas unidades médicas se respetan los horarios de entrega de los informes médicos, por lo que los usuarios de Urgencias siempre tienen que estar a la expectativa.

Entonces si a ella le anda del baño hay que pasar a ayudarla para el baño o ponerle el cómodo,

o si tiene pañal, cambiarle el pañal. Entonces no me puedo retirar yo de aquí... Por ejemplo, si a ella no le han dado de comer me llaman para irle a dar de comer. Entonces, yo realmente no me puedo separar de aquí. Tengo que estar aquí para que cuando vengan y me hablen... aquí debo de estar³¹.

La sala de espera es, entonces, un espacio abierto de transacción entre la institución y sus usuarios. Están quienes esperan en los pasillos, en el estacionamiento para ambulancias o en la banqueta, fuera del hospital. De hecho, los que esperan en la calle padecen las inclemencias del tiempo y además suelen correr riesgos de seguridad y salud. Pero están libres de sus movimientos y tienen acceso a puestos de venta de alimentos y fondas. Al interior, no es raro ver a personas que duermen en el piso envueltas en una cobija. Los entrevistados nos aseguraron que el frío se filtra durante la noche, porque las puertas de entrada de Urgencias se abren con los vaivenes de las personas, y de día, en ciertos hospitales, la ventilación es inoperante o insuficiente para reducir el calor. La sobrepoblación de personas sanas y enfermas, la ausencia de *lockers*, bebedores de agua potable y botes de basura, tienden a mermar la higiene. Las condiciones generales de espera son las más de las veces precarias. Un problema mencionado por casi todos los entrevistados es el acceso a los baños. En ciertas unidades médicas, los policías organizan filas y cobran para permitir el acceso a los sanitarios. En todo caso, el número de baños es siempre insuficiente además del hecho de que, por diferentes causas, pueden estar clausurados por largo tiempo. “Los baños están pésimos, pésimos... Este, se tapan... Una vez, tres meses tardaron en arreglar todos los inodoros. Nada más estaba uno en servicio. Ahí pasan doctoras, en-

31 Entrevista con Ana R., de 43 años, madre internada en el Hospital Venados, 28/febrero/2018.

fermeras (inaudible), todo el personal y toda la gente... Un solo baño en tres meses...”³² Esta denuncia sobre lo sucedido en el Hospital Xoco nos ayuda a comprender mejor la difícil situación de quienes están en la sala de espera. Pero más precaria aún es la situación de quienes se encuentran afuera del hospital. La espera es siempre desagradable, insalubre y agotadora, incluso para quienes están conformes con la atención recibida y que también declaran ser corresponsables de la suciedad en los sanitarios.

En las salas de espera, una parte de los derechohabientes está parada, y no es raro ver acompañantes cansados, sentados en el piso. A pesar de la regla de un solo acompañante por paciente, las salas de espera están sobrepobladas, más de día que de noche. Aunque el mobiliario de las salas varía según los hospitales, los asientos son a menudo incómodos y siempre en número insuficiente: los familiares suelen reservarlos con bolsos para edificar pequeñas “reservas egocéntricas”, tales como las designó Goffman (1979: 47, 59). Cuando funcionan, las pantallas de televisión proyectan programas de entretenimiento de bajo contenido cultural, en ocasiones con un volumen demasiado bajo para que los acompañantes puedan seguirlos, o en otras, con un volumen demasiado alto, impidiendo escuchar los nombres de los pacientes llamados por enfermeras y médicos. La televisión y el celular son dos de los distractores preferidos de los pacientes.

Se observa con frecuencia niños pequeños jugando en el suelo. Ahí, la vida y la muerte conviven. Una entrevistada, quien cuenta con varias experiencias en la sala de Urgencias del Hospital de los Venados, comentó: “He llegado a ver, no es la primera vez, que sí han fallecido personas aquí.

32 Entrevista con Laura F., alrededor de 40 años, vendedora de dulces afuera del Hospital Xoco, 27/octubre/2017.

Dentro de la sala, a mí sí me consta. Una vez falleció una persona al lado mío. Llegó su hija, lo sentó y tenía el señor un dolor, y así de repente nada más entró la hija y cuando salió ya el papá estaba muerto al lado mío.”³³ Una sala de espera de Urgencias es entonces una sala de juegos, una sala para ver televisión, un comedor, un dormitorio y también un velatorio.

Al margen de los principios de funcionalidad institucional, la sala de espera de Urgencias se perfila como un “no lugar” (Augé, 1992: 40-41), es decir, un territorio concedido por el Estado, en el cual el tiempo es expropiado a los usuarios. En este no-lugar, las sociabilidades se diluyen en el marco de una espera prolongada. La desposesión institucional del tiempo de los usuarios tiende a incrementar su dependencia para con el hospital.

Conclusiones

Esta investigación ha mostrado que el tiempo de espera es una variable fundamental en cuanto a la experiencia de los familiares de los enfermos que ingresan a Urgencias en hospitales públicos. La duración de la espera, con frecuencia larga e incierta para los acompañantes, es una causa mayor de angustia y desesperación. Los familiares viven una incertidumbre total; no saben si su enfermo saldrá con vida ni cuándo estará dado de alta. Si bien por un lado existe una dificultad propia de la ciencia médica para pronosticar la evolución del estado de salud de los pacientes, por el otro, los testimonios recabados señalan una atención de regular a deficiente para quienes se presentan a Urgencias; también un número insuficiente de médicos y la carencia de material especializado (con frecuencia no se poseen los equipos

necesarios, o bien, no funcionan), así como una falta generalizada de camas disponibles.

Hemos sido testigos del hacinamiento de los enfermos en los pasillos, sentados en sillas de rueda e incluso acostados en el piso. Esta situación es una muestra de una gestión fría y “anti-humana” de los solicitantes de ayuda (Casas Patiño, Rodríguez Torres, Casas Patiño, 2015). Y siempre se obliga a los enfermos y familiares a ser pacientes. Aunque se turnan, los acompañantes acumulan horas, días, semanas e incluso meses en no hacer otra cosa más que esperar. En estas condiciones, la arquitectura interior y el mobiliario influyen sobre el estado de ánimo y el cansancio físico de los acompañantes.

Asimismo, pudimos notar en las entrevistas que las personas dicen: “pertenezco al hospital tal”, “nos corresponde equis clínica”, lo cual muestra la idea de pertenencia a una unidad médica; que a su vez se deriva de una asignación institucional basada en una división territorial arbitraria. Más notorio aún, es el vínculo que manifiestan con la persona hospitalizada, al referirse a ella como “mi paciente”, o bien, “nuestro enfermo”. En este caso, se genera una especie de vínculo consanguíneo y afectivo que los relaciona con el usuario. Entonces, los acompañantes lo asumen, se esperan a recibir informes médicos y compran lo que se les pide (ya sean artículos de higiene personal o insumos terapéuticos). Frente a esta doble marca de posesión (pues pertenecen a una unidad médica y el enfermo les pertenece) los entrevistados se refieren frecuentemente al “médico que nos tocó”.

En otro tenor, suelen expresarse también respecto del buen trato recibido como: “me ha ido bien”, “tuve suerte”, “tal vez fue coincidencia”, y en ocasiones vislumbran dicho trato como un capricho

³³ Entrevista con Alicia G., de 50 años, accidentada y esperando ser atendida en Urgencias, en el Hospital de los Venados, 09/marzo/2018.

del destino. Sin duda, los informantes sobrevaloran la comunicación oportuna del estado de salud de su enfermo, así como el trato humano recibido. Por lo que hace a la comunicación del personal médico con las familias, generalmente es irregular, lo cual contribuye a incrementar la vulnerabilidad de los acompañantes, quienes en su inmensa mayoría también son derechohabientes del ISSSTE y del Seguro Popular, y pertenecientes a los sectores medios y bajos de la sociedad.

Una mejor situación se observa en los hospitales de tercer nivel que reciben a pacientes de toda la República —a menudo recomendados—, cuya estancia es comúnmente de larga duración. No es falso afirmar que la relación entre el personal del hospital y los familiares es una relación de poder mediatizada por la institución, en la cual cada parte desarrolla una serie de estrategias para reivindicar su rol respectivo y defender sus intereses. Enfermos y acompañantes tienen la expectativa de una atención rápida y eficiente, así como de un buen trato por parte de los trabajadores del sector salud, mientras que estos últimos esperan de los usuarios docilidad, paciencia y disciplina. Lo que está en juego en esta relación de poder —lo cual se verifica en la presencia a la vez obligada, necesaria y voluntaria de los familiares en la sala de

espera de Urgencias—, es el control de la calidad del servicio. Y no se trata de cualquier servicio, ya que es una intervención médica urgente que a menudo suele decidir la vida o la muerte del paciente.

Finalmente, es menester enfatizar la dura prueba que constituye para los acompañantes el esperar un tiempo indeterminado, en condiciones precarias, en una sala de espera o, peor aún, fuera del hospital. Con voluntad y sensibilidad, podría mejorarse de forma significativa la atención del público, yendo más allá del sistema *Triage*, al tomar en cuenta las necesidades concretas de la población derechohabiente. Las tragedias vividas por enfermos y acompañantes nos dicen que los causantes no son únicamente las carencias hospitalarias, numerosas y perjudiciales, sino también el exceso de burocratización de los trámites administrativos. Se tendría que invertir una parte más importante del PIB para la salud pública, ya que el buen funcionamiento de las unidades médicas es la base para una atención idónea de los pacientes. Así, la movilización de todos los recursos para dar un trato digno a los usuarios de los hospitales públicos cambiaría ciertamente el destino de muchas vidas.

Referencias Bibliográficas

- Augé, M. (1992). *Los no-lugares. Una antropología de la posmodernidad*. Barcelona: Gedisa, 40-41.
- Auyero, J. (2013). *Pacientes del Estado*. Buenos Aires: Eudeba.
- Banco Mundial. Health Expenditure per capita. <https://datos.bancomundial.org/indicador/SH.XPD.PUBL.ZS> (consulta 22 de enero de 2018).
- Bellamy, C. y Castro, R. (2019). “Formas de violencia institucional en la sala de espera de urgencias en un hospital público de México”, *Revista Ciencia de la Salud*, vol. 17, Núm. 1:120-137.
- Bourdieu, P. (1997). *Meditaciones pascalianas*. Barcelona: Anagrama, 308.
- Bourdieu, P. (2011). *Las estrategias de reproducción social*. Buenos Aires: Siglo XXI, 92, 107, 163.
- Carbonell Torregrosa, M.; Girbés Borrás, J. y Calduch Broseta J. (2006). “Determinantes del tiempo de espera en urgencias hospitalarias y su relación con

- la satisfacción del usuario”, *Emergencias: Revista de la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias*, vol. 18: 30-35.
- Casas Patiño, D.; Rodríguez Torres, A. y Casas Patiño I. (2015). “Medicina basada en existencias: la espera del paciente en un acto médico agotado”, *Medwave*, vol. 15, Núm. 2: 1-8.
- COFEMER. (2014). Simplifica. Programa de simplificación de cargas. http://www.cofemer.gob.mx/imagenesUpload/20159301634Programa%20SIMPLIFICA_COFEMER.pdf (consulta 27 de abril de 2018).
- CONAMED. (2018). Informe anual de actividades 2017. https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/311783/INFORME_ANUAL_CONAMED_2017_VC.pdf (consulta 09 de mayo de 2018).
- Damián González, A. (2013). “El tiempo, la variable olvidada en los estudios del bienestar y la pobreza”, *Revista Sociedad y Equidad*, vol. 5: 136-163.
- Donabedian, A. (1988). *Los espacios de la salud: aspectos fundamentales de la organización de la atención médica*. Ciudad de México: FCE – SSA – INSP, vii.
- Ferreo, L. (2003). “Tiempo y ritual en la organización del cuidado médico”, *Cuadernos de Antropología Social*, vol. 18: 165-183.
- García M; Recoder, M. y Margulies, S. (2017). “Espacio, tiempo y poder en la atención hospitalaria de la salud y la enfermedad: Aportes de una etnografía de un centro obstétrico”, *Salud Colectiva*, vol. 13, Núm. 3: 391-409.
- Garrocho, C. (1993). “De la casa al hospital: un enfoque espacio-temporal”, *Estudios sociológicos*, vol. 11, Núm. 32: 547-554.
- Goffman, E. (1979). *Relaciones en público. Microestudios del orden público*. Madrid: Alianza Editorial, 47, 59.
- Goffman, E. (2001). *Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*. Buenos Aires: Amorrortu Eds, 58-62.
- Illescas Fernández, G. (2006). “Triage: atención y selección de pacientes”, *Medigraphic*, vol. 9, Núm. 2: 48-56.
- Hirschman, A. (1977). *Salida, voz y lealtad*. Ciudad de México: FCE.
- Lopera Betancur, M. et al. (2010). “Dificultades para la atención en los servicios de urgencias: la espera inhumana”, *Investigación y Educación en Enfermería*, vol. 28, Núm. 1: 64-72.
- Maldonado Islas, G. et al. (2001). “Tiempo de espera en el primer nivel para la población asegurada por el IMSS”, *Revista Médica del IMSS*, vol. 40, Núm. 5: 421-429.
- Martin, P. (2011). “Gestion de la file d’attente et invisibilisation des précaires. Mensonge institutionnalisé dans une caisse d’assurance maladie”, *Actes de la Recherche en Sciences Sociales*, vol. 189, Núm. 4: 34-41.
- Martín Pérez, A. (2009). *Les étrangers en Espagne. La file d’attente devant les bureaux de l’immigration*. Paris: L’Harmattan, 50.
- OECD. (2015). *Health at a Glance 2015: OECD Indicators*. Paris: OECD Publishing, 128-130.
- Ortiz Borbolla, S. (2014). “Hospitales públicos, calvario para los familiares de pacientes pobres”, *Centralínea*, Núm. 376 (10 a 16 de marzo): 40-51.
- Peneff, J. (1998). “La face cachée d’Urgences. Le feuilleton de la télévision”, *Genèses*, Núm. 30: 122-145.
- Rodríguez Weber, M. y López Candiani Mass, C. (2005). “Disminución del tiempo de espera en consulta de especialidad mediante una estrategia de análisis de procesos”, *Acta Pediátrica de México*, vol. 26, Núm. 4: 178-183.
- Siciliani, L.; Borowitz, M. y Moran, V. (eds.) (2013). *Waiting Time Policies in the Health Sector: What Works?* Paris: OECD Health Policy Studies, OECD Publishing, 19-69.

- Schwartz, B. (1993). "Waiting, Exchange and Power: the Distribution of Time in Social System", in *American Journal of Sociology*, vol.79, Num.4: 841-870.
- Scott, J. (2000). *Los dominados y el arte de la resistencia. Discursos ocultos*. México: Era, 53.
- Thompson, D y Yarnold, P. (1995), "Relating Patient Satisfaction to Waiting Time Perceptions and Expectations: The Disconfirmation Paradigm", *Academic Emergency Medicine*, vol.2, Num.12: 1057-1062.
- Ureste, M. (2016). Hospitales llenos y sin medicina: el calvario de los pacientes. <http://www.animalpolitico.com/2016/12/hospitales-saturados-y-sin-medicinas-el-calvario-de-pacientes-y-doctores/> (consulta 19 de febrero del 2021).

El Sistema de Salud de México y los cambios durante el primer año de Gobierno del presidente López Obrador

Carolina Tetelboin Henrion* María del Carmen Piña Ariza**
Karen Melo Hernández***

RESUMEN

Los cambios al sistema de salud mexicano en el gobierno de la 4ta. Transformación (4T) iniciado el 1° de diciembre de 2018, proponen transformar las políticas y las instituciones de salud, después de casi cuatro décadas de neoliberalismo. La propuesta se orienta a superar la etapa de mercantilización, privatizaciones y privilegios a grupos de interés vinculados al sector salud de los gobiernos anteriores, y a reorientar la política de derecho restringido del Seguro Popular hacia otra de universalización de los servicios de salud y a medicamentos gratuitos para toda la población, independiente de su condición laboral o socioeconómica.

El objetivo de esta contribución es documentar el proceso de construcción y desarrollo de ésta política y su impacto en las instituciones públicas y de seguridad social durante el primer año, recuperando el diagnóstico realizado, las primeras medidas, los avances, dificultades y retos, especialmente, en relación a la desaparición del Seguro Popular y la creación del Instituto de Salud para el Bienestar y otras medidas estratégicas, a partir de información oficial, fuentes periodísticas y estudios académicos.

PALABRAS CLAVE: 4ta. Transformación, política y sistema de salud, Seguro Popular, Instituto de Salud para el Bienestar

The Mexican Health System and the changes during the first year of the Government of President López Obrador

* Profesora - Investigadora Maestría en Medicina Social y Doctorado en Ciencias en Salud Colectiva, Departamento de Atención a la Salud, Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco (UAM-X). ctetelboin@correo.xoc.uam.mx

** Doctoranda en Ciencias en Salud Colectiva y Ayudante de Investiga-

ción de Posgrado, Departamento de Atención a la Salud, UAM-X.

*** Doctoranda en Ciencias en Salud Colectiva, UAM-X.

Fecha de recepción: 20 de diciembre de 2020.

Fecha de aceptación: 26 de febrero de 2021.

ABSTRACT

Changes to the Mexican health system in the government of the 4th. Transformation (Q4) started on December 1, 2018, they propose to transform health policies and institutions, after almost four decades of neoliberalism. The proposal is aimed at overcoming the stage of commercialization, privatization and privileges for interest groups linked to the health sector of previous governments and to reorient the restricted right policy of Seguro Popular towards universalization of health services and free medicines for the entire population. population, regardless of their employment or socioeconomic status, with possible and facilitated access.

The objective of this contribution is to document the process of construction and development of this policy and its impact on public and social security institutions during the first year, recovering the diagnosis made, the first measures, the progress, difficulties and challenges, especially, in relation to the disappearance of Seguro Popular and the creation of the Instituto de Salud para el Bienestar, and other strategic measures, based on mainly official information, journalistic sources and academic studies.

KEYWORDS: 4th. Transformation, health policy and health system, Seguro Popular, Instituto de Salud para el Bienestar.

Introducción

El 01 de diciembre de 2018 con la aprobación del 53% de los votos, inicia en México el gobierno de Andrés Manuel López Obrador y el partido Morena, una coalición a la izquierda del sistema político, para llevar a cabo la llamada 4ta. Transformación (4T) de la historia independiente del país. Entre sus objetivos se plantea poner término a las políticas neoliberales iniciadas en 1982, recuperando el papel del Estado, rearticulando las capacidades públicas y la soberanía sobre los bienes de la nación, austeridad republicana, combate a la corrupción y fin a los privilegios; en el terreno social, poner el gobierno al servicio de la población más pobre, atacar de raíz el problema de la violencia atacando el problema estructuralmente con el impulso de una política de bienestar social.

En términos de la política de salud y sus instituciones, frente al diagnóstico de una población con

altos porcentajes de enfermedades crónico-degenerativas¹ producto de las políticas de mercado centradas en la promoción y el consumo de grasas saturadas, hidratos de carbono y azúcares, se encuentra un sistema de servicios de salud público y seguridad social profundamente rezagado (Gobierno de México y SSA, 2020a). La propuesta se orienta a garantizar el derecho a la salud de todas y todos los mexicanos, independiente de su condición laboral o socioeconómica, modificar sus condiciones de vida y universalizar el acceso a los servicios de salud y medicamentos gratuitos. Se trata de desmontar el sistema creado durante el periodo neoliberal de 1982 a 1918.

¹ De acuerdo con la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT), en México, el 10.3% (8.6 millones de personas) de la población mayor de 20 años tiene diabetes y 18.4% (15.2 millones de personas) hipertensión. Aunado a ello, 39.1% tiene sobrepeso y 36.1% obesidad (Shamah et al., 2020).

A modo de antecedente, cabe recordar que los gobiernos neoliberales se caracterizaron por una política de libre comercio, apertura a las importaciones, desmontaje de la industria nacional, desregulación, privatizaciones, disminución de la intervención del Estado, la inversión social y la participación directa en los servicios públicos, estancamiento del salario y flexibilización laboral.

En relación al sistema de salud, se pueden identificar dos momentos de éste proyecto: el primero (1982-2000) inicia con un proceso de racionalización de las segmentadas instituciones de salud, creación de un sistema nacional de salud, descentralización inconclusa de la Secretaría de Salud a los estados, disminución progresiva del presupuesto de operación e inversión, y apertura a la actividad privada con el financiamiento de seguros de gastos médicos mayores con recursos públicos a funcionarios, empresas del Estado y universidades públicas con el objeto de deslegitimar y desestimular el uso de los servicios de salud de la seguridad social, y preparar la separación de las pensiones del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). Ésta se lleva a cabo en medio de una gran lucha social que termina finalmente con su privatización y la creación de Administradoras de Fondos para el Retiro (AFORES), empresas privadas para su administración. A la vez, se crea el Sistema de Ahorro para el Retiro (SAR), y se cambia la estructura de los aportes del Estado, los trabajadores y las empresas a favor de éstos últimos.

En el segundo periodo (2000 a 2018) estas políticas se intensifican durante los tres últimos gobiernos neoliberales en alternancia entre el Partido de Acción Nacional (PAN), de derecha, que gana en 2000 las elecciones con la promoción del voto útil para sacar al Partido Revolucionario Institucional (PRI) del poder, pero que terminan convirtiéndose en una estrecha articulación neoliberal. El cambio

estructural más importante en salud ocurre durante el gobierno de Vicente Fox y el secretario de salud Julio Frenk, con la promulgación en julio de 2004 de la Ley de Protección Social en Salud que crea el Sistema Nacional de Protección Social en Salud (SNPSS), mejor conocido como Seguro Popular (SP), basado en el modelo del pluralismo estructurado (Londoño y Frenk, 1997). Con este cambio se avanza en la separación de las funciones de la Secretaría de Salud Federal segmentando, limitando y redefiniendo el papel del sistema público para la población de bajos recursos. A la Secretaría de Salud Federal le corresponderá en adelante la rectoría y árbitro de la competencia; al SP asignar el financiamiento a lo público y a lo privado; a los estados ya completamente descentralizados, prestar los servicios públicos que se financian según un listado de 294 intervenciones de un Catálogo Universal de Servicios de Salud (CAUSES); adicionalmente, un fondo de protección para algunas enfermedades llamadas catastróficas, un seguro médico Siglo XXI para niñas y niños menores de 5 años de edad y el programa Arranque Parejo en la Vida para embarazo, parto, puerperio y el recién nacido hasta los 28 días, que se extiende a 5 años durante el gobierno del panista Felipe Calderón Hinojosa (2007-2012). Durante éste gobierno se produce un incremento en la tasa de homicidios (entre 2007 y 2011 pasó de 8.1 a 23.7 asesinatos por cada 100 mil habitantes) (Galindo et al., 2017) tras declarar la guerra contra el crimen organizado, no obstante, hoy estar preso en Estados Unidos el que fuera su Secretario de Seguridad Pública por acusación de narcotráfico. Con Enrique Peña Nieto (2012-2018), a pesar de los propósitos de campaña por lograr una reforma al sistema de salud (Blázquez, 2020), se privilegian otras 11 reformas estructurales privatizadoras (energía, telecomunicaciones, entre otras), pero se continúa el deterioro y segmentación del sistema público y de seguridad so-

cial con la profundización de los mecanismos de articulación público-privada a través de la compra de servicios, concesiones, las llamadas P&P, contratos, convenios, flexibilización laboral, además del crecimiento de una importante empresa de outsourcing en salud que opera tanto en instituciones públicas como privadas.

El diseño de la política de salud se concibe aquí más allá de un asunto técnico o científico/tecnológico o derivado de condiciones epidemiológicas o demográficas, como una cuestión instalada en la trama de las relaciones sociales y de poder de una sociedad determinada y en su inserción mundial, lugar dónde se define su sentido, contenido y curso, más allá de las dinámicas y discursos particulares. Las claves teóricas de esta cuestión están en la disputa política de dos modelos en la historia reciente de la región: el conocido como de “acceso y cobertura universal de salud” (OMS, 2005; 2010), donde la salud es un derecho humano individual y de resolución en el mercado cuya competencia entre prestadores y organismos financiadores la organiza el Estado garantizando mínimos generales establecidos por ley, siguiendo el modelo de aseguramiento privado (Laurell y Herrera, 2010). En el segundo, denominado de “derecho universal a la salud” (López, López y Moreno, 2015; López y Jarillo, 2015), la salud es entendida como un derecho humano colectivo producto de un conjunto de determinaciones vinculadas a las condiciones de vida de los sujetos en su pertenencia social (de clase, género y etnia), siendo los servicios de salud uno de estos determinantes. Desde esta perspectiva, la sociedad, a través del Estado, debiera garantizar plena e integralmente el derecho a la salud a través de una política social, financiamiento público y mecanismos y recursos institucionales. De este modo, la formulación de la política y las características del sistema de salud devienen de los contenidos ético

político y filosófico de los gobiernos según estos modelos conceptuales, y que se expresan en gobiernos neoliberales y/o progresistas o en proceso de democratización.

La información que se presenta a continuación es el avance de una investigación más amplia de seguimiento del sistema de salud mexicano. El objetivo general de esta contribución es documentar el proceso de construcción de la política de derecho a la salud y el proyecto de universalización de servicios de salud y medicamentos gratuitos durante el primer año del gobierno de la 4T, sus avances, dificultades y problemas. Para ello, en primer lugar, se sistematizan los elementos del diagnóstico realizado por la actual administración en torno a las condiciones encontradas en el sistema de salud; posteriormente se describe el proceso de elaboración y legalización de la política de salud especialmente en relación a la desaparición de la SNPSS, su brazo operativo el SP y la creación del Instituto de Salud para el Bienestar (INSABI); en tercer lugar se exponen los principales temas que desde el punto de la investigación supusieron los retos y desafíos más importantes para la operacionalización del Plan Nacional de Salud durante este primer periodo y, finalmente, se recuperan los principales debates en torno a la reorganización del sistema de salud.

La sistematización y análisis de la investigación se orientó a identificar los argumentos vertidos en torno a la política de salud y el sistema de salud desde los discursos vertidos por actores oficiales, oposición, recuperaciones desde la prensa o la academia, en relación a los temas relevantes, sus contenidos, posiciones e intereses en el proceso de construcción de un nuevo modelo y/o desarticulación del anterior; a la vez se auxilia de preguntas clave, en relación a la política de salud: ¿quién y dónde se decide la política de salud?

¿qué intereses se benefician con estas decisiones? ¿cuáles son los principales temas de conflicto y sus argumentos; ¿qué sentido u orientación tiene la política: al mercado o a fortalecer el Estado; a individualizar o universalizar derechos en salud? ¿cuál es el resultado formal/legal? ¿cuáles son las funciones fundamentales en salud y quién las desempeña (rectoría, financiamiento y la prestación)? Respecto al sistema de salud: ¿cómo se organiza el sistema de salud (segmentado vs unificado o integrado)? ¿cuáles son las condiciones de atención (costo, insumos, personal, medicamentos y servicios)? ¿Cuáles son los principales cambios y resultados?

La metodología adoptada en la investigación es cualitativa, basada principalmente en el análisis del discurso para recuperar los planteamientos que pueden dar cuenta del sentido, el proceso de cambio y los resultados de la política y el sistema de salud desde las fuentes utilizadas. Las fuentes son principalmente información oficial, fuentes periodísticas y académicas que en conjunto permiten reconstruir el proceso en curso del primer año de gobierno.

El diagnóstico del sistema de salud

El diagnóstico del sistema de salud público realizado por el gobierno de la 4T se presenta en distintos momentos y por distintos personeros de gobierno. En enero de 2019 en la conferencia del presidente de los días martes de “El pulso de la salud”, el Dr. Jorge Alcocer, secretario de salud, presenta el “Proyecto del Plan Nacional de Salud”. A pesar de que el 4º Constitucional establece que “toda persona tiene derecho a la protección de la salud. La ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general”, en

México la protección a la salud es una aspiración que está lejos de cumplirse. Entre los elementos de diagnóstico identifica: instalaciones abandonadas, sobre carga de servicios, falta de personal, medicamentos e insumos básicos, tiempos de espera largos y atención deshumanizada, poco énfasis en la promoción y prevención de la salud; un sistema público descentralizado, segmentado y con disminución del presupuesto desde 2015; después de 15 años de Seguro Popular, 20 millones de mexicanos no tienen cobertura de salud.

Durante esta presentación se señala que, contrariamente a las intenciones de terminar con la segmentación de las instituciones públicas de salud y de seguridad social, los años de neoliberalismo de distintos gobiernos de México entre 1982 y 2018, se profundizó su división y privilegió la participación de actores privados. Como consecuencia, se recibió un sector público saqueado por la corrupción, con indolencia burocrática y un limitado presupuesto (Gobierno de México y SSA, 2019). Para los pacientes, esta situación significa que deban acudir con su propio material de curación, esperar largos tiempos para ser sometidos a una intervención quirúrgica, saturación de quirófanos, descomposturas o falta de equipo e incluso, no tener acceso a terapias y tratamientos por no estar afiliados a ninguna institución de seguridad social o porque la cobertura del Seguro Popular es insuficiente. Por tanto, refieren un derecho a la salud parcial o negado al sector más desprotegido de la población mexicana² (DOF, 2019a).

Entre sus principales críticas al SP se dice que “ni era seguro, ni era popular”. El presidente López Obrador menciona que se hacía mal uso de los

² En el año 2018, el 44.7% de la población no tenía seguridad social y, de acuerdo a los recursos básicos hospitalarios, para este sector se contaba con 0.6 camas censables por cada cien mil habitantes (Secretaría de Salud, 2019).

recursos en la transferencia de los fondos de la federación a los estados, con un alto gasto en la adquisición de medicamentos pero desabasto de los mismos (Jiménez, 2019). Por su parte, el Secretario de Salud señala que el Seguro Popular fue una estrategia, en alianza con el capital privado, para beneficiarse de las enfermedades, mas no una institución social para dar atención universal a la población vulnerable, en donde se comercializó el acceso a la salud a través de diferentes paquetes de seguros médicos, según la capacidad de pago (Damían y Castillo, 2019).

Estas apreciaciones se ratifican también en el Plan Nacional de Desarrollo 2019-2024 publicado en julio del 2019. En este se describe un sistema de salud “insuficiente, ineficiente, depauperado y corroído por la corrupción”, en donde millones de personas no tienen acceso a ninguna institución de salud o enfrentan padecimientos para los cuales no hay cobertura (DOF, 2019a).

Un primer documento de diagnóstico en terreno fue el Censo Estratégico para la Prestación de Servicios de Salud, realizado por la Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud (SIDSS) bajo la dirección de la Dra. Asa Cristina Laurell³ en 3 892 unidades de primer nivel de atención de ocho estados de sureste,⁴ los más pobres del país. El objetivo fue establecer una herramienta de evaluación de establecimientos para la detección y análisis de las necesidades específicas que permitiera ordenar intervenciones para el mejoramiento de los servicios de salud, en el marco de hacer efectivo el acceso a la atención médica y medicamentos gratuitos de la población sin seguridad social (Secretaría de Salud, 2019).

3 El 15 de junio de 2020 presenta su renuncia a la Subsecretaría denunciando la intención de la Secretaría de Salud en desaparecer esta dependencia.

4 Entidades federativas consultadas: Campeche, Chiapas, Guerrero, Oaxaca, Quintana Roo, Tabasco, Veracruz y Yucatán.

Los resultados revelaron que las unidades no cumplen con la cartera de servicios mínimos. En Oaxaca, por ejemplo, de las 757 unidades analizadas, 238 unidades carecían de servicios de medicina preventiva, 5 no contaban con unidades de laboratorio, 7 carecían de unidades de servicio odontológico y 7 de unidades de rayos X. Es decir, además del problema del acceso, los servicios se otorgan de manera incompleta con limitaciones importantes de acciones preventivas y auxiliares de diagnóstico (Secretaría de Salud, 2019).

En cuanto a los servicios básicos, de las 3 892 unidades estudiadas, el 52,7% de ellas no contaban con energía eléctrica, agua potable o drenaje. En relación a las condiciones de infraestructura, el 75% reporta daño estructural, y de estas, el 73% informan no haber recibido mantenimiento durante los pasados cinco años. También el diagnóstico detecta problemas de mobiliario, resaltando que en el total de las unidades se requieren 5 411 botiquines, 1 443 mesas de exploración, 1 344 escritorios, 2 185 básculas, 2 285 lavabos y 3 488 botes de basura para residuos peligrosos biológico infecciosos. Pero también equipo médico básico necesario para la exploración como estetoscopio, baumanómetro o estuche de diagnóstico (Secretaría de Salud, 2019).

Respecto al personal de salud, el diagnóstico plantea que de las 3 892 unidades, 861 no cuentan con médicos y tienen necesidades de enfermeras, anestesiólogos, gineco-obstetras, internistas, urgenciólogos y radiólogos (Secretaría de Salud, 2019). Estos resultados se refuerzan con lo referido por la Secretaría de Salud Federal, que establece un déficit de 200 mil médicos (123 mil generales y 76 especialistas) y personal de salud en el sector público que no se desarrollaron al nivel de crecimiento de la población y con una mala distribución geográfica y social (Muñoz, 2019a). Este

déficit se presenta principalmente en los niveles de atención básica y en las zonas más pobres y alejadas de las grandes ciudades del país.

Por otra parte, se detectó el uso discrecional y desvío de recursos en el Seguro Popular derivado de la falta de mecanismos de control o de su incumplimiento. Al cierre de la pasada administración se detectaron 7 mil millones de pesos sin comprobar y deudas por más de 54 mil millones de pesos a proveedores de medicamentos y prestadores de diversos servicios e impuestos. Respecto a los recursos sin comprobar destacan el estado de Michoacán con 3 mil 474 millones 527 mil pesos; Veracruz, 2 mil 222 millones 832 mil 332; Guerrero, mil 238 millones 228 mil 266; Tabasco, 190 millones 428 mil 332; Morelos, 81 millones 94 mil 740, y Nayarit, 59 millones 995 mil pesos. Lo anterior tuvo como efecto una deficiente calidad de servicios de salud y desabasto de medicamentos (Cruz, 2020b).

La situación en las instituciones de seguridad social no es ajena a estas dificultades. El IMSS, la institución de seguridad social del país con atención a alrededor de 68 millones de mexicanos, manifiesta en su Informe 2019-2020 elementos de diagnóstico vinculados a su propuesta. Al respecto, se dice que “la Cuarta Transformación de la vida pública del país (4T) ha representado una oportunidad histórica para defender un proyecto solidario y que fortalezca la calidad de los servicios de salud y de seguridad social...un cambio de rumbo y ejercer acciones que promuevan la inclusión y la igualdad, la eliminación de los actos de corrupción y la impunidad, y se fomente la confianza de las personas derechohabientes y usuarias. Las tareas y acciones emprendidas buscan cambiar una visión exclusivamente financiera que se privilegió en los últimos años, para empezar a hablar de la salud de las personas e invertir

donde se había dejado de hacerlo. Por ello, reforzamos acciones dirigidas a la sustitución de equipo obsoleto: lámparas de hospitales, monitores, resonadores magnéticos, entre otros. Asimismo, se ha buscado invertir más en infraestructura y en nuestra capacidad para la atención médica”.

“Cambiar el rumbo del IMSS es también voltear a ver a nuestros trabajadores. Con ellos, hemos trabajado de la mano y con el Sindicato se ha mantenido un diálogo y una comunicación permanente. Parte de esto explica la transformación de la naturaleza de las llamadas delegaciones para convertirlas en Órganos de Operación Administrativa Desconcentrada (OOAD) u Oficinas de Representación. Pero lo más importante: la amputación del dedo del Director del IMSS como único mecanismo de decisión para estos nombramientos en donde ahora es el conocimiento, la experiencia y la lealtad al Instituto lo que defina a los nuevos representantes. Junto al Sindicato logramos un importante incremento salarial en el Contrato Colectivo de Trabajo y logramos la creación histórica de nuevas plazas: 10 794 plazas antes de la emergencia sanitaria...y todo cambió” ... Se trata de la etapa en la cual las primeras acciones del cambio de rumbo en materia de salud y seguridad social se comienzan a cristalizar. Se estaban sentando las bases de la transformación del IMSS, cuando el 4 de enero la Organización Mundial de la Salud informó sobre el brote epidemiológico en Wuhan, China, y todo cambió. La declaratoria de emergencia sanitaria del 30 de marzo en nuestro país nos obligó a concentrarnos en la atención a la contingencia sanitaria por COVID-19 (IMSS, 2020).

Zoé Robledo, Director del IMSS, también refiere que los recursos humanos y camas censables no han crecido en la misma proporción que la población asegurada con una disponibilidad de 2,22 enfermeras, 1,55 médicos y 0,6 camas censables por

cada mil derechohabientes. Estos datos distan de los parámetros fijados por la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) de 3,4 médicos, 9,0 enfermeras y 4,7 camas por mil habitantes. En materia de infraestructura, el 97,7% de las unidades de hospitalización a nivel nacional se encuentran en zonas urbanas y sólo 1,5% en zonas rurales (DOF, 2020b).

De acuerdo al Director General del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), Luis Antonio Ramírez Pineda, la segunda dependencia más importante de seguridad social con 13 millones 500 mil derechohabientes, manifiesta que tiene un rezago de inversión en infraestructura y equipo médico que ha generado la saturación de instalaciones y la prestación deficiente de la atención, además de la dependencia a servicios subrogados y tercerización de servicios. También, un modelo de salud desarticulado y no correspondiente con el perfil de la población derechohabiente, falta de especialistas como nefrólogos, reumatólogos, urólogos, gastroenterólogos, entre otros, para atender enfermedades crónicas. Al referirse al presupuesto, señala que se enfrentan a un problema serio de falta de recursos, en donde tan sólo para el 2019 se contemplaba un 5.12% para materiales y suministros, y 11% para servicios generales (Canal del Congreso, 2019). Asimismo, señala equipo médico obsoleto y ausente en algunas unidades, con instalaciones deterioradas o inconclusas pero además clínicas cerradas por falta de personal y equipo, alta dependencia de personal de guardias y suplencias así como personal inconforme por pagos extemporáneos. Además del rezago en la infraestructura y recursos humanos, la nueva administración se enfrenta a una deuda de casi 17 mil millones de pesos con proveedores sin un mecanismo para solventarla (Cruz, 2020b).

Los cambios en la política de salud

Después de casi 20 años de existencia del Seguro Popular, y los efectos de una política neoliberal, el gobierno de México inicia el trayecto hacia una política de inclusión basada en la idea de universalizar el derecho a la salud plasmada en el Plan Nacional de Salud 2019-2024, publicado el 12 de julio de 2019, para hacer efectivo el artículo 4º Constitucional⁵ para toda la población, independientemente de su condición laboral o socioeconómica, con acceso a servicios integrales de salud y medicamentos gratuitos, federalizar los sistemas estatales de Salud, implementar el modelo de Atención Primaria de Salud (APS), reorganizar la regulación sanitaria y fortalecer la industria farmacéutica nacional e investigación innovadora (DOF, 2019a).

Para la 4T, la política de salud se concibe dentro de la política social de bienestar. Esto se proyecta como un esfuerzo que coloca el derecho a la salud en el centro de la reorganización no sólo de la redistribución de los recursos, sino también de la cuestión pública, articulando el quehacer de las distintas secretarías del Estado.

Con respecto a la organización y administración de los servicios de salud, la nueva normatividad señala que se definirán criterios de regionalización y de escalonamiento de los servicios para lograr progresivamente la universalización del acceso a servicios de salud integrales. Se contempla la federalización, reorganización de la regulación sanitaria, fortalecimiento de la industria farmacéutica nacional y la investigación innovadora, así como la resolución de manera estructural del

⁵ Artículo 4to constitucional "... Toda persona tiene derecho al acceso y protección de la salud, con la garantía de recibir el suministro básico de medicamentos. La Ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general..." (UNAM, 2021).

desfinanciamiento del sistema público de salud.

En el marco de una política de fortalecimiento de la rectoría y rearticulación de las capacidades públicas con austeridad, ataque a la corrupción y a los privilegios, se reordena y reduce la plantilla de funcionarios públicos, se disminuyen los salarios de alto nivel por debajo del presidente de la República y, de manera trascendente para salud, el 31 de diciembre de 2018 se anuncia la supresión de partidas de seguros para gastos médicos a altos funcionarios públicos y ex mandatarios del país, medida que se concreta el 01 de enero de 2019 (DOF, 2019b). De acuerdo con reportes de la Secretaría de Hacienda, entre enero y septiembre de 2018, el gobierno de México pagó más de 2 mil 280 millones de pesos por concepto de gastos médicos mayores; en tanto la Asociación Mexicana de Instituciones de Seguros (AMIS), señaló que esta medida representó la pérdida de aproximadamente 3 mil millones de pesos de sus primas contratadas (Hernández, 2019).

Bajo la idea central de universalizar los servicios de salud, el 09 de abril de 2019 el Ejecutivo Federal anunció de manera oficial la eliminación del SNPSS, el SP y la creación del INSABI, pero recién se publican en el Diario Oficial de la Federación el 29 de noviembre de 2019 las disposiciones que reforman, adicionan y derogan diversas disposiciones de la Ley General de Salud (DOF, 2019c), modificaciones legales encaminadas a crear un modelo de salud público dirigido a personas que carecen de acceso a los servicios de salud y medicamentos. En enero del 2020 inicia actividades el INSABI, institución que funcionará como un organismo descentralizado de la administración pública federal con personalidad jurídica y patrimonio propio. Entre sus objetivos están: garantizar la prestación gratuita de servicios de salud y medicamentos a la población sin

seguridad social, así como impulsar, bajo la coordinación general de la Secretaría de Salud, una mejor coordinación de las instituciones de salud (DOF, 2020a). Entre sus objetivos se encuentra el 1) garantizar el personal de salud; 2) rehabilitar la infraestructura física; 3) abastecer insumos y medicamentos y 4) regularizar al personal médico. Los recursos humanos, financieros y materiales con que cuente la Comisión Nacional de Protección en Salud⁶ (CNPSS) y el SP son transferidos al INSABI, en términos de las disposiciones aplicables. Además, se establece que, conforme a las prioridades del Sistema Nacional de Salud, se garantizará la extensión progresiva, cuantitativa y cualitativa de los servicios de salud, particularmente para la atención integral de la población que se encuentra en el país y que no cuenta con seguridad social (Cruz, 2020a).

En este sentido, la Secretaría de Salud Federal retoma un papel preponderante en su rol de rectoría y regulación del sector de salud con el propósito de organizar las acciones necesarias para lograr una adecuada coordinación de las instituciones públicas del Sistema Nacional de Salud, y a través del INSABI, garantizar la prestación gratuita de los servicios, medicamentos y demás insumos asociados, cuando así lo haya pactado con los gobiernos de las entidades federativas, mediante la celebración de los acuerdos de coordinación, a través de sus servicios estatales de salud. Por otro lado, dados los resultados encontrados en los procesos de descentralización a los estados, se plantea un proceso de reversión hacia la federalización de los Sistemas Estatales de Salud (SESA), planeado para un lapso de dos años (2019-2020), siendo la etapa inicial los servicios de salud de los ocho estados más rezagados del

⁶ Institución federal que administra y vigila el empleo de los recursos destinados al financiamiento de la provisión de servicios de salud, de la población afiliada al Seguro Popular.

sur-sureste del país: Guerrero, Oaxaca, Chiapas, Tabasco, Veracruz, Campeche, Yucatán y Quintana Roo, con una inversión inicial de 115 mil millones de pesos (Cruz, 2018). A finales de enero de 2020, tras cumplirse el periodo para firmar los convenios de adhesión al INSABI, 23 estados ya se habían sumado⁷ y otros nueve se negaron a federalizar sus sistemas de salud. No obstante, en cuatro de ellos, los casos de Chihuahua, Coahuila, Michoacán y Tamaulipas, el gobierno federal seguirá aportando el presupuesto que les corresponde por ley para las unidades de IMSS Bienestar⁸ (Cruz y Muñoz, 2020). A los no firmantes, el Gobierno Federal está obligado a transferir la parte proporcional del presupuesto y compensarlos por la pérdida de cuotas de recuperación suprimidas por la actual administración. Todo esto sin afectar el fondo de aportaciones para los servicios de salud,⁹ con un proceso de vigilancia y fiscalización para el uso transparente y eficiente de los recursos transferidos para evitar la corrupción.

En cuanto a los cambios en el modelo de atención, se ha señalado que la organización de los servicios estará basada en la Atención Primaria de Salud¹⁰. Una propuesta altamente influenciada por la agenda de la representación de la Organización Panamericana de la Salud (OPS)-México, en el que se garantizará el acceso gratuito a servicios y medicamentos, igualdad e integralidad de la atención

7 Baja California, Campeche, Ciudad de México, Chiapas, Colima, Durango, Estado de México, Guerrero, Hidalgo, Morelos, Nayarit, Oaxaca, Puebla, Querétaro, Quintana Roo, San Luis Potosí, Sinaloa, Sonora, Tabasco, Tlaxcala, Veracruz, Yucatán y Zacatecas.

8 Programa de atención a población sin derechohabiencia que proporciona en sus unidades médicas servicios de primero y segundo nivel de atención en zonas rurales o urbanas marginadas.

9 El gasto en salud se distribuye entre el IMSS, ISSSTE, el Fondo de Aportaciones a la Seguridad Social (FASSA), las aportaciones a la Seguridad Social, la Secretaría de la Defensa Nacional, la Secretaría de Marina y la Secretaría de Salud.

10 Enfoque para la salud y el bienestar centrado en un compromiso de justicia social y equidad que reconoce el derecho fundamental al goce del grado máximo de salud que se pueda lograr sin distinción social o económica en base a una política integral en aras de la cobertura sanitaria universal (OPS, 2019).

sin restricción para ningún tipo de padecimientos. Todos los esfuerzos convergerán en prevención y atención a través de redes integradas de servicios de salud que incluyen hospitales y servicios especializados (Secretaría de Salud, 2019).

Principales desafíos presentados en la operacionalización de la política y el Plan de Salud de la Cuarta Transformación

Entre los principales desafíos de la implementación de la política de salud y de las propuestas consignadas en el Plan Nacional de Salud de la 4T, se seleccionaron los siguientes temas por su relevancia:

Transparencia de recursos públicos

La Secretaría de la Función Pública informó de varios casos de ejercicio poco transparente en el sector público de salud y el desvío de recursos a través de empresas fantasmas durante el gobierno anterior de Peña Nieto. En marzo de 2020 se documentaron procesos como el desvío de 4 mil 179 millones 46 mil 254 pesos mediante 23 mil facturas falsas de 837 empresas fantasmas que afectaron a 90 instituciones federales y estatales del sector salud. Entre los principales resultados arrojados por dicha investigación, se conoció que el gobierno federal concentra el mayor número de facturación fraudulenta, con seis mil 121 de un total de 22 mil 933. Entre las instituciones federales señaladas están el IMSS, ISSSTE, el Instituto de Seguridad Social para las Fuerzas Armadas Mexicanas y la Secretaría de Salud. La institución que pagó a más empresas fantasmas fue el IMSS, con un total de 320 millones de pesos, y las Secretarías de Salud estatales con 75% de recursos detectados (Tron et al., 2019; Ureste, 2020). Este esquema de corrupción ha prevalecido durante años debido a que las instituciones públicas fede-

rales y estatales permiten fácilmente la evasión de los controles fiscales que impone el Servicio de Administración Tributaria (SAT). La impunidad en el sector ha prevalecido a causa de un sistema de encubrimiento y colusión entre intereses de autoridades públicas y privados.

Servicios de salud y coberturas

Algunas investigaciones establecen que la afiliación al Seguro Popular no condujo a mejorar el acceso a los servicios requeridos (Laurell, 2015; López y Jarillo, 2017). La comparación entre los datos de la CNPSS y de la Secretaría de Salud indican que los afiliados a estas tienen la frecuencia de atención de consulta, urgencias y hospitalización más baja, particularmente si se compara con los derechohabientes del IMSS. El contenido del discurso de universalidad del SP remite a la afiliación a un seguro médico estructurado mediante un mecanismo financiero público orientado a la persona, con un paquete de servicios de salud y la conformación de un fondo en salud para costear las intervenciones y definir capitas individuales. A través de fuertes presiones políticas y económicas las entidades federativas requerían demostrar incrementos en la afiliación para acceder a recursos financieros. En este sentido, el presupuesto del Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud (FASSA)¹¹ aumentó en 17,5% entre 2006 y 2011, en cambio el presupuesto del SNPSS en 245% con base en las afiliaciones obtenidas por cada estado. Este aumento presupuestal, sin embargo, no se corresponde con un aumento de la atención.

¹¹ El FASSA tiene como objetivo aportar los recursos a los descentralizados Servicios Estatales de Salud y cubren la plantilla de personal y los programas obligatorios de promoción y prevención. Un presupuesto con enfoque en el logro de resultados; al establecer los órganos públicos los objetivos que se alcanzarán con los recursos asignados (Laurell, 2015).

Para el 2012, la ENSANUT identificó coberturas del 38% para el SP, 32% para el IMSS y de 6% para el ISSSTE, mientras que 21.4% de la población carecía de seguridad social. Sin embargo, estas coberturas difieren de las intervenciones ofrecidas; mientras el IMSS atiende 14 mil 900 diagnósticos, el SP, en todas sus variantes (diagnósticos, CAUSES, el Fondo de Gastos Catastróficos y el Seguro México Siglo XXI), cubre aproximadamente 1 356 enfermedades (López y Jarillo, 2017). Respecto a los diagnósticos médicos cubiertos entre el IMSS y Seguro Popular difieren de 10 mil contra 1 015 respectivamente, en los diagnósticos quirúrgicos 4 339 del instituto versus 341 del Seguro Popular y, del gasto por afiliado, de \$3 mil 519 pesos que cubre el IMSS frente a \$3mil por el Seguro Popular (Cámara de Diputados, 2019).

Recursos humanos

Tal como se señaló en el diagnóstico, existe carencia, mala distribución geográfica y social de personal de salud, principalmente médicos y especialistas. El gobierno federal pone el énfasis en la situación de la falta de recursos humanos como elemento fundamental a resolver especialmente en las zonas más pobres y alejadas de las grandes ciudades del país y en los niveles de atención básica. El presidente López Obrador ha manifestado que estas dificultades han sido resultado de las insuficientes políticas de recursos humanos enfocadas a satisfacer las necesidades de salud de la población, resultado de la irrupción de la visión neoliberal en la formación de especialistas sumado a la falta de transparencia e irregularidades en los procesos de contratación del personal, además de contratos parciales y flexibilizados que la actual administración se propone regularizar (Gobierno de México y SSA, 2020b).

En tal sentido, se busca la creación de mecanismos que permitan el desarrollo de políticas de formación y contratación coherentes con la 4ta Transformación. En octubre de 2019, se lanza el programa Médicos del Bienestar, una convocatoria de contratación, reclutamiento y preparación de profesionales de la salud para zonas rurales (Gobierno de México y SSA, 2019) con el propósito de garantizar el suficiente número de recursos humanos: médicos, enfermeras y especialistas, en los establecimientos de salud. También se anuncia la basificación de más de 87 mil 300 trabajadores con contratación eventual que formaban parte del personal del Seguro Popular. En su primera etapa, para el año 2020, se contempló la basificación de 2 mil 539 médicos, mil 365 enfermeros, 841 paramédicos, 107 trabajadores de confianza médica, 359 afines y 799 administrativos; así como la regularización de 17 mil 274 trabajadores con 8, 9 y 10 años de antigüedad, otorgando respaldo y estabilidad a quienes trabajan en el Sistema de Salud Nacional (Gobierno de México y SSA, 2020c; 2020d).

Medicamentos

Para un gobierno con una agenda social comprometida a garantizar el suministro gratuito de medicamentos se propone “que hacia 2024 todas y todos los habitantes de México puedan recibir atención médica y hospitalaria gratuita, incluidos el suministro de medicamentos y materiales de curación y los exámenes clínicos” (DOF, 2019a). El diagnóstico reiterado del presidente de la República es que “existe un abanico de corrupción, [...] hay huachicoleo (en referencia al robo de gasolina de los ductos de Petróleos Mexicanos) también en la compra de medicinas. Se llegó al extremo de robarse dinero de las medicinas. Todo eso lo vamos a corregir. [...] No aceptemos la corrupción. Es el cambio más importante. No va-

mos a hacer negocios al amparo del poder público” (Presidencia de la República, 2019).

Sin embargo, las dificultades para concretar dicha estrategia han sido variadas y durante el primer año de gobierno de la 4T se ha presentado un desabasto real o intencional de medicamentos derivado de un sabotaje de algunos laboratorios que decidieron oponerse a los esfuerzos de la administración federal para terminar con la corrupción imperante de prácticas poco transparentes en las administraciones pasadas, privilegios a empresas monopólicas, un sistema normativo laxo y cambios en la operación pública (La Jornada, 2020). Según un informe de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, durante la administración del ex presidente Enrique Peña Nieto, 10 empresas concentraron el 79,6% del gasto farmacéutico (335 mil 340 millones de pesos), de las cuales el Grupo Fármacos Especializados (FANASA) de la familia Pérez Fayad representaron del 31 al 85% de las compras de los distintos productos farmacéuticos, recibiendo 106 mil 813,3 millones de pesos. Entre las demás empresas señaladas se encuentran Farmacéuticos Maypo de la familia Arenas Wiedfeldt y la Distribuidora Internacional de Medicamentos y Equipos Médicos (DIMESA) de Carlos Álvarez Bermejillo (Jiménez y Urrutia, 2019; Blancas, 2019).

Adicionalmente, durante el mes de septiembre de 2019 fueron sancionadas por conflictos de interés dos empresas: Lomedic y Laboratorios Solfrán, vinculadas con el diputado federal Carlos Lomeli,¹² quien era socio de ambas (Forbes México,

12 Nombrado en 2018 Delegado de Programas para el Desarrollo del Gobierno Federal en Jalisco por el presidente Andrés Manuel López Obrador. Renunció en julio de 2019 tras investigaciones de la Secretaría de la Función Pública por supuesto conflicto de intereses por sus empresas de medicamentos en el que habría recibido 850 millones de pesos del gobierno. Con Lomedic, el ex funcionario, obtuvo 261 contratos entre 2010 y 2018 por dependencias federales (Infobae, 2019).

2019); a principios del mes de octubre de 2019 la Comisión General contra Riesgos Sanitarios (Cofepris) encontró diversas irregularidades en siete centrales de mezcla de la empresa Safe (Pisa), además de no contar con certificaciones vigentes de buenas prácticas de fabricación, por lo que suspendió sus actividades, (Cruz, 2019). Todo esto no fue bien recibido por parte de la industria farmacéutica, quienes manifestaron su inconformidad reteniendo unidades del medicamento, causando un desequilibrio en el abasto.

Los patrones de desabasto de medicamentos han movilizó a la población para solicitar a las autoridades su surtimiento. Algunos de los casos se dieron en mayo de 2019 por los antirretrovirales para el tratamiento de VIH; entre agosto y septiembre de 2019, por el Metotrexato para la atención del cáncer en niñas y niños, e Imatinib que se utiliza para la leucemia o el cáncer gástrico (GIST) (Arellano, 2019; Cruz y Ballinas, 2019a; 2019b). En los dos primeros casos, la razón del desabasto se explica por las dificultades en el cambio del modelo de compra del actual gobierno y en los procesos de negociación de las autoridades orientados a evitar el abuso en el poder de negociación, la corrupción y el conflicto de interés de las farmacéuticas. Por otro lado, obedece a la política de disminuir precios, mejorar la calidad y eficacia terapéutica de los tratamientos para personas derechohabientes y usuarias de los sistemas de salud. Por su parte, López Obrador ha señalado que la falta de medicinas para niños con cáncer se debe al boicot de las tres empresas distribuidoras de productos farmacéuticos, subrayando que en su mandato no habrá tolerancia a la corrupción y se insistirá en la búsqueda de una estrategia para evitar el desabasto cuyo punto principal es la adquisición de los medicamentos en el extranjero, aunque esto implique no obtener ingresos fiscales (Blancas, 2020; Cruz y González, 2019).

En respuesta a tal situación, el gobierno federal adquirió en el extranjero como medida urgente, 38 mil unidades del quimioterapéutico (y precipitó los cambios en los mecanismos de compras de medicamentos con una nueva política de adquisición por el Gobierno Federal, que consistente en la adquisición de medicamentos directamente a fabricantes, laboratorios y dueños de registros sanitarios sin la inclusión de empresas distribuidoras nacionales e internacionales subcontratadas, cuando el mercado nacional no garantice su calidad o precio. (Alegria, 2019; Alegria y Poy, 2019 Muñoz, 2019b). Ante este hecho, López Obrador celebró que el Congreso haya aprobado la Ley de adquisiciones señalando la quiebra del “monopolio que existía de empresas que tenían el control de México, que vendían a precios elevados medicamentos de mala calidad y con problemas frecuentes de desabasto”. Además de la firma de un convenio con la Organización de las Naciones Unidas (ONU) para la asistencia técnica en las licitaciones del INSABI que otorgue compras consolidadas de medicamentos, vacunas y equipo médico con las mejores condiciones y precios en las compras para así cubrir las necesidades de abasto (Pérez, 2010; El Financiero, 2020).

En gobiernos anteriores las compras se realizaban a través de intermediarios privados, es decir, existía un conjunto muy reducido de empresas que controlaban el mercado por medio de cartas de exclusividad para un amplio grupo de proveedores y un conjunto muy reducido de intermediarios. Específicamente se trataba de 1 400 compañías farmacéuticas que canalizaban sus ventas a través de este tipo de empresas; éstas a su vez subcontrataban empresas de distribución nacionales e internacionales que llevaban a cabo la logística de distribución (Valadez, 2019). Otra característica relevante del manejo de medicamentos de los sexenios anteriores es la existencia de catálogos

de medicamentos e insumos diversos para cada institución que generaba una calidad de atención diferenciada para los distintos segmentos de la población. En el presente gobierno se han cambiado estas prácticas, eliminando intermediarios con compras directamente a fabricantes, laboratorios y dueños de registros sanitarios. Según los pronunciamientos de las autoridades en salud, deben evitarse los condicionamientos comerciales.

Asimismo, se ha tratado de impulsar un diálogo directo con la industria farmacéutica. Sin embargo, la resistencia de las grandes empresas provocó fallas durante el primer ejercicio de compras consolidadas con este nuevo mecanismo. Todo esto, a causa de que las compañías con más experiencia se mantuvieron fuera del proceso de licitación, lo que permitió que empresas medianas se quedaron con los contratos. No obstante, la falta de capacidad de estas últimas, presentaron retrasos en la entrega de insumos y medicamentos (Poy Solano, 2019).

Para el año 2020, el gobierno de la 4T anunció que, para garantizar su gratuidad a toda la población, se destinaría de 80 a 100 mil millones de pesos para la compra de medicamentos (Gobierno de México y SSA, 2020b) proyectando, respecto al 2019, un aumento de 11 mil 284 millones de pesos para la compra de medicamentos en seis dependencias¹³ (Villanueva, 2019) y, en febrero del mismo año, se crea el Compendio Nacional de Insumos para la Salud, que sustituye al Cuadro Básico de Medicamentos y Catalogo de Insumos del sector. Integrado por 14 mil 806 claves, su objetivo es garantizar el abasto, gratuidad y equidad en el acceso a medicamentos para una mayor cobertura en la atención especialmente de la pobla-

13 IMSS: 7,73% (6 mil 77 millones de pesos); ISSSTE: 15,47% (18 mil 498 millones); Secretaría de Salud: 8,56% (7 mil millones de pesos); Secretaría de Marina: 311%; Petróleos Mexicanos: 112% y Secretaria de la Defensa Nacional: 75,54%.

ción sin seguridad social. Este compendio forma parte de una nueva política de medicamentos que basa su adquisición de compra en la prioridad de necesidades epidemiológicas de la población discutidas durante grupos de trabajo intersectoriales lideradas por el Consejo de Salubridad General (Cruz, 2020c).

Debates frente la reorganización del Sistema de salud

Ante el anuncio del presidente López Obrador de la propuesta de eliminar y sustituir la SNPSS, y, por consecuencia, el Seguro Popular, se generaron una serie de debates a favor y en contra de la reorganización del Sistema de Salud desde la oposición. Entre las interpelaciones más importantes durante este primer año, destacan los artículos del ex secretario de Salud, Julio Frenk, en las Revistas Nexos y Lancet,¹⁴ una carta firmada por seis ex secretarios de salud¹⁵ y la organización del Foro "El Sistema de Salud en México: ¿Transformación o crisis?" por el Consejo Consultivo Ciudadano de Pensando México el 12 de junio de 2019.

En estos discursos se considera un error la desaparición de la CNPSS y el Seguro Popular, poniendo como principal argumento la pérdida del papel como instrumento financiero para atender las enfermedades de alta complejidad y costo a través del Fondo de Protección Contra Gastos Catastróficos, a la vez que se considerara al SP como uno de los avances más importantes en este siglo. Entre los resultados positivos obtenidos por el SP, destacan: el

14 "Salud: Focos rojos" en Nexos 01 de febrero 2019; "Instituto de Salud para el Bienestar: vino viejo en botella roja" y "Salud: Manual de una contrarreforma reaccionaria" en Nexos 01 de diciembre de 2019.

15 Carta dirigida al Presidente de la República el 05 de agosto de 2019 por Guillermo Soberón Acevedo, Julio Frenk Mora, José Ángel Córdova Villalobos, Salomón Chertorivski Woldenberg, Mercedes Juan López y José Narro Robles.

aumento en el número de camas por habitante, de médicos y enfermeras; la disminución de la mortalidad infantil, los esquemas completos de vacunación, el aumento de la afiliación que se habría multiplicado en 15% en 10 años, la atención de 308 mil casos de enfermedades severas en los últimos 6 años y evitar el empobrecimiento de las familias ante enfermedades muy graves como VIH y cáncer.

En relación a los argumentos en contra de la creación del INSABI, se señala que se trata de un cambio súbito, sin transición ni análisis, una ocurrencia; en donde el fin de la descentralización del sistema de salud debilitaría al federalismo mexicano alejando la solución de los problemas del sitio en que se registran, y que la contratación de los 80 mil trabajadores del Seguro Popular con recursos del presupuesto de Gastos Catastróficos provocaría el desfinanciamiento de la atención a estas enfermedades (Laurell, 2019a; 2019b).

Por su parte, investigaciones del impacto del SP refieren un uso bajo de los servicios, la poca confidencialidad de los datos de afiliación y problema en el ejercicio de los recursos financieros (Nigenda, 2005). Otros estudios señalan las dificultades de lograr el pago de las contribuciones federales, estatales y de los afiliados o la adhesión de los servicios estatales de salud descentralizados a los convenios interestatales (Lakin, 2009; Homedes y Ugalde, 2009) así como una tendencia privatizadora del SP a consecuencia de la carencia de la infraestructura pública necesaria para prestar los servicios (López y Blanco, 2007).

Otras interrogantes sobre el SP derivan de los informes de la CNPSS y las cifras reales de afiliación, acceso a los servicios de salud y su impacto sobre el gasto de bolsillo de los afiliados. Por ejemplo, se destaca el incremento en afiliación de 5,3 millones de personas en 2004 a 54,9

millones en 2016 (CNPSS, 2016) y el logro de la cobertura universal en el año 2011, dada la afiliación de 51.8 millones de personas al Seguro Popular (CNPSS, 2012). Sin embargo, según análisis comparativos entre los datos de afiliación de la CNPSS y la Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares, demostrando que 35,5 millones de personas, es decir, 32% de la población, no estaban afiliadas a ningún seguro. Es decir, no se comprueba el aseguramiento universal en México (Laurell, 2015).

Conclusiones

Existen importantes evidencias de transformación durante este primer año de gobierno de la 4T que permiten insinuar una tendencia aunque todavía precoz en su desarrollo e interrumpida al menos en su ritmo con la crisis generada por la pandemia de SARS-CoV-2 en el mundo desde diciembre de 2019 y que llega a México a fines de febrero del 2020.

Entre las más importantes avances se encuentra la eliminación legal del SNPSS y del SP y la creación del INSABI, el 14 de noviembre del 2019, con el objetivo de superar las limitaciones para hacer efectivo el derecho a la salud, sin importar las condiciones socioeconómicas o laborales de los mexicanos, y como parte de las promesas de campaña. Esta decisión desarticula estructuralmente el modelo neoliberal en salud. Se acompaña de una segunda medida operativa acorde a los objetivos generales del nuevo régimen, cual es iniciar la separación entre lo público y lo privado, con el corte de las transferencias de recursos públicos al sector privado, con la eliminación del financiamiento de seguros de gastos médicos mayores a burócratas y trabajadores públicos, dando una señal de afirmación de recuperación de los sistemas de seguridad social para la atención de

sus beneficiarios, desestimulada por años. La aparición del INSABI que recién empieza a operar en enero del 2020, y que no se estimaron las dificultades legales para su promulgación atada a la eliminación del SP no obstante ser uno de los primeros anuncios del gobierno, retardó los cambios. A la vez, la eliminación del SP y la creación del INSABI es uno de temas más polémicos durante el primer año.

Un segundo elemento a relevar es la calidad estructural del diagnóstico del sistema de salud realizado durante este primer año. Su contenido habla de temas no mencionados con anterioridad más allá de en su generalidad, como demostrar con cifras el desvío y corrupción en el manejo de los fondos del SP, el abandono de infraestructura inconclusa, el estado de la atención a la población más pobre atendida por el IMSS solidaridad, la situación de la compra de los medicamentos por el sector público y, en general, las condiciones de deterioro e insuficiencia de las capacidades de atención del sistema de salud para la población. Especial relevancia tiene el estado de la infraestructura y los recursos materiales y humanos de la atención primaria de salud del país, que explica las condiciones de salud de la población mexicana al no existir condiciones para la prevención ni promoción de la salud.

En términos de los recursos financieros, también fue importante transparentar la información y el ataque a la corrupción y la impunidad, el estado de las finanzas públicas y el desapego a su cuidado.

Especial mención tiene el manejo de los medicamentos que ha atravesado por distintas condiciones de falta de idoneidad durante el periodo neoliberal, pero que se sintetiza en las condiciones de privilegios para determinados grupos de intereses entre productores, importadores y distribuidoras

que controlaban el mercado y a las instituciones públicas. La decisión audaz de desarticular esta red de negocios para realizar compras directas en el exterior, abre una oportunidad de establecer un sistema mejor controlado y al servicio de la población, y una industria de insumos y medicamentos controlados ahora por el sector público, de la mano de la Secretaría de Hacienda y el Sistema de administración Tributaria (SAT); además, abre la posibilidad de recuperar las iniciativas de producción de insumos, vacunas y medicamentos por la industria nacional y CONACyT. intereses privados, la 4ta. Transformación se enfrenta a múltiples desafíos derivados de un modelo neoliberal con más de tres décadas de evolución de una política de desestímulo y falta de desarrollo del sector público, falta de infraestructura, recursos humanos y recursos para la atención; una política de fragmentación de las instituciones y de un modelo de atención basado en un catálogo reducido de atenciones, y estímulo a la compra de servicios privados; procesos de corrupción, impunidad, privilegios e injusticia que debe desinstalar, a fin de cambiar el rumbo de las desigualdades en el acceso a la salud.

Se presenta un escenario de transición de una política focalizada y privatizadora a otra de derecho a la salud y universalidad, que presenta grandes desafíos para llevarse a cabo en un lapso de tiempo limitado a los 6 años de gobierno, entre ellos el incremento de 40 mil millones en 2020 para garantizar la cobertura de vacantes médicas, mejorar la infraestructura, asegurar el suministro de medicamentos y basificar al personal que labora por honorarios, avanzar en la recuperación de lo público y en el papel del Estado como eje rector en salud, así como la centralización de los servicios públicos de salud y articulación de todas las dependencias bajo el mando de la Secretaría de Salud.

Finalmente, también es importante reconocer la incorporación del discurso y medidas críticas en las esferas de gobierno. Después de casi cuarenta años de vigencia y hegemonía de un discurso neoliberal naturalizado, incorporado y repetido como modus operandis de necesidad por los políticos, científicos y técnicos en salud vinculados al poder nacional e internacional, que no escucharon, con-

sideraron, negociaron frente a las reacciones de la sociedad, de la academia e hicieron oído sordo a las consecuencias en el sector público y de seguridad social, estamos frente a la instalación de un nuevo discurso cuyo centro es la universalidad, la equidad, los derechos. Un cambio notable que tiene que encontrar su cauce y viabilidad, así como hacerse carne en la sociedad.

Referencias Bibliográficas

- Alegría, A. (2019). Garantizada la cobertura de Metotrexato; el lunes inicia distribución: SHCP. <https://www.jornada.com.mx/ultimas/politica/2019/09/21/medicamento-5842.html> (consulta 21 de septiembre de 2019).
- Alegría, A. y Poy, L. (2019). Llegan 38 mil 200 unidades de metotrexato compradas en Francia. <https://www.jornada.com.mx/2019/09/22/politica/004n2pol> (consulta 22 de septiembre de 2019).
- Arellano, C. (2019). Padres de niños con cáncer que exigen medicamentos bloquearon AICM. <https://www.jornada.com.mx/ultimas/sociedad/2019/08/26/padres-de-ninos-con-cancer-que-exigen-medicamentos-bloquearon-aicm-4684.html> (consulta 26 de agosto de 2019).
- Blancas, D. (2019). Farmacéutica obtuvo contratos por 107 mil mdp en el sexenio de EPN. Crónica. <http://www.cronica.com.mx/notas/2019/1113064.html> (consulta (13 de marzo de 2019).
- Blancas, M. (2020). SSA: exclusividad de contratos con cuatro empresas encareció 30% medicamentos. https://www.cronica.com.mx/notas-ssa_exclusividad_de_contratos_con_cuatro_empresas_encarecio_30_medicamentos-1145642-2020 (consulta 12 de febrero de 2020).
- Blásquez Martínez, Ulises (2020) “Análisis del discurso de las propuestas gubernamentales para reformar el Sector Salud de México (2012-2018), tesis de grado, Doctorado en Ciencias en Salud Colectiva, 17 de septiembre, Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco.
- Cámara de Diputados. (2019). Mesa de trabajo “Federalismo y salud: distribución de competencias y los sistemas estatales de salud”, correspondientes a las audiencias públicas sobre el Instituto de Salud para el Bienestar, celebrada el jueves 8 de agosto de 2019. <http://cronica.diputados.gob.mx/Ve08ago2019-ISBN-V.html#oli> (consulta 8 de agosto de 2019).
- Canal del Congreso. (2019). Director General del ISSSTE señala rezago en infraestructura y equipo médico. https://www.canaldelcongreso.gob.mx/noticias/11793/Director_General_del_ISSSTE_seala_rezago_en_infraestructura_y_equipo_medic#::~:~:text=Tiene%20un%20rezago%20de%20inversi%C3%B3n,de%20instalaciones%20y%20atenci%C3%B3n%20deficiente (consulta 13 de marzo de 2019).
- CNPSS (Comisión Nacional de Protección Social en Salud). (2012). Sistema de Protección Social en Salud. Informes de resultados 2012. <http://www.transparencia.seguro-popular.gob.mx/contenidos/archivos/transparencia/planesprogramaseinformes/informes/InformeResultados-2-SPSS-2012.pdf> (consulta 13 e marzo de 2019).
- CNPSS (Comisión Nacional de Protección Social en Salud). (2016). Sistema de Protección Social en Salud. Informes de resultados. Enero – Diciem-

- bre 2016. <http://www.transparencia.seguro-popular.gob.mx/contenidos/archivos/transparencia/planesprogramaseinformes/informes/InfResSPS-SEne-Dic2016Final.pdf> (consulta 13 de marzo de 2019).
- Cruz, A. (2018). Federalizar los servicios de salud, primer paso. <https://www.jornada.com.mx/2018/12/14/politica/010n2pol> (consulta 14 de diciembre de 2018).
- Cruz, A. (2019). Contrato entre Sanofi Pasteur y la SSA se contraponen a nuevas reglas de adquisición. <https://www.jornada.com.mx/2019/11/06/sociedad/036n3soc> (consulta 06 de noviembre de 2019).
- Cruz, A y Ballinas, V. (2019a). Se frenó distribución de medicamento contra el cáncer, por bacteria: Cofepris. <https://www.jornada.com.mx/2019/10/01/sociedad/034n2soc> (consulta 01 de octubre de 2019).
- Cruz, A y Ballinas, V. (2019b). Ssa: crece la “irritación social” por carencias en servicios de salud. <https://www.jornada.com.mx/ultimas/sociedad/2019/10/01/ssa-crece-la-irritacion-social-por-carencias-en-servicios-de-salud-7752.html> (consulta 01 de octubre de 2019).
- Cruz, A y González, R. (2019). Ssa y Hacienda detallan ruta de chantajes a farmacéuticas. <https://www.jornada.com.mx/ultimas/2019/09/25/ssa-y-hacienda-detallan-ruta-de-chantajes-de-farmacenticas-9009.html> (consulta 25 de septiembre de 2019).
- Cruz, A. (2020a). Comenzó la transferencia de servicios de salud de primer y segundo niveles al INSABI. <https://www.jornada.com.mx/2020/09/08/capital/028n2cap>
- Cruz, A. (2020b). Opacidad y desvío de recursos, lastres del Seguro Popular. <https://www.jornada.com.mx/ultimas/politica/2020/01/15/opacidad-y-desvio-de-recursos-lastres-del-seguro-popular-5446.html> (consulta 15 de enero de 2020).
- Cruz, A. (2020c). Crean el Compendio de Medicamentos para garantizar el abasto y la gratuidad. <https://www.jornada.com.mx/ultimas/politica/2020/02/03/crean-el-compendio-de-medicamentos-para-garantizar-el-abasto-y-la-gratuidad-1527.html> (consulta 03 de febrero de 2020).
- Cruz, A. y Muñoz, A. (2020). Quedan 23 estados en INSABI: garantía federal de salud gratuita. <https://www.jornada.com.mx/ultimas/politica/2020/02/04/quedan-23-estados-en-insabi-garantia-federal-de-salud-gratuita-2493.html> (consulta 04 de febrero de 2020).
- Damián, F. y Castillo, E. (2019). Seguro Popular, el “Caballo de Troya” de IP en sector salud: Alcocer. <https://www.milenio.com/politica/seguro-popular-estrategia-beneficiarse-enfermedades-alcocer> (consulta, 07 de agosto de 2019).
- DOF (Diario Oficial de la Federación) 12 de julio de 2019a: Plan Nacional de Desarrollo 2019-2024.
- DOF (Diario Oficial de la Federación) 19 de noviembre de 2019b: Decreto por el que se expide la Ley Federal de Austeridad Republicana; y se reforman y adicionan diversas disposiciones de la Ley General de Responsabilidades Administrativas y de la Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria.
- DOF (Diario Oficial de la Federación) 29 de noviembre de 2019c: Decreto por el que se reforman, adicionan y derogan diversas disposiciones de la Ley General de Salud y de la Ley de los Institutos Nacionales de Salud.
- DOF (Diario Oficial de la Federación) 19 de noviembre de 2020a: Estatuto Orgánico del Instituto de Salud para el Bienestar.
- DOF (Diario Oficial de la Federación) 18 de junio de 2020b: Programa Institucional del Instituto Mexicano del Seguro Social 2020-2024.
- El Financiero. (2020). Gobierno firma convenio con Naciones Unidas para compras consolidadas de medicamentos y vacunas. <https://www.elfinanciero.com.mx/nacional/gobierno-firma-convenio-con-la-unops-para-compras-consolidadas-de-medicamentos-y-vacunas/> (consulta 31 de

- julio de 2020).
- Forbes México. (2019). SFP inhabilita y multa a dos farmacéuticas de Carlos Lomelí. <https://www.forbes.com.mx/inhabilitan-y-multan-a-dos-farmacéuticas-de-exdelegado-federal-en-jalisco/> (consulta 13 de septiembre de 2019).
- Galindo, C. et al. (2017). Seguridad interior: elementos para el debate. <http://bibliodigitalibd.senado.gob.mx/handle/123456789/3344>
- Gobierno de México y SSA. 2019. Presentación del Plan Nacional de Salud. <https://www.youtube.com/watch?v=sLsUwudXK3k&t=34s> (consulta 21 de octubre de 2019).
- Gobierno de México y SSA. 2020a. Conferencia de prensa “Pulso de la Salud”, México 08 de mayo.
- Gobierno de México y SSA. 2020b. Conferencia de prensa “Pulso de la Salud”, México 16 de enero.
- Gobierno de México y SSA. 2020c. Conferencia de prensa “Pulso de la Salud”, México 21 de enero.
- Gobierno de México y SSA. 2020d. Conferencia de prensa “Pulso de la Salud”, México 04 de febrero.
- Hernández, A. (2019). Gobierno Notifica a MetLife cancelación de seguro. <https://www.eluniversal.com.mx/carera/gobierno-notifica-metlife-cancelacion-de-seguro> (consulta 03 de enero de 2019).
- Homedes, N. y Ugalde, A. (2009). “Twenty-five years of convoluted health reforms in México” en *PLoS Medicine*, vol. 6, Núm. 8.
- IMSS (2020). Informe de labores y programa de actividades 2019-2020. México: Gobierno de México.
- INFOBAE. (2020). Carlos Lomelí, el ex funcionario de López Obrador acusado de corrupción, ahora recibió un contrato millonario. <https://www.infobae.com/america/mexico/2020/01/24/carlos-lomeli-ex-funcionario-de-la-4t-que-fue-acusado-de-corrupcion-ahora-recibio-un-nuevo-contrato-millonario/> (consulta 24 de enero de 2020).
- Jiménez, G. (2019). Reitera AMLO eliminación de seguro popular, “que ni es seguro ni es popular”. <https://www.elsoldemexico.com.mx/mexico/politica/reitera-amlo-eliminacion-de-seguro-popular-que-ni-es-seguro-ni-es-popular-3171843.html> (consulta 11 de marzo de 2019).
- Jiménez, N. y Urrutia, A. (2019). Gobierno anterior centró en 10 empresas la compra de medicinas del sector salud. <https://www.jornada.com.mx/2019/03/13/sociedad/033n1soc> (consulta 13 de marzo de 2019).
- La Jornada. (2020). Desabasto de medicinas: realidades y precisiones. <https://www.jornada.com.mx/2020/01/24/edito> (consulta el 24 de enero de 2020).
- Lakin, J. (2009). “Mexico’s Health System: More Comprehensive Reform Needed”, *PLoS Medicine*, vol. 6, Núm. 8.
- Laurell, A. (2015). Impacto del Seguro Popular. Buenos Aires: CLACSO.
- Laurell, A. (2019a). De Florida al rescate del Seguro Popular. <https://www.jornada.com.mx/2019/02/20/opinion/a03a1cie> (consulta 20 de febrero de 2019).
- Laurell, A. (2019b). Ofuscación ideológica o simples mentiras. <https://www.jornada.com.mx/2019/11/12/ciencias/a03a1cie> (consulta 12 de noviembre de 2019).
- Laurell, A. y Herrera, J. (2010). “La Segunda Reforma de Salud. Aseguramiento y compra-venta de servicios”, *Salud Colectiva*, vol.6, Núm. 2: 137-148.
- Londoño, J. y Frenk, J. (1997). Pluralismo Estructurado: Hacia un Modelo Innovador para la Reforma de los Sistemas de Salud en América Latina. Washington, D.C.: Banco Interamericano de Desarrollo.
- López, A. y Blanco, J. (2007). “Las vertientes privatizadoras del Seguro Popular de salud en México” en *Salud Problema*, vol. 2, Núm. 2: 56-62.
- López, A. y Jarillo, E. (2015). “Hacia donde debe ir el sistema de salud en México? una perspectiva desde el derecho a la salud”, *Medicina Social*, vol. 10, Núm.1: 1-13.
- López, A. y Jarillo, E. (2017). “La reforma neoliberal de un sistema de salud: evidencia del caso mexicano”, *Cadernos de Saúde Pública*, vol. 33, Suppl 2: e00087416

- López, A.; López, M. y Moreno, A. (2019). “El derecho a la salud en México”. En: López, A. y López, M. Derecho a la Salud en México. México: Universidad Autónoma Metropolitana, 51-82.
- Muñoz, A. (2019a). AMLO: Faltan 200 mil médicos por el neoliberalismo en universidades. <https://www.jornada.com.mx/2019/07/14/politica/006n1pol> (consulta 17 de julio de 2019).
- Muñoz, A. (2019b). Llega fármaco contra el cáncer; no nos doblegaron: AMLO. <https://www.jornada.com.mx/ultimas/politica/2019/09/22/llega-farmaco-contra-el-cancer-no-nos-doblegaron-amlo-3782.html> (consulta 22 de septiembre de 2019).
- Nigenda, G. (2005). El Seguro Popular de salud en México. Washington D.C.: BID.
- OMS (Organización Mundial de la Salud) (2005). Achieving universal health coverage: developing the health financing system. Ginebra: OMS, Serie Technical Briefs for Policy Makers N°1.
- OMS (Organización Mundial de la Salud) (2010). Informe sobre la Salud en el Mundo. Financiamiento de la cobertura universal. Ginebra: OMS.
- OPS (Organización Panamericana de la Salud). (2019). Salud Universal en el Siglo XXI: 40 años de Alma-Ata. Informe de la Comisión de Alto Nivel. Edición revisada. Washington, D.C.: OPS.
- Perez, M. (2020). Gobierno creará empresa estatal para distribuir fármacos: AMLO. <https://www.eleconomista.com.mx/empresas/Gobierno-creara-empresa-estatal-para-distribuir-farmacos-AMLO-20200731-0006.html> (consulta 31 de julio de 2020).
- Poy Solano, L. (2019). Cofepris desmiente que haya desabasto de medicamento contra el cáncer. <https://www.jornada.com.mx/ultimas/sociedad/2019/09/20/cofepris-desmiente-que-haya-desabasto-de-medicamento-contra-el-cancer-692.html> (consulta 20 de septiembre de 2019).
- Presidencia de la República. (2019). Conferencia de prensa del presidente Andrés Manuel López Obrador. <https://www.youtube.com/watch?v=zqaoep-Je6XE> (consulta 15 de enero de 2019).
- Secretaría del Salud. (2019). Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud. Atención Primaria de Salud Integral e Integrada APS-I Mx: La propuesta metodológica y operativa. México: Gobierno de México.
- Shamah, T.; et al. (2020). Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2018-19: Resultados Nacionales. México: Instituto Nacional de Salud Pública.
- Tron, D.; Ruiz, M. y Pérez de Acha, L. (2019). Facturas falsas: La epidemia en el sector salud. Impunidad Cero y Justicia Justa. <https://www.impunidadcero.org/uploads/app/articulo/134/contenido/1582917188I60.pdf> (consulta 2 de marzo de 2020).
- UNAM. (2021). Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. <https://www.juridicas.unam.mx/legislacion/ordenamiento/constitucion-politica-de-los-estados-unidos-mexicanos> (consulta 19 de febrero de 2021).
- Ureste, M. (2020). Más de 4 mil mdp de Salud fueron presuntamente desviados a 837 empresas fantasma con Peña Nieto. <https://www.animalpolitico.com/2020/03/mas-4-mil-mdp-salud-presuntamente-empresas-fantasma-pena-nieto/> (consulta 2 de marzo de 2020).
- Valadez, B. (2019). Ssa: en Salud, se acabaron los moches y los manejos oscuros de recursos. <https://www.milenio.com/politica/en-la-secretaria-de-salud-se-acabaron-los-moches-ssa> (consulta 09 de octubre de 2019).
- Villanueva, D. (2019). Gasto en medicinas crece 11% en 2020. La Jornada. Recuperado de <https://www.jornada.com.mx/2019/09/23/economia/017n1eco> (consulta 23 de septiembre de 2019).

Ciudad, derechos y salud: expresiones de la realidad socio-sanitaria en la Ciudad de México durante el primer año de la administración 2018 - 2024

Sergio Cáceres Becerra, Yoalli Gómez Cruz*, Cinthya Gómez León*, Nicholas Lee Hale*,
Pablo Arturo Lagunes López*, Laura Verónica Martínez Cobian*, Mariana Medina Robles*,
Alma Teresa Medina Varguez*, Irlanda Libertad Mendoza Pineda*, Thamires Piovezan Borges*,
Kenya Miroslava Rodríguez Castillo*, Pedro Soto Juárez*, Emilio Arturo Trujillo Peña*
y José Alberto Rivera Márquez**

RESUMEN

El nuevo pacto social que la actual administración del Gobierno de la Ciudad de México ha establecido no sólo con sus propios habitantes, sino también con quienes transitan por ella, destaca por sus principios de inclusión, equidad y justicia social; de promoción y defensa de una vida con dignidad, así como de obligatoriedad en materia de respeto, protección y satisfacción de los derechos humanos. En lo que a salud se refiere, el panorama es complejo. Con información de fuentes secundarias este trabajo muestra que la coexistencia de morbi-mortalidad y discapacidad por causas transmisibles y crónico-degenerativas, al igual que por accidentes, lesiones y violencia, se expresa con distintas intensidades en amplias capas y grupos de la población. En consecuencia, el Gobierno de la Ciudad responde al mandato de la Constitución local a través de un modelo de atención primaria basado en redes integrales de servicios, en el que se reconoce a la salud como una metacapacidad humana. Adicionalmente, el carácter intersectorial de diversas acciones de promoción, prevención, detección, atención y rehabilitación, así como de cuidados paliativos y muerte digna, fortalece la respuesta de la autoridad sanitaria a necesidades y carencias de la sociedad. A los nuevos retos socio-sanitarios se suman numerosos problemas heredados, lo que plantea aun mayores dificultades para la acción pública. No obstante, en lo que a salud se refiere, la evidencia sugiere que el compromiso de la actual gestión local por el cual se establece garantizar un ciudad de derechos para todas y para todos se está cumpliendo.

* Estudiante de la Maestría en Medicina Social en la Universidad Autónoma Metropolitana (UAM) Unidad Xochimilco.

‡ Doctor en Epidemiología y Salud Poblacional por la London School of Hygiene & Tropical Medicine de la Universidad de Londres. Profesor-Investigador del Departamento de Atención a la Salud en la UAM Unidad Xochimilco. arivera@correo.xoc.uam.mx

Fecha de recepción: 21 de julio de 2020

Fecha de aceptación: 25 de febrero de 2020.

PALABRAS CLAVE: ciudades, derecho a la salud, salud urbana, gobierno local, México.

City, rights and health: expressions of the socio-health reality in Mexico City during the first year of the 2018-2024 administration

ABSTRACT

The new social pact that the current administration of the Government of Mexico City has established, not only with its own inhabitants, but also with those who transit through it, stands out for its principles of inclusion, equity and social justice; for the promotion and defense of a life with dignity, as well as the obligation of respect, protection and satisfaction of human rights. In regards to health, the panorama is complex. With information from secondary sources, this work shows that the coexistence of morbidity, mortality and disability due to communicable and chronic-degenerative causes, as well as accidents, injuries and violence, is expressed with different intensities in broad layers and groups of the population. Consequently, the City Government responds to the mandate of the local Constitution through a primary care model based on comprehensive service networks, in which health is recognized as a human metacapacity. Furthermore, the intersectoral nature of various actions of promotion, prevention, detection, care and rehabilitation, as well as palliative care and death with dignity, strengthens the response of the health authority to the needs and shortcomings of society. In addition to the new socio-health challenges, many inherited problems are added, which pose even greater difficulties for public action. However, regarding health, the evidence suggests that the current local administration's commitment, by which it was established to guarantee a city of rights for all, is being fulfilled.

KEYWORDS: cities, right to health, urban health, local government, Mexico

Introducción

El derecho a la ciudad involucra el acceso y disfrute colectivo a bienes comunes como el agua, el aire, la tierra y los bosques, así como a una educación de calidad, seguridad pública y vivienda, entre otros satisfactores. La Carta Mundial por el Derecho a la Ciudad establece que ésta debe ejercer una función social, garantizando a sus habitantes el usufructo pleno de sus recursos. Debe asumir la realización de proyectos e inversiones

en beneficio de la comunidad dentro de criterios de equidad distributiva, complementariedad económica, respeto a la cultura y sustentabilidad ecológica, para garantizar el bienestar de todos sus habitantes, así como la armonía con la naturaleza (Anduaga, 2017). En esta misma lógica, el Gobierno de la Ciudad de México concibe los derechos humanos más allá de criterios administrativos y límites territoriales, lo que supone obligaciones

y responsabilidades tanto de la autoridad como de la población en torno a la producción y el desarrollo colectivo del espacio socioterritorial (Comité Promotor de la Carta de la Ciudad de México por el Derecho a la Ciudad, 2011).

En particular, el derecho a la salud es un derecho complejo que depende del respeto, la protección y la satisfacción de otros derechos humanos (López, López y Moreno, 2015). Garantizarlo requiere de un conjunto de políticas sectoriales e intersectoriales orientadas a elevar la calidad de vida de la población, que frenen el deterioro de las instituciones públicas y que apuesten por un sistema de salud y seguridad social universal, integral, equitativo, solidario e intercultural (López, 2017). En su Artículo 9º, la Constitución Política de la Ciudad de México establece que toda persona tiene derecho al máximo nivel de salud, lo cual sólo puede lograrse a través de un sistema público, local, integral y de calidad (Asamblea Constituyente de la Ciudad de México, 2017).

La presente administración del Gobierno de la Ciudad de México (2018 - 2024) propone un nuevo pacto institucional para hacer efectivo tanto el derecho a la salud, como el derecho a la protección de la salud, a través de diversos posicionamientos y ejes de acción, entre los que destacan: el reconocimiento de la salud como metacapacidad para el desarrollo de una vida con dignidad; incorporación de la salud en todas las políticas; acceso para todas y para todos, en todo momento; defensa y promoción de la igualdad y la equidad de género; financiamiento suficiente, fortalecimiento de la infraestructura y ampliación de servicios; gestión efectiva, consolidación de un modelo de atención primaria basado en un sistema de redes integradas de servicios; la reorganización del territorio y el combate a la corrupción.

Aunque la Secretaría de Salud del Gobierno de la Ciudad de México (SEDESA) tiene como prioridad atender a quienes carecen de seguridad social, los servicios no se niegan a nadie. Su titular, la Dra. Oliva López Arellano (López, 2019a), afirma que la Ciudad de México dispone de una mayor cantidad de recursos, unidades de salud y mejor equipamiento e infraestructura en comparación con otras entidades del país. Sin embargo, también reconoce que la oferta de servicios se concentra en la zona centro de la ciudad, y no en su periferia, que es donde existen mayores demandas y carencias.

Con datos provenientes de diversas fuentes secundarias, este trabajo analiza un conjunto de retos en salud-enfermedad-atención que el actual Gobierno de la Ciudad de México (2018 - 2024) ya está enfrentando y continuará haciéndolo en los próximos años. Visibilizar algunas expresiones de la complejidad sociosanitaria de esta metrópolis al inicio de la presente gestión, se constituye no sólo como una línea basal para futuras investigaciones, sino también como un punto de partida para monitorear el cumplimiento de las obligaciones y los compromisos de la autoridad local, en esta materia.

Las reflexiones que aquí se presentan parten de un proyecto de investigación que el programa de Maestría en Medicina Social (MMS) de la Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco, lleva a cabo en colaboración con la SEDESA. Estudiantes, docentes y las propias autoridades del sector participan de manera activa en este esfuerzo conjunto. En particular, este artículo fue desarrollado por las y los estudiantes de la Generación XXXII de la MMS, bajo la coordinación de uno de los miembros del cuerpo docente. Las autoras y los autores de este trabajo

agradecen el apoyo de la Dra. Oliva López Arellano, titular de la SEDESA, así como del Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT).

Las dimensiones sociodemográficas de la urbe¹

En la Ciudad de México habitan alrededor de nueve millones de personas (52.6% mujeres y 47.4% varones) (INEGI, 2015a), la esperanza de vida al nacer en 2016 fue de 73.9 años para los varones y de 78.6 para las mujeres (INEGI, 2016a) y en 2018 se reportaron poco más de 111 mil nacimientos (50.5% niños y 49.5% niñas). El porcentaje de nacimientos por madres menores de 20 años fue menor que a nivel nacional: 12.9% y 17.5%, respectivamente (INEGI, 2015b).

Entre 2010 y 2015, en la Ciudad de México se registraron 545 284 emigrantes y 322 828 inmigrantes, con un saldo neto migratorio de -222 456 personas y una tasa neta de migración de -5.0 (CONAPO, 2017a). A nivel nacional, la capital del país se ubica como la segunda ciudad más expulsora, mientras que en el plano internacional, para 2014, del total de emigrantes de la Ciudad de México a destinos internacionales, alrededor de 50.0% lo hizo a algún destino de Estados Unidos de Norteamérica (INEGI, 2014a).

Los datos sobre la población Lesbiana, Gay, Bisexual, Transgénero e Intersexual (LGBTI) son limitados. La Encuesta Nacional sobre Discriminación (ENADIS) de 2017 muestra que, a nivel nacional, alrededor de 2.7 millones de personas declararon no ser heterosexuales (CONAPRED, 2018). Este número representa una amplia gama de identidades y no está diferenciado por sexo ni por identidad sexual y se correspondería aproximadamente con el 3.2% de la población nacional.

Si bien es posible extrapolar dicha proporción a la población de la Ciudad de México, se debe considerar que las poblaciones metropolitanas son más abiertas respecto a su identidad sexual que sus contrapartes rurales. Por su parte, el Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación (CONAPRED) ha estimado que la población transgénero en la Ciudad de México podría estar conformada por 53 512 personas (Flores, Herman, Gates y Brown, 2016), en tanto que la población intersexual llegaría a poco más de 151 mil (Intersex Human Rights Australia, 2013).

Según criterios lingüísticos, se reconoce como población indígena a cerca de 734 mil personas con edades entre 15 y 64 años. No obstante, la cifra podría ser mayor dado que no se consideran indicadores como la auto adscripción o la pertenencia a instituciones sociales, culturales y políticas. Tampoco se contabiliza a la población indígena migrante itinerante con desplazamientos cotidianos o a quienes permanecen por periodos cortos a medianos en la ciudad. Las tres alcaldías con mayor presencia de población hablante de una lengua indígena son Iztapalapa, Gustavo A. Madero y Tlalpan. Es importante destacar que en la Ciudad de México se hablan 55 de las 68 lenguas indígenas que existen en el país (Sheinbaum, 2019; SEPI, 2020).

El panorama de la pobreza y las carencias

De acuerdo con la Tabla 1², en 2008, 27.6% de la población de la Ciudad de México era pobre; entre 2010 y 2014 la pobreza creció, en promedio, un punto porcentual; en 2016 baja a 27.6% y para 2018 llega prácticamente a 31.0%. Al inicio de ese mismo periodo alrededor de 64.0% de la población reportó al menos una carencia social,

² Las Tablas se muestran al final del documento, en los anexos.

cifra que llegó a poco más de 56.0% en 2014, para alcanzar casi 60.0% en 2018. En tanto, el indicador sobre tres o más carencias sociales se mantuvo a la baja al pasar de 14.6% a 7.4% entre 2008 y 2018.

El rezago educativo muestra una disminución paulatina en los diez años del periodo, tendencia que, exceptuando algunos picos, también se verifica en los indicadores de vivienda y sus servicios.

Entre 2008 y 2014 la proporción de personas sin seguridad social disminuyó al pasar de prácticamente 53.0% a poco más de 46.0%, repuntando en 2018, para colocarse en 48.0%. Sin embargo, esta aparente mejora puede atribuirse al hecho de haberse considerado a la población inscrita al Seguro Popular, como si éste hubiese sido un esquema de seguridad social, cuando en realidad no lo fue. En cambio, la adscripción al Seguro Popular sí podría estar explicando parcialmente la tendencia a la baja que se observa en la carencia a servicios de salud entre 2008 y 2018.

El porcentaje de la población con inseguridad alimentaria moderada o grave, expresado en el indicador de carencia por acceso a la alimentación (CONEVAL, s.f.), descendió 4.1 puntos porcentuales entre 2008 (15.6%) y 2016 (11.5%), pero crece 2.4 puntos porcentuales en 2018 (13.9%).

Mortalidad

La Tabla 2 muestra las principales causas de mortalidad en 2017 para la población menor de quince años de la Ciudad de México. Las afecciones originadas en el período perinatal constituyeron la primera causa de muerte en menores de un año, con una tasa que supera 7 defunciones por cada mil nacidos vivos registrados (NVR). Por su parte, las malformaciones congénitas, deformidades

y anomalías cromosómicas, ocasionaron la muerte a más de 5 por cada mil NVR. Las causas restantes se presentaron con una tasa menor a 1 por mil. La tasa general de mortalidad para este grupo de edad en 2017 fue de 13 por cada mil NVR, lo que significa que en la Ciudad de México aún no se logra la meta contemplada en los Objetivos de Desarrollo Sostenible, la cual consiste en alcanzar una tasa menor a 12 muertes por cada mil NVR (OMS, 2019).

En preescolares (1 a 4 años), las malformaciones congénitas constituyeron la primera causa de muerte con una tasa que supera 19 defunciones por cada 100 mil habitantes. Les siguen los accidentes y los tumores malignos, que son responsables de más de 16 defunciones por cada 100 mil habitantes, así como la influenza y neumonía, epilepsia y las infecciones respiratorias agudas que, en conjunto, causaron aproximadamente 9 defunciones por 100 mil.

En la población de 5 a 14 años los tumores malignos se posicionaron como la primera causa de muerte, con una tasa cercana a 9 defunciones por cada 100 mil habitantes. Los accidentes ocuparon el segundo lugar, con más de 3 defunciones por cada 100 mil niñas y niños de 5 a 14 años. Les siguen las malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas, las enfermedades del corazón y la parálisis cerebral y otros síndromes paralíticos que, en conjunto, ocasionaron poco más de 6 defunciones por 100 mil.

De acuerdo con las Tablas 3 y 4, las tres principales causas de muerte para la población de 15 a 24 años de ambos sexos fueron los tumores malignos, los accidentes y las agresiones. La mortalidad por estas causas entre los varones fue, respectivamente, 1.5, 4.7 y 9.0 veces más alta que entre las mujeres. En la población femenina de 25 a 34 años la

primera causa de defunción son los tumores malignos, con una tasa cercana a 20 por 100 mil; por debajo de ésta se encuentran los accidentes y las enfermedades del corazón, con tasas de alrededor de 13 y 8 por 100 mil, respectivamente. En los varones de esta misma franja de edad las agresiones y los accidentes continúan posicionándose como la primera y segunda causas, con tasas superiores a 40 por 100 mil en ambos casos, mientras que la tercera posición es ocupada por las enfermedades del hígado, con una tasa cercana a 30 por 100 mil.

Entre las mujeres de 35 y más años de edad las tres primeras causas de defunción fueron los tumores malignos, la diabetes mellitus y las enfermedades del corazón (Tabla 3). Entre las adultas mayores (65 y más años) las tasas para cada una de estas causas fueron, respectivamente, 11.8, 44.7 y 115.3 veces más altas que las reportadas en mujeres de 35 a 44 años de edad.

La mayor mortalidad en los varones de 35 a 44 años de edad está dada por las enfermedades del hígado, con una tasa cercana a 90 por 100 mil, seguida de las enfermedades del corazón con cerca de 60 defunciones por 100 mil (Tabla 4). Por debajo de estas causas se ubican las agresiones y los accidentes con una tasa promedio de 37.4 por 100 mil. Por su parte, entre los varones de 45 años de edad y más, las primeras tres causas de defunción correspondieron a los tumores malignos, las enfermedades del corazón y la diabetes mellitus. Las tasas por estas causas fueron, respectivamente, 5.6, 7.6 y 4.1 veces más altas entre los adultos mayores que entre los varones de 45 a 64 años.

Las diez primeras causas de muerte en la población adulta mayor fueron iguales para ambos sexos. No obstante, su ocurrencia fue consistentemente mayor entre los varones, excepto por las

enfermedades cerebrovasculares que fueron ligeramente más altas en las mujeres. Cabe destacar que las cinco primeras causas fueron de origen crónico, y de éstas, las enfermedades del corazón, la diabetes mellitus, los tumores malignos, y la enfermedad pulmonar obstructiva crónica causaron, en promedio, 1.2 veces más defunciones en los hombres que en las mujeres. Entre las causas de defunción no transmisibles también destacan las enfermedades del hígado y la insuficiencia renal que, respectivamente, son 2.3 y 1.8 veces más frecuentes en varones. Las muertes atribuibles a accidentes también fueron más altas entre los hombres que entre las mujeres, a razón de 1.4 veces.

Dentro de las diez primeras causas de mortalidad en este grupo etario también se encuentran la influenza y la neumonía, al igual que las enfermedades infecciosas intestinales, con tasas de alrededor de 200 por 100 mil en el primer caso y de 32 por cien mil en el segundo. En los hombres las tasas son, respectivamente, 1.2 y 1.1 veces más frecuentes.

Por las dimensiones que han adquirido distintas expresiones de violencia en la Ciudad de México – lo mismo que en el resto del país – es importante hacer notar los vacíos que aún persisten en la información oficial. De acuerdo con la Fiscalía General de Justicia de la Ciudad de México (FGJ), en 2019 ocurrieron 71 muertes clasificadas como feminicidios (FGJ, 2019). El Semáforo Delictivo de la Secretaría de Seguridad Pública de la Ciudad de México contabilizó 253 feminicidios de 2015 a 2019 (SESNSP, 2019). Asimismo, la FGJ reportó 55 tentativas de suicidio en 2019 e INEGI reportó 227 suicidios en el 2018 y una tasa de suicidio de 4.2 por cada 100 mil habitantes en 2016 (FGJ, 2019; INEGI, 2018a, 2018b).

Morbilidad

Las Tablas 5 a 8 muestran las principales causas de morbilidad en 2018 para la población de la Ciudad de México, desagregadas por grupos etarios y sexo. Las infecciones respiratorias agudas, infecciones intestinales e infección de vías urinarias se posicionaron en los tres primeros lugares tanto para las mujeres como para los hombres en la población general. Las infecciones respiratorias agudas ocuparon la primera causa de enfermedad en todos los grupos etarios, afectando a cerca de la mitad o más de las niñas (Tablas 5 y 6) y los niños (Tabla 7 y 8) menores de cinco años. En las mujeres de cinco años en adelante, lo mismo que en los varones entre 5 y 14 años, las infecciones respiratorias agudas estuvieron presentes en alrededor de una quinta parte de la población, mientras que en los hombres de quince años y más la incidencia varió aproximadamente entre 12 y 17 casos por 100 mil (15 a 64 años y 65 años y más, respectivamente). Por su parte, las infecciones intestinales por otros organismos y las mal definidas fueron la segunda causa de morbilidad entre las mujeres menores de quince años, lo mismo que entre los hombres menores de sesenta y cinco años. En promedio, las infecciones gastrointestinales afectaron a cerca de 8,000 menores de cinco años de ambos sexos por cada 100 mil. Esta misma causa se ubicó en tercer lugar para la población femenina de quince años y más, así como también para los varones de sesenta y cinco años y más.

Dos causas que transitaron de la tercera a la cuarta posición y viceversa, tanto en las mujeres menores de catorce años, como en los varones de 1 a 14 años, fueron la infección de vías urinarias y la conjuntivitis, con tasas que variaron entre 833 y 3,500 casos por 100 mil. En términos generales

– aunque con algunas excepciones – las causas de morbilidad que se ubicaron entre el quinto y el octavo lugar en población menor de quince años de ambos sexos fueron esencialmente de tipo infeccioso. Estas son: conjuntivitis, otitis media aguda, neumonías y bronconeumonías, así como varicela. El asma está presente como una importante causa de enfermedad en esta misma franja de edad (0 a 14 años), lo mismo que la desnutrición leve y la obesidad.

El perfil de morbilidad de la población de quince años y más de ambos sexos mostró una composición muy homogénea entre la cuarta y la décima causas. En este sentido, las enfermedades ácido-pépticas (úlceras, gastritis y duodenitis), enfermedad periodontal y gingivitis, conjuntivitis, hipertensión arterial y diabetes mellitus estuvieron presentes en mujeres y varones tanto de 15 a 64 años como de 65 y más años. Otros padecimientos importantes fueron: obesidad en mujeres de 15 y más años, así como en varones de 15 a 64 años; vulvovaginitis en mujeres de 15 a 64 años; otitis media aguda en varones de 15 a 64 años; insuficiencia venosa periférica en mujeres y hombres de 65 años y más, así como hiperplasia prostática en varones de 65 años y más.

Un patrón que llama la atención al comparar este mismo conjunto de causas en la población de quince años y más por sexo, es la mayor ocurrencia de algunos padecimientos en las mujeres. Tal es el caso de las enfermedades ácido-pépticas, conjuntivitis, hipertensión arterial y diabetes mellitus. En las mujeres de 15 a 64 años también se registraron tasas más altas de obesidad y gingivitis que en los varones de esa misma franja de edad, mientras que entre la población adulta mayor las mujeres superan a los varones en lo que insuficiencia venosa periférica se refiere, pero és-

tos últimos presentan una morbilidad mayor asociada a enfermedad periodontal y gingivitis.

De acuerdo con la doctora López Arellano (2019b), 60.0% de las niñas, niños y adolescentes tuvo caries dental, y uno de cada tres casos fue severo. En los adultos, el problema afectó al 94.0%. Las estimaciones de la SEDESA sugieren que el tabaquismo aumenta al doble el riesgo de padecer una enfermedad dental, mientras que la diabetes la triplica. En particular la periodontitis y el edentulismo representaron 3.5% de años de vida perdidos por discapacidad en la Ciudad de México durante 2017.

La SEDESA considera la salud mental como una prioridad, es por ello que cuenta con 30 Unidades de Especialidades Médicas, Centro de Atención Primaria en Adicciones (UNEMES CAPA), donde se atienden problemas asociados con adicciones. Los datos disponibles muestran que, en 2018, la depresión se posicionó entre las trece primeras causas de enfermedad entre las mujeres de diez años y más (Tablas 5 y 6), así como en los primeros dieciséis entre los varones (Tablas 7 y 8).

La discapacidad es un problema de salud pública que cada vez adquiere mayor relevancia en el país. Esta condición describe a un conjunto de deficiencias y problemas que afectan estructuras o funciones en las personas, limitando la ejecución de acciones o tareas (COPRED, 2018); se refiere asimismo a retos que se asocian tanto con el entorno construido (tales como barreras físicas), como con el entorno social (por ejemplo, estereotipos y participación limitada) (INEGI, 2014b). En 2014, la tasa de discapacidad en población general de la Ciudad de México fue de 47 por cada mil habitantes, colocándose por debajo de la tasa nacional, estimada en 60 por cada mil habitantes. Del total de la población con discapacidad en todo el país,

5.8% está concentrada en la Ciudad de México, lo que se corresponde con el cuarto lugar a nivel nacional (datos no mostrados en tablas).

Salud sexual y reproductiva

La Tabla 3 muestra que en el año 2017 los problemas asociados con el embarazo, el parto y el puerperio se posicionaron como la sexta causa de muerte en mujeres de 15 a 24 años de edad, y la octava en mujeres de 25 a 44 años.

Algunas estimaciones sugieren que entre 2009 y 2014, el porcentaje de mujeres de 15 a 19 años de edad que utilizó métodos anticonceptivos en su primera relación sexual se incrementó de 58.8% a 64.6%. Durante este mismo período se reportó que la Ciudad de México fue la entidad federativa del país con el mayor uso de métodos anticonceptivos en la primera relación sexual (CONAPO, 2017b). Esta información sugiere que, si bien el riesgo de embarazo no deseado y de enfermedades de transmisión sexual pudo haber disminuido entre las adolescentes durante el periodo referido, todavía en 2014 una de cada tres jóvenes pudo haber estado expuesta a ambas condiciones. No obstante, el porcentaje de nacimientos registrados en madres menores de 20 años disminuyó, al pasar de 16.6% en 2009, a 13.5% en 2014 y 12.9% en 2015 (INEGI, 2016b).

A la fecha, la información oficial disponible sobre salud sexual y reproductiva continúa enfocándose esencialmente en las mujeres, lo que dificulta una aproximación hacia la situación particular de los varones. De acuerdo con el Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH y Sida (CENSIDA), entre 2015 y 2019 se notificaron 2,396 casos de sida en hombres y sólo 279 en mujeres, mientras que en el mismo período 4,299 hombres y 327 mujeres continuaban notificados

como seropositivos al virus de inmunodeficiencia humana (VIH) (CENSIDA, 2019).

La infección por virus del papiloma humano registró una tasa de 125 por cada 100 mil mujeres de todas las edades, colocándose como la décimo octava causa de morbilidad, a diferencia del vigésimo séptimo sitio que ocupó entre los varones, con una tasa cercana a 2 por 100 mil. Esta patología afectó principalmente a mujeres de 15 a 64. En el caso de la infección asintomática por VIH, así como por sida, se observaron tasas menores a 1 por cada 100 mil mujeres y de 10 a 22 por cada 100 mil varones (Tablas 5 a 8).

Acciones y recursos para la atención de la salud

La compleja realidad sociosanitaria que actualmente se observa en la Ciudad de México producto de obligaciones incumplidas en el pasado y de nuevos retos, obliga a la SEDESA a transformar radicalmente el rumbo de la política local de salud, con el propósito de garantizar un sistema de salud público, universal e integral, gratuito, incluyente, equitativo y solidario. Esta tarea se lleva a cabo a través de un modelo de atención primaria a la salud integral (Secretaría de Salud, 2019), denominado “Salud en tu vida”, el cual parte de reconocer la salud como una metacapacidad humana y no sólo como ausencia de enfermedad (Sheinbaum, 2019). A grandes rasgos, “Salud en tu vida” integra atención médica y sanitaria, promoción a la salud, prevención, detección oportuna, rehabilitación, cuidados paliativos y muerte digna.

A prácticamente un año de la presente administración se ha estabilizado y ampliado la oferta de servicios en 131 de los 229 centros de salud existentes, alcanzándose 85.0% en el abasto de medicamentos e insumos. Se abrieron turnos ves-

pertinos, en fines de semana y días festivos, evitando con ello que las personas recurran a la atención privada. En el corto plazo se invertirán 100 millones de pesos para convertir once centros de salud con equipamiento básico (T-I) en unidades más especializadas (T-II). La SEDESA cuenta además, con 57 unidades y clínicas de especialidades, así como 41 hospitales y centros de especialización; en breve, dos hospitales materno-infantiles serán transformados en hospitales generales (López, 2019).

Asimismo, se ha fortalecido la atención médica de urgencias incorporando 40 moto-ambulancias del Escuadrón de Rescate y Urgencias Médicas (ERUM) y 17 ambulancias de terapia intensiva, que ya se encuentran en funcionamiento. Se ha implementado el expediente electrónico en las unidades ambulatorias, así como un padrón único de usuarios. Se diseñó también el programa “Cuidate y mejores días” que consiste en recorridos por colonias, barrios y pueblos para fomentar una vida saludable en personas con diabetes e hipertensión (López, 2019c).

El programa “Salud en tu casa” dirigido a personas adultas mayores, con limitaciones de movilidad, postrados o con enfermedad terminal, incluye acciones de promoción de la salud, prevención y atención domiciliaria en las 16 jurisdicciones sanitarias. Se cuenta para tal propósito con 100 médicos, 100 auxiliares de enfermería y 110 promotores de salud, 32 dentistas, 17 técnicos en trabajo social, 17 nutricionistas y 17 terapeutas. Participan, además, pasantes de licenciaturas relacionadas con la salud. Este programa beneficia a 810 mil personas adultas mayores, priorizando a cerca de 108 mil ancianas y ancianos con movilidad limitada, discapacidad, estado de postración o enfermedades crónicas en etapa terminal (López, 2019a).

Como parte de una atención integral basada en el derecho de las mujeres a decidir sobre su vida reproductiva, se continua brindando el servicio de interrupción legal del embarazo (ILE) en las Clínicas de Salud Sexual y Reproductiva de la SEDESA. La atención se lleva a cabo de manera confidencial, legal, segura y gratuita; asimismo, se proporciona consejería en salud sexual y reproductiva, planificación familiar y métodos anticonceptivos, ultrasonido y estudios de laboratorio. En la Ciudad de México la ILE inicia en abril de 2007; a septiembre de 2019 se habían atendido a 216,755 usuarias procedentes de diversas localidades del país, de las cuales 150,737 fueron capitalinas. El rango de edad de las usuarias fue de 11 a 54 años, aunque las mujeres de 18 a 24 años representaron el 46.6% del total de usuarias (SIILE, 2020).

La Ciudad de México cuenta con una clínica especializada, la Clínica Condesa, la cual brinda servicios especializados para miembros de la población LGBTI. En sus dos ubicaciones – una en la alcaldía Cuauhtémoc y otra en Iztapalapa – se ofrecen pruebas y tratamiento para VIH/sida y otras infecciones de transmisión sexual, así como también servicios de salud especializados para personas transgénero y grupos de apoyo para hombres que tienen sexo con hombres (Gobierno de la Ciudad de México, 2018a). No obstante, a nivel nacional, se ha visto que el personal médico no está adecuadamente capacitado para atender a pacientes LGBTI, y que los servicios médicos son aún insuficientes para atender las necesidades específicas de esta población (CEAV y Arcoíris, 2016), a quienes continúa discriminándose y negándose los servicios (Mendoza, Ortiz, Román y Rojas, 2015).

La Estrategia de Atención Integral de Adicciones tiene como objetivo prevenir y atender el consu-

mo de sustancias psicoactivas, desde un enfoque de salud pública, incluyente, que en todo momento garantice el respeto a los derechos humanos y la no criminalización. Esta iniciativa cuenta con 18 psiquiatras, así como con 511 profesionistas y facilitadores, entre los que se destacan psicólogos clínicos y trabajadores sociales (Sheinbaum, 2020).

En la Ciudad de México la medicina tradicional está amparada en el Artículo 59 de su Constitución Política, por lo que forma parte del sistema de atención a la salud (Asamblea Constituyente de la Ciudad de México, 2017). La SEDESA ofrece atención a través de los Centros Especializados en Medicina Integrativa (CEMI) ubicados en las alcaldías Cuauhtémoc, Tlalpan, Tláhuac y Milpa Alta, donde se brindan servicios de fitoterapia, acupuntura, homeopatía y uroterapia (SEDESA, 2017). Existen también 34 casas de medicina tradicional y herbolaria que cuentan con curanderos, donde se ofrecen servicios de temazcal, masajes, tratamiento con herbolaria, drenaje linfático, lectura de maíz, trabajo espiritual, tratamiento de conciencia para adictos, armonización, alimentación prehispánica y partería tradicional.

Una acción complementaria a los servicios permanentes de salud que se ofrecen desde la SEDESA fue la Jornada Nacional de Salud Pública, que se llevó a cabo en noviembre de 2019. Entre las acciones llevadas a cabo se destacan la cobertura completa de esquemas de vacunación, salud sexual y reproductiva, salud mental, prevención a las adicciones, así como prevención de violencia y accidentes. Dicho trabajo contempló acciones transversales de diferentes programas de la Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud. (SEDESA, 2019a).

A finales de 2018 y principios de 2019, se llevaron a cabo acciones de atención humanitaria para

atender las caravanas migrantes provenientes de Honduras, Guatemala, Nicaragua y El Salvador. Se estima que aproximadamente 14,000 personas transitaron por la Ciudad de México hacia los Estados Unidos. El gobierno de la Ciudad de México ofreció abastecimiento de agua, alimentación, suministros de higiene personal, un lugar para descansar y atención médica con el apoyo de una Unidad Médica Móvil (Medibus) con un laboratorio, farmacia, tres consultorios móviles y seis ambulancias. Además, se tomaron muestras de casos sospechosos de dengue, paludismo, zika, chikungunya, cólera, influenza y tuberculosis, así como pruebas de embarazo (SEDESA, 2019b).

Otras responsabilidades de la SEDESA son la vigilancia e inteligencia epidemiológica, el servicio de medicina a distancia y el subsistema de atención médica y médico-legal en reclusorios y ministerios públicos (SEDESA, 2018).

Un principio básico de la política social del gobierno local es el diseño y la operación de acciones intersectoriales. En particular, la SEDESA establece mecanismos de colaboración con instituciones como el Instituto de Atención y Prevención de las Adicciones (IAPA), la Secretaría de Educación, Ciencia, Tecnología e Innovación (SECTEI), la Secretaría de Inclusión y Bienestar Social (SIBISO), el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF) y la Secretaría de las Mujeres, entre otras. Destaca, por ejemplo, el trabajo conjunto entre la SEDESA y la SECTEI con la puesta en marcha de la Universidad de la Salud, cuyo propósito es formar profesionales en medicina y enfermería con un enfoque familiar y comunitario (Gobierno de la Ciudad de México, 2020).

Conclusiones

A casi un año de su inicio, la actual administración del Gobierno de la Ciudad de México ha puesto en marcha una amplia estrategia para avanzar en la agenda de los derechos humanos, transformando y fortaleciendo a las instituciones públicas. En lo que a salud se refiere, es necesario enfrentar problemas históricos e inequidades aún prevalecientes, así como los nuevos retos que van surgiendo día con día. La tarea no es fácil porque el sistema de salud local ha sido vulnerado por fallas y omisiones previas, obligando así a las autoridades sanitarias actuales a redoblar esfuerzos para enfrentar problemas estructurales y posibles contingencias.

El abandono del que fue objeto el sistema de salud local durante prácticamente todas las administraciones anteriores, significó el deterioro no sólo de la infraestructura, sino también el de la calidad de la atención, lo que contribuyó aún más a la complejización de las condiciones de salud y, en general, a la precarización de las condiciones de vida de amplias capas de la población en la capital del país. Entre 2000 y 2006, el gobierno local sentó las bases para garantizar el derecho a una salud universal, integral, de calidad y gratuita. Esto marcó un parteaguas en la historia reciente de la entidad. No obstante, en los hechos, las dos administraciones subsecuentes – particularmente la que abarcó el periodo 2012 – 2018 – se fueron alejando progresivamente de dicho proyecto, por más que en el discurso continuaran pronunciándose a su favor.

En la Ciudad de México residen y transitan colectivos con diversas problemáticas sociales y de salud. Esta entidad posee algunos de los mejores indicadores de del país; sin embargo, también se observan enclaves de pobreza y miseria. La he-

terogeneidad socioterritorial de esta metrópolis ha llevado a la SEDESA a implementar diversos programas y estrategias integrales para disminuir las brechas sociosanitarias entre grupos y entornos, y con ello mejorar la calidad de vida de las actuales y futuras generaciones.

Con los datos disponibles se ha confirmado la coexistencia de causas transmisibles y crónicas, así como la necesidad de diseñar acciones *ad hoc*, con perspectiva de género, para problemas y grupos específicos. Continúa habiendo vacíos, por ejemplo, en lo que se refiere a salud mental, prevención de accidentes y las múltiples expresiones de la violencia, particularmente en lo que a feminicidios y violencia de género se refiere. Asimismo, es necesario centrar la atención en poblaciones indígenas y pueblos originarios, mujeres, población LGBTI, ancianos, niñas, niños y jóvenes, sin dejar de reforzar en todo momento las intervenciones de mayor escala que van dirigidas a toda la población.

La estrecha vinculación que existe entre la política de salud local y la del Gobierno Federal crea un frente común para la construcción de una sociedad más equitativa, que garantice por igual, a todas y a todos, el derecho a la salud y el derecho a la protección de la salud, a partir de un nuevo pacto institucional. En la práctica, este vínculo, refuerza las acciones de ambos niveles de gobierno y garantiza, por tanto, una mayor oferta de servicios a partir de los mismos preceptos éticos y de justicia.

El derecho a la ciudad pasa por asegurar la salud, la protección de la salud y, en general, todos los derechos humanos. La Ciudad de México, ha sido una urbe siempre a la vanguardia en la defensa de una vida con dignidad, apuesta por la apertura y refrenda sus obligaciones al darle cabida tanto a quienes la habitan, como a quienes transitan por ella. Por tal motivo, se le puede reconocer como una ciudad de derechos.

Referencias bibliográficas

- Anduaga, E. (2017). “El Derecho a la Ciudad en la Constitución de la Ciudad de México. Una propuesta de interpretación”, *Revista de Ciencias Sociales de La Universidad Iberoamericana*, vol. XII, Núm. 23:128–164.
- Asamblea Constituyente de la Ciudad De México. (2017). Constitución Política de la Ciudad de México.
- CEAV y Fundación Arcoiris. (2016). Investigación sobre atención a personas lesbianas, gays, bisexuales y trans en México. <https://goo.gl/beZHLP> (consulta 13 de abril de 2020)
- CENSIDA. (2019). *Vigilancia Epidemiológica de casos de VIH/SIDA en México. Registros Nacional de Casos de Sida Actualización al 11 de noviembre de 2019*. México: Secretaría de Salud, 6, 17.
- Comité Promotor de la Carta de la Ciudad de México por el Derecho a la Ciudad. (2011). Carta de la Ciudad de México por el derecho a la ciudad. Ciudad de México.
- CONAPO. (2017a). *Prontuario de Migración y Movilidad Interna 2015*. Ciudad de México: INEGI, 19.
- CONAPO. (2017b). *Situación de la salud sexual y reproductiva de la Ciudad de México*. Ciudad de México: CONAPO, 64.
- CONAPRED. (2018). *Encuesta Nacional sobre Discriminación 2017. Prontuario de Resultados*. Ciudad de México: CONAPRED, 24.

- CONEVAL. (2018). Medición de la pobreza. Anexo Estadístico. <https://www.coneval.org.mx/Medicion/MP/Paginas/Pobreza-2018.aspx> (consulta 16 de abril de 2020).
- CONEVAL. (s.f.). Glosario. Términos de la metodología para la medición multidimensional de la pobreza en México. <https://www.coneval.org.mx/rw/resource/coneval/prensa/6102.pdf> (consulta 12 de abril de 2020).
- COPRED. (2018). Personas con discapacidad. <https://copred.cdmx.gob.mx/storage/app/uploads/public/5a1/ef6/a6e/5a1ef6a6e926a447715839.pdf> (consulta 12 de abril de 2020).
- FGJ. (2019). Boletín estadístico de la incidencia delictiva de la Ciudad de México 2019. <https://www.fgjcdmx.gob.mx/storage/app/media/Esta./2019/boletin-2019.pdf> (consulta 12 abril de 2020).
- Flores, A.; Herman, J. ; Gates, G. y Brown, T. (2016). *How Many Adults Identify as Transgender in the United States? Los Angeles*. CA: The Williams Institute.
- Gobierno de la Ciudad de México. (2018a). Respuesta a la Epidemia del VIH/sida de la Ciudad de México 2018. <http://condesadf.mx/pdf/Respuesta-VIH2018.pdf> (consulta 13 de abril de 2020).
- Gobierno de la Ciudad de México. (2018b). Dirección general de epidemiología anuario de morbilidad 1984-2018. <http://www.epidemiologia.salud.gob.mx/anuario/html/anuarios.html> (consulta 13 de abril de 2020).
- Gobierno de la Ciudad de México. (2020). Gaceta Oficial de la Ciudad de México. https://data.consejeria.cdmx.gob.mx/portal_old/uploads/gacetas/6a-4942f1b2c3a93cbfb9a5adc866caf9.pdf (consulta 13 de abril de 2020).
- INEGI. (2014a). Migración. <https://www.inegi.org.mx/temas/migracion/> (consulta 12 de abril 2020).
- INEGI. (2014b). *La discapacidad en México, datos al 2014*. Aguascalientes: INEGI, 23-24.
- INEGI. (2015a). *Encuesta Intercensal 2015. Panorama sociodemográfico de Ciudad de México*. Ciudad de México: INEGI, 8.
- INEGI. (2015b) Natalidad y fecundidad. <https://www.inegi.org.mx/app/tabulados/default.html?nc=mdemo29> (consulta 12 de abril 2020).
- INEGI. (2016a). Dinámica. <http://cuentame.inegi.org.mx/monografias/informacion/df/poblacion/dinamica.aspx?tema=me> (consulta 12 de abril de 2020).
- INEGI. (2016b). Natalidad y fecundidad. <https://bit.ly/2uk0REX> (consulta 12 de abril de 2020).
- INEGI. (2017a). Principales causas de mortalidad por residencia habitual, grupos de edad y sexo del fallecido. Consulta de resultados: Tabulados básicos. <https://www.inegi.org.mx/sistemas/olap/registros/vitales/mortalidad/tabulados/pc.asp?-t=14&c=11817> (consulta 13 de abril 2020).
- INEGI. (2017b). *Anuario estadístico y geográfico de la Ciudad de México 2017*. México: INEGI,74.
- INEGI. (2018a). Suicidios registrados (Defunciones). Banco de indicadores. <https://www.inegi.org.mx/app/buscador/default.html?q=SUICIDIOS#tab-MCcollapse-Indicadores> (consulta 13 de abril 2020).
- INEGI. (2018b). Estadísticas a propósito del día mundial para la prevención del suicidio. Datos nacionales. https://www.inegi.org.mx/contenidos/sala-deprensa/aproposito/2018/suicidios2018_Nal.pdf (consulta 16 de abril de 2020).
- Intersex Human Rights Australia. (2013). Intersex population figures. <https://goo.gl/y36zVW> (consulta 12 de abril de 2020).
- López, O. (2017). “Reformas de salud en México. Balance y desafíos”, *Revista Salud Problema*, Segunda época, año 11, Núm. 21: 67-82.
- López, O. (2019a). El Derecho a la Salud en la Ciudad de México. Diplomado de Atención a la Salud centrado en la persona para el control de las enfermedades crónicas en Unidades de primer contacto de la Ciudad de México. Conferencia Magistral llevada a cabo en la Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco, Noviembre, Ciudad

- de México.
- López, O. (2019b). Versión estenográfica del discurso día del odontólogo. <https://salud.cdmx.gob.mx/comunicacion/nota/120219-version-estenografica-del-discurso-de-la-dra-oliva-lopez-por-el-dia-del-odontologo> (consulta 12 de abril de 2020).
- López, O. (2019c). La salud es un derecho y no un consumo de servicios: secretaria de salud capitalina. <http://www.comunicacionsocial.uam.mx/boletinesuam/402-19.html> (consulta 13 de abril de 2020).
- López, S.; López, O. y Moreno, A. (2015). “El derecho a la salud en México”. En López, O. y López, S. (coord.) *Derecho a la Salud en México*. Ciudad de México: Universidad Autónoma Metropolitana, 51-82.
- Mendoza, J.; Ortiz, L.; Román, R. y Rojas, A. (2015). *Principales resultados del diagnóstico situacional de personas lesbianas, gays, bisexuales, transgénero, travestis, transexuales, intersexuales y queers (LGBTIQ) de México 2015*. Ciudad de México: Universidad Autónoma Metropolitana, 15.
- OMS. (2019). Reducing mortality. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/children-reducing-mortality> (consulta 12 de abril de 2020).
- Secretaría de Salud. (2019). *Atención Primaria de Salud Integral e Integrada APS-I Mx: la propuesta metodológica y operativa*. Ciudad de México: Secretaría de Salud.
- SEDESA. (2017). Aumenta medicina tradicional integrativa que ofrece la SEDESA-CDMX. <https://www.salud.cdmx.gob.mx/comunicacion/nota/aumenta-medicina-tradicional-integrativa-que-ofrece-la-sedesa-cdmx> (consulta 13 de abril de 2020).
- SEDESA. (2018). Programa de trabajo 2019. http://data.salud.cdmx.gob.mx/ssdf/portalut/archivo/Actualizaciones/1erTrimestre19/DGDPPCS/A121F_07_a_1erTrimestre_PROGRAMA_ANUAL_DE_TRABAJO_2019.pdf (consulta 13 de abril de 2020).
- SEDESA. (2019a). Nota Jornada Nacional de Salud Pública. <https://www.salud.cdmx.gob.mx/comunicacion/nota/jornada-nacional-de-salud-publica> (consulta 13 de abril de 2020).
- SEDESA. (2019b). Con servicios médicos, recibe Gobierno de la Ciudad a caravana migrante. <https://www.salud.cdmx.gob.mx/comunicacion/nota/con-servicios-medios-recibe-gobierno-de-la-ciudad-a-caravana-migrante> (consulta 13 de abril de 2020).
- SEPI. (2020). Lenguas Indígenas en la CDMX. <https://www.sepi.cdmx.gob.mx/lenguas-indigenas> (consulta 12 abril de 2020).
- SESNP. (2019). Semáforo delictivo incidencia de feminicidios en Ciudad de México. <http://df.semaforo.com.mx> (consulta 12 de abril de 2020).
- Sheinbaum, C. (2019). Primer Informe de Gobierno. Anexo Estadístico. Ciudad de México: Gobierno de la Ciudad de México, 135-138.
- Sheinbaum, C. (2020). Presentación de la Estrategia Integral del Consumo de Sustancias Psicoactivas [Archivo de video]. Recuperado <https://www.youtube.com/watch?v=E3VBalDfybg>
- SIILE. (2020). Interrupción legal del embarazo (ILE). Estadísticas abril 2007- 26 de septiembre 2019. <http://ile.salud.cdmx.gob.mx/wp-content/uploads/Interrupcion-Legal-del-Embarazo-Estadisticas-2007-2017-26-de-septiembre-2019.pdf> (consulta 13 de abril de 2020)

Anexos

Tabla 1. Indicadores de pobreza y carencias sociales. Ciudad de México, 2008 – 2018.

| | 2008 | 2010 | 2012 | 2014 | 2016 | 2018 |
|--|------|------|------|------|------|------|
| Pobreza | 27.6 | 28.5 | 28.9 | 28.4 | 27.6 | 30.6 |
| Población con al menos una carencia social | 63.7 | 62.9 | 61.3 | 56.3 | 56.5 | 58.9 |
| Población con al menos tres carencias sociales | 14.6 | 13.4 | 9.2 | 6.8 | 6.8 | 7.4 |
| Rezago educativo | 10.6 | 9.5 | 9.2 | 8.8 | 8.4 | 8.1 |
| Carencia por acceso a los servicios de salud | 36.3 | 32.5 | 23.4 | 19.9 | 19.6 | 20.1 |
| Carencia por acceso a la seguridad social | 52.9 | 52.4 | 52.5 | 46.3 | 47.0 | 48.3 |
| Carencia por calidad y espacios de la vivienda | 6.3 | 7.6 | 6.4 | 5.4 | 5.9 | 5.1 |
| Carencia por acceso a los servicios básicos en la vivienda | 4.1 | 3.9 | 3.0 | 1.7 | 2.1 | 2.9 |
| Carencia por acceso a la alimentación | 15.6 | 15.5 | 13.0 | 11.7 | 11.5 | 13.9 |
| Inseguridad Alimentaria | 36.3 | 29.2 | 28.1 | 23.1 | 25.8 | 26.7 |

Fuente: CONEVAL, 2018

Tabla 2. Principales causas de mortalidad en menores de 14 años de ambos sexos. Ciudad de México, 2017

| Causas | Menor de 1 año | | | 1 a 4 años | | | 5 a 14 años | | |
|--|----------------|-------|-------|------------|-------|-------|-------------|-------|-------|
| | Tasa* | Casos | Orden | Tasa** | Casos | Orden | Tasa** | Casos | Orden |
| Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas | 5.05 | 687 | 2 | 19.98 | 101 | 1 | 3.96 | 49 | 3 |
| Ciertas afecciones originadas en el período perinatal | 7.13 | 969 | 1 | - | - | - | - | - | - |
| Tumores malignos | 0.03 | 5 | 12 | 7.12 | 36 | 3 | 8.81 | 109 | 1 |
| Accidentes | 0.16 | 23 | 5 | 9.49 | 48 | 2 | 3.96 | 49 | 2 |
| Influenza y neumonía | 0.21 | 29 | 3 | 4.55 | 23 | 4 | 0.64 | 8 | 9 |
| Infecciones respiratorias agudas | 0.30 | 41 | 4 | 2.57 | 13 | 6 | - | - | - |
| Enfermedades del corazón | 0.11 | 16 | 10 | 0.98 | 5 | 11 | 1.45 | 18 | 7 |
| Septicemia | 0.13 | 19 | 6 | 0.98 | 5 | 10 | 0.32 | 4 | 12 |
| Enfermedades infecciosas intestinales | 0.12 | 17 | 7 | 1.18 | 6 | 7 | 0.08 | 1 | 19 |
| Enfermedades cerebrovasculares | 0.07 | 10 | 8 | 0.79 | 4 | 12 | 0.72 | 9 | 8 |
| Parálisis cerebral y otros síndromes paralíticos | - | - | - | 1.18 | 6 | 8 | 1.05 | 13 | 4 |
| Agresiones | - | 4 | 17 | 1.18 | 6 | 9 | 0.97 | 12 | 6 |
| Epilepsia | - | - | - | 1.58 | 8 | 5 | 0.56 | 7 | 10 |
| Desnutrición y otras deficiencias nutricionales | 0.07 | 10 | 8 | 0.19 | 1 | 19 | 0.40 | 5 | 11 |
| Lesiones autoinfligidas intencionalmente | - | - | - | - | - | - | 0.97 | 12 | 5 |
| Enfermedades del hígado | 0.03 | 5 | 13 | 0.59 | 3 | 13 | 0.32 | 4 | 14 |
| Íleo paralítico y obstrucción intestinal sin hernia | - | - | - | - | - | - | 0.16 | 2 | 17 |
| Micosis | 0.03 | 5 | 11 | 0.19 | 1 | 15 | - | - | - |
| Anemias | - | - | - | - | - | - | 0.32 | 4 | 13 |
| Enfermedades de la glándula tiroides | - | - | - | 0.19 | 1 | 18 | - | - | - |

* Tasa por 1,000 nacidos vivos registrados. ** Tasa por 100,000 habitantes

Fuente: INEGI, 2017a; 2015a

Tabla 3. Principales causas de mortalidad en mujeres por grupo etario. Ciudad de México, 2017

| Causas | 15 a 24 años | | | 25 a 34 años | | | 35 a 44 años | | | 45 a 64 años | | | 65 y más años | | |
|--|--------------|-------|-------|--------------|-------|-------|--------------|-------|-------|--------------|-------|-------|---------------|--------|-------|
| | Tasa* | Casos | Orden | Tasa* | Casos | Orden | Tasa* | Casos | Orden | Tasa* | Casos | Orden | Tasa* | Casos | Orden |
| Tumores malignos | 11.57 | 81 | 1 | 18.41 | 137 | 1 | 54.76 | 404 | 1 | 189.88 | 2 125 | 1 | 647.04 | 3 282 | 3 |
| Enfermedades del corazón | 3.43 | 24 | 5 | 8.06 | 60 | 3 | 19.38 | 143 | 3 | 124.92 | 1 398 | 3 | 2 235.65 | 11 340 | 1 |
| Diabetes mellitus | 0.71 | 5 | 12 | 4.43 | 33 | 4 | 15.04 | 111 | 2 | 111.51 | 1 248 | 2 | 672.27 | 3 410 | 2 |
| Enfermedades del hígado | 0.85 | 6 | 11 | 1.61 | 12 | 11 | 7.18 | 53 | 6 | 30.55 | 342 | 4 | 99.76 | 506 | 7 |
| Accidentes | 8.28 | 58 | 2 | 12.76 | 95 | 2 | 9.21 | 68 | 4 | 11.08 | 124 | 7 | 49.28 | 250 | 9 |
| Enfermedades cerebrovasculares | - | - | - | 2.28 | 17 | 7 | 3.66 | 27 | 8 | 23.58 | 264 | 5 | 295.33 | 1 498 | 4 |
| Influenza y neumonía | 1.42 | 10 | 10 | 3.22 | 24 | 6 | 5.28 | 39 | 5 | 14.74 | 165 | 6 | 193.60 | 982 | 6 |
| Agresiones | 4.28 | 30 | 3 | 3.49 | 26 | 5 | 3.79 | 28 | 7 | 3.48 | 39 | 12 | - | - | - |
| Trastornos sistémicos del tejido conjuntivo | 0.71 | 5 | 14 | 1.74 | 13 | 10 | 2.71 | 20 | 9 | 4.19 | 47 | 10 | - | - | - |
| Enfermedades pulmonares obstructivas crónicas | - | - | - | - | - | - | - | - | - | 7.41 | 83 | 9 | 206.41 | 1 047 | 5 |
| Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas | 2.57 | 18 | 8 | 0.80 | 6 | 17 | 1.62 | 12 | 12 | 2.50 | 28 | 14 | - | - | - |
| Lesiones autoinfligidas intencionalmente | 3.57 | 25 | 4 | 1.61 | 12 | 12 | 2.30 | 17 | 11 | - | - | - | - | - | - |
| Enfermedades infecciosas intestinales | - | - | - | - | - | - | - | - | - | 4.02 | 45 | 11 | 30.75 | 156 | 10 |
| Insuficiencia renal | 1.85 | 13 | 7 | 2.01 | 15 | 9 | 2.30 | 17 | 10 | 8.84 | 99 | 8 | 50.27 | 255 | 8 |
| Pancreatitis aguda y otras enfermedades del páncreas | 0.42 | 3 | 7 | 0.53 | 4 | 19 | 0.94 | 7 | 17 | 2.23 | 25 | 15 | - | - | - |
| Embarazo, parto y puerperio | 2.00 | 14 | 6 | 2.28 | 17 | 8 | 1.08 | 8 | 14 | - | - | - | - | - | - |
| Enfermedades de la glándula tiroides | 0.42 | 3 | 15 | - | - | - | 0.94 | 7 | 16 | 1.96 | 22 | 17 | - | - | - |
| Íleo paralítico y obstrucción intestinal sin hernia | - | - | - | - | - | - | - | - | - | 1.96 | 22 | 18 | 30.56 | 155 | 11 |
| Enfermedad por virus de la inmunodeficiencia humana | - | - | - | 1.34 | 10 | 13 | 1.49 | 11 | 13 | - | - | - | - | - | - |
| Epilepsia | 1.42 | 10 | 9 | 0.80 | 6 | 16 | 0.81 | 6 | 19 | - | - | - | - | - | - |
| Parálisis cerebral y otros síndromes paralíticos | 0.71 | 5 | 13 | 1.20 | 9 | 14 | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| Bronquitis crónica y la no especificada, enfisema y asma | - | - | - | 0.94 | 7 | 15 | 0.81 | 6 | 20 | - | - | - | 25.04 | 127 | 12 |
| Anemias | 0.28 | 2 | 18 | - | - | - | 0.94 | 7 | 15 | - | - | - | 15.77 | 80 | 19 |
| Desnutrición y otras deficiencias nutricionales | 0.28 | 2 | 20 | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| Obesidad | 0.28 | 2 | 19 | 0.40 | 3 | 20 | 0.81 | 6 | 18 | - | - | - | - | - | - |
| Úlcera gástrica y duodenal | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | 24.84 | 126 | 13 |
| Infecciones de la piel y del tejido subcutáneo | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | 21.48 | 109 | 14 |
| Poliartropatías inflamatorias | - | - | - | - | - | - | - | - | - | 3.21 | 36 | 13 | 19.71 | 100 | 15 |
| Colelitiasis y colecistitis | - | - | - | 0.53 | 4 | 18 | - | - | - | - | - | - | 18.73 | 95 | 18 |

* Tasa por 100,000 habitantes

Fuente: INEGI, 2017a; 2017b

Tabla 4. Principales causas de mortalidad en hombres por grupo etario. Ciudad de México, 2017

| Causas | 15 a 24 años | | | 25 a 34 años | | | 35 a 44 años | | | 45 a 64 años | | | 65 y más años | | |
|--|--------------|-------|-------|--------------|-------|-------|--------------|-------|-------|--------------|-------|-------|---------------|-------|-------|
| | Tasa* | Casos | Orden | Tasa* | Casos | Orden | Tasa* | Casos | Orden | Tasa* | Casos | Orden | Tasa* | Casos | Orden |
| Tumores malignos | 17.06 | 119 | 3 | 20.92 | 145 | 5 | 32.23 | 207 | 5 | 156.23 | 1 446 | 3 | 874.57 | 3 174 | 3 |
| Enfermedades del corazón | 4.30 | 30 | 6 | 21.50 | 149 | 4 | 57.30 | 368 | 2 | 316.56 | 2 930 | 2 | 2 423.11 | 8 794 | 1 |
| Diabetes mellitus | 0.57 | 4 | 15 | 5.91 | 41 | 8 | 33.16 | 213 | 4 | 201.50 | 1 865 | 1 | 828.00 | 3 005 | 2 |
| Enfermedades del hígado | 4.01 | 28 | 7 | 28.42 | 197 | 3 | 88.75 | 570 | 1 | 180.21 | 1 668 | 4 | 230.35 | 836 | 7 |
| Accidentes | 38.99 | 272 | 1 | 40.55 | 281 | 2 | 37.05 | 238 | 6 | 36.73 | 340 | 7 | 70.26 | 255 | 9 |
| Enfermedades cerebrovasculares | 1.72 | 12 | 11 | 4.76 | 33 | 10 | 9.03 | 58 | 9 | 41.59 | 385 | 5 | 284.91 | 1 034 | 4 |
| Influenza y neumonía | 1.57 | 11 | 12 | 5.91 | 41 | 9 | 11.83 | 76 | 7 | 27.55 | 255 | 6 | 227.60 | 826 | 6 |
| Agresiones | 38.42 | 268 | 2 | 47.04 | 326 | 1 | 37.68 | 242 | 3 | 20.96 | 194 | 8 | - | - | - |
| Enfermedades pulmonares obstructivas crónicas | - | - | - | - | - | - | - | - | - | 10.04 | 93 | 10 | 234.21 | 850 | 5 |
| Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas | 6.45 | 45 | 5 | 1.58 | 11 | 15 | 2.02 | 13 | 16 | - | - | - | - | - | - |
| Lesiones autoinfligidas intencionalmente | 8.45 | 59 | 4 | 8.51 | 59 | 7 | 5.44 | 35 | 10 | 5.72 | 53 | 14 | - | - | - |
| Enfermedades infecciosas intestinales | - | - | - | - | - | - | - | - | - | 3.56 | 33 | 17 | 33.06 | 120 | 10 |
| Insuficiencia renal | 0.57 | 4 | 16 | 2.74 | 19 | 12 | 4.20 | 27 | 13 | 15.01 | 139 | 9 | 92.58 | 336 | 8 |
| Pancreatitis aguda y otras enfermedades del páncreas | 1.00 | 7 | 14 | 1.58 | 11 | 14 | 4.35 | 28 | 12 | 6.37 | 59 | 13 | 14.88 | 54 | 18 |
| Íleo paralítico y obstrucción intestinal sin hernia | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | 24.52 | 89 | 14 |
| Enfermedad por virus de la inmunodeficiencia humana | 2.86 | 20 | 8 | 11.40 | 79 | 6 | 10.90 | 70 | 8 | 8.42 | 78 | 11 | - | - | - |
| Epilepsia | 2.15 | 15 | 9 | 3.03 | 21 | 11 | 2.95 | 19 | 15 | 3.34 | 31 | 19 | - | - | - |
| Parálisis cerebral y otros síndromes paralíticos | 1.86 | 13 | 10 | 1.01 | 7 | 18 | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| Bronquitis crónica y la no especificada, enfisema y asma | 1.00 | 7 | 13 | - | - | - | - | - | - | - | - | - | 33.06 | 120 | 11 |
| Anemias | 0.28 | 2 | 18 | 0.86 | 6 | 19 | - | - | - | - | - | - | 14.88 | 54 | 17 |
| Desnutrición y otras deficiencias nutricionales | 0.28 | 2 | 19 | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| Obesidad | - | - | - | 1.15 | 8 | 16 | 2.95 | 19 | 14 | 3.24 | 30 | 20 | - | - | - |
| Úlcera gástrica y duodenal | - | - | - | - | - | - | - | - | - | 5.18 | 48 | 15 | 26.17 | 95 | 13 |
| Infecciones de la piel y del tejido subcutáneo | - | - | - | - | - | - | 1.40 | 9 | 18 | 3.56 | 33 | 18 | 15.70 | 57 | 16 |
| Síndrome de dependencia del alcohol | 0.28 | 2 | 20 | 2.16 | 15 | 13 | 4.82 | 31 | 11 | 8.21 | 76 | 12 | - | - | - |
| Trastorno del metabolismo de las lipoproteínas | - | - | - | 0.72 | 5 | 20 | 0.93 | 6 | 20 | 3.78 | 35 | 16 | - | - | - |
| Colelitiasis y colecistitis | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | 14.60 | 53 | 20 |
| Septicemia | 0.28 | 2 | 17 | 1.01 | 7 | 17 | 0.93 | 6 | 19 | - | - | - | 14.60 | 53 | 19 |
| Secuelas de otras enfermedades infecciosas | - | - | - | - | - | - | 1.40 | 9 | 17 | - | - | - | - | - | - |

* Tasa por 100,000 habitantes

Fuente: INEGI, 2017a; 2017b

Tabla 5. Principales causas de morbilidad en mujeres por grupo etario. Ciudad de México, 2018

| Patología | Población Total | | | < de 1 año | | | 1 a 4 años | | | 5-9 años | | | 10-14 años | | | 15- 19 años | | |
|---|-----------------|-----------|-------|------------|--------|-------|------------|---------|-------|-----------|--------|-------|------------|--------|-------|-------------|--------|-------|
| | Tasa* | Casos | Orden | Tasa* | Casos | Orden | Tasa* | Casos | Orden | Tasa* | Casos | Orden | Tasa* | Casos | Orden | Tasa* | Casos | Orden |
| Infecciones respiratorias agudas | 22 012.57 | 1 012 112 | 1 | 61 958.46 | 36 369 | 1 | 48 706.12 | 114 041 | 1 | 29 199.86 | 87 505 | 1 | 18 499.43 | 57 795 | 1 | 13 424.54 | 43 459 | 1 |
| Infección de vías urinarias | 5 839.84 | 268 509 | 2 | 1 165.26 | 684 | 4 | 2 760.30 | 6 463 | 3 | 3 120.03 | 9 350 | 3 | 2 455.06 | 7 670 | 3 | 4 168.93 | 13 496 | 2 |
| Infecciones intestinales por otros organismos y las mal definidas | 4 174.07 | 191 919 | 3 | 7 635.56 | 4 482 | 2 | 7 535.63 | 17 644 | 2 | 4 420.10 | 13 246 | 2 | 3 249.20 | 10 151 | 2 | 2 950.62 | 9 552 | 3 |
| Úlceras, gastritis y duodenitis | 1 388.66 | 63 849 | 4 | 59.62 | 35 | 13 | 52.10 | 122 | 16 | 188.87 | 566 | 11 | 671.86 | 2 099 | 5 | 1 115.75 | 3 612 | 5 |
| Gingivitis y enfermedad periodontal | 1 380.57 | 63 477 | 5 | 47.70 | 28 | 14 | 231.05 | 541 | 10 | 645.36 | 1 934 | 7 | 877.99 | 2 743 | 4 | 1 597.01 | 5 170 | 4 |
| Conjuntivitis | 1 116.25 | 51 324 | 6 | 3 255.59 | 1 911 | 3 | 1 929.60 | 4 518 | 4 | 1 024.77 | 3 071 | 4 | 648.81 | 2 027 | 6 | 543.97 | 1 761 | 8 |
| Obesidad | 1 015.61 | 46 697 | 7 | 163.54 | 96 | 10 | 141.79 | 332 | 13 | 388.75 | 1 165 | 9 | 615.84 | 1 924 | 7 | 682.05 | 2 208 | 7 |
| Vulvovaginitis | 894.15 | 41 112 | 8 | 23.85 | 14 | 16 | 75.59 | 177 | 15 | 111.12 | 333 | 14 | 162.60 | 508 | 13 | 851.33 | 2 756 | 6 |
| Insuficiencia venosa periférica | 522.13 | 24 007 | 9 | 1.70 | 1 | 21 | 0.42 | 1 | 23 | 3.33 | 10 | 23 | 4.48 | 14 | 23 | 22.54 | 73 | 22 |
| Hipertensión arterial | 428.91 | 19 721 | 10 | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | 8.03 | 26 | 25 |
| Otitis media aguda | 419.73 | 19 299 | 11 | 482.12 | 283 | 7 | 1 027.58 | 2 406 | 5 | 774.50 | 2 321 | 5 | 483.97 | 1 512 | 8 | 387.98 | 1 256 | 9 |
| Diabetes mellitus no insulino dependiente (Tipo 2) | 413.21 | 18 999 | 12 | - | - | - | - | - | - | - | - | - | 1.92 | 6 | 24 | 12.66 | 41 | 24 |
| Depresión | 295.81 | 13 601 | 13 | - | - | - | 5.12 | 12 | 21 | 52.05 | 156 | 17 | 241.66 | 755 | 10 | 292.52 | 947 | 10 |
| Asma | 220.18 | 10 124 | 14 | 436.12 | 256 | 8 | 755.52 | 1 769 | 6 | 705.42 | 2 114 | 6 | 405.55 | 1 267 | 9 | 191.82 | 621 | 11 |
| Mordeduras por perro | 155.61 | 7 155 | 15 | 17.03 | 10 | 17 | 175.96 | 412 | 12 | 214.89 | 644 | 10 | 175.40 | 548 | 12 | 190.59 | 617 | 12 |
| Displasia cervical leve y moderada | 141.82 | 6 521 | 16 | - | - | - | - | - | - | - | - | - | 1.60 | 5 | 25 | 72.59 | 235 | 16 |
| Neumonías y bronconeumonías | 135.06 | 6 210 | 17 | 882.46 | 518 | 5 | 547.53 | 1 282 | 7 | 114.12 | 342 | 13 | 33.92 | 106 | 18 | 19.76 | 64 | 23 |
| Infección por virus del papiloma humano | 124.49 | 5 724 | 18 | - | - | - | - | - | - | 0.33 | 1 | 24 | 1.60 | 5 | 26 | 60.85 | 197 | 17 |
| Quemaduras | 119.62 | 5 500 | 19 | 85.18 | 50 | 11 | 185.35 | 434 | 11 | 83.08 | 249 | 16 | 84.50 | 264 | 15 | 97.61 | 316 | 14 |
| Accidentes de transporte en vehículos con motor | 113.26 | 5 208 | 20 | 15.33 | 9 | 18 | 23.06 | 54 | 18 | 35.03 | 105 | 18 | 66.57 | 208 | 17 | 99.15 | 321 | 13 |
| Varicela | 91.93 | 4 227 | 21 | 228.28 | 134 | 9 | 450.15 | 1 054 | 8 | 468.83 | 1 405 | 8 | 191.41 | 598 | 11 | 79.07 | 256 | 15 |
| Amebiasis intestinal | 60.98 | 2 804 | 22 | 83.47 | 49 | 12 | 120.86 | 283 | 14 | 100.10 | 300 | 15 | 68.17 | 213 | 16 | 57.14 | 185 | 18 |
| Desnutrición leve | 53.89 | 2 478 | 23 | 524.71 | 308 | 6 | 315.19 | 738 | 9 | 161.50 | 484 | 12 | 104.98 | 328 | 14 | 43.55 | 141 | 20 |
| Violencia intrafamiliar | 36.62 | 1 684 | 24 | 1.70 | 1 | 22 | 2.98 | 7 | 22 | 7.34 | 22 | 22 | 21.12 | 66 | 19 | 56.83 | 184 | 19 |
| Herida por arma de fuego y punzocortantes | 29.18 | 1 342 | 25 | 5.11 | 3 | 19 | 18.79 | 44 | 19 | 13.68 | 41 | 20 | 15.68 | 49 | 20 | 35.83 | 116 | 21 |
| Escabiosis | 11.98 | 551 | 26 | 34.07 | 20 | 15 | 39.71 | 93 | 17 | 27.69 | 83 | 19 | 15.36 | 48 | 21 | 6.79 | 22 | 26 |
| Faringitis y amigdalitis estreptocócicas | 5.91 | 272 | 27 | 5.11 | 3 | 20 | 13.66 | 32 | 20 | 10.01 | 30 | 21 | 6.72 | 21 | 22 | 4.94 | 16 | 27 |
| Infección asintomática por VIH | 1.08 | 50 | 28 | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | 0.92 | 3 | 28 |
| Síndrome de inmunodeficiencia adquirida | 0.78 | 36 | 29 | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | 0.30 | 1 | 29 |

* Tasa por 100,000 habitantes

Fuente: Gobierno de la Ciudad de México, 2018b

Tabla 6. Principales causas de morbilidad en mujeres por grupo etario. Ciudad de México, 2018

| Patología | 20-24 años | | | 25-44 años | | | 45-49 años | | | 50-59 años | | | 60-64 años | | | 65 y mas | | |
|---|------------|--------|-------|------------|---------|-------|------------|--------|-------|------------|---------|-------|------------|--------|-------|-----------|---------|-------|
| | Tasa* | Casos | Orden | Tasa* | Casos | Orden | Tasa* | Casos | Orden | Tasa* | Casos | Orden | Tasa* | Casos | Orden | Tasa* | Casos | Orden |
| Infecciones respiratorias agudas | 18 021.87 | 61 112 | 1 | 15 909.22 | 220 160 | 1 | 22 870.26 | 76 217 | 1 | 23 805.59 | 136 562 | 1 | 28 148.57 | 63 924 | 1 | 22 443.07 | 114 968 | 1 |
| Infección de vías urinarias | 6 557.67 | 22 237 | 2 | 5 291.97 | 73 233 | 2 | 7 183.32 | 23 939 | 2 | 7 546.69 | 43 292 | 2 | 9 052.59 | 20 558 | 2 | 9 289.52 | 47 587 | 2 |
| Infecciones intestinales por otros organismos y las mal definidas | 4 594.52 | 15 580 | 3 | 3 522.70 | 48 749 | 3 | 4 664.55 | 15 545 | 3 | 4 227.45 | 24 251 | 3 | 5 052.95 | 11 475 | 3 | 4 147.07 | 21 244 | 3 |
| Úlceras, gastritis y duodenitis | 1 756.12 | 5 955 | 6 | 1 438.88 | 19 912 | 4 | 2 107.07 | 7 022 | 4 | 1 900.79 | 10 904 | 4 | 2 241.35 | 5 090 | 4 | 1 665.54 | 8 532 | 4 |
| Gingivitis y enfermedad periodontal | 2 292.25 | 7 773 | 4 | 1 339.81 | 18 541 | 5 | 1 628.16 | 5 426 | 6 | 1 587.19 | 9 105 | 5 | 2 037.03 | 4 626 | 5 | 1 481.66 | 7 590 | 6 |
| Conjuntivitis | 833.67 | 2 827 | 8 | 839.61 | 11 619 | 8 | 1 228.77 | 4 095 | 8 | 1 371.20 | 7 866 | 7 | 1 690.92 | 3 840 | 6 | 1 520.50 | 7 789 | 5 |
| Obesidad | 972.87 | 3 299 | 7 | 1 138.05 | 15 749 | 7 | 1 731.99 | 5 772 | 5 | 1 553.89 | 8 914 | 6 | 1 470.75 | 3 340 | 7 | 760.93 | 3 898 | 10 |
| Vulvovaginitis | 2 162.20 | 7 332 | 5 | 1 147.16 | 15 875 | 6 | 1 295.99 | 4 319 | 7 | 962.07 | 5 519 | 10 | 943.65 | 2 143 | 11 | 416.97 | 2 136 | 12 |
| Insuficiencia venosa periférica | 89.64 | 304 | 17 | 348.80 | 4 827 | 9 | 908.60 | 3 028 | 9 | 1 113.56 | 6 388 | 8 | 1 341.28 | 3 046 | 8 | 1 232.76 | 6 315 | 7 |
| Hipertensión arterial | 47.77 | 162 | 22 | 264.98 | 3 667 | 11 | 872.59 | 2 908 | 10 | 886.94 | 5 088 | 11 | 1 231.64 | 2 797 | 9 | 990.30 | 5 073 | 8 |
| Otitis media aguda | 391.62 | 1 328 | 9 | 290.42 | 4 019 | 10 | 469.90 | 1 566 | 12 | 388.56 | 2 229 | 13 | 444.74 | 1 010 | 13 | 267.24 | 1 369 | 14 |
| Diabetes mellitus no insulino dependiente (Tipo 2) | 35.09 | 119 | 23 | 261.29 | 3 616 | 12 | 865.99 | 2 886 | 11 | 966.26 | 5 543 | 9 | 1 219.31 | 2 769 | 10 | 784.55 | 4 019 | 9 |
| Depresión | 225.30 | 764 | 10 | 244.17 | 3 379 | 13 | 452.50 | 1 508 | 13 | 434.58 | 2 493 | 12 | 544.70 | 1 237 | 12 | 458.74 | 2 350 | 11 |
| Asma | 101.44 | 344 | 16 | 107.23 | 1 484 | 19 | 164.43 | 548 | 18 | 137.53 | 789 | 17 | 146.19 | 332 | 15 | 117.12 | 600 | 16 |
| Mordeduras por perro | 170.74 | 579 | 13 | 143.22 | 1 982 | 17 | 168.93 | 563 | 16 | 152.87 | 877 | 16 | 140.02 | 318 | 16 | 118.10 | 605 | 15 |
| Displasia cervical leve y moderada | 198.17 | 672 | 11 | 236.15 | 3 268 | 14 | 252.95 | 843 | 14 | 181.29 | 1 040 | 14 | 114.04 | 259 | 17 | 38.84 | 199 | 20 |
| Neumonías y bronconeumonías | 28.01 | 95 | 24 | 39.38 | 545 | 22 | 78.01 | 260 | 20 | 113.48 | 651 | 19 | 192.43 | 437 | 14 | 372.85 | 1 910 | 13 |
| Infección por virus del papiloma humano | 165.14 | 560 | 14 | 204.57 | 2 831 | 15 | 243.35 | 811 | 15 | 167.17 | 959 | 15 | 97.75 | 222 | 19 | 26.93 | 138 | 21 |
| Quemaduras | 153.05 | 519 | 15 | 128.04 | 1 772 | 18 | 151.53 | 505 | 19 | 124.98 | 717 | 18 | 103.92 | 236 | 18 | 85.50 | 438 | 17 |
| Accidentes de transporte en vehículos con motor | 186.08 | 631 | 12 | 160.99 | 2 228 | 16 | 166.23 | 554 | 17 | 107.55 | 617 | 20 | 90.27 | 205 | 20 | 53.87 | 276 | 18 |
| Varicela | 76.37 | 259 | 19 | 30.71 | 425 | 24 | 12.00 | 40 | 24 | 6.27 | 36 | 26 | 4.84 | 11 | 27 | 1.75 | 9 | 27 |
| Amebiasis intestinal | 53.97 | 183 | 21 | 48.48 | 671 | 21 | 53.71 | 179 | 21 | 54.21 | 311 | 21 | 69.57 | 158 | 21 | 53.09 | 272 | 19 |
| Desnutrición leve | 25.36 | 86 | 25 | 9.61 | 133 | 25 | 10.50 | 35 | 25 | 10.63 | 61 | 24 | 25.09 | 57 | 22 | 20.88 | 107 | 22 |
| Violencia intrafamiliar | 76.96 | 261 | 18 | 53.40 | 739 | 20 | 44.41 | 148 | 22 | 29.28 | 168 | 22 | 11.88 | 27 | 24 | 11.90 | 61 | 24 |
| Herida por arma de fuego y punzocortantes | 55.44 | 188 | 20 | 38.44 | 532 | 23 | 30.60 | 102 | 23 | 24.75 | 142 | 23 | 18.93 | 43 | 23 | 16.00 | 82 | 23 |
| Escabiosis | 10.02 | 34 | 26 | 7.58 | 105 | 26 | 9.60 | 32 | 26 | 10.11 | 58 | 25 | 8.36 | 19 | 25 | 7.22 | 37 | 25 |
| Faringitis y amigdalitis estreptocócicas | 4.71 | 16 | 27 | 5.99 | 83 | 27 | 6.30 | 21 | 27 | 4.88 | 28 | 27 | 5.72 | 13 | 26 | 1.75 | 9 | 26 |
| Infección asintomática por VIH | 3.53 | 12 | 28 | 2.09 | 29 | 28 | 0.90 | 3 | 29 | 0.34 | 2 | 29 | 0.44 | 1 | 29 | - | - | - |
| Síndrome de inmunodeficiencia adquirida | 0.88 | 3 | 29 | 1.66 | 23 | 29 | 1.20 | 4 | 28 | 0.52 | 3 | 28 | 0.44 | 1 | 28 | 0.19 | 1 | 28 |

* Tasa por 100,000 habitantes

Fuente: Gobierno de la Ciudad de México, 2018b

Tabla 7. Principales causas de morbilidad en hombres por grupo etario. Ciudad de México, 2018

| Patología | Población Total | | | < de 1 año | | | 1 a 4 años | | | 5-9 años | | | 10-14 años | | | 15- 19 años | | |
|---|-----------------|---------|-------|------------|--------|-------|------------|---------|-------|-----------|--------|-------|------------|--------|-------|-------------|--------|-------|
| | Tasa* | Casos | Orden | Tasa* | Casos | Orden | Tasa* | Casos | Orden | Tasa* | Casos | Orden | Tasa* | Casos | Orden | Tasa* | Casos | Orden |
| Infecciones respiratorias agudas | 17 361.93 | 727 510 | 1 | 66 260.67 | 40 747 | 1 | 51 141.85 | 124 781 | 1 | 29 732.92 | 92 046 | 1 | 18 697.54 | 60 084 | 1 | 10 590.17 | 34 851 | 1 |
| Infecciones intestinales por otros organismos y las mal definidas | 3 854.39 | 161 509 | 2 | 8 129.11 | 4 999 | 2 | 7 979.01 | 19 468 | 2 | 4 581.75 | 14 184 | 2 | 3 685.11 | 11 842 | 2 | 2 575.29 | 8 475 | 2 |
| Infección de vías urinarias | 2 190.60 | 91 792 | 3 | 899.26 | 553 | 5 | 1 424.64 | 3 476 | 4 | 1 493.33 | 4 623 | 3 | 1 148.60 | 3 691 | 3 | 984.84 | 3 241 | 3 |
| Úlceras, gastritis y duodenitis | 961.34 | 40 283 | 4 | 55.28 | 34 | 13 | 43.44 | 106 | 15 | 168.29 | 521 | 11 | 503.50 | 1 618 | 8 | 581.60 | 1 914 | 5 |
| Gingivitis y enfermedad periodontal | 928.00 | 38 886 | 5 | 19.51 | 12 | 16 | 189.35 | 462 | 12 | 500.68 | 1 550 | 7 | 691.77 | 2 223 | 4 | 792.79 | 2 609 | 4 |
| Conjuntivitis | 896.07 | 37 548 | 6 | 3 439.30 | 2 115 | 3 | 2 033.68 | 4 962 | 3 | 1 077.60 | 3 336 | 4 | 646.03 | 2 076 | 6 | 400.50 | 1 318 | 7 |
| Obesidad | 654.18 | 27 412 | 7 | 214.65 | 132 | 10 | 131.97 | 322 | 14 | 454.16 | 1 406 | 9 | 661.90 | 2 127 | 5 | 421.46 | 1 387 | 6 |
| Otitis media aguda | 371.12 | 15 551 | 8 | 590.29 | 363 | 7 | 1 109.88 | 2 708 | 6 | 781.06 | 2 418 | 6 | 464.91 | 1 494 | 9 | 294.14 | 968 | 8 |
| Hipertensión arterial | 342.77 | 14 363 | 9 | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | 11.85 | 39 | 20 |
| Hiperplasia de la próstata | 339.50 | 14 226 | 10 | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| Diabetes mellitus no insulino dependiente (Tipo 2) | 325.46 | 13 638 | 11 | - | - | - | - | - | - | - | - | - | 3.42 | 11 | 22 | 6.98 | 23 | 24 |
| Asma | 258.88 | 10 848 | 12 | 627.69 | 386 | 6 | 1 159.06 | 2 828 | 5 | 912.86 | 2 826 | 5 | 516.88 | 1 661 | 7 | 160.44 | 528 | 11 |
| Insuficiencia venosa periférica | 209.48 | 8 778 | 13 | - | - | - | - | - | - | 1.93 | 6 | 22 | 2.48 | 8 | 23 | 8.20 | 27 | 22 |
| Mordeduras por perro | 198.81 | 8 331 | 14 | 21.13 | 13 | 15 | 237.71 | 580 | 10 | 271.98 | 842 | 10 | 285.36 | 917 | 10 | 246.74 | 812 | 9 |
| Neumonías y bronconeumonías | 156.76 | 6 569 | 15 | 1 164.32 | 716 | 4 | 588.13 | 1 435 | 7 | 136.31 | 422 | 12 | 43.87 | 141 | 17 | 49.22 | 162 | 16 |
| Accidentes de transporte en vehículos con motor | 151.32 | 6 341 | 16 | 17.88 | 11 | 17 | 21.72 | 53 | 17 | 35.53 | 110 | 17 | 46.36 | 149 | 16 | 135.82 | 447 | 12 |
| Quemaduras | 128.79 | 5 397 | 17 | 91.06 | 56 | 12 | 215.99 | 527 | 11 | 105.62 | 327 | 14 | 96.78 | 311 | 14 | 118.81 | 391 | 14 |
| Herida por arma de fuego y punzocortantes | 125.26 | 5 249 | 18 | 1.62 | 1 | 19 | 13.11 | 32 | 19 | 9.69 | 30 | 20 | 23.33 | 75 | 18 | 170.47 | 561 | 10 |
| Varicela | 108.37 | 4 541 | 19 | 245.54 | 151 | 9 | 505.34 | 1 233 | 8 | 484.53 | 1 500 | 8 | 186.09 | 598 | 11 | 88.12 | 290 | 15 |
| Depresión | 90.61 | 3 797 | 20 | - | - | - | 2.86 | 7 | 21 | 62.02 | 192 | 16 | 149.06 | 479 | 12 | 127.62 | 420 | 13 |
| Amebiasis intestinal | 56.65 | 2 374 | 21 | 99.19 | 61 | 11 | 136.48 | 333 | 13 | 96.26 | 298 | 15 | 70.64 | 227 | 15 | 41.02 | 135 | 17 |
| Desnutrición leve | 51.50 | 2 158 | 22 | 435.80 | 268 | 8 | 277.06 | 676 | 9 | 135.02 | 418 | 13 | 110.47 | 355 | 13 | 38.28 | 126 | 18 |
| Infección asintomática por VIH | 21.33 | 894 | 23 | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | 9.72 | 32 | 21 |
| Escabiosis | 13.12 | 550 | 24 | 39.02 | 24 | 14 | 37.29 | 91 | 16 | 30.68 | 95 | 18 | 15.55 | 50 | 19 | 15.49 | 51 | 19 |
| Síndrome de inmunodeficiencia adquirida | 10.35 | 434 | 25 | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | 2.12 | 7 | 26 |
| Faringitis y amigdalitis estreptocócicas | 6.44 | 270 | 26 | 1.62 | 1 | 20 | 14.34 | 35 | 18 | 14.21 | 44 | 19 | 5.29 | 17 | 20 | 7.90 | 26 | 23 |
| Violencia intrafamiliar | 5.03 | 211 | 27 | 4.87 | 3 | 18 | 3.68 | 9 | 20 | 8.07 | 25 | 21 | 4.97 | 16 | 21 | 4.25 | 14 | 25 |
| Infección por virus del papiloma humano | 1.64 | 69 | 28 | - | - | - | 0.40 | 1 | 22 | 0.32 | 1 | 23 | 0.31 | 1 | 24 | 1.51 | 5.00 | 27 |

* Tasa por 100,000 habitantes

Fuente: Gobierno de la Ciudad de México, 2018b

Tabla 8. Principales causas de morbilidad en hombres por grupo etario. Ciudad de México, 2018

| Patología | 20-24 años | | | 25-44 años | | | 45-49 años | | | 50-59 años | | | 60-64 años | | | 65 y mas | | |
|---|------------|--------|-------|------------|---------|-------|------------|--------|-------|------------|--------|-------|------------|--------|-------|-----------|--------|-------|
| | Tasa* | Casos | Orden | Tasa* | Casos | Orden | Tasa* | Casos | Orden | Tasa* | Casos | Orden | Tasa* | Casos | Orden | Tasa* | Casos | Orden |
| Infecciones respiratorias agudas | 13 633.29 | 45 704 | 1 | 10 186.17 | 130 522 | 1 | 14 036.90 | 40 063 | 1 | 12 943.62 | 60 827 | 1 | 18 097.93 | 32 796 | 1 | 17 516.06 | 650.89 | 1 |
| Infecciones intestinales por otros organismos y las mal definidas | 4 368.83 | 14 646 | 2 | 3 335.66 | 42 742 | 2 | 3 857.58 | 11 010 | 2 | 3 092.32 | 14 532 | 2 | 3 952.78 | 7 163 | 3 | 3 349.87 | 12 448 | 3 |
| Infección de vías urinarias | 1 791.86 | 6 007 | 3 | 1 629.59 | 20 881 | 3 | 2 742.70 | 7 828 | 3 | 2 843.99 | 13 365 | 3 | 4 414.11 | 7 999 | 2 | 5 416.63 | 20 128 | 2 |
| Úlceras, gastritis y duodenitis | 1 185.42 | 3 974 | 4 | 1 019.38 | 13 062 | 4 | 1 565.10 | 4 467 | 4 | 1 291.44 | 6 069 | 5 | 1 787.94 | 3 240 | 5 | 1 420.35 | 5 278 | 6 |
| Gingivitis y enfermedad periodontal | 957.23 | 3 209 | 5 | 744.90 | 9 545 | 5 | 1 300.22 | 3 711 | 5 | 1 295.91 | 6 090 | 4 | 1 943.00 | 3 521 | 4 | 1 602.27 | 5 954 | 5 |
| Conjuntivitis | 653.26 | 2 190 | 6 | 654.53 | 8 387 | 7 | 915.51 | 2 613 | 7 | 821.17 | 3 859 | 8 | 1 084.90 | 1 966 | 9 | 1 271.81 | 4 726 | 7 |
| Obesidad | 558.40 | 1 872 | 7 | 705.73 | 9 043 | 6 | 1 041.65 | 2 973 | 6 | 898.41 | 4 222 | 6 | 1 029.72 | 1 866 | 10 | 554.90 | 2 062 | 11 |
| Otitis media aguda | 329.61 | 1 105 | 8 | 222.26 | 2 848 | 10 | 365.08 | 1 042 | 10 | 243.43 | 1 144 | 12 | 342.68 | 621 | 12 | 226.05 | 840 | 13 |
| Hipertensión arterial | 40.56 | 136 | 18 | 238.72 | 3 059 | 8 | 758.20 | 2 164 | 9 | 748.82 | 3 519 | 9 | 1 178.71 | 2 136 | 7 | 890.75 | 3 310 | 8 |
| Hiperplasia de la próstata | - | - | - | 69.76 | 894 | 18 | 282.74 | 807 | 12 | 655.83 | 3 082 | 10 | 1 466.22 | 2 657 | 6 | 1 826.17 | 6 786 | 4 |
| Diabetes mellitus no insulino dependiente (Tipo 2c) | 20.88 | 70 | 21 | 203.45 | 2 607 | 11 | 786.58 | 2 245 | 8 | 833.72 | 3 918 | 7 | 1 119.11 | 2 028 | 8 | 736.28 | 2 736 | 10 |
| Asma | 93.06 | 312 | 14 | 81.94 | 1 050 | 17 | 123.33 | 352 | 18 | 80.64 | 379 | 19 | 104.29 | 189 | 17 | 90.68 | 337 | 16 |
| Insuficiencia venosa periférica | 31.32 | 105 | 20 | 119.01 | 1 525 | 15 | 345.11 | 985 | 11 | 449.42 | 2 112 | 11 | 653.92 | 1 185 | 11 | 760.23 | 2 825 | 9 |
| Mordeduras por perro | 242.51 | 813 | 11 | 170.91 | 2 190 | 13 | 166.42 | 475 | 14 | 159.80 | 751 | 13 | 160.58 | 291 | 15 | 174.11 | 647 | 15 |
| Neumonías y bronconeumonías | 36.09 | 121 | 19 | 52.75 | 676 | 19 | 85.84 | 245 | 19 | 128.10 | 602 | 16 | 254.39 | 461 | 13 | 427.34 | 1 588 | 12 |
| Accidentes de transporte en vehículos con motor | 300.98 | 1 009 | 9 | 223.04 | 2 858 | 9 | 216.17 | 617 | 13 | 129.37 | 608 | 15 | 112.57 | 204 | 16 | 74.00 | 275 | 17 |
| Quemaduras | 188.22 | 631 | 12 | 142.27 | 1 823 | 14 | 131.03 | 374 | 17 | 111.29 | 523 | 17 | 98.22 | 178 | 18 | 68.89 | 256 | 18 |
| Herida por arma de fuego y punzocortantes | 293.52 | 984 | 10 | 190.81 | 2 445 | 12 | 143.65 | 410 | 16 | 91.50 | 430 | 18 | 58.49 | 106 | 19 | 47.09 | 175 | 19 |
| Varicela | 77.25 | 259 | 15 | 34.18 | 438 | 22 | 12.96 | 37 | 22 | 3.40 | 16 | 26 | 3.86 | 7 | 25 | 3.22 | 12 | 23 |
| Depresión | 98.13 | 329 | 13 | 84.83 | 1 087 | 16 | 151.00 | 431 | 15 | 151.72 | 713 | 14 | 220.73 | 400 | 14 | 222.28 | 826 | 14 |
| Amebiasis intestinal | 57.27 | 192 | 16 | 42.84 | 549 | 21 | 50.45 | 144 | 20 | 40.64 | 191 | 20 | 44.69 | 81 | 20 | 43.86 | 163 | 20 |
| Desnutrición leve | 8.35 | 28 | 25 | 6.32 | 81 | 25 | 10.16 | 29 | 23 | 10.42 | 49 | 21 | 19.86 | 36 | 21 | 24.75 | 92 | 21 |
| Infección asintomática por VIH | 51.90 | 174 | 17 | 46.90 | 601 | 20 | 14.01 | 40 | 21 | 8.51 | 40 | 23 | 3.31 | 6 | 26 | 0.26 | 1 | 28 |
| Escabiosis | 10.73 | 36 | 23 | 7.10 | 91 | 24 | 9.81 | 28 | 25 | 9.57 | 45 | 22 | 8.82 | 16 | 22 | 6.18 | 23 | 22 |
| Síndrome de inmunodeficiencia adquirida | 20.88 | 70 | 22 | 23.33 | 299 | 23 | 8.40 | 24 | 26 | 5.95 | 28 | 25 | 1.65 | 3 | 27 | 0.80 | 3 | 27 |
| Faringitis y amigdalitis estreptocócicas | 9.24 | 31 | 24 | 5.54 | 71 | 26 | 5.95 | 17 | 27 | 2.55 | 12 | 27 | 4.41 | 8 | 24 | 2.15 | 8 | 24 |
| Violencia intrafamiliar | 6.26 | 21 | 26 | 3.66 | 47 | 27 | 10.16 | 29 | 24 | 6.59 | 31 | 24 | 4.96 | 9 | 23 | 1.88 | 7 | 25 |
| Infección por virus del papiloma humano | 0.89 | 3 | 27 | 2.02 | 26 | 28 | 5.95 | 17 | 28 | 1.70 | 8 | 28 | 1.65 | 3 | 28 | 1.07 | 4 | 26 |

* Tasa por 100,000 habitantes

Fuente: Gobierno de la Ciudad de México, 2018b

El derecho a la salud de los trabajadores: entre límites y estrategias

Luisa Fernanda Delgado Martínez* • Oliva López Arellano** • Liliana Cunha***
Sergio López Moreno****

RESUMEN

El presente artículo se deriva de una investigación doctoral que se propone visibilizar la sistemática vulneración al derecho a la salud de los trabajadores como un problema público y cuyo objetivo es responder a la pregunta ¿Cómo viven los trabajadores^a el derecho a la salud en el marco de las actuales políticas públicas de seguridad y salud en el trabajo? La construcción teórico-metodológica se fundamenta en las perspectivas de la Salud Colectiva y la Ergología y el estudio de caso con los comisionados de higiene y seguridad del Sindicato Independiente de Trabajadores de la Universidad Autónoma Metropolitana (SITUAM); mediante foros y narrativas se evidenciaron seis elementos que limitan el derecho a la salud de los trabajadores (discriminación, burocracia, hostigamiento, corrupción, desconocimiento y miedo) y ocho estrategias (exigir, orientar, apoyar, recomendar, sensibilizar, conciliar, heredar y debatir) que constituyen las técnicas individuales y colectivas para enfrentar los límites construidos socialmente. Concluimos que el derecho a la salud de los trabajadores incluye elementos que superan a las políticas de seguridad y salud en el trabajo porque los límites identificados no se restringen a factores de riesgo laboral sino al ejercicio de otros derechos, situación que nos desafía a valorar la actividad de trabajo y el patrimonio de saberes de los comisionados^b, mediante la capacitación técnico-política de los trabajadores para incidir en la salud colectiva de la UAM y en la reformulación de políticas públicas intersectoriales.

PALABRAS CLAVE: derecho a la salud, trabajadores, políticas públicas.

a Comprendase “trabajadores” en un sentido amplio, diverso e incluyente, que considere la perspectiva de género.

b Grupo conformado por mujeres y hombres representantes de los trabajadores

* Doctora en Ciencias en Salud Colectiva por la Universidad Autónoma Metropolitana (UAM) - Unidad Xochimilco. Experta en Salud Ocupacional en la Escuela Nacional Sindical (ENS). psicoluisadm@gmail.com

** Doctora en Ciencias de la salud por el Instituto Nacional de Salud Pública (INSP). Profesora-Investigadora del Departamento de Atención a la Salud en la Universidad Autónoma Metropolitana (UAM) - Unidad Xochimilco, y actual secretaria de Salud del Gobierno de la Ciudad de México. oli@correo.xoc.uam.mx

*** Doctora en Psicología por la Facultad de Psicología y de Ciencias de

la Educación de la Universidad de Porto. Profesora-Investigadora del Centro de Psicología de la Universidad de Porto, Portugal. lcunha@fpce.up.pt
**** Doctor en Epidemiología por la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM). Profesor-Investigador del Departamento de Atención a la Salud en la Universidad Autónoma Metropolitana (UAM) - Unidad Xochimilco. slopez@correo.xoc.uam.mx

Fecha de recepción: 11 de noviembre de 2020.

Fecha de aceptación: 25 de febrero de 2021.

The right to health of workers: between limits and strategies

ABSTRACT

This article is derived from a doctoral research that aims to make visible the systematic violation of the right to health of workers as a public problem and whose objective was to answer the question How do workers live the Right to Health in the framework of the current Public Policies for Safety and Health at Work? The theoretical-methodological construction is based on the perspectives of Collective Health and Ergology and the case study with the hygiene and safety commissioners of the Independent Union of Workers of the Autonomous Metropolitan University (SITUAM); Through forums and narratives, six elements were evidenced that limit the right to health of workers (discrimination, bureaucracy, harassment, corruption, ignorance and fear) and eight strategies (require, guide, support, recommend, sensitize, reconcile, inherit and debate) that constitute individual and collective techniques to face socially constructed limits. We conclude that the right to health of workers includes elements that exceed the occupational health and safety policies because the identified limits are not restricted to occupational risk factors but to the exercise of other rights, a situation that challenges us to value the work activity and the heritage of knowledge of the commissioners, through the technical-political training of workers to influence the collective health of the UAM and the reformulation of intersectoral public policies.

Keywords: Right to Health, Workers, Public Policies.

Introducción

Este artículo resume la investigación doctoral titulada ¿Cómo viven los trabajadores el derecho a la salud en el marco de las actuales políticas públicas de seguridad y salud en el trabajo?: la experiencia de las comisiones mixtas de higiene y seguridad UAM – SITUAM (Delgado, López, Cunha, y López, 2019); trabajo desarrollado entre septiembre de 2016 a noviembre de 2019, mediante un vínculo que se construyó entre el Doctorado en Ciencias en Salud Colectiva (DCSC) y el Sindicato Independiente de Trabajadores de la Universidad Autónoma Metropolitana (SITUAM).

El cuestionamiento que constituye el título y objetivo de esta investigación intentó sintetizar las inquietudes frente al problema de investigación

identificado, que se pretende visibilizar como un problema público: una sistemática vulneración al derecho a la salud de los trabajadores¹, que se presume, está asociada a la ausencia de una Política Pública de Derecho a la Salud de los Trabajadores (PP-DST), o al menos, a que las actuales Políticas Públicas de Seguridad y Salud en el Trabajo (PP-SST) se muestran frágiles para el ejercicio integral y efectivo del derecho a la salud.

Considerando que el trabajo digno es uno de los derechos que determinan el ejercicio del derecho a la salud (López y López, 2015) y que se “revela una extendida precariedad laboral en el país agravada, según el caso, por razones de sexo y edad,

¹ Comprendase “trabajadores” en un sentido amplio, diverso e incluyente, que considere la perspectiva de género.

así como entre los grupos más vulnerables” (CO-NEVAL, 2018), resultó pertinente problematizar la relación salud-trabajo y conocer cómo viven las y los trabajadores el derecho a la salud.

Las perspectivas que permitieron ubicar la vivencia de las y los Comisionados de Higiene y Seguridad del SITUAM frente al derecho a la salud en un contexto socio histórico y valorar el patrimonio de saberes de su actividad concreta, fueron la Salud Colectiva Latinoamericana (López y López, 2015) y la Ergología (Schwartz, 2007).

Mediante cinco encuentros denominados “Foros por el Derecho a la Salud de los Trabajadores: reflexiones hacia una política pública que afirme la vida”, se construyeron Narrativas² Colectivas que sustentaron los resultados encontrados. Los hallazgos indicaron seis elementos que limitan el derecho a la salud de los trabajadores: discriminación, burocracia, hostigamiento, corrupción, desconocimiento y miedo; así como ocho estrategias que constituyen las técnicas individuales y colectivas que permiten hacer frente a los límites construidos socialmente. Estas estrategias son: exigir, orientar, apoyar, recomendar, sensibilizar, conciliar, heredar y debatir. Técnicas que surgen del debate de normas y valores que convoca la actividad de los comisionados.

Se concluye que el derecho a la salud de los trabajadores incluye elementos que escapan a las políticas de seguridad y salud en el trabajo-lo que a su vez explica la propia fragilidad de éstas-, toda vez que los límites identificados no se restringen a los factores de riesgo laboral sino al ejercicio de otros derechos, situación que traza varios desafíos en los niveles macro y micro de la realidad, como

² Extractos de estas narrativas, derivadas de los Foros, se presentan en el apartado IV de este artículo, mientras que la versión completa se presenta como anexo de la comunicación de tesis.

la capacitación técnico-política de los trabajadores/representantes sindicales y la valoración de su actividad de trabajo y patrimonio de saberes para incidir en la producción de salud colectiva al interior de la Universidad, así como en la reformulación e implementación de políticas públicas intersectoriales para el derecho a la salud de los trabajadores.

El artículo se organiza en función de cinco apartados, que constituyeron los objetivos específicos de la investigación: I. Conocer el contexto mexicano, II. Visibilizar la vulneración del derecho a la salud de los trabajadores como un problema público, III. Construir un espacio colectivo, IV. Rescatar la vida colectiva en la construcción de narrativas e V. Identificar los desafíos para el efectivo ejercicio del derecho a la salud de los trabajadores.

I. Conocer el contexto mexicano: Aproximación al derecho a la salud de los trabajadores desde la Salud Colectiva

Para la Salud Colectiva, la salud es un derecho humano determinado por el ejercicio de otros derechos, como son los derechos al trabajo digno, a la seguridad social, a la alimentación, a la vivienda adecuada y a la educación (López y López, 2015).

En cuanto al Derecho al Trabajo Digno³, según el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) la tasa de Informalidad para diciembre de los años 2018 y 2019 fue de 56.8% y 56.1%

³ “Trabajo que respeta los derechos fundamentales de la persona humana, así como los derechos de los trabajadores en lo relativo a condiciones de seguridad laboral y remuneración. También ofrece una renta que permite a los trabajadores vivir y asegurar la vida de sus familias, tal como se subraya en el artículo 7 del Pacto. Estos derechos fundamentales también incluyen el respecto a la integridad física y mental del trabajador en el ejercicio de su empleo” (CDESC, 2005).

respectivamente (INEGI, 2019); mientras que en el 2020—año que será recordado por la agudización de las problemáticas sociales, debido a la pandemia generada por el Virus SARS-CoV-2— para el mes de noviembre se registró una tasa de 56.3% (INEGI, 2021).

Estos datos sobre la informalidad laboral, como uno de los indicadores de ocupación y empleo, van en consonancia con informes de las organizaciones de la sociedad civil, quienes manifiestan que en los últimos años la precariedad laboral aumentó con altos índices de trabajo temporal e infantil, falta de acceso a la seguridad social, salario insuficiente para adquirir la canasta básica de alimentos y escasa conciliación entre la vida profesional y familiar (OSC, 2017).

Respecto al Derecho a la Seguridad Social, casi 6 de cada 10 ocupados no tienen acceso (CONEVAL, 2018), recordando que, hasta el 14 de mayo del 2019, el Senado aprobó reformas a la Ley Federal del Trabajo y a la Ley del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) para que las trabajadoras del hogar pudieran ejercer su derecho a la seguridad social (Animal Político, 2019).

En relación con el Derecho a la Alimentación, 7 de cada 10 personas tienen un ingreso laboral inferior al costo de la canasta básica familiar, es decir que el Índice de la Tendencia Laboral de la Pobreza aumentó a 4.6% (CONEVAL, 2018), lo que afecta negativamente la alimentación de los trabajadores y sus familias.

Frente al Derecho a la Vivienda Adecuada aún se sufren las consecuencias de la política de vivienda implementada entre 2006 y 2012 que privilegió al sector privado con la construcción de unidades habitacionales lejanas y carentes de servicios; además de las condiciones de vivienda indignas

para trabajadores rurales (OSC, 2017). Finalmente, en cuanto al Derecho a la Educación, en 2015 según el CONEVAL, de la población total mayor de 15 años el 5.48% era analfabeta (CONEVAL, 2018).

Adicional al rezago frente a los derechos que determinan el derecho a la salud, se encuentran los daños directos a la salud producidos por el trabajo precario, es decir, los riesgos de trabajo, definidos como “accidentes y enfermedades a que están expuestos los trabajadores en ejercicio o con motivo del trabajo” (DOF, 2021: 128), en su mayoría prevenibles y consecuencia de condiciones estructurales de inequidad e injusticia social que sostienen las vulneraciones a los derechos de los trabajadores.

La información epidemiológica laboral que registra la Secretaría de Trabajo y Previsión Social (STPS) corresponde a las memorias estadísticas del IMSS (STPS, 2018), y considera únicamente a los trabajadores formales, ignorando los trabajadores del sector informal, quienes son casi el 60% de la población ocupada.

La Organización Internacional del Trabajo (OIT) estima que, en México, en el 2017, por cada 100 000 trabajadores murieron 7.5 por el trabajo y, en 2018 por cada 10 000 trabajadores habían 0.1 Inspectores de Trabajo (OIT, 2019), situación que muestra la insuficiencia de recursos humanos para abordar la problemática de seguridad y salud en el trabajo, componente esencial del trabajo decente y del derecho a la salud de los trabajadores en un sentido integral.

Este panorama en su conjunto indica el nivel de compromiso y capacidad gubernamental para asumir el derecho a la salud de los trabajadores como un problema público.

II. Visibilizar la sistemática vulneración al derecho a la salud de los trabajadores y la ausencia de una Política Pública Nacional cómo un problema público

Las políticas públicas deberían ser decisiones que busquen resolver problemas públicos (Aguilar, 1992) desde una perspectiva de derechos humanos (Aguilar y Berrios, 2016) y, la vulneración al derecho a la salud de los trabajadores debería comprenderse como un problema público.

No obstante, al revisar las disposiciones de Derecho Internacional, específicamente la Observación General No. 14 sobre Derecho a la Salud (CDESC, 2000), la Observación General No. 18 sobre Derecho al trabajo (CDESC, 2005) y los convenios de la Organización Internacional del Trabajo de los cuáles México ha ratificado 80 de los 190, se encuentra que en el país la problemática de la salud de los trabajadores ha sido abordada desde un enfoque productivista, sin ser priorizada por la agenda pública desde la perspectiva de trabajo digno; en consecuencia, persisten y se actualizan vulneraciones importantes —descritas brevemente en el apartado anterior—y que sugieren la necesidad de generar una política nacional de derecho a la salud de los trabajadores.

Aunque el artículo 123 constitucional establece que “toda persona tiene derecho al trabajo digno” (DOF, 2017) y éste debe instrumentalizarse a través de la Ley Federal del Trabajo (LFT) (DOF, 2021), el Reglamento Federal de Seguridad y Salud en el Trabajo (STPS, 2014) y las Normas Oficiales Mexicanas (NOMs), se observa que en el Gobierno del presidente Enrique Peña Nieto no se cumplió con lo dispuesto en la carta magna.

III. Construir un espacio colectivo: Los foros como un Dispositivo Dinámico a tres Polos (DD3P)

La lógica metodológica del trabajo de campo consistió en el estudio de caso de las Comisiones Mixtas de Higiene y Seguridad (General “CM-GHyS” y de cada Unidad académica “CMU-HyS”), a fin de analizar la relación entre las variables salud, trabajo, derecho a la salud y políticas públicas, desde las vivencias de los comisionados del SITUAM.

La pertinencia del trabajo con este actor social radica en la afinidad entre los objetivos académicos y sindicales, oportunidad que valorizó 20 años atrás el Dr. Mariano Noriega al propiciar la discusión colectiva con el SITUAM sobre la relación salud-trabajo, experiencia que es recordada con afecto por los sindicalistas que tuvieron la oportunidad de participar en esos encuentros (Noriega, 1989).

Uno de los propósitos del SITUAM es “realizar las acciones necesarias para hacer efectivos los derechos de los trabajadores” (UAM-SITUAM, 2018), misión donde las comisiones mixtas de higiene y seguridad, que funcionan bajo la coordinación de la Secretaría de Previsión Social, tienen un papel protagónico, al ser la instancia que cuenta con mayor cercanía a la situación de salud de los trabajadores de la Universidad.

Para entrar en diálogo con los comisionados del SITUAM, se construyó un espacio con los trabajadores bajo el principio ergológico de la humildad epistemológica, que constituye el “dispositivo dinámico a tres polos”, método que viabiliza el diálogo entre los saberes de los trabajadores (polo 1) y los saberes académicos (polo 2), mediante la dimensión ética (polo 3). El Dispositivo Dinámi-

co a Tres Polos es explicado por la perspectiva de la ergología, así:

Tendo em conta que estamos num mundo que transformamos continuamente pela atividade, o regime de produção de conhecimentos tem não só necessidade dos saberes investidos* nessa atividade [e produzidos em diversos graus de aderência*] como também de saberes organizacionais, académicos, disciplinares – que são já providos de uma forma de codificação. Ora, o diálogo desses dois polos não se pode fazer frontalmente. Ele supõe uma disponibilidade – que não é natural – dos parceiros que operam provisoriamente e tendencialmente nos dois polos. É necessário que emerja, então, um terceiro polo a fim de fazer trabalhar os dois primeiros de modo cooperativo [humildade e rigor na relação ao saber], de maneira a produzir um saber inédito a propósito da atividade humana (Di Ruzza, Lacomblez y Santos, 2018: 15).

Este espacio denominado “Foros por El Derecho a la Salud de los Trabajadores: Reflexiones hacia una política pública que afirme la vida”, fue un método que contó con el consentimiento informado de los participantes y que consistió en cinco encuentros desarrollados en el periodo de marzo a mayo de 2018.

A partir de preguntas disparadoras como ¿Qué es la salud?, ¿Qué es la enfermedad?, ¿Qué relación tienen la higiene y la seguridad con la salud? y ¿Cómo se vive el derecho a la salud en la UAM?, se construyeron las narrativas que permitieron comprender cómo viven el derecho a la salud los trabajadores de la UAM desde la experiencia de los comisionados.

La participación en los foros oscilaba de tres a once personas por sesión. El grupo se caracterizó

por mayor representatividad femenina, siete mujeres, cuatro hombres, de edades entre los 25 a los 66 años, cuya formación educativa mayoritariamente alcanzaba el nivel técnico.

IV. Rescatar la vida colectiva en la construcción de narrativas

Considerando que la problemática del derecho a la salud no es una cuestión de responsabilidad individual sino una problemática colectiva por estar determinada por condiciones de inequidad social, rescatar la memoria colectiva significó una vía para visibilizar una problemática social y evidenciar la potencia de la fuerza colectiva sobre la individual para la búsqueda de mejores condiciones de trabajo-vida; de salud.

Durante los foros, los comisionados recurrían a su memoria para manifestar como vivían el derecho a la salud, el tránsito de lo singular a lo colectivo constituyó la construcción de una memoria colectiva que se tradujo en narrativas.

Las narrativas colectivas (Narrativas, 2018), como documento que recoge la memoria-vida colectiva, fueron construidas con ayuda de las grabaciones de los foros y compartidas con los comisionados, a fin de validar su sentido y propiciar el debate (Delgado, Luna y Gómez, 2016).

Para el análisis de las narrativas fue fundamental la asesoría académica recibida durante la estancia doctoral en el laboratorio de Psicología del Trabajo de la Facultad de Psicología y Ciencias de la Educación de la Universidad de Porto (FPCEUP), lugar en donde mediante la lectura y relectura constante y minuciosa de las narrativas, inspirada en el “análisis temático en psicología” (Braun y Clarke, 2006) se identificaron las categorías que dieron cuenta de que los trabajadores viven el de-

recho a la salud a partir de seis límites y ocho estrategias, elementos que expresan las tensiones entre las prescripciones de la actividad de los comisionados y las circunstancias problemáticas derivadas de su confrontación con lo real.

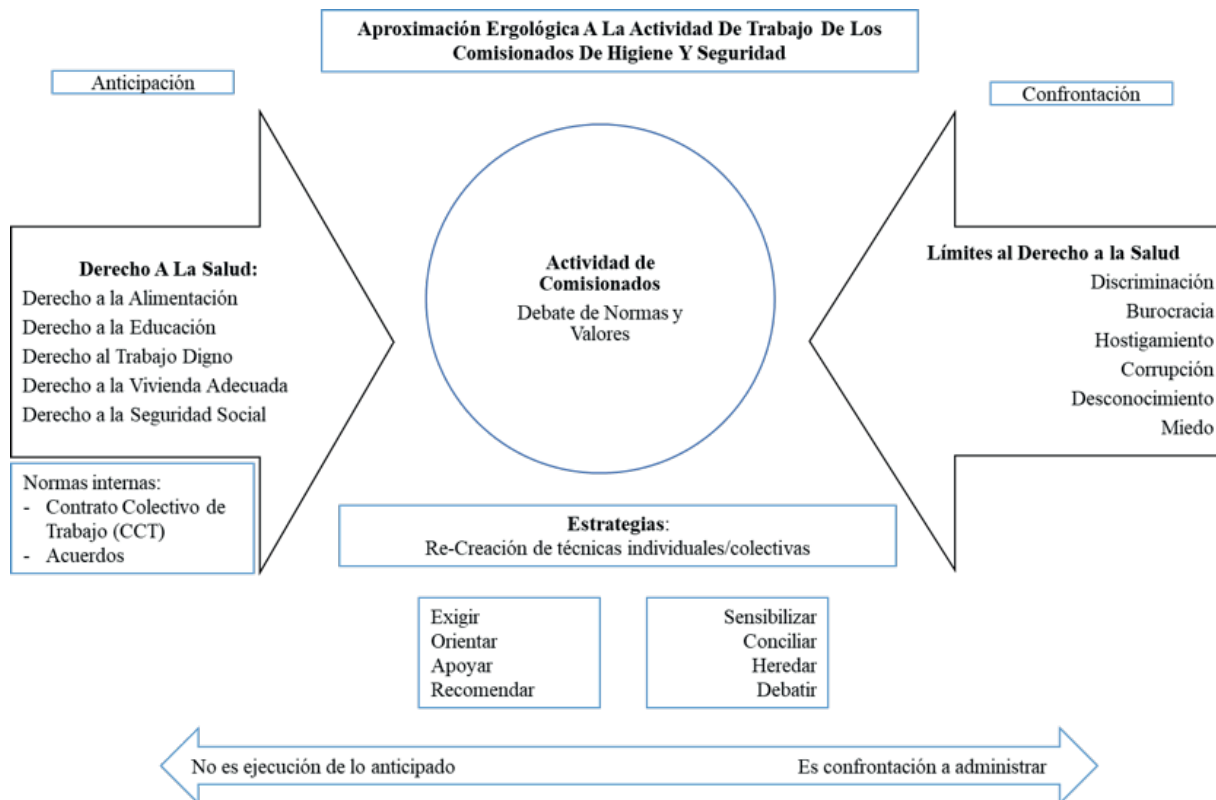
Los límites se identifican como las situaciones que impiden el ejercicio efectivo del derecho a la salud y que revelan las “dramáticas de los usos de sí” (Schwartz, 2007):

Na origem, – um drama individual ou coletivo, a dramática do uso de si tem lugar quando ocorrem eventos que rompem os ritmos das sequências habituais, antecipáveis, da vida. Daí a

necessidade de reagir, no sentido de tratar esses eventos, “fazer uso de si”. Ao mesmo tempo, isso produz novos eventos e, por conseguinte, transforma a relação com o meio e entre as pessoas. A situação é, então, matriz de variabilidade, matriz de história* porque engendra outros possíveis em razão das escolhas a fazer (microescolhas) para tratar os eventos. A atividade aparece, então, como uma tensão, uma dramática (Di Ruzza, Lacomblez y Santos, 2018: 16)

Las estrategias, se conciben como las acciones empleadas por los trabajadores para hacer frente a los límites encontrados, como se muestra en la Ilustración 1:

Ilustración 1. Aproximación ergológica a la actividad de trabajo de los Comisionados.



Fuente: Elaboración propia inspirada en la aproximación ergológica a la actividad de trabajo.

El abordaje de cada elemento evidencia que el ejercicio del derecho a la salud en la UAM está mediado por el funcionamiento del sistema institucional que formula e implementa las políticas públicas para la seguridad y la salud en el trabajo: centros de trabajo, instituciones de seguridad social, sector privado, trabajadores y Gobierno; por esta razón, los trabajadores describieron sus vivencias desde la interacción con dichos actores.

Límites/dramáticas para el ejercicio del Derecho a la Salud

Discriminación

Se evidenció que en la Universidad existen algunas prácticas de discriminación que limitan el ejercicio del derecho a la salud y se expresan según: **Tipo de contratación** “Esos problemas generalmente suceden con los temporales [...] les dan de baja del ISSSTE⁴ y no les cambian sus uniformes [...] el derecho a la salud no es igual para trabajadores temporales que para trabajadores de base”; **Actividad de trabajo** “A una compañera médica [...] su jefa le dijo, nada más te voy a hacer un comentario, a los que vengan del comedor o de intendencia no les creas mucho, porque ellos siempre están enfermos, ellos siempre van a querer venir aquí” y; **Estatus laboral** “tenemos otra prestación [...] Gastos Médicos Mayores [...] pero no todo el mundo tiene derecho a esto porque, aunque todos somos trabajadores de la UAM, los estatus son diferentes [...] a unos se les atenderá con mayor calidad y a otros con menor, y eso depende de mi estatus”.

⁴ Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado.

Burocracia

La burocracia como impedimento para el ejercicio del derecho a la salud afecta: **los procesos internos** “a veces no se pueden tener las condiciones de higiene y seguridad en determinadas áreas porque la burocracia interfiere con el cumplimiento de las actividades de la comisión... en los recorridos que hemos hecho después del sismo del 19 de septiembre [...] hay [...] elementos que no se usan y obstaculizan el paso, pero no los pueden reubicar porque tienen que pedir permisos y es un trámite demorado”; **la prestación de los servicios de salud** “derivado de esa burocracia, se ganó un acuerdo que se llama Acuerdo 02/79 [...] Se pactó con la Universidad que en función de que los trabajadores no perdieran el tiempo y por el mal trato que se les daba en la institución de salud pública, podían tener sus reposos para mejorar la salud a través de una receta de médico particular” y; **la dictaminación de riesgos** “La tramitología es un ‘plan con maña’, porque para que un riesgo de trabajo lo dictaminen como positivo o favorable para el trabajador pueden pasar tres años [...] Por eso es el dicho que tenemos ‘fuiste al ISSSTE y te pudriste’”.

Hostigamiento

Se identifican prácticas relacionadas a factores de riesgo psicosocial que limitan el ejercicio del derecho a la salud de los trabajadores: **Liderazgo negativo** “Hay otros departamentos en los que no hay tanto trabajo, es trabajo de oficina, pero el ambiente es tan feo que nadie va a trabajar [...] hemos buscado a una señora para corregir su incapacidad y vamos y nadie se presenta [...] Hay ausentismo porque no se llevan bien, porque los jefes son muy groseros”. **Violencia laboral** “Tu- vimos una compañera [...] con un caso de salud muy fuerte[...] Ella tuvo una negligencia médica

en el ISSSTE cuando tuvo su bebe, lo que ocasionó que no pudiera controlar sus esfínteres y tuviera que usar pañal. Era una persona joven. Tenía que estar saliendo a lavarse. Ella acude a la comisión [...] le hacía falta mucha documentación para poder cambiarla de lugar. Íbamos a hablar con su jefe y de repente ella se desespera, va y renuncia a la UAM con carácter de irrevocable [...] Y es que el ISSSTE ya no le daba incapacidad y ella se tuvo que reincorporar al trabajo. Tenemos una prestación que es una guardería, donde ella llega con su bebe como de 10 meses y le dice la persona encargada, yo no te lo acepto hoy, hasta el otro lunes. Entonces tiene que llegar con su bebe cargando al trabajo, y el jefe le dice: ponte a trabajar y no te puedes salir a cada rato, y no pueden estar niños aquí. O sea, la presionaron demasiado [...] Creemos que hasta la UAM ya sacó su plaza”.

Corrupción

La corrupción como impedimento para el ejercicio del derecho a la salud se expresa con variedad de prácticas desde los diferentes actores: **Desvío de recursos públicos** “Ahorita está muy mermado el derecho a la salud, ha salido en la Tele [...] han subido a internet mucha información de que no tienen insumos los hospitales, los médicos trabajan con lo que tienen y con lo que pueden. La cuestión es que está el presupuesto, porque México es un país donde sí se maneja dinero, pero el tema es que desvían ese recurso”; **Mercantilización de la salud** “Nosotros tenemos una prestación que se llama gastos médicos mayores y, si uno llega con estas personas, te ven y luego te quieren intervenir quirúrgicamente [...] con el argumento de que estás muy grave [...] y tú les dices: no, pero mírame, si yo nada más vengo porque me duele la muela. A ese grado, o sea, la salud es un negocio” y; **Manipulación de inca-**

pacidades para simular enfermedad “Porque entonces digo, semana santa, me voy a enfermar lunes, martes y miércoles, y me voy de vacaciones toda la semana y, como tengo un día suelto, entonces voy con un médico ¿Cómo se llama eso? Corrupción”.

Desconocimiento

El desconocimiento se da en varios niveles: **Educación en Salud** “Somos representantes, pero no somos expertos, ni en salud, ni en higiene. Representamos a esta comisión, pero para eso me tuve que preparar, estoy haciendo al revés las cosas, primero me involucro en la comisión y después me estoy preparando, como ahora, pero nos hace falta prepararnos”; **Solución de conflictos** “Sin embargo, hay compañeros que han sido enfermeros o doctores y pensamos que esta comisión les queda perfecta, porque ellos tienen un conocimiento, pero ¿qué crees? a veces nos les ha ido tan bien. [...] había otra doctora que puro peleaba, lo poco que ya se había avanzado con la universidad ella lo rompía” y; **Estructural** “veía reformas del diario oficial y me preguntaba ¿Qué onda? ¿Y los derechos de los trabajadores y los derechos de los seres humanos dónde quedan? pues ya no puedo ni defenderme. Las normas ya no son a favor de los trabajadores, son a favor de los patronos. Cuando tienes el caso te das cuenta de esas reformas, pero hay cosas de las que no tenemos conocimiento; o sea, ni siquiera te lo hacen saber”.

Miedo

Esta emoción inmoviliza el ejercicio del derecho a la salud, está íntimamente relacionada con el desconocimiento y su expresión se identifica en las relaciones entre los distintos actores: **Sector salud** “Si voy al ISSSTE, para que me atiendan

bien, o me atiendan más o menos, tengo que ir a pelearme con el director o con el de recursos humanos. Tengo que reclamar, y cuidado de ir a caer en manos de un profesional de la salud negligente, porque ha habido casos donde a compañeros, lejos de mejorarle su problema de salud, se lo han empeorado. Y luego a veces por desconocimiento o por miedo no denuncian”; **Centro de Trabajo (UAM)** “En ocasiones tuvimos algunas dudas para pertenecer a esta comisión por miedo frente a lo que puede implicar meterse con los intereses de la Universidad”; **Estructura Sindical** “Aunque no hay que decir que no sabemos, ante el CGD (Consejo General de Delegados) están prohibidas esas palabras: aprendizaje y conocer. Si decimos estoy integrado a esta comisión y estoy aprendiendo, te dicen ¿Cómo es posible? entonces ¿Para qué te metes? Se supone que debemos saber, pero hay cosas que no sabemos” y; en relación a un acotado número de **Trabajadores** que abusan de las incapacidades “Meternos en el rollo de las incapacidades es muy complicado porque nos pueden decir ¿Y tú quién eres? ¿Eres parte de la patronal para que me digas que yo no haga uso de mis incapacidades? Yo tengo el derecho a enfermarme, entonces tengo el derecho a incapacitarme. Luego, si yo me enfermo a ti no te importa de qué me enfermo yo”.

Estrategias individuales y colectivas

Para hacer frente a las dramáticas referidas, los comisionados crean estrategias que van en dos vías, hacer posible su actividad y garantizar el derecho a la salud de los trabajadores: **Exigir** “Lo que nosotros hacemos es pegar carteles, exhibimos en la universidad los incumplimientos y violaciones, por ejemplo, el hostigamiento a los trabajadores. Hemos hecho marchas hacia la rectoría, ocupamos todos los recursos del sindicato hasta agotarlos. El último recurso, lo político, es el cierre

del área [...] Porque a veces de verdad que no te hacen caso, aunque metas documento ellos te dicen nosotros cumplimos”; **Orientar, Apoyar y Recomendar** “En la bolsa traigo tres acuerdos El 02/79 (incapacidades), 047/88 (retroactividad) y el 01/2015 (implementos), porqué, por ejemplo, un compañero estaba presentando una incapacidad retroactiva y le mostré que según el acuerdo 047/88 la retroactividad se da sólo en dos casos; pero ¿Cómo le dices a los compañeros? Con papel en mano [...] En una unidad mandamos a hacer un tríptico con la información del acuerdo 02/79, y sí ha funcionado porque ya no salen tantas incapacidades para corregir”; **Sensibilizar y Conciliar** “Cada uno tenemos distinta forma de ser, hay personas muy aprensivas, otras muy relajadas [...] entonces se agotan las estrategias de los comisionados, quedamos solamente a la conciliación y a la benevolencia del ser humano. Hay que entrar en ese tipo de diálogo donde a veces la autoridad, como ellos son la autoridad, dicen pues vamos a ver; en una actitud muy superiores a todo acto humanitario; **Heredar** “Los comisionados que son antiguos ya tienen el conocimiento, pero los que somos nuevos nos falta mucho por conocer; y los que ya saben ya van saliendo; lo que es lamentable, porque es de ellos de quienes aprendemos”; **Debatir** “Este trabajador [...] ocupaba sus zapatos para lavar los baños, usando líquidos y demás productos de limpieza [...] asciende a otro puesto y, tiene que usar otro uniforme, pero la universidad no le quiere dar otros nuevos zapatos [...] muchas veces ya están en mal estado, se les mete el agua; entonces ellos se aferran porque es el mismo tipo de zapato y no cambia el modelo [...] Por eso nosotros tenemos que ponernos muy hábiles para poderles debatir. Por ejemplo, la norma de limpieza dice que son zapatos de uso rudo, diferentes a los de una auxiliar de oficina. Entonces es como tratarlos de manejar”.

Los resultados encontrados nos permitieron evidenciar que, en la UAM, como centro de trabajo “privilegiado”⁵, por tratarse de un contexto de trabajo formal, no es ajena a vulneraciones al derecho a la salud, sobre todo en el caso de los trabajadores temporales.

Desde los diferentes actores institucionales y en diversos niveles, *discriminación, burocracia, hostigamiento, corrupción, desconocimiento y miedo* son identificados como los principales límites para el ejercicio del derecho a la salud de los trabajadores.

Los límites identificados constituyen las dramáticas que los comisionados enfrentan y que generan cierto nivel de sufrimiento, que se intensifica al ver impedida su actividad por las discrepancias o incumplimientos por parte de la universidad frente a cuestiones como la dictaminación de implementos de protección e incapacidades (actividades que mayor tiempo les demanda).

Las estrategias empleadas —*exigir; orientar; apoyar y recomendar; sensibilizar y conciliar; heredar y; debatir*— para hacer frente a los límites referidos, hacen parte de un vasto patrimonio de saberes de los representantes sindicales, en relación a las condiciones de trabajo y salud de los trabajadores, así como al funcionamiento del sistema institucional y su interrelación con las macropolíticas que inciden en el espacio concreto de la UAM determinando el ejercicio del derecho a la salud.

No obstante, el derecho a la salud es relacionado predominantemente con el derecho a la protección en salud (acceso a servicios), esta visión acotada y la frágil profesionalización de los co-

⁵ Consideramos que el trabajo formal, en los términos que el derecho al trabajo digno lo exige, justamente no es un privilegio, es un derecho.

misionados constituye un impedimento para conceptualizar, ejercer y exigir el derecho a la salud de los trabajadores en un sentido amplio. Resulta paradójica e inconveniente la falta de profesionalización de los comisionados en un contexto de educación superior.

En consecuencia, en los foros, como un espacio de formación conjunta, se abordaron las situaciones problemáticas que los comisionados identificaron en la UAM —como factores de riesgo psicosocial y condiciones de higiene y seguridad—, desde la perspectiva del derecho a la salud, donde la seguridad y la salud en el trabajo constituyen tan solo uno de los elementos determinantes.

V. Identificar los desafíos para el efectivo ejercicio del derecho a la salud de los trabajadores.

Los resultados encontrados permitieron identificar algunos desafíos indispensables para el ejercicio del derecho a la salud de los trabajadores:

Educar en salud y derechos para incidir políticamente: Valorar el patrimonio de saberes de los comisionados, fortaleciendo sus capacidades mediante procesos de co-formación **técnico-política**, para ampliar su acción sobre la salud colectiva en la UAM e incidir en la construcción integral de una política pública nacional de derecho a la salud de las y los trabajadores, que considere la realidad concreta de cada sector productivo, las actividades concretas de trabajo y la equidad de género.

Garantizar los derechos de los más vulnerables: Valorar e intervenir sobre los factores de riesgo psicosocial en la UAM con una perspectiva integral, preventiva y de género, contrarrestando los casos de discriminación y hostigamiento con

acciones que garanticen el derecho a la salud, prioritariamente, de los grupos más vulnerables, como trabajadores temporales, personal operativo y mujeres.

Generar Información para la acción: Construir colectivamente el perfil de salud-enfermedad-atención de la UAM, y participar en la estructuración de un modelo de información confiable a nivel Local, Estatal y Federal.

Restablecer el pacto y el diálogo social: Fortalecer la unidad sindical para el trabajo digno y estimular una política intersectorial que responda al derecho a la salud de los trabajadores en un sentido integral, superando los límites y fortaleciendo las estrategias para el ejercicio de este derecho.

Estimular el diálogo entre saberes: estimular el dialogo entre la salud colectiva y la ergología es pertinente para las investigaciones en salud porque posibilita reconocer la determinación social de la salud como un eje fundamental, pero, además, valorar los saberes de los trabajadores y recuperar la capacidad de los colectivos de producir salud a través de su actividad de trabajo. El diálogo entre los saberes de los trabajadores y los saberes académicos hace más potente la construcción de conocimiento y prácticas para la transformación de las condiciones adversas de trabajo, salud y vida de los trabajadores.

Estimular la implementación de un constitucionalismo rígido: exigir una política de Estado que valore el derecho a la salud y que no se subordine a las políticas de los gobiernos de turno, quienes de acuerdo con sus propios valores e intereses políticos y económicos desmantelan los derechos que fueron adquiridos, producto de las luchas de los trabajadores. “Incorporar los derechos humanos “como si fueran” sustantivos, permite tratar-

los bajo cláusulas de eternidad (como lo indecible) impidiendo que se eliminen o modifiquen como resultado de cambios de las mayorías parlamentarias”⁶.

Conclusiones

Aunque la salud de los trabajadores fue un tema prioritario para la medicina social latinoamericana en los años 80, en las últimas décadas esta problemática de vieja data ha ido perdiendo protagonismo, pero las vulneraciones al derecho a la salud de los trabajadores han persistido y se han actualizado al ritmo de las transformaciones sociopolíticas en el mundo del trabajo, situación que amerita fortalecer la investigación e incidencia en este campo.

De acuerdo con el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, en México se observa una vulneración importante al derecho a la salud de los trabajadores, sobre todo en términos de trabajo digno, toda vez que gran parte de la población trabajadora se encuentra desprotegida por el sistema de seguridad social. En el caso de los trabajadores de la UAM, aunque la mayoría cuentan con condiciones de trabajo formal, se evidenciaron ciertas vulneraciones que son agudizadas en los trabajadores con vinculación temporal.

La investigación realizada con los comisionados de higiene y seguridad permitió identificar seis límites, en los niveles macro y micro social, para el ejercicio del derecho a la salud de los trabajadores: *discriminación, burocracia, hostigamiento, corrupción, desconocimiento y miedo*. Estos límites además constituyen un impedimento para

⁶ Transcripción de una parte de la intervención realizada por el Dr. Sergio López Moreno, en uno de los foros, con su ponencia titulada “Derecho a la Salud: aproximación conceptual”.

la actuación de los comisionados de higiene y seguridad, obstaculizando el funcionamiento de las comisiones para generar condiciones de trabajo saludables.

Esta actividad impedida de los comisionados, derivada de los límites referidos, constituye, en términos ergológicos, las dramáticas que conducen a la búsqueda de estrategias para la acción, mediante un debate de normas y valores. Las estrategias que se identificaron fueron: *exigir; orientar; apoyar y recomendar; sensibilizar y conciliar; heredar y; debatir*. En este sentido la investigación buscó, no solo visibilizar un problema público, sino la potencia propositiva de los trabajadores y de la organización sindical para superar situaciones que afectan negativamente la relación salud – trabajo.

Adicionalmente, los trabajadores identifican una distancia entre el derecho a la salud y su realidad: “pensamos que es cuestionable hablar de derechos, porque si hay derechos, pero en el papel; en la realidad no es así porque dejamos la salud para lo último” (Narrativas, 2018). Esto evidencia la necesidad de buscar y proponer mecanismos que materialicen el derecho a la salud para la clase trabajadora. Es posible que una **política** pública intersectorial de derecho a la salud de los trabajadores, que sea integral e incluyente y puesta en marcha considerando la realidad concreta de los diversos sectores, como el sector educativo, contribuya a la reducción de esta brecha; política que debería incluir las políticas de seguridad y salud en el trabajo, pero no reducirse a ellas, ya que son un elemento fundamental para el trabajo digno, pero no suficiente para el ejercicio del derecho a la salud, al limitarse a la gestión de los riesgos de trabajo.

De igual manera, el componente educativo juega un papel fundamental al observarse que los co-

misionados relacionan el derecho a la salud principalmente con la prestación de servicios, esta visión de la salud requiere ser ampliada mediante formación técnico – política, que debería ser priorizada por la organización sindical, para fortalecer la defensa del derecho a la salud de los trabajadores e incidir en la política pública nacional.

El acceso a procesos de formación, así como contar con recursos de los cuales carecen los comisionados, y que son indispensables para el ejercicio de su actividad, como información epidemiológica, fundamental para la toma de decisiones en salud, evidencia la necesidad de que la UAM y el SITUAM cuenten con datos de salud integrales, confiables y disponibles para que los comisionados puedan encaminar su actividad hacia lo fundamental, más allá de la dictaminación de incapacidades y de elementos de protección personal.

En este sentido, la capacitación de los comisionados del SITUAM debería constituir un compromiso ineludible para la UAM toda vez que como representantes de los trabajadores pueden generar impacto en la comunidad aportando al diagnóstico de salud laboral y a la implementación de programas de promoción de la salud y la prevención de accidentes y enfermedades de trabajo.

En consecuencia, los espacios de diálogo entre diversos actores, como los Foros que tuvieron lugar en esta investigación, inspirados en el dispositivo dinámico a tres polos (saberes de los trabajadores /dimensión ética/saberes académicos), resultan valiosos para conocer la realidad de los trabajadores, identificar situaciones problemáticas y proponer acciones para situar el derecho a la salud como una prioridad en el mundo del trabajo.

A partir de esta investigación se evidencia que el mayor desafío para la salud de los trabajadores

en el mundo contemporáneo es que se prioricen los “valores sin dimensión” —del bien común— (Schwartz, 2007); es decir, que el derecho al trabajo digno, a la vivienda, a la educación y a la alimentación como determinantes del derecho a la salud sean respetados y garantizados por el Estado, sujeto obligado para hacer que las empresas e instituciones antepongan estos valores sobre los valores mercantiles, lo que se traduce en privilegiar la salud y la vida sobre el lucro y la productividad. Esta elección ético-política haría posible tener mejores condiciones de trabajo y de vida, pero obviamente va en contrasentido de la lógica capitalista, por eso el reto es aún mayor,

constituye una lucha diaria contra las expresiones opresivas de un sistema que dismantela los derechos, individualiza los sujetos y atenta contra las formas de organización colectiva.

De tal modo, resulta pertinente superar los límites de la discriminación, burocracia, hostigamiento, corrupción, desconocimiento y miedo, mediante el fortalecimiento de las capacidades individuales y colectivas, creando estrategias dirigidas a exigir, orientar, apoyar, recomendar, sensibilizar, conciliar, heredar y debatir los conocimientos y las acciones necesarias para el ejercicio del derecho a la salud de los trabajadores.

Referencias Bibliográficas

- Aguilar, L. (1992). *El estudio de las políticas públicas*. México: Porrúa, 15-74.
- Aguilar C. y Berríos N. (2016). *Derechos y Políticas Públicas. Desafíos políticos e institucionales en México*. México: Universidad Autónoma Metropolitana. Juan Pablos Editor.
- Animal Político. (2019). Senado aprueba reformas para que trabajadoras del hogar cuenten con seguridad social y prestaciones. <https://www.animalpolitico.com/2019/05/senado-aprueba-reformas-trabajadoras-hogar-seguridad-social-prestaciones/> (consulta 15 de mayo de 2019).
- Braun, V. y Clarke, V. (2006). “Using thematic analysis in psychology”, *Qualitative Research in Psychology*, vol. 3, Núm. 2: 77-101.
- CDESC. (2000). Observación general N.º 14. El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud. Ginebra: Comité de Derechos Económicos, Sociales, y Culturales, ONU. <https://www.acnur.org/file-admin/Documentos/BDL/2001/1451.pdf> (consulta 17 de febrero de 2021).
- CDESC. (2005). Observación General N.º 18. El Derecho al Trabajo. Ginebra: Comité de Derechos Económicos, Sociales, y Culturales, ONU, <https://www.refworld.org/es/publisher,CESCR,GENERAL,,47ebcb332,0.html> (consulta 17 de febrero de 2021).
- CONEVAL, C. (2018). Estudio Diagnóstico del Derecho al Trabajo 2018. Ciudad de México: CONEVAL. https://www.coneval.org.mx/Evaluacion/IEPSM/Documents/Derechos_Sociales/Estudio_Diag_Trabajo_2018.pdf (consulta 17 de febrero de 2021).
- Delgado M.; Luna, J. y Gómez, R. (2016). “Subjetividad y riesgo psicosocial: desafíos para la actividad de los psicólogos del trabajo”, *Salud de los Trabajadores*, vol. 24, Núm. 1: 39-49. <http://www.scielo.org.ve/pdf/st/v24n1/art05.pdf> (consulta 08 de julio de 2018).
- Delgado M.; López, O.; Cunha, L. y López, S. (2019). ¿Cómo viven los trabajadores el Derecho a la Salud en el marco de las actuales Políticas Públicas de Seguridad y Salud en el Trabajo?: La experiencia de las Comisiones Mixtas de Higiene y Seguridad UAM – SITUAM. Ciudad de México: Tesis para obtener el grado de Doctora en Ciencias en

- Salud Colectiva. Universidad Autónoma Metropolitana-Unidad Xochimilco.
- Di Ruzza, R.; Lacomblez, M. y Santos, M. (2018). *Ergología, Trabalho, Desenvolvimentos*. Belo Horizonte: Fabrefactum, 15-29.
- Diario Oficial de la Federación 11 de enero de 2021: Ley Federal del Trabajo. México: Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión.
- Diario Oficial de la Federación 15 de septiembre de 2017. Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Ciudad de México: Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión.
- INEGI. (2019). Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo ENOE. CDMX: INEGI.
- INEGI. (2021). Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo (Nueva Edición) (ENOEN). Ciudad de México, México.
- López, M. y López A. (2015). *Derecho a la Salud en México*. México: UAM, 15-287.
- Narrativas, C. (2018). Narrativas. (L. F. Martínez, Entrevistador).
- Noriega, M. (1989). *En defensa de la salud en el trabajo*. México: SITUAM, 1-122.
- OIT. (2019). ILOSTAT. <https://ilostat.ilo.org/es/data/country-profiles/> (consulta 8 de noviembre de 2019).
- OSC. (2017). Informe Alternativo conjunto sobre los derechos económicos, sociales, culturales y ambientales en México 2017. Resumen ejecutivo. http://www.pudh.unam.mx/informe_alter_conjunto_sobre_DESCA_en_mx.html (consulta 10 de abril de 2018).
- Schwartz, Y. (2007). *Trabalho e Ergologia. Conversas sobre a atividade humana*. Niterói: EduFF, 19-297.
- STPS. (2014). Reglamento Federal de Seguridad y Salud en el Trabajo. México: Secretaría del Trabajo y la Previsión Social.
- STPS. (2018). Secretaría de Trabajo y Previsión Social. Estadística Riesgos de Trabajo registrados en el IMSS. <http://www.stps.gob.mx/gobmx/estadisticas/riesgos.htm> (consulta 21 de agosto de 2018).
- UAM-SITUAM. (2018). *Contrato Colectivo de Trabajo 2018-2020*. México: UAM, 7-142.

Algunas consecuencias de la pandemia de COVID-19 en la familia y la salud mental*

*María de Lourdes Patricia Femat González** • Armando Ortiz Tepale****

RESUMEN

En el presente trabajo abordamos algunas de las consecuencias sociales de la puesta en acción de las estrategias que el sector salud ha establecido como parte importante de las medidas para evitar y controlar la propagación de la pandemia provocada por el virus SARS-CoV-2, como son el distanciamiento físico y el confinamiento, enfocándonos principalmente en la familia y la salud mental, dos ámbitos afectados de manera directa por dichas estrategias, pero insuficientemente estudiados. En la primera parte, describimos acontecimientos relevantes sobre la pandemia, así como algunas de las razones por las que se convirtió en una emergencia sanitaria global y sus consecuencias sociales. En la segunda parte, analizamos los efectos que el distanciamiento físico ha tenido en la familia, particularmente respecto a la violencia familiar. En la tercera parte, presentamos un análisis de la interrupción global de los servicios de salud mental y la forma en la que se les conceptúa: servicios necesarios, pero no esenciales. Por último, presentamos algunas reflexiones que susciten líneas de investigación en los escenarios descritos desde el campo de las ciencias sociales.

PALABRAS CLAVE: pandemia de COVID-19, distanciamiento físico, confinamiento, familia, salud mental.

Some Effects of COVID-19 Pandemic on Families and Mental Health

ABSTRACT

In this work we present some social effects of the implementation of strategies that public health services have established as important means to avoid and control SARS-CoV-2 transmission, such as physical distancing and lockdown. Mainly we focus on the effects of these strategies on family life and mental health, two fields insufficiently studied. First, we describe some relevant events on COVID-19

* Este texto forma parte del trabajo de investigación denominado "Las representaciones sociales y el proceso de salud-enfermedad, adscrito al proyecto de investigación "Las familias, relaciones, interacciones y contextos, actualizado por el Consejo Divisional de CSH en su sesión ordinaria 11.09 del año 2009.

** Profesora-Investigadora Titular C de Tiempo Completo del Departamento de Educación y Comunicación en la Universidad Autónoma Metropolitana (UAM) - Unidad Xochimilco. lula.femat@gmail.com

*** Profesor-Investigador Asociado C de Tiempo Completo del Departamento de Educación y Comunicación en la Universidad Autónoma Metropolitana (UAM) - Unidad Xochimilco. aortizt@correo.xoc.uam.mx .

Fecha de recepción: 29 de diciembre de 2020.

Fecha de aceptación: 25 de febrero de 2021.

pandemic, as well as some of the reasons that explain the origins of this global health emergency and its social consequences. Then we analyse the effects of physical distancing on family life, particularly, family violence. After that, we present an analysis on global disruption of mental health services and the mode that are conceptualized: these services are fundamental, but they are not social priority. Finally, we present some reflections that elicit lines of research on the described scenarios based on social sciences field.

Keywords: COVID-19 pandemic, family, lockdown, mental health, physical distancing.

Introducción

La vida cotidiana de los países se ha visto trastocada debido a la emergencia del coronavirus tipo 2 causante del síndrome respiratorio severo (SARS-CoV-2) y de la enfermedad por coronavirus de 2019 (COVID-19). A raíz de la declaración de la pandemia de COVID-19 el 11 de marzo de 2020 por parte de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y debido a la inexistencia en ese momento de tratamientos farmacológicos para combatir esta enfermedad, las autoridades sanitarias de los países establecieron el distanciamiento físico, el confinamiento en los hogares, así como la suspensión de actividades socioeconómicas no esenciales, advirtiendo tomar en cuenta el respeto a los derechos humanos (Atalan, 2020), como medidas urgentes para evitar el contagio acelerado y el aumento desmedido de personas enfermas quienes, eventualmente, requirieran hospitalización (OMS, 2020b; Columbus, Brust y Arroliga, 2020; Lai *et al.*, 2020; Li *et al.*, 2020).

Esta serie de medidas si bien ha permitido hasta cierto punto el control de la pandemia, también ha propiciado, por una parte, críticas por parte de diversos actores sociales al dar por sentado la gravedad de este problema sanitario y, por otra, se ha calificado la toma de decisiones relativas a la prolongación del confinamiento y restricciones

de movilidad como políticas o imposiciones autoritarias.

Asimismo, aunque estas medidas han estado enfocadas a evitar el colapso de los servicios hospitalarios, el reporte del número de casos confirmados, de enfermos en estado crítico y decesos a causa de la COVID-19 en hospitales o en domicilios particulares ha aumentado progresivamente. El 15 de diciembre de 2020 la OMS (2020a) reportó 70 476 836 de casos confirmados y 1 599 992 de decesos a causa de la COVID-19 en el mundo; en el continente Americano, este organismo reportó 30 116 395 de casos confirmados y 776 708 decesos acumulados y, en México, la OMS reportó para esta misma fecha 1 229 379 de casos confirmados y 113 019 muertes registradas a causa de la enfermedad.

Estas medidas han traído como consecuencia procesos de recesión de la economía global y un malestar social generalizado; asimismo, han tenido efectos sociales en los países de manera diferenciada debido, en gran medida, a las condiciones socioeconómicas prevalecientes. En particular, en los países pobres de América Latina como Honduras, Colombia, El Salvador, por mencionar algunos, se ha experimentado los efectos de la crisis

de la economía en términos de desempleo, inflación, pobreza económica, cultural y alimentaria, rezago educativo, entre otros. El desbordamiento de lo social es más evidente en estos países y pensar de otra manera dicho escenario resulta difícil.

Por otra parte, la incertidumbre y la complejidad que el sujeto experimenta en el escenario de pandemia de COVID-19 paraliza la trayectoria de vida y, al mismo tiempo, fomenta nuevas formas de relacionarse con otros y consigo mismo o, por el contrario, exacerba condiciones socioeconómicas adversas, malestares emocionales derivados del aumento de la violencia en las familias y agudización de la emergencia de trastornos mentales.

Ante esta realidad, cabe interrogar de manera general: ¿cómo se ha desarrollado la pandemia de COVID-19 y cómo se ha materializado sus efectos en la vida cotidiana? ¿Cómo se han abordado los efectos sociales relacionados con la familia y la salud mental? ¿Cómo se les conceptúa? ¿Qué estrategias teórico-metodológicas se pueden establecer para abordar estas problemáticas desde el campo de las ciencias sociales? En particular, estas interrogantes nos son de utilidad para delimitar este tiempo histórico y centrarnos, en particular, en dos ámbitos problemáticos socialmente relevantes, pero insuficientemente estudiados en este escenario adverso: la violencia familiar y la salud mental. El primero ha sido objeto de estudio de diversas formas de intervención en el trabajo con familias, donde el género puede ayudar a explicar la violencia ejercida como un ejercicio de dominación; el segundo ha sido atendido desde el predominio del enfoque biomédico, con base en una perspectiva ahistórica y aproblemática sobre el sujeto de la salud mental, lo cual se ha traducido en un desinterés por fortalecer y diversificar los servicios de salud mental desde otros enfoques que no sean únicamente clínico-hospitalarios y

que hoy, ante la pandemia, se hace evidente. Por ende, es necesario preguntar, por una parte, sobre las condiciones históricas que exacerban la violencia familiar y, por otra, acerca del desinterés de la sociedad y el Estado por los servicios de salud mental.

Escenarios de la pandemia de COVID-19

La versión predominante en publicaciones científicas acerca del origen del SARS-CoV-2, causante de la enfermedad de COVID-19, es que se trata de un virus detectado en diciembre de 2019 en Wuhan, la capital de la provincia de Hubei, China. Los primeros casos fueron reportados el 8 de diciembre de 2019, cuyo cuadro clínico fue clasificado como neumonía severa de etiología indeterminada con la siguiente sintomatología: fiebre mayor a los 38° C, tos seca, disnea, mialgia y fatiga; los pacientes no presentaron mejoría después de haber sido intervenidos médicamente con tratamientos convencionales para la influenza. El 29 de diciembre de 2019, médicos chinos reconocieron que cuatro de los casos identificados estaban vinculados epidemiológicamente con el Mercado Mayorista de Mariscos del Hunuan, un complejo de venta de mariscos, carne roja y animales silvestres para consumo humano. El mercado fue cerrado el 1 de enero de 2020 (Columbus, Brust y Arroliga, 2020; Lai *et al.*, 2020; Li *et al.*, 2020).

El 10 de enero de 2020, las autoridades de salud de China publicaron el genoma del nuevo coronavirus. Del 1 al 11 de enero, 248 casos fueron reportados en Wuhan y la investigación epidemiológica enfatizó la cuestión del contagio acelerado. El 13 de enero se reportó el primer caso fuera de China, en Tailandia, y el 20 de enero en Estados Unidos. El 11 de febrero, China reportó 45 182 casos confirmados mediante pruebas de laboratorio y al menos 27 países contaban con ca-

sos confirmados, a lo cual sucedió restricciones de viajes, aislamientos y medidas de resguardo impuestos por las autoridades de varios países. En esa misma fecha, la OMS nominó COVID-19 a la enfermedad causada por el SARS-CoV-2. El 11 de marzo, el Director General de la OMS, Dr. Tedros Adhanom Ghebreyesus, declaró que la COVID-19 podía conceptuarse como una pandemia (OMS, 2020b).

La declaración de la pandemia por parte de la OMS se debió al aumento de número de casos fuera de China y la triplicación del número de enfermos en países afectados, más de 118 000 casos en 114 países, 4 291 muertes y miles de personas hospitalizadas en estado crítico. Las palabras utilizadas para describir la situación de alarma fueron brotes, índices alarmantes de propagación y gravedad y, en particular, de inacción por parte de los gobiernos y de la población. La declaración enfatizó que ésta era la primera vez en la que un coronavirus causaba una pandemia y, además, la primera en que pudiera ser controlada, razón por la cual, se hizo un llamado a los países para tomar medidas urgentes y contundentes porque, al menos para esa fecha, era posible cambiar el curso de la pandemia, evitando, así, el aumento en el índice de contagios y decesos (OMS, 2020b).

La declaración de la OMS señaló la importancia de que los países detuvieran los contagios y la transmisión comunitaria mediante la detección, la realización de pruebas, el tratamiento, el aislamiento y el rastreo de casos. Debido a que, según la OMS, varios países habían demostrado suprimir y controlar el virus mediante la estrategia de distanciamiento físico, como la República Islámica de Irán, Italia, China y la República de Corea, la interrogante y preocupación expresada por este organismo internacional fue la duda sobre si los demás países harían lo mismo debido

a los siguientes problemas: incapacidad, carencia recursos e indeterminación de sus gobiernos. La declaración urgió a los países a mantener un equilibrio entre la atención de la salud, los problemas sociales y económicos y el respeto a los derechos humanos (OMS, 2020b). Cabe decir que dicho equilibrio ha sido imposible de lograr debido a la cobertura limitada, los índices de desempleo, pobreza y apoyos sociales y cuarentenas estrictas o limitada restricción de movilidad de personas.

A partir de la declaración de la pandemia de COVID-19, los sistemas de salud de los países han afrontado diversos problemas relativos al contagio acelerado, entre los cuales se encuentra la insuficiencia de camas para atender a pacientes diagnosticados con la enfermedad debido a la infraestructura de los servicios hospitalarios, insumos escasos ante el aumento en la demanda de equipo de protección para profesionales de la salud, falta de personal médico y paramédico capacitados para actuar en un escenario de pandemia y atención a pacientes en estado crítico, enfermedades crónicas de la población, tales como sobrepeso, obesidad, hipertensión, cardiopatías. Aunque es aventurado afirmar que los sistemas de salud han fracasado en la atención de pacientes diagnosticados con COVID-19, es importante subrayar que los gobiernos deben fortalecer los servicios hospitalarios y los programas de prevención de enfermedades y promoción de la salud en la comunidad.

Aunque en las publicaciones científicas se reportan estudios sobre los orígenes del SARS-CoV-2, el cuadro clínico de la enfermedad, las medidas recomendadas para reducir el contagio, los cuidados que una persona enferma debe recibir y el tratamiento de apoyo para pacientes hospitalizados, los individuos han asumido de manera distinta las recomendaciones o indicaciones de las auto-

ridades sanitarias, ya sea con prudencia, desconfianza o desaprobación de las medidas a seguir: distanciamiento físico, resguardo en casa, uso de cubrebocas y lavado frecuente de manos (Lai *et al.*, 2020; Yuen *et al.*, 2020; Leung, 2020). Por ende, la pandemia de COVID-19 y las estrategias para afrontarla son tanto problemas de salud pública como socioculturales. El 26 de marzo se reportó más de 460 000 casos confirmados y 20 834 decesos en 173 países debido a COVID-19 (Sheng *et al.*, 2020). A finales de septiembre de 2020, se reportaban más de 32 000 000 de casos confirmados y casi 1 millón de muertes a causa de la enfermedad. De acuerdo con la actualización epidemiológica de la OMS (2020a), el 15 de diciembre de 2020 se reportó 70 476 836 de casos confirmados y 1 599 992 decesos acumulados a causa de la COVID-19. El 49% de las muertes acumuladas estaban registradas en el continente americano, con un total de 776 708, es decir, esta región reportaba la proporción más grande de casos y muertes acumuladas.

La pandemia de COVID-19 ha desvelado varios retos al mundo en materia de salud: origen del SARS-CoV-2, la delimitación del cuadro clínico, el índice de mortalidad, la delimitación de grupos de riesgo, los lineamientos de atención hospitalaria, entre otros (Stawicki *et al.*, 2020). Para la población en general la pandemia se ha materializado en clases vía remota en confinamiento, resguardo en casa, restricción de movilidad, desempleo, falta de medicamentos, medidas de protección de la población mayor de 60 años, personas con enfermedades crónicas y mujeres embarazadas. Ante la inexistencia de una vacuna y medicamentos contra el SARS-CoV-2, en todo el mundo se ha puesto en marcha estrategias de distanciamiento físico para desacelerar la propagación del virus y, así, evitar la saturación de hospitales y el índice elevado de mortalidad. No

obstante, la industria farmacéutica ha enfocado sus esfuerzos en el diseño de vacunas seguras y eficaces contra la COVID-19. A finales de diciembre de 2020, mientras varios gobiernos habían comenzado con la distribución y aplicación de vacunas contra COVID-19, en varios países como Brasil, España y Francia se habían reportado rebrotes cuyas dimensiones rebasan cifras de picos más altos que los reportados en mayo y junio de 2020, razón por la cual se han reforzado las medidas de distanciamiento físico, uso de cubrebocas y lavado de manos, resguardo en casa y cierre de actividades no esenciales y lavado frecuente de manos.

La pandemia de COVID-19 ha propiciado la emergencia y agudización de problemas y males sociales y, al mismo tiempo, ha hecho ver que la vida del sujeto es frágil ante la presencia de agentes infecciosos nuevos, lo cual abre ventanas de oportunidad para transformar una serie de condiciones globales que amenazan la vida del ser humano, pero también suscita la aparición de ideologías totalizantes y fundamentalistas para coartar derechos, libertades y perpetuar mecanismos de dominación, en particular, según De Sousa (2020), en los grupos delimitados por un espacio-tiempo político, social y cultural denominado el sur, una metáfora para conceptualizar el malestar humano causado por la explotación capitalista, la discriminación racial y la discriminación sexual, o la población del Tercer Mundo, constituido por individuos con empleos precarios (Žižek, 2020). Sin embargo, es necesario analizar en profundidad las condiciones de posibilidad de un orden global de sometimiento del sujeto o de una antesala del fin de los tiempos, razón por la cual, insistimos en la relevancia de distinguir las condiciones histórico-sociales en las que la pandemia de COVID-19 hizo su aparición, con el propósito de evitar y desmontar hipérboles redactadas como

producto de la adscripción a una perspectiva teórica o a un sistema de pensamiento únicos porque la génesis de los conceptos dan cuenta tanto de los usos sociales de las ciencias como de los modos de nominar los objetos (Lacabra ([2004] 2006; Certeau, [2002] 2011).

Este escenario es una muestra de la fragmentación del mundo social, más no de su desarticulación o destrucción. La especie humana es sólo una entre tantas de las que habita el planeta, aseveración que recuerda el hecho de que pertenecemos a un ecosistema amenazado por la acción humana. La pandemia de COVID-19 y sus efectos se han sumado a otros acontecimientos críticos de la historia reciente, como las tensiones geopolíticas, las guerras económicas y el calentamiento global; el neoliberalismo y el llamado desbordamiento de lo social han sido efectos de los procesos histórico-sociales, producto del estado de civilización actual (Carballeda, [2002] 2007; Ortiz, 2016).

En particular, el distanciamiento físico como estrategia no farmacológica ha ocasionado el cierre de centros de trabajo y escuelas de todos los grados educativos. La interrupción de las actividades económicas y el resguardo en casa prolongado ha ocasionado la caída de las economías, lo cual se traduce en desempleo y pobreza y, no menos importante, un aumento significativo en los índices de violencia familiar e interrupción de los servicios de salud mental para población considerada vulnerable: infantes, adolescentes y adultos mayores. De hecho, las diferentes formas de violencia, incluyendo la violencia familiar, se ha intensificado en las infancias, las mujeres, las minorías étnicas y en quienes viven en estado de pobreza y precariedad.

Son varios procesos sociales que giran en torno a la pandemia de COVID-19, razón por la cual

resulta difícil delimitarlos y analizarlos, por ende, en el siguiente apartado nos abocaremos a explorar dos dimensiones de la emergencia sanitaria en México, la violencia familiar y la atención a la salud mental, los cuales avizoramos como horizontes de necesario análisis e intervención ante un escenario complejo.

Familia y violencia familiar

Uno de los sectores sociales que con mayor fuerza ha impactado la pandemia es, sin duda, la familia. Desde el 20 de marzo del 2020, México entró en un periodo de cuarentena y aislamiento obligatorio debido a la emergencia sanitaria por COVID-19. Para este grupo social la salud de sus integrantes representa una de sus principales preocupaciones y ocupaciones, por lo que cuando surge la enfermedad, sobre todo aquella que se prolonga en el tiempo, con rasgos de gravedad, ya sea física o emocional, puede llegar a representar una verdadera crisis interna. La nueva emergencia derivada de la pandemia obligó a las familias a asumir dificultades relacionales entre sus integrantes, así como a verse en la necesidad de redistribuir sus funciones y establecer los roles vinculados al manejo del o los enfermos, lo cual ha llegado a ocasionar un fuerte desequilibrio ya que sus miembros debieron de adaptarse a la nueva situación y, al mismo tiempo, conservar una cierta estructura y organización tratando de evitar cambios demasiado intensos que limitaran sus capacidades de respuesta, lo cual ha exigido una transformación constante de la posición de los miembros de la familia en sus relaciones mutuas, las funciones asignadas y su sistema de creencias. Los espacios, tiempos y ritmos familiares, laborales y de actividades del hogar se han trastocado. Esta circunstancia ha atraído como consecuencia, en muchos casos, que la familia se vea afectada en diferentes esferas tales como el bienestar

emocional y físico, así como en la economía familiar y la red de relaciones sociales y familiares.

Aunado a esta situación, el confinamiento ha hecho que todos los integrantes de la familia se vean en la necesidad de realizar sus actividades laborales, escolares, recreativas, entre otras, dentro de un espacio que históricamente ha sido asignado a la mujer, que es la casa, el hogar, un espacio privado vinculado a las tareas domésticas, la crianza y el cuidado de los hijos que la mujer debe realizar,¹ al cual se agrega la suma de actividades con respecto al trabajo público como la escuela y llevar las actividades que antes se hacían en la oficina, además de la labor de cuidadora del o los enfermos.

Esta situación ha propiciado una sobrecarga de trabajo y responsabilidades que repercuten en su bienestar emocional y psicológico, llegando a generar en ella un malestar emocional² que implica su calidad de vida generando vulnerabilidad en las áreas física, social y emocional. Como resultado de la carga emocional por el exceso de actividades, así como por el cambio en su rutina de vida, el exceso de trabajo, tanto doméstico como laboral, el cuidado de los hijos y, ahora también, en muchas ocasiones de los enfermos, algunas mujeres han llegado a desarrollar ciertos trastornos tales como estrés, ansiedad y depresión.³

1 Lévi-Strauss ([1956] 1974) menciona que la familia se organiza mediante la división social del trabajo doméstico, haciendo referencia a la atribución histórica de las habilidades, competencias y valores, así como responsabilidades y espacios que se han asignado a hombres y mujeres, de manera diferencial basados en el sexo biológico.

2 En el texto titulado *Los Fines de la medicina* (Callahan, [1996] 2007:36), se describe el concepto de malestar como “sensación subjetiva por parte de una persona de que su bienestar físico o mental se halla ausente o merado, de modo que no puede desenvolverse con normalidad en la vida diaria”.

3 De acuerdo con una investigación realizada por la Universidad del País Vasco en 2020, el 44 % de mujeres encuestadas notaron que aumentaron los ataques de angustia y ansiedad, frente a un 25% de hombres (Balluerka *et al.*, 2020; WomenNow, 2020).

Esta condición, sumada a la incertidumbre, la ansiedad y el agotamiento derivado de la sobrecarga del trabajo doméstico y de la inestabilidad económica, aumenta la tensión y las posibilidades del ejercicio de la violencia familiar y de género. En esta situación de confinamiento, la mujer y los hijos se encuentran más expuestos a formas de violencia sin que existan elementos que la interrumpen y se torna más difícil encontrar una solución o pedir ayuda o salir del espacio de violencia.

El incremento en los casos de violencia familiar⁴ y de género⁵ ha sido notorio desde el inicio de la pandemia, como un efecto nocivo de la política de confinamiento, lo cual una vez más pone a la luz las desigualdades sociales referidas a las relaciones de género.

De acuerdo con la Organización de Naciones Unidas (ONU, 2020), alrededor del mundo se han incrementado las llamadas de emergencia y los refugios para atender a las víctimas de la violencia familiar en más de un 30% durante la pandemia y el confinamiento, de acuerdo con la declaración de Phumzile Mlambo-Ngcuka, Directora Ejecutiva de ONU Mujeres, del lunes 6 de abril de 2020.

Según datos de la ONU Mujeres, Francia incrementó la violencia doméstica 30% desde el 17 de marzo; Chipre y Singapur registraron un

4 La Ley de Asistencia y Prevención de la Violencia Familiar (LAPVF) de la Ciudad de México, Artículo 3, Inciso III, define la violencia familiar de la siguiente manera: “Aquel acto de poder u omisión intencional, recurrente o cíclico, dirigido a dominar, someter, controlar o agredir física, verbal, psicoemocional, sexualmente, económicamente, patrimonialmente o contra los derechos reproductivos, a cualquier miembro de la familia dentro o fuera del domicilio familiar, que tengan parentesco o lo hayan tenido por afinidad, civil; matrimonio, concubinato o mantengan una relación de hecho, y que tiene por efecto causar daño.” Texto publicado en el Diario Oficial de la Federación el 9 de julio de 1996 y reformado el 05 de abril de 2017 por la Asamblea de Representantes del Distrito Federal (Gobierno de la CDMX, 2020).

5 Según Saucedo (2002:274), la violencia de género es “Un ejercicio de poder y control que se da de manera cotidiana sobre las mujeres en el espacio doméstico y cuyo objetivo es mantenerlas en posición de subordinación asignada”.

incremento de las llamadas a las líneas de ayuda en un 30% y 33% respectivamente (UNWOMEN, 2020). Asimismo, en España, de acuerdo con los datos proporcionados por la Delegación del Gobierno contra la Violencia de Género (2020), durante el mes de junio se recibieron 8 246 llamadas sobre violencia de género, representando un 39.2% más que en junio de 2019. En el caso de América Latina, en Argentina durante el aislamiento social, preventivo y obligatorio se han registrado 44 900 llamadas por violencia de género a la línea 144 de Buenos Aires. Del 20 de marzo al 31 de julio se registraron 263 llamadas diarias en promedio, en contraste con 196 registradas durante el mismo periodo en 2019 (Ministerio de las Mujeres, Género y Diversidad, 2020). En Perú, las llamadas de auxilio a las líneas de Línea 100 sufrieron un aumento significativo de 48% entre abril y julio de 2020, con efectos que aumentan con el tiempo (López-Calva, 2020). En Colombia, de acuerdo con la Consejería Presidencial para la Equidad de la Mujer, la línea 155 reportó que entre el 25 de marzo y el 11 de abril de 2020 se recibieron 2 209 llamadas, lo cual representa un incremento del 129% con respecto al año anterior (Consejería Presidencial para la Equidad de la Mujer, 2020).

En México, durante este tiempo de pandemia se ha registrado por diferentes instancias un aumento considerable de la violencia dentro del hogar. Según informes proporcionados por el Secretariado Ejecutivo del Sistema Nacional de Seguridad Pública (2020), en el mes de septiembre del presente año se registraron 20 087 casos de violencia en la familia, mientras que en el mismo mes en 2019 se registraron 18 287 casos. En julio de 2020, la Red Nacional de Refugios A. C. (Figueroa y Toledo, 2020) reportó que de marzo a junio se incrementaron en un 55% las llamadas y mensajes de apoyo y que durante ese lapso en el 85% de los

Centros de Atención Externa de Refugio aumentó el número de atenciones en un 60%. El 41.15% de las mujeres refirieron ser víctimas de violencia física. Asimismo, durante junio se incrementó en un 2% los intentos de feminicidio.

La violencia familiar y de género en nuestro país no es un asunto nuevo. El Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) muestra datos de una realidad nacional preocupante, con altos índices de violencia manifestada principalmente por la pareja, ya sea esposo, novio, actual o anterior, a lo largo de la relación o aún cuando ésta ya no existe.

Un ejemplo inmediato es el que se refiere a las cifras del informe sobre “Estadísticas a propósito del día internacional de la eliminación de la violencia contra la mujer”, del 25 de noviembre de 2019, donde menciona que en México el 43.9% de las mujeres de 15 años y más ha enfrentado violencia por parte de su pareja, esposo o novio actual o último, a lo largo de su relación, lo cual integra a 19.1 millones de mujeres. De acuerdo con este informe, dicha situación se había mantenido en niveles similares durante 10 años y, en la mayoría de los casos, se trata de violencia severa y muy severa. Respecto al tipo de violencia ejercido, señala en este mismo informe que las agresiones más experimentadas por las mujeres son las de carácter emocional. El 40.1% de mujeres ha vivido, al menos una vez a lo largo de su relación, insultos, amenazas, humillaciones y otras ofensas de tipo psicológico o emocional, así como de tipo económico, tales como el control o el chantaje y, en menor medida, agresiones corporales y sexuales (INEGI, 2019).

El confinamiento en casa ante la pandemia de COVID-19 bajo la iniciativa “quédate en casa” propicia una condición facilitadora donde las

mujeres y los hijos pueden estar expuestos a tiempo completo a sufrir diferentes formas de violencia por parte de su agresor. La necesidad del varón de controlar las posibles manifestaciones de autonomía de la mujer y de los hijos e hijas le hacen prohibirles los lazos familiares, celar a la esposa y someterlos a que pierdan sus relaciones sociales y familiares, volviendo al grupo familiar aún más vulnerable y dependiente. El síndrome de indefensión aprendida⁶ invade los sentidos y las percepciones de la realidad, hasta lograr inhibir cualquier intento de huida, de salir del círculo de la violencia. El debilitamiento físico y psicológico que llegan a sufrir gradualmente las familias en situación de violencia se traduce en un deterioro de la salud física y emocional, que se llega a manifestar en sensaciones de angustia, depresión, dolor y pensamientos de suicidio.

La violencia familiar se encuentra fincada en relaciones de poder, basadas, a su vez, en estereotipos de género que mujeres y hombres reproducen en su vida cotidiana; de acuerdo con Bourdieu ([1998] 2007:60), estas relaciones de poder están determinadas por la dominación masculina, con base en la asimetría entre hombres y mujeres establecida en las formas de construcción social de los lazos de parentesco y los vínculos matrimoniales, donde se conceptúa a las mujeres como objeto de intercambio con base en el interés masculino, lo cual fortalece el capital simbólico de los hombres. En situaciones de esta naturaleza, donde la exposición a la violencia se ha incrementado, existe la

⁶ De acuerdo con Seligman (1992), la teoría de la indefensión aprendida propone que los organismos que experimentan que las consecuencias son independientes de su conducta, es decir, son incontrolables, forman una expectativa de que tampoco habrá contingencia respuesta-consecuencia en el futuro. A nivel conductual tal expectativa de incontrolabilidad tenderá a producir un retraso en la iniciación de respuestas para controlar las consecuencias en una situación de aprendizaje posterior. Cognitivamente produce una creencia en la ineficacia de sus respuestas para controlar las consecuencias dificultando el aprendizaje de éxito posterior. Emocionalmente, cuando el acontecimiento es lo suficientemente traumático, tiende a producir cambios y alteraciones emocionales.

posibilidad de que surjan problemas psicológicos y/o emocionales, así como escolares y conductuales, pues los niños desarrollan problemas en el desempeño escolar y para relacionarse con otras personas. También son afectados por la violencia que el padre ejerce debido tanto al maltrato que pueden recibir de forma directa como a la observación del abuso que se realiza contra la madre. En este sentido, la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2020) advierte que la exposición a la violencia es causa de aumento de tabaquismo, alcoholismo, drogadicción, trastornos mentales, suicidios, enfermedades crónicas como cardiopatías, diabetes o cáncer, enfermedades infecciosas como el VIH, delincuencia y violencia.

Los servicios de salud mental: necesarios, pero no prioritarios

En el escenario de la pandemia de COVID-19, los organismos internacionales en salud mental han advertido sobre la importancia de mantener y fortalecer los servicios de atención a los trastornos mentales, los neurológicos y los causados por el consumo de sustancias psicoactivas. Sin embargo, las actividades de los servicios de salud mental en el mundo también se vieron afectados en sus actividades esenciales y, por ende, la atención en este ámbito ha sido parcialmente interrumpida. Aunque la teleconsulta y la atención de servicios de urgencias y hospitalizaciones ha funcionado en todo el mundo, los servicios de salud mental ambulatoria y comunitaria son los ámbitos más afectados debido a la interrupción de sus actividades fundamentales. El estado de los servicios de salud mental es socialmente relevante en tiempos de pandemia debido al malestar ocasionado por el aislamiento social, el temor a la enfermedad, la hospitalización y la muerte a causa de la COVID-19, la pérdida de seres significativos y el aumento de la violencia familiar.

A partir de la declaración de la pandemia de COVID-19 ha aumentado el interés y la preocupación de los especialistas y de los organismos internacionales sobre los efectos de esta emergencia sanitaria en la salud mental porque la transformación repentina de la vida cotidiana ocasionada por el confinamiento obligatorio y voluntario, la pérdida de empleo, el número elevado de decesos y enfermos debido a la enfermedad, la escolarización en línea, entre otros, han sido causa del aumento de casos de trastornos mentales tales como la ansiedad y la depresión (Roychowdhury, 2020).

A primera vista, resulta llamativo que las publicaciones especializadas recurrieran a las aportaciones de la intervención en crisis para tratar los trastornos mentales en el escenario de la pandemia y recomendaran la modificación de hábitos en cuarentena prolongada, mantener la comunicación remota con familiares y amistades, tener una alimentación sana, procurar sueño reparador, consumir alcohol y tabaco de forma moderada y practicar actividades físicas (Yamaguchi *et al.*, 2020; Brooks, 2020). Quizá esto sea medianamente posible en familias o individuos pertenecientes a estratos sociales con ingresos económicos más o menos estables, pero difícil de lograr cuando el desempleo, la enfermedad, los problemas económicos y la pérdida de familiares y amistades forman parte de un inventario de problemas en la sociedad.

En el escenario de la pandemia de COVID-19, ¿qué respuestas han brindado los organismos internacionales para la atención en salud mental en tiempos de pandemia? ¿Qué políticas y estrategias de salud mental han puesto en marcha las autoridades sanitarias de los países? ¿Qué problemas enfrentan los servicios de salud mental? ¿La pandemia de COVID-19 ha causado nuevos

problemas en salud mental o ha exacerbado problemas afrontados, pero no resueltos? La OMS (2020c) realizó una evaluación rápida sobre los efectos de la pandemia de COVID-19 en los servicios para los trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias psicoactivas, cuyos resultados son llamativos debido a la interrupción de servicios basados en enfoques psicosociales y comunitarios y al mantenimiento parcial de servicios de urgencias y atención hospitalaria en hospitales psiquiátricos y hospitales generales.

De junio a agosto de 2020, la OMS (2020c) estudió las consecuencias de la pandemia de COVID-19 en los servicios de salud mental en el mundo. Este organismo internacional recopiló información mediante la aplicación de una encuesta en línea a ser respondida por secretarios o ministros de salud del mundo de junio a agosto de 2020; 130 de 194 países miembros de la OMS, esto es, el 67% de los países respondió la encuesta. Los datos fueron categorizados por región, nivel de ingreso y número de contagios de la COVID-19. La encuesta comprende la recuperación de información sobre la existencia y el financiamiento de los servicios psicosociales y de salud mental, la puesta en marcha de plataformas de coordinación de estos servicios, el nivel de continuación y las causas de interrupción de diferentes servicios de salud mental, las estrategias utilizadas para superar estas interrupciones y los mecanismos de vigilancia e investigación con base en datos sobre los servicios de salud mental.

116 países reportaron que los servicios de salud mental son parte del plan nacional de respuesta ante la COVID-19. No obstante, sólo 17% de estos países han asegurado financiamiento adicional para cubrir los gastos de todas las actividades de los servicios de salud mental. Además, dos terceras partes de los países encuestados poseen

plataformas de coordinación multisectorial de servicios de salud mental. Dicho de otra manera, la mayoría de los gobiernos conceptúa la salud mental como un servicio de salud pública esencial, pero al que se le destina pocos recursos de financiamiento.

La interrupción de servicios de salud mental consiste en: 93% de servicios de salud mental; 100% de los servicios ambulatorios y servicios comunitarios; 75-78% de los programas de salud mental en el trabajo y en las escuelas; 67% de los servicios de psicoterapia y consejería y 30% de acceso a medicamentos proporcionados para trastornos mentales. Estos datos responden a la interrupción de actividades esenciales, lo cual implica evitar el contacto cara a cara entre personal de atención y pacientes y el contagio acelerado, es decir, se promovió el distanciamiento social a costa de la continuación de servicios de salud mental.

El rubro de interrupción de servicios de salud mental para la población vulnerable muestra los siguientes datos con base en el sector atendido: 35% de servicios de emergencias en salud mental; 72% de servicios para la infancia y la adolescencia; 70% en el caso de la atención a adultos mayores; 61% de los servicios de salud mental prenatal y posnatal para mujeres y 53% de programas de prevención de sobredosis y de intervención. Los datos globales son evidentes: la población vulnerable en salud mental ha sido severamente afectada debido a la interrupción de servicios de atención.

En cuanto a la vigilancia e investigación, más del 40% de los países no han recopilado datos sobre trastornos mentales o manifestaciones en personas con COVID-19; más del 60% de los países de las regiones del Sureste Asiático y del Pacífico Occidental reportan recopilación de información,

mientras que la proporción es menor a 50% en países pobres. 66% de los países reportaron estudios relativos a los efectos de la COVID-19 en la salud mental, los trastornos neurológicos o uso de sustancias psicoactivas. En los países ricos, 80% reportaron llevar a cabo investigaciones sobre las consecuencias de la COVID-19 en la salud mental. No obstante, el porcentaje de países que llevan a cabo investigaciones sobre trastornos neurológicos es de 5% y uso de sustancias 15%. La puesta en marcha de protocolos de investigación es disímil por región y, evidentemente, los países ricos destinan más recursos a este rubro en comparación con los países pobres, lo cual ocasiona que se desconozca los efectos de la COVID-19 en gran parte del mundo.

La OMS (2020c), con base en la información arrojada por la encuesta, recomendó tres acciones prioritarias: asignar recursos para poner en marcha servicios de salud mental como un componente integral de la respuesta ante la COVID-19 y de los planes de recuperación, mantener los servicios de salud mental esenciales de acuerdo con las guías recomendadas por la OMS para una atención segura y pronta reapertura de servicios y, finalmente, el fortalecimiento del monitoreo de cambios de la disponibilidad, la atención y el acceso de servicios de salud mental de acuerdo con las condiciones locales de cada país. En particular, los datos sobre el estado de los servicios de salud mental en Latinoamérica no son halagüeños.

De acuerdo con la OPS y la OMS (2020), en la región de Latinoamérica, 27 de 29 países indicaron que los servicios de salud mental y apoyo psicosocial son parte de la respuesta frente a la COVID-19, pero únicamente 2 países tenían pleno financiamiento destinados a estos servicios en el presupuesto gubernamental; 16 países tenían financiamiento parcial y 31 países reportaron

carecer de presupuesto. El dato es llamativo, pero ha sido la respuesta común al tema de la salud mental en la región, incluso antes de la pandemia.

En cuanto a la coordinación multisectorial de los servicios de salud mental y apoyo psicosocial, 22 de 29 países de Latinoamérica indicaron tener una plataforma de coordinación multisectorial de servicios de salud mental y apoyo psicosocial ante la COVID-19; en cambio, siete países indicaron carecer de una plataforma para la coordinación de este tipo de servicios. Aunque los datos ofrecen una coordinación de servicios, la participación de representantes de grupos de usuarios de los servicios se registró en menos de 7 plataformas y la participación de los ministerios de finanzas se dio únicamente en 5 países (OMS y OPS, 2020).

En relación con la inclusión de los servicios de salud mental y apoyo psicosocial en la lista de servicios de salud esenciales, 18 países informaron que los servicios de salud mental formaban parte de la respuesta del país durante la pandemia de COVID-19, mientras que 9 países señalaron que incluían algunos servicios para atender los trastornos mentales y 2 no incluían servicios de salud mental (OMS y OPS, 2020).

En cuanto a las políticas de acceso a los servicios de salud mental, ningún país indicó ni el cierre completo ni la apertura total de los servicios de salud mental. Sin embargo, el análisis mostró que los servicios ambulatorios en hospitales psiquiátricos y en hospitales generales, algunos servicios comunitarios como residencias y centros de día eran los más afectados. De hecho, los servicios de programas de prevención y promoción de la salud mental fueron los más gravemente afectados por la interrupción de sus labores, lo cual incluye a los servicios de salud mental para población vulnerable: servicios de salud mental prenatales y

posnatales, atención a infancias y adolescencias y la intervención en discapacidades. Las causas de la interrupción de estos servicios se debieron a la inasistencia de los pacientes, las restricciones de movilidad, la cancelación de hospitalizaciones, la reducción de personal de salud mental por confinamiento, la redistribución de personal y la reconversión de centros de salud mental como espacios de cuarentena o de tratamiento para la COVID-19 (OMS y OPS, 2020).

Tanto a nivel global como en la región de Latinoamérica, una forma de superar la interrupción de los servicios de salud mental ha radicado en la telemedicina o teleconsulta para sustituir las consultas presenciales, lo cual incluye la atención vía telefónica para servicios de salud mental y apoyo psicosocial. Cabe subrayar que el reporte de la OMS enfatiza la subutilización de la capacitación de personal general de salud en competencias psicosociales básicas e intervenciones comunitarias. Por último, la OMS y la OPS (2020) reportan la existencia de investigaciones en curso sobre los efectos de la COVID-19 en la salud mental en 15 de 29 países de Latinoamérica; dicho de otra manera, la mitad de los países de la región no invierte en investigación en salud mental, lo cual compromete el diseño y la puesta en marcha de políticas, programas y estrategias de atención fundamentados en el conocimiento disponible.

¿A qué se debe que los servicios de salud mental sean una preocupación para los gobiernos, pero a la que se le destinan pocos recursos financieros, humanos y materiales para su operación? ¿El hecho de que los servicios comunitarios y psicosociales sean los más afectados en cuanto a apoyos económicos radica en la importancia de evitar el contagio acelerado de la COVID-19 o se trata de un tema de larga data? ¿No acaso los servicios comunitarios y psicosociales en el escenario de

la pandemia de COVID-19 deberían ser espacios de apoyo esencial para la población vulnerable y, además, para aquellas personas que requieren apoyo psiquiátrico y psicológico debido al desempleo, la pérdida de familiares y amistades, al aislamiento y, posiblemente, a la depresión y ansiedad derivada de un acontecimiento significativo como la enfermedad y la muerte?

En la actualidad, el campo de la salud mental ha mostrado avances significativos en el tratamiento de los llamados trastornos mentales. Los avances en el campo biomédico han dado cuenta de la complejidad de los procesos neurológicos y bioquímicos del cerebro como base de la etiología y pronóstico de este tipo de trastornos. A su vez, el paradigma biomédico es la perspectiva predominante en este tipo de atención clínica, lo cual tiene como efecto la elisión de las cuestiones socioculturales que giran en torno a los trastornos mentales y de los aportes de la intervención psicosocial en el campo de la salud mental.

De acuerdo con el Atlas Mundial de Salud Mental de la OMS (2015), 68% de los países miembros de la OMS tienen una política o un plan de salud mental y 51% de estos países han diseñado y puesto en marcha leyes sobre salud mental. Sin embargo, en muchos otros países, las políticas públicas y las leyes no están diseñadas acorde a la protección de los derechos humanos, su implementación es débil y las personas con trastornos mentales y sus familias son parcialmente involucrados. A esto se suma los recursos económicos asignados al campo de la salud mental: el gasto público en los servicios de salud mental es bajo en países con ingresos bajos y medios, esto es, menos de dos dólares per cápita, y una gran proporción de los recursos económicos son destinados a los hospitales psiquiátricos.

Globalmente, de acuerdo con la OMS (2015), el promedio de profesionales en salud mental es de 9 por cada 100 000 habitantes, pero existe una variación extrema: 1 por cada 100 000 habitantes en países con ingresos bajos y hasta 50 en países con ingresos altos. 41% de miembros pertenecientes a la OMS tienen al menos dos programas de promoción y de prevención y de más de 400 programas reportados, la mitad están enfocados a actualizar la bibliografía especializada en salud mental y a combatir el estigma. Dicho de otro modo, la formación de cuadros de especialistas en salud mental es insuficiente en la intervención de los trastornos mentales.

Además, las personas con trastornos mentales presentan tasas desproporcionadamente elevadas de discapacidad y mortalidad (OMS, 2015). Por ejemplo, las personas con depresión mayor o esquizofrenia tienen una probabilidad de muerte prematura de alrededor de un 40% a 60% mayor que la población en general, debido a los problemas de salud física que a menudo no son atendidos, como es el caso del cáncer, las enfermedades cardiovasculares, la diabetes y la infección por VIH. Los trastornos mentales influyen a menudo en este tipo de padecimientos, razón por la cual se requiere de servicios de atención multidisciplinarios (OMS, 2015).

De acuerdo con datos internacionales, la depresión predispone al infarto de miocardio y a la diabetes y estos padecimientos, a su vez, propician la configuración de cuadros depresivos (OMS, 2013, 2015; OPS y OMS, 2014; SSA, 2013). La OMS (2015) advirtió que la depresión es un trastorno mental frecuente, afecta a alrededor de 350 millones de personas en el mundo, es la principal causa mundial de discapacidad, contribuye de forma muy importante a la carga mundial general de morbilidad, afecta más a las mujeres que a los

varones y, además, puede conducir al suicidio. Aunque hay tratamientos eficaces para la depresión, más de la mitad de los afectados en todo el mundo, y más del 90% en muchos países, no recibe esos tratamientos. A pesar de este escenario, en 2014 la carga mundial de depresión y de otros trastornos mentales estaba en aumento. Estos datos de este organismo internacional dan cuenta de un problema relevante a escala global, pero que no ha formado parte de una atención prioritaria para los sistemas de salud del mundo.

El mundo occidental ha afrontado el problema de los llamados trastornos mentales sin resolverlo: la creación del asilo y su tratamiento moral, el establecimiento del manicomio y sus prácticas de encierro y la instauración del hospital psiquiátrico como eje de atención en salud mental (Foucault, [1964] 2010a; [1964] 2010b; [2003] 2007; Saraceno, [1995] 2003; Desviat, 1994; 2007). Estas tres formas de atención han respondido, por una parte, a una sensibilidad moral hacia los trastornos mentales y, por otra, a la forma de conceptualizarlos: la eliminación de la locura mediante el restablecimiento de la razón con base en el trabajo; la modificación de hábitos mediante rutinas estériles y la medicalización implacable del paciente psiquiátrico (Saraceno, [1995] 2003; Ortiz, 2013; Ortiz, Femat y Rojas, 2020). Hoy en día, el hospital psiquiátrico es el eje de atención en el mundo y es la instancia que absorbe en su mayor parte los recursos destinados a este rubro, razón por la cual la hospitalización es el tipo de intervención fundamental en salud mental, lo cual explica el hecho de que los servicios comunitarios o basados en perspectivas psicosociales hayan sido interrumpidos o, en su caso, subutilizados debido en la pandemia de COVID-19. Dicho de otra manera, los servicios de salud mental tienen un enfoque clínico-hospitalario, basados en el paradigma biomédico, y carecen de programas de atención

comunitaria y psicosocial en el mundo, cuando en el escenario de pandemia de COVID-19 se requiere su intervención creativa y eficaz.

Aunque en la actualidad las causas de los trastornos mentales están conceptualizadas desde una visión biopsicosocial, las limitaciones del paradigma biomédico como enfoque único de intervención en la salud mental son evidentes: los problemas de la vida cotidiana, los trastornos mentales, neurológicos y los derivados del uso de sustancias psicoactivas deben ser tomados en cuenta como factores determinantes del sufrimiento psíquico del sujeto y cuanto más por los efectos de la pandemia de COVID-19: confinamiento en casa, desempleo, precarización de la vida, pérdida de familiares y amigos, entre otros. El uso del concepto de sufrimiento o conflicto psíquico es pensado en referencia a las aportaciones del psicoanálisis, esto es, se trata de un producto del estado de civilización, considerando la forma en la que el sujeto se relaciona con las instituciones que lo determinan, tales como la familia, el Estado y la sociedad (Freud, ([1929] [1930] 2006). Desde esta perspectiva, el sujeto niega el origen de dichos sufrimientos porque desconoce su naturaleza interna, los cuales pueden estar caracterizados por la precarización de la vida, el problema de acceso a bienes y servicios sociales, las constantes crisis económicas que vulneran la vida social, familiar y biológica, entre otros.

La atención brindada al tema de la salud mental ha sido circunstancial a los casos de emergencias en el mundo; dicho de otra manera, la salud mental no ha sido una cuestión predominante en el mundo social ni un tema de interés fundamental para el Estado, la sociedad y sus instituciones (Saraceno, [1995] 2003; Ortiz, 2013). Además, debido al estigma social que implica el diagnóstico psiquiátrico, las personas rechazan el tratamiento

médico de los trastornos mentales y, en muchos casos, es origen de discriminación social (Bentall, [2009] 2011; Goffman, ([1961] 2009), lo cual queda en evidencia frente a la actual pandemia de COVID-19. Poner la salud mental como un problema fundamental a atender en las políticas de salud es necesario, pero reduccionista si sólo se pretende intervenir desde la farmacología, la modificación de hábitos y la hospitalización. El debate sobre la intervención en salud mental, lejos de convertirse en una discusión compleja y altamente especializada que permita la articulación de vínculos sociales fragmentados, sigue anclada al paradigma del entretenimiento, descontextualizado de las realidades de la vida cotidiana que viven las personas que experimentan algún tipo de sufrimiento psíquico (Guinea, 2015; Bentall, [2009] 2011; Saraceno, [1995] 2003; Guinsberg, 2015).

La pandemia de COVID-19 también ha ayudado a abrir el debate sobre la relevancia, pertinencia y vigencia de la salud mental y la importancia de los vínculos sociales y el riesgo de su fragmentación (Rajkumar, 2020; Chew *et al.*, 2020; Ćosić *et al.*, 2020; Roy *et al.*, 2020; Fegert *et al.*, Jiao *et al.*, 2020). Sin embargo, es preocupante que esto sea realizado únicamente desde una mirada medicalizante y enfocada a la disminución de signos y síntomas. La intervención en la salud mental debería coadyuvar a construir formas de trabajo colectivo, con la finalidad de advertir que los sufrimientos psíquicos son, en parte, efecto del estado de cultura y que la vida familiar y la atención a la salud, por ejemplo, se fundamentan en el conflicto y la tensión constante, lo cual pone en cuestión las perspectivas voluntaristas referentes a la aspiración de un estado social de bienestar utópico abstracto (Ortiz, 2016; 2018). Habrá que tener presente los efectos de la pandemia y el confinamiento prolongado de sectores socia-

les en condiciones de vulnerabilidad, tales como las infancias, las mujeres y las minorías étnicas. Aunque se ha advertido del riesgo de contagio y agotamiento físico de trabajadores de salud en servicios destinados a tratar casos de COVID-19, tales como médicos y enfermeras, también hay que tener presente la forma en la que este sector está afrontando la emergencia y los efectos anímicos que tendrá el experimentar sufrimientos y decesos elevados de pacientes hospitalizados. Personal médico y paramédico, enfermos que han superado la enfermedad, grupos familiares que han perdido miembros a causa de la pandemia, niños y adolescentes, entre otros, son actores sociales importantes por considerar sobre la forma tanto de apreciar esta emergencia sanitaria como de afrontar las vicisitudes cotidianas en esta pandemia. Entonces, desde nuestro punto de vista, además de contar con datos estadísticos y mensurables, también es importante recuperar la experiencia de actores sociales en el escenario de la pandemia de COVID-19 (Wa-Mbaleka y Pedro Costa, 2020).

En síntesis, la violencia familiar y la salud mental son campos socialmente relevantes a partir de los cuales se pueden plantear líneas de investigación importantes con la finalidad de delimitar problemas estructurales y aquellos que se han gestado a partir de la pandemia de COVID-19. Las formas de conceptualizar la vida familiar deben superar los enfoques voluntaristas sobre este grupo social y tener presente que, si bien históricamente se le ha considerado como un campo social de cuidado y protección, también es un territorio donde se reproduce la violencia familiar y de género y hacia las infancias en particular. Por último, el concepto de salud mental determina que la intervención en este campo sea con base en el paradigma biomédico y, con base en esto, se justifica la medicalización implacable de la vida del sujeto, cuando lo

que está en cuestión son los vínculos significativos del sujeto.

Reflexiones finales

Los momentos de crisis han permitido en la historia de las sociedades visibilizar las condiciones socioeconómicas, culturales y emocionales reales de los individuos y los grupos. La situación de pandemia de COVID-19 permite reflexionar acerca de los diferentes efectos que tiene en la sociedad; de hecho, los efectos de esta pandemia no se reducen a los procesos biológicos, sino que tiene implicaciones significativas para la vida de los individuos y los grupos sociales. En el caso de este trabajo, la violencia familiar y la salud mental son ámbitos problemáticos socialmente relevantes, focos de atención y de reflexión, que resulta importante revisar en estos momentos de pandemia, pero también en cuanto a las repercusiones que estos campos tendrán a mediano y largo plazo. Por ende, desde el trabajo académico, pensamos necesario plantear líneas de investigación orientadas a solucionar los problemas socioculturales que giran en torno a estos dos ámbitos. En particular, a partir de los paradigmas cualitativos en investigación social, resulta relevante recuperar la experiencia de los actores sociales.

La familia es un grupo fundamental de la sociedad, al cual se le ha responsabilizado en exceso el cuidado de los enfermos, los adultos mayores y las infancias; sin embargo, los conflictos familiares y, en particular, la violencia familiar comúnmente está fundamentada en relaciones asimétricas de poder entre mujeres y hombres, donde el interés de los segundos, orientado a la reproducción y fortalecimiento del capital simbólico, ocasiona que se tome a la mujer y a las infancias como objetos de intercambio y maltrato; el aumento significativo de la violencia de género y

contra las infancias suscita la idea de que la vida familiar debe ser un tema a interrogar en el ámbito de este escenario crítico. En particular, el trabajo con familias puede construir estrategias de intervención con una perspectiva de género, para recuperar discursos familiares y experiencias sobre la forma en la que se han organizado ante el confinamiento, los efectos de haber tenido a familiares diagnosticados con COVID-19 y la pérdida de algunos de sus miembros en esta emergencia sanitaria. Las representaciones familiares sobre la pandemia proponen líneas de investigación socialmente relevantes porque permitirían otear en un espacio microsociedad la forma en la que las familias han afrontado las vicisitudes gestadas por esta emergencia sanitaria.

Asimismo, la salud mental es un tema de interés circunstancial para las autoridades sanitarias debido a la pandemia de COVID-19, cuando debe ser, también, un tema fundamental de discusión en la sociedad y, específicamente, en el ámbito de la salud pública. Históricamente, se ha justificado encerrar, hospitalizar y medicalizar la locura, las enfermedades y los trastornos mentales. El distanciamiento físico prolongado, el resguardo voluntario, el cierre de actividades no esenciales, la educación remota en confinamiento y la cuarentena recomendada en caso de ser diagnosticado de COVID-19 ha ocasionado y, quizá en algunos casos evidenciado, el distanciamiento social y la fractura de los vínculos significativos.

Los problemas explorados a lo largo de este trabajo son una muestra de lo que la misma cuestión social ha fracturado, por lo que para su análisis y mayor comprensión se hace necesario un abordaje desde su propio contexto, no en términos descriptivos, sino la significación, el alcance, los antecedentes y circunstancias en las que existe, tanto del proceso de elaboración de su problemática como

de las repercusiones que el conocimiento producido pueda tener para la sociedad. Rescatar la historicidad de los fenómenos sociales que se propongan abordar, su relación con los otros objetos y fenómenos con los que se relaciona y de los que

forma parte, movilizar nuestro conocimiento, ampliar el alcance de nuestra visión hacia una forma de pensamiento que integre la complejidad de la realidad.

Referencias bibliográficas

- Atalan, A. (2020). “Is The Lockdown Important to Prevent The COVID-19 Pandemic? Effects on Psychology, Environment and Economy-Perspective”, *Annals of Medicine and Surgery*, vol. 56: 38-42.
- Balluerka, N. et al. (2020). *Las consecuencias psicológicas de la COVID-19 y el confinamiento. Informe de investigación*. Bilbao: Servicio de Publicaciones del País Vasco.
- Bentall, R. ([2009] 2011). *Medicalizar la mente. ¿Sirven de algo los tratamientos psiquiátricos?* Barcelona: Herder.
- Bourdieu, P. ([1998] 2007). *La dominación masculina*. Barcelona: Anagrama.
- Brooks, S. et al. (2020) “The Psychological Impact of Quarantine and How to Reduce It: Rapid Review of The Evidence”, *The Lancet*, vol. 395, Núm. 10227: 912-920.
- Callahan, D. (dir.) ([1996] 2007). *Los fines de la medicina*. Barcelona: Fundación Víctor Grífols i Lucas, Cuadernos de la Fundación Víctor Grífols i Lucas No. 11, 5-81.
- Carballeda, A. ([2002] 2007). *La intervención en lo social. Exclusión e intervención en los nuevos escenarios sociales*. Buenos Aires: Paidós.
- Certeau, M. de ([2002] 2011). *Historia y psicoanálisis*. México: Universidad Iberoamericana e Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Occidente.
- Chew, Q. et al. (2020). “Narrative Synthesis of Psychological and Coping Responses towards Emerging Infectious Disease Outbreaks in The General Population: Practical Considerations for The COVID-19 Pandemic”, *Singapore Medical Journal*, vol. 61, Núm. 7: 350-356.
- Columbus, C., Brust, K. and Arroliga, A. (2020). “2019 Novel Coronavirus: An Emerging Global Threat”, *Baylor University Medical Center Proceedings*, vol. 33, Núm. 2: 209-212.
- Consejería Presidencial para la Equidad de la Mujer (2020). Tercer Boletín sobre la atención de la Línea 155 en el contexto de medidas de aislamiento preventivo por Coronavirus en Colombia. <http://www.equidadmujer.gov.co/prensa/2019/Documents/linea-155-Boletin-3.pdf> (consulta 19 de octubre de 2020).
- Ćosić, K. et al. (2020). “Impact of Human Disasters and COVID-19 Pandemic on Mental Health: Potential of Digital Psychiatry”, *Psychiatria Danubina*, vol. 32, Núm. 1: 25-31.
- De Sousa, B. (2020). *La cruel pedagogía del virus*. Buenos Aires: CLACSO.
- Delegación del Gobierno para la Violencia de Género (2020). Boletín estadístico mensual. España. https://violenciagenero.igualdad.gob.es/violenciaEnCifras/boletines/boletinMensual/2020/docs/BE_junio2020.pdf (consulta 19 de octubre de 2020).
- Desviat, M. (1994). *La reforma psiquiátrica*. Madrid: Dor.
- Desviat, M. (2007). “Crítica a la razón psiquiátrica”, *Archipiélago. Cuadernos de crítica y cultura*, Núm. 76: 29-37.

- Fegert, J.M. *et al.* (2020). “Challenges and Burden of The Coronavirus 2019 (COVID-19) Pandemic for Child and Adolescent Mental Health: A Narrative Review to Highlight Clinical and Research Needs in The Acute Phase and The Long Return to Normality”, *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, vol. 14, Núm. 1: 1-11.
- Figueroa, W. y Toledo, C. (2020). De los discursos a los hechos: Violencias contra las mujeres y la ausencia de políticas gubernamentales para garantizar una vida libre de violencias antes y después del COVID-19. Red Nacional de Refugios, A. C. Dossier preparatorio que presentará la Red Nacional de Refugios para el Informe Alternativo CEDAW 2020. https://rednacionalderefugios.org.mx/wp-content/uploads/2020/09/INFORME_compressed.pdf (consulta 19 de octubre de 2020).
- Foucault, M. ([2003] 2007). *El poder psiquiátrico. Curso en el Collège de France (1973-1974)*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- Foucault, M. ([1964] 2010a). *Historia de la locura en la época clásica I*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Foucault, M. ([1964] 2010b). *Historia de la locura en la época clásica II*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Freud, S. ({1929} [1930] 2006). “El malestar en la cultura”. En: Freud, S. *El porvenir de una ilusión y El malestar en la cultura y otras obras (1927-1931)*, Obras Completas, Tomo XXI. Buenos Aires: Amorrortu, 57-140.
- Gobierno de la CDMX (2020). Ley de asistencia y prevención de la violencia familiar. Publicado en el Diario Oficial de la Federación el 9 de julio de 1996. Texto vigente. Última reforma publicada en la Gaceta Oficial de la Ciudad de México el 5 de abril de 2017. México: Gobierno de la Ciudad de México. https://data.consejeria.cdmx.gob.mx/images/leyes/leyes/LEY_DE_ASISTENCIA_Y_PREVENCIÓN_DE_LA_VIOLENCIA_FAMILIAR_1.pdf (consulta 26 de octubre de 2020).
- Goffman, E. ([1961] 2009). *Internados. Ensayos sobre la situación de los enfermos mentales*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Guinea, R. (2015). “Rehabilitación psicosocial, perspectivas en el mundo”, *Tramas. Subjetividad y procesos sociales*, año 26, 13-39.
- Guinsberg, E. (2015). “Introducción a las nociones de “salud” y “enfermedad mental””. En: Paz, A. L. (coord.) *El sujeto y el campo de la salud mental*. México: UAM Xochimilco, 17-49.
- INEGI (2019). Estadísticas a propósito del Día Internacional de la Eliminación de la Violencia contra la Mujer (25 de noviembre). https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2019/Violencia2019_Nal.pdf (consulta 20 de octubre de 2020)
- Jiao, W.Y. *et al.* (2020). “Behavioral and Emotional Disorders in Children during The COVID-19 Epidemic”, *The Journal of pediatrics*, vol. 221: 264-266.
- Lacapra, D. ([2004] 2006). *Historia en tránsito. Experiencia, identidad, teoría crítica*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Lai, C.C. *et al.* (2020). “Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2 (SARS-CoV-2) and Coronavirus Disease-2019 (COVID-19): The Epidemic and The Challenges”, *International Journal of Antimicrobial Agents*, vol. 55, Núm. 3: 1-9.
- Leung, C. (2020). “The Difference in The Incubation Period of 2019 Novel Coronavirus (Sarscov-2) Infection between Travelers to Hubei and Nontravelers: The Need for A Longer Quarantine Period”, *Infection Control and Hospital Epidemiology*, vol. 41, Núm. 5: 594-596.
- Lévi-Strauss, C. ([1956] 1974). “La familia”. En: Gough, K., Lévi-Strauss, C. y Spiro, M. E. *Polémica sobre el origen y la universalidad de la familia*. Barcelona: Anagrama: 7-59.
- Li, Q. *et al.* (2020). “Early Transmission Dynamics in Wuhan, China, of Novel Coronavirus-Infected

- Pneumonia”, *New England Journal of Medicine*, Vol. 382, Núm. 13: 1199-1207.
- López-Calva, L. F. (2020). ¿No hay lugar más seguro que el hogar? El aumento en la violencia doméstica y de género durante los confinamientos por COVID-19 en ALC. <https://www.latinamerica.undp.org/content/rblac/es/home/presscenter/director-s-graph-for-thought/no-safer-place-than-home---the-increase-in-domestic-and-gender-b.html> (consulta 10 diciembre de 2020)
- Ministerio de las Mujeres, Género y Diversidad (2020). Datos públicos Línea 44. Cantidad de comunicaciones por violencias de género recibidas 2020. <https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/octubre-linea144-infografia-editable.pdf> (consulta 12 de octubre de 2020)
- OMS (2013). *Plan de acción sobre salud mental 2013-2020*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- OMS (2015). *Mental Health Atlas 2014*. Geneva: World Health Organization.
- OMS (2020a). COVID-19 Weekly Epidemiological Update. <https://www.who.int/publications/m/item/weekly-epidemiological-update---15-december-2020> (consulta 15 de diciembre de 2020).
- OMS (2020b). Alocución de apertura del Director General de la OMS en la rueda de prensa sobre la COVID-19 celebrada el 11 de marzo de 2020. OMS. <https://www.who.int/es/dg/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19---11-march-2020> (consulta 20 de septiembre de 2020).
- OMS (2020c). *The Impact of COVID-19 on Mental, Neurological and Substance Use Services: Results of A Rapid Assessment*. Geneva: World Health Organization.
- ONU (2020). Violencia contra las mujeres: la pandemia en la sombra. Declaración de Phumzile Mlambo-Ngcuka, Directora Ejecutiva de ONU Mujeres. <https://www.unwomen.org/es/news/stories/2020/4/statement-ed-phumzile-violence-against-women-during-pandemic> (consulta 1 de octubre de 2020).
- OPS (2020). Prevención de la violencia. <https://www.paho.org/es/temas/prevencion-violencia> (15 de octubre de 2020).
- OPS y OMS (2014). *Plan of Action on Mental Health 2015-2020*. Washington: Pan American Health Organization and World Health Organization.
- OPS y OMS (2020). *La repercusión de la COVID-19 en los servicios para los trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias psicoactivas en la Región de las Américas: resultados de una evaluación rápida*. Washington: Organización Panamericana de la Salud.
- Ortiz, A. (2013). Representaciones sociales de la familia del paciente con esquizofrenia paranoide. El caso del Hospital Parcial de Fin de Semana del Hospital Psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez”, Tesis de Maestría en Psicología Social de Grupos e Instituciones. México: UAM-Xochimilco.
- Ortiz, A. (2016). “Intervención psicosocial: escenarios, tensiones y perspectivas”. En: *Anuario de Investigación 2015*. México: Universidad Autónoma Metropolitana Unidad Xochimilco, 681-704
- Ortiz, A. (2018). “Familia, salud mental comunitaria e intervención psicosocial”. En Femat, M.L.P. y Ortiz, A. *Estudios de familias. Colección Cuadernos del DEC, Tomo V*. México: Universidad Autónoma Metropolitana Unidad Xochimilco, 221-238.
- Ortiz, A; Femat, M.L.P. y Rojas, E.G. (2020). “El campo de la salud mental: reformas paradigmáticas, medicalización y comunidad”, *Salud Problema*, Núm. 26: 109-131.
- Rajkumar, R.P. (2020). “Attachment Theory and Psychological Responses to the COVID-19 Pandemic: A Narrative Review”, *Psiquiatria Danubina*, vol. 32, Núm. 2: 256-261.
- Roy, D. *et al.* (2020). “Study of Knowledge, Attitude, Anxiety & Perceived Mental Healthcare Need in Indian Population during COVID-19 Pandemic”, *Asian Journal of Psychiatry*, Vol. 51: 1-7.
- Roychowdhury, D. (2020). “2019 Novel Coronavirus

- Disease, Crisis, and Isolation”, *Frontiers in Psychology*, Vol. 11: 1-6.
- Saraceno, B. ([1995] 2003). *La liberación de los pacientes psiquiátricos. De la rehabilitación psicosocial a la ciudadanía posible*. México: Pax.
- Saucedo, I. (2002). “De la amplitud discursiva a la concreción de las acciones: los aportes del feminismo a la conceptualización de la violencia doméstica”. En: Urrutia, E. (ed.) *Estudios sobre las mujeres y las relaciones de género*. México: Colegio de México, 265-288.
- Secretariado Ejecutivo del Sistema Nacional de Seguridad Pública (2020). Información sobre la violencia contra las mujeres. Incidencia delictiva y llamadas de emergencia 911. Centro Nacional de Información. Información con corte al 30 de septiembre de 2020. <https://www.gob.mx/sesnsp/articulos/informacion-sobre-violencia-contra-las-mujeres-incidencia-delictiva-y-llamadas-de-emergencia-9-1-1-febrero-2019> (consulta 1 de diciembre de 2020).
- Seligman, M. (1992). *Indefensión. En la depresión, el desarrollo y la muerte*. Madrid: Debate.
- Sheng, W.H. et al. (2020). “SARS-CoV-2 and COVID-19”, *Journal of Microbiology, Immunology and Infection*, vol. 53, Núm. 3: 363-364.
- SSA (2013). *Programa de Acción Específico. Salud Mental 2013-2018. Programa Sectorial de Salud*. México: Secretaría de Salud.
- Stawicki, S. et al. (2020). “The 2019-2020 Novel Coronavirus (Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2) Pandemic: A Joint American College of Academic International Medicine-world Academic Council of Emergency Medicine Multidisciplinary COVID-19 Working Group Consensus Paper”, *Journal of Global Infectious Diseases*, vol. 12, Núm. 2: 47-93.
- UNWOMEN (2020). COVID-19 and Ending Violence Against Women and Girls. <https://www.unwomen.org/en/digital-library/publications/2020/04/issue-brief-covid-19-and-ending-violence-against-women-and-girls> (consulta 5 de noviembre de 2020).
- Wa-Mbaleka, S. y Pedro Costa, A. (2020). “Qualitative Research in The Time of A Disaster like COVID-19”, *Revista Lusófona de Educacao*, vol. 48, Núm. 48: 11-26.
- WomenNow (2020). Las consecuencias psicológicas de la pandemia son peores en mujeres que en los hombres. <https://www.womennow.es/es/noticia/consecuencias-psicologicas-pandemia-coronavirus-mujeres/> (consulta 3 de agosto de 2020).
- Yamaguchi, K. et al. (2020) “Role of Focusing on The Positive Side during COVID-19 Outbreak: Mental Health Perspective from Positive Psychology”, *Psychological trauma: Theory, Research, Practice and Policy*, vol. 12, Núm. S1: 49-50.
- Yuen, K.S. et al. (2020). “SARS-CoV-2 and COVID-19: The Most Important Research Questions”, *Cell & Bioscience*, vol. 10, Núm. 1: 1-5.
- Žižek, S. (2020). *Pandemic! COVID-19 Shakes The World*. New York: Polity Press.

Del personalismo a una bioética científica y humanista

Héctor Daniel Salazar Holguín*

RESUMEN

Las Bioéticas contemporáneas tienen como fundamentos tres fuentes y tres partes integrantes: la filosofía, la religión o la ciencia. Así, la deontología y el principialismo se fundamentan en la filosofía idealista neokantiana, el personalismo en filosofías irracionales que conllevan a la teología cristiana y la casuística en un positivismo empiricista. Empero, por una parte, las ciencias de la salud (de las biomédicas a la Medicina Social) han demostrado plenamente su capacidad para conocer la verdad demostrable del proceso salud-enfermedad en su integridad y de su atención (de la primaria y clínica a la política de salud) y con esta base definir al respecto lo que objetivamente está bien o mal, es bueno o es malo, moral o inmoral, de modo muy superior a la filosofía y, sobre todo, de la religión. Por otra parte, el humanismo materialista e histórico ha desarrollado también de manera muy superior el conocimiento de la persona humana como ser social. En consecuencia, la bioética científica y humanista sintetiza dialécticamente la medicina basada en evidencias y la social con los principios y los valores morales bioéticos, mediante una epistemología y una filosofía materialista, histórica y dialéctica del humanismo. Como un ejemplo de ello, aquí se examina críticamente el personalismo y su alternativa científica y humanista en el ámbito específico de la bioética médica; a fin de avanzar en una metodología que resuelva más adecuadamente los problemas y los dilemas bioéticos respecto de la investigación del proceso salud-enfermedad integral (bio-psico-social) y de su atención médica alopática en todas sus modalidades y niveles.

PALABRAS CLAVE: personalismo, bioética científica y humanista.

From personalism to a scientific and humanist bioethics

ABSTRACT

The contemporary Bioethics have as foundations three sources and integrant parts: philosophy, religion, or science. Thus, deontology and principialism are based in the neo-kantian idealist philosophy; the

* Maestro en Medicina Social por la Universidad Autónoma Metropolitana (UAM) - Unidad Xochimilco. Epidemiólogo en el Hospital General Regional (HGR) I Unidad Chihuahua del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y presidente del Comité Hospitalario de Bioética del HGR I del IMSS. hector.salazar@imss.gob.mx

Fecha de recepción: 07 de enero de 2021.

Fecha de aceptación: 27 de febrero de 2021.

personalism in irrationalist philosophy that carries to christian theology; and the casuistry in a empiricist positivism. However, on one side, the health sciences (from biomedical to Social Medicine) have fully demonstrated the ability to know the truth about the health-disease process in its entirety and its care (from primary to health policy) and, from this base, to define objectively what it's right or wrong, bad or good, moral or immoral about them, in very superior way as philosophy and, above all, as religion do. On the other hand, the materialist and historical humanism had also developed in also very superior way the human person knowledge as a social being. Concomitantly, the scientific and humanist bioethics synthesize dialectically the evidence-based medicine with the bioethics principles and moral values, through the materialist and historical philosophy about the humanism. As an example of it, here is critically examined the personalism and its scientific and humanist alternative in the specific field of the medical bioethics; in order to advance a methodology that more adequately solves the bioethics problems and dilemmas regarding the research about the entirety health-disease process (bio-psycho-social) and its allopathic health care in all its modalities and levels.

KEY WORDS: personalism, scientific and humanist bioethics

Es necesario que se deje de considerar la ética como un muestrario de opiniones, arbitrariedades y utopías de pensadores ilustres, y se pase a construir una ética científica, como ciencia de la conducta deseable, que emplee el método científico y los conocimientos científicos acerca del individuo y de la sociedad.

Mario Bunge (1976: p. 13)

cran a la Bioética su investigación y su atención social y, de ésta, particularmente su atención médica en todas sus modalidades y niveles. Y dada la hegemonía global de la medicina alopática en la actualidad, se ha conformado una *bioética médica*, que involucra desde sus procesos biomédicos y clínicos hasta los sociales (Thompson, s.f.; León, 2009).

Introducción

La Bioética se ha desarrollado de manera muy compleja y diversa, debido a sus amplias y múltiples implicaciones. Como disciplina especializada de la Ética, tiene fundamentos filosóficos idealistas, materialistas, dialécticos y teológicos y, así mismo, implica paradigmas epistemológicos racionalistas, empiristas, dialécticos y religiosos. Y aplicada a la vida en general, abarca desde la vida humana y sus procesos de salud-enfermedad, envejecimiento y muerte, hasta la biosfera toda. En el caso de los procesos vitales humanos, involu-

La Bioética médica, en particular, se ha constituido al conjuntar una parte *teórica* (la ética) y otra *práctica* (o moral), con el propósito de fundamentar el bien y el mal, lo bueno y lo malo, de los conocimientos, las creencias, actitudes, intenciones, conducta y acciones de los sujetos sociales respecto del proceso salud-enfermedad humano, de su atención médica e investigación científica de ambos; concretándose en diversos códigos correspondientes. Y por fundamentarse en una *teoría* propiamente dicha, por necesidad, todas las bioéticas médicas han debido elegir en última instancia una filosofía: idealista, materialista o dialéctica o una teología y, en correspondencia, una

epistemología racionalista, empirista o dialéctica o religiosa. Por ello las distintas Éticas, en general, y las Bioéticas médicas, en particular, tienen como fundamento respectivamente tres fuentes y tres partes integrantes: *filosofía*, *religión* o *ciencia*; ya sea de manera única o primordial con alguna combinación de ellas.

Con tales fundamentos, se han conformado y desarrollado tres posturas principales en la Bioética médica contemporánea: (1) las que optaron por el *idealismo* filosófico, como la *deontología*, el *principialismo* y el *personalismo*; si bien las dos primeras lo hicieron mediante el *racionalismo* neokantiano y la tercera por el *irracionalismo*. (2) En contraparte, aunque la *bioética casuística* pretende “mantenerse alejada del todo de las perspectivas teoréticas y clama por la operación en un nivel *preteórico*” (DuBose, 1994: 15); en los hechos opera con fundamentos filosóficos *positivistas* y epistemológicos *empiristas*. (3) Y la bioética científica-humanista se está conformando merced a una síntesis de la *medicina basada en evidencias* y *social* con una epistemología y una filosofía *históricas*, *materialistas* y *dialécticas*.

En sus *Principles of Biomedical Ethics*, Beauchamp y Childress (2019) dicen que, si bien todas las bioéticas “contienen elementos morales interesantes, ninguna es suficiente para el ámbito biomédico”; ya sea que apliquen un modelo deductivo (de la teoría a la práctica) o inductivo (la generalización de casos particulares). Por ende, aspiraron una “teoría coherente” y un “equilibrio reflexivo” que integrara ambos modelos. Para ello aceptan que, en el *nivel inferior*, los “juicios particulares y acciones” del principialismo se realizan en un *nivel intermedio* mediante cuatro *principios* fundamentales (no maleficencia, beneficencia, autonomía y justicia), que provienen de las “teorías éticas”; y ambos niveles “encuentran

su justificación en el *nivel superior*” en el que privilegian a la teoría ética neokantiana; en la cual se considera que los imperativos categóricos abstractos (o principios éticos) son trascendentales, universales y eternos, aplicables en todo tiempo, circunstancia y sociedad; de aquí su denominación de *principialismo*. Y aunque dijeron que su propuesta “no es ni una teoría moral ni tampoco un método de la bioética”, terminaron incluyendo al principialismo como uno de los “tres métodos o perspectivas en la ética religiosa” (Requena, 2005: 21). Con Kant debieron exclamar: “Tuve pues que anular el *saber* para dar cabida a la *fe*” (Kant, 1996: 19).

Por su parte, A. R. Jonsen consideró al principialismo como un “método canónico”, por lo cual propuso la *casuística* como mejor método bioético por ser *inductivo*; al partir de un primer plano con las “circunstancias particulares del caso” individual o personal, para definir en un plano intermedio “todas las características morales relevantes que intervienen en su valoración”; y hasta “el fondo se incluye tanto la teoría moral como el *ethos* cultural”. De esta manera, para Jonsen “la casuística se mueve entre el primero y el segundo nivel”; esto es, en el de la experiencia, de los casos y enunciados singulares de observación con base en un principio del empirismo (Requena, 2005: 28). Empero, como señalara Karl Popper, la inducción *per se* es imposible, pues requiere siempre de un principio *deductivo* para la generalización de casos particulares. De hecho el método científico, en general, y las ciencias de la salud, en particular, no recurren a un razonamiento inductivo, sino *hipotético-deductivo* (Banegas et al, 2000: 328). Y en el caso de la casuística, “todas las características morales relevantes que intervienen en la valoración” de un dilema bioético concreto no pueden sino conformarse mediante una *teoría ética* determinada, por muy en el

“fondo” que se la considere y no inmediata (Requena, 2005: 28).

Es frente a tales posturas extremas en bioética: de un principialismo idealista y racionalista, a la casuística positivista y empirista que el personalismo pretende constituirse en la alternativa “más práctica” para la bioética, al considerar que “el curso óptimo de acción no está en los extremos, sino en el medio o cercano a él, siguiendo el concepto aristotélico de virtud” y del justo medio (Farías y Hall, 2020: 34).

La filosofía *Personalista*

Ante el Principialismo y la Casuística, algunas instancias como el Comité Nacional de Bioética de México, a través de autores como Eduardo Farías Trujillo (“maestro en ética aplicada y bioética, así como en teología y ciencias patrísticas”); han propuesto otros “métodos” bioéticos que, aun cuando dicen que “no pensamos que uno sea preferible a los otros, [pues] sólo se trata de diferentes modelos de deliberación moral”; sin embargo, entre ellos les “parecen más prácticos” métodos o modelos bioéticos, como el fundamentado en el *Personalismo* (Farías y Hall, 2020: 24).

Esta corriente filosófica, aunque tiene antiguos antecedentes, se concretó después de la primera Guerra Mundial como alternativa al *individualismo* (burgués) y al *colectivismo* (soviético); anteponiéndoles sus concepciones acerca de la *persona*, las *relaciones interpersonales* y la *solidaridad* (Farías y Hall, 2020: 28). Como lo indica el nombre de esta filosofía, “pone el énfasis en la persona y considera al hombre como un ser relacional, esencialmente social y comunitario, un ser libre, trascendente y con un valor en sí mismo... un ser moral, capaz de amar, de actuar y de definirse a sí mismo” (Burgos, 2012: 38). Asume así

lo dicho por Protágoras: *El hombre es la medida de todas las cosas*.

Hasta con una breve revisión de la filosofía y la bioética personalistas se ponen en evidencia sus características principales: idealismo filosófico, metafísica, irracionalismo, teología cristiana, dogmatismo, mitología y, concomitantemente, menosprecio de las ciencias. Todos los filósofos y bioeticistas a que recurre son idealistas (Kant, Husserl, Scheler, etc.) e, incluso, irracionalistas (Kierkegaard, Heidegard, Sartre) y teólogos católicos (Santo Tomás, Juan Pablo II) y, así mismo, dogmáticos todos al anteponer y privilegiar la teología, la mitología, la fe y el pensamiento religioso a la razón. En consecuencia, tales características implican de una escasa a una nula validez científica. Sin embargo, en bioética, “los escritores católicos suelen adoptar una postura esencialmente filosófica... y evaden lo específicamente religioso o confesional”; no obstante que su líder en el personalismo en general y en su aplicación a la bioética, en particular, es Juan Pablo II; de quien afirman ha formulado, “hasta la fecha, indudablemente la declaración más autorizada sobre bioética cristiana” (Fisher, 2004: 429).

Se considera al filósofo idealista Immanuel Kant un precursor del personalismo, al presentar en su *Fundamentación de la metafísica de las costumbres* “una reflexión centrada en la persona como valor absoluto” y en su *Crítica de la razón práctica* una ética basada en el “imperativo categórico” que, “con independencia de las condiciones empíricas” o de la realidad, establece “una obligación absoluta para la voluntad”, cuya “máxima pueda siempre valer como principio de una legislación universal”; esto es, para toda sociedad y en todas las épocas y circunstancias, como es el caso de la persona que, al tener un valor absoluto, constituye un fin en sí mismo y nunca un medio, en

un “reino de fines de clara connotación humana y cristiana” (Burgos, 2012: 15).

Como se señala al respecto en una publicación de las Organizaciones Mundial y Panamericana de la Salud (OMS – OPS), la noción de “persona humana” procede de San Agustín y de Boecio, para diferenciarla de las otras personas: “*suprahumanas*” (o divinas, como la santa Trinidad, angelicales, santos), “*parahumanas*” (jurídicas) e “*infrahumanas*” (animales) (Ciuro, 2017: 1).

El personalismo diferencia al “hombre” en un doble sentido: biológico-natural, por “los caracteres morfológicos distintos que posee como subgrupo de los vertebrados y de los mamíferos”; y lo propiamente humano, “el conjunto de cosas que se oponen al concepto de animal en general” y que es lo determinante (Scheler). “La materia es intrínseca relación con el cuerpo... El cuerpo es aquello que media entre mi yo y el mundo”, mediante el alma trascendental. “La corporeidad nos presenta el cuerpo y el alma en una unidad indisoluble”, por lo que “hay que considerar al hombre como un *espíritu encarnado*”. Emmanuel Mounier definió así el concepto de persona: “El hombre es todo cuerpo, pero también es todo espíritu”. Merced a la unidad de cuerpo y espíritu, vive una “existencia encarnada” en la cual “el espíritu nutre el pensamiento y el cuerpo lleva el pensamiento a la expresión... *Una persona es un ser espiritual* constituido por una manera de subsistencia... por su adhesión a una jerarquía de valores libremente adoptados, asimilados y vividos”. Pero Gabriel Marcel es más radical: “El hombre no tiene cuerpo... éste forma parte de su ser y de su esencia. No posee un cuerpo... se relaciona con él de un modo totalmente peculiar... el hombre como *imago Dei* que confiere a la persona un valor sagrado e inviolable y fundamenta su dignidad” (Burgos, 2012: 25).

Según “el pensador cristiano” Søren Kierkegaard, “el hombre es una síntesis de alma y cuerpo, constituida y sustentada por el espíritu, y es precisamente el espíritu el centro existencial del ser humano y el fundamento de su libertad”. Y por ello, “concibe a la persona como un ser abierto al Tú de Dios”. Quien “vive enteramente en el mundo de los sentidos y es un esclavo de sus propios deseos y estados anímicos”, para el paso definitivo a su verdadera individualidad debe alcanzar “el nivel de la trascendencia... mediante una relación subjetiva muy personal y auténtica con Dios por medio de la fe”; pues *el hombre sólo “es verdaderamente persona cuando sale al encuentro con Dios. Sólo en referencia a Él puede hablarse del ser personal del hombre”* (Kierkegaard, 1993: 75).

Para Maritain, como “uno de los representantes contemporáneos del tomismo y personalismo comunitario y cristiano”, el alma constituye “el primer principio vital humano”; y al considerar que la inteligencia y la voluntad son potencias inmateriales, “demuestran la inmaterialidad del alma, ya que la espiritualidad del alma humana se descubre por la espiritualidad de sus facultades... y la inmortalidad del alma debido a su carácter espiritual en sí. La dignidad de la persona humana se fundamenta en su condición de ser espiritual”. De tal manera que, “un hombre libre sin espíritu, un hombre racional sin alma... ha dejado de ser persona para convertirse en cosa” (Burgos, 2012: 49).

Y puesto que este concepto de persona “comprende dimensiones biológicas, psicológicas, sociales, culturales y espirituales, es una construcción influida por todos los aspectos de la cultura”: Filosofía, Teología, Ética, Bioética, Derecho, etc. (Ciuro, 2017: 1); al respecto, “el personalismo postula una visión trascendente de la vida que se

inspira culturalmente en la tradición judeo-cristiana, pero siempre dentro del marco filosófico”. Según se reconoce con franqueza, “el eje de esta propuesta fue un renovado concepto de la persona que asumía... el cristianismo, pero modificado y actualizado por... el mensaje antropológico cristiano” (Farías y Hall, 2020: 29).

Maritain, por ejemplo, planteó que “la humanidad, ‘la esencia del verdadero hombre’, se expresa en la cultura”; puesto que “el hombre no es un animal de naturaleza... su naturaleza consiste en su cultura”. Por consiguiente, para el paso de individuo a persona, “la educación es la vía para la humanización del hombre”; y “la idea integral del hombre no puede ser sino una idea filosófica y religiosa. Filosófica porque esa idea tiene por objeto la naturaleza o esencia del hombre; y religiosa en razón del estado existencial de la naturaleza humana con relación a Dios”. Y para su contribución a una sociedad personalista, el hombre debe: salir de sí mismo (luchar contra su individualismo), comprender al otro en su diferencia empáticamente, “tomar sobre sí mismo... el dolor, el destino, la pena, la alegría y la labor de los otros”, dar con desinterés y perdón y ser fiel a la propia persona. La persona se logra “sólo en su sin igual obediencia al orden de Dios y amor al prójimo” y lo hace al “realizarse por medio de tres tipos de relación: con el mundo, con los hombres y con Dios” (Martin Buber en Burgos, 2012: 67).

Mas quien lleva al máximo las tesis y los planteamientos personalistas “es uno de sus principales exponentes al interior de la enseñanza pontificia”, Karol Wojtyla: “Dios crea al hombre, como unidad-de-los-dos, como varón y mujer”; quien en “un acto comunional (de las Personas divinas) hace radicar la imagen y semejanza de lo humano con Dios”. Y con base en el personalismo, Juan Pablo II (2006: 14) elaboró una propuesta filosó-

fica-teológica, mediante “la primacía del amor y la libertad sobre el conocimiento”; con la cual la doctrina social de la Iglesia “no es más una deontología social, sino un verdadero conocimiento sapiencial”.

El personalismo, así, pretende un “saber de totalidad y radical... un conocimiento universal del mundo y del hombre con una absoluta ausencia de prejuicios, viendo la razón y teleología inmanente en él, así como su principio supremo, Dios”. Según Wojtyla y contradiciendo el desarrollo histórico de la ciencia y casos tan paradigmáticos como el de Giordano Bruno, Copérnico, Andrea Vesalio, Galileo o Darwin, afirma que “la doctrina cristiana sobre las relaciones entre Dios, el hombre y el universo constituye el fundamento teórico de la actitud científica... en continuidad con el razonamiento metafísico que lleva hasta Dios. La ciencia experimental moderna no nació a pesar de la teología, sino de su mano... no se opone a ella ni a la fe cristiana: el mismo camino racional que sigue la ciencia... conduce al reconocimiento de la existencia de Dios y del alma espiritual humana” (Burgos, 2012: 76).

Empero, contradice tal afirmación de manera contundente la mera existencia del Índice de los libros prohibidos (*Index librorum prohibitorum*) promulgado por el Santo Oficio en 1559 y que estuvo vigente y en constante crecimiento hasta 1966; mediante el cual la Iglesia católica prohibió y persiguió prácticamente todas las obras humanistas, filosóficas materialistas, científicas y hasta meramente literarias de los pensadores más destacados en la historia moderna; realizando frecuentes quemaduras públicas de sus libros (Odifreddi, 2008: 251). En particular, la postura expresada por el papa Juan Pablo II en su encíclica *Razón y Fe*, reafirmó los pronunciamientos del Concilio vaticano II contra el racionalismo y retomó las condenas de

anteriores papas contra el agnosticismo, el marxismo, el evolucionismo, el historicismo, el cientificismo, el pragmatismo, el relativismo y demás filosofías materialistas y científicas (Odifreddi, 2008: 252).

Kant, por el contrario, dejó muy en claro no sólo las diferencias entre razón y fe, ciencia y religión, sino su antagonismo. Tras el examen de las supuestas pruebas de la existencia de Dios, concluyó Kant en su *Crítica de la razón pura*: “Todos los ensayos de un uso simplemente especulativo de la razón bajo la relación teológica son enteramente infructuosos y nulos, y sin valor” (Kant, 2006: 285). Respecto de la existencia de Dios, “todas las pruebas simplemente especulativas se reducen a una... a la prueba ontológica... razón carente de sentido”. Puesto que la fe es ajena a todo tipo de demostración, sea lógica, empírica o histórica, “no puede haber teología de la razón” (Kant, 2006: 286). Y respecto de la antítesis de ciencia y fe en la ética, le llevó a decidirse por la fe:

“Alcanzar el concepto de Dios y la prueba de su existencia mediante conclusiones seguras, partiendo del conocimiento de este mundo, es imposible... porque el concepto de Dios no pertenece originariamente a la física o a la razón, sino a la moral... Entonces, en la ética la ciencia debe capitular ante la moralidad... como superior al plano científico... Tuve pues que anular el *saber*, para reservar un sitio a la *fe*” (Kant, 2006: 19).

La metodología a la que recurre el personalismo es un “método apriorístico, rechazando todo elemento empírico”, que “une el análisis reflexivo y la intuición (intuición de las esencias o eidética), la descripción fenomenológica y la comprensión metafísica”; pues “el fondo metafísico que subyace a sus análisis es el de la filosofía cristiana”.

Entonces, el personalismo “parte de la fenomenología para acceder a la metafísica... y la fenomenología nos impone el reconocimiento de la prioridad divina”; puesto que “la consolidación de la persona sólo puede explicarse en Dios... Solamente en Dios es donde la persona tiene su objeto” y las personas “no pueden explicarse más que por un Dios” (Maurice Nedoncelle en Burgos, 2012: 123).

Entonces, en el personalismo el idealismo filosófico y su irracionalismo se reconocen claramente y se exponen con franqueza, e incluso su dogmatismo religioso se proclama sin ambages y sí con gran soberbia: “La Iglesia romana nunca se ha equivocado y, como atestiguan las Escrituras, nunca podrá equivocarse” (*Dictatus Papae* de Gregorio VII); “Proclamamos y definimos *dogma revelado por Dios* que el romano pontífice... cuando define una doctrina de fe y las costumbres, vincula a toda la Iglesia, y por la divina asistencia a él prometida... goza de esa *infallibilidad* con que el divino redentor quiso que fuera acompañada su Iglesia” (Concilio Vaticano I en Odifreddi, 2008: 258). Y por consiguiente a tales posturas, el desprecio de las ciencias: “Nuestra ciencia, nuestro saber, carecía de solidez y se tambaleaba... no disponíamos de ningún saber” (Husserl); a lo que anteponen “la primacía del amor y la libertad sobre el conocimiento”, el dogma y la mitología: “Dios crea al hombre”. Y en ética, imponen la “primacía absoluta de los valores morales y religiosos”. Tal menosprecio de la ciencia en la ética en particular, lo dejó muy en claro Joseph Ratzinger, el papa Benedicto XVI: “Los interrogantes propiamente humanos... de la religión y del *ethos* no pueden encontrar cabida en el espacio de la común razón descrita por la ‘*ciencia*’ y deben ser desplazados hacia lo subjetivo” de la teología, la hermenéutica de las sagradas escrituras y de la autoridad de la Iglesia (Odifreddi, 2008: 269).

Por consiguiente, en vez de una filosofía y mucho menos que una ciencia, el personalismo es en realidad una *teología* mediante la cual todo parte y llega a la fe en su “principio supremo, Dios”. Y constituye, así, un pensamiento religioso dogmático, irracional y mitológico; en tanto no cabe la demostración más mínima de la existencia de Dios, ni de un alma o de un espíritu autónomos, inmortales y eternos, por lo que sólo debe creerse en ellos por pura fe en la Biblia, el catecismo y la iglesia católica. Como lo dejó bien claro Tertuliano desde el siglo III: *Credo quia absurdum* (Creo porque es absurdo); con lo cual la teología cristiana abandonó conscientemente la lógica y la razón, para convertirla, como dijera Jorge Luis Borges, en una “rama de la literatura fantástica” (Odifreddi, 2008: 209).

En última instancia, según afirmó categóricamente Kierkegaard (1993: 75): el hombre “*es verdaderamente persona cuando sale al encuentro con Dios. Sólo en referencia a Él puede hablarse del ser personal del hombre*”. Y hay que precisar que se refiere al *Dios católico* en su concepción que fue aplicada mucho antes del personalismo moderno, pues a quienes se acusó de paganos, infieles o herejes, como judaizantes y moros, por adorar a un Yahvé y a un Alá distintos a la santa Trinidad, no se les consideró verdaderas personas y se “justificó” perseguirlos, hacerles pogromos y la guerra con las cruzadas, masacrarlos, encarcelarlos, torturarlos y quemarlos vivos. Y hasta la actualidad, el Dios católico es incluso distinto a otros dioses cristianos; “por ejemplo, los unitarios, que creen sólo en el Padre como un Dios uno, pero no trino; o los testigos de Jehová, que creen en un Dios bino, pero no uno, y niegan la divinidad del Espíritu Santo; o los mormones, que creen en un Dios trino, pero no uno, manteniendo separadas las tres personas” divinas; etc. (Odifreddi, 2008: 210).

Y peor aún en el caso de los pueblos originarios de América, a quienes en principio hasta se les negó que tuvieran alma, tratándolos como infrahumanos y, aunque una bula papal los sacó de la animidad ante la evidencia irrefutable, por puro racismo no se les consideró personas humanas. Así el fraile católico Ginés de Sepúlveda en su *Tratado sobre las justas causas de la guerra contra los indios*, para su invasión, su sometimiento, esclavitud, explotación, saqueo, su despojo total y la propagación del Evangelio entre ellos, afirmó:

“Con perfecto derecho los españoles ejercen su dominio sobre estos bárbaros del Nuevo Mundo e islas adyacentes, los cuales en prudencia, ingenio y todo género de virtudes y humanos sentimientos son tan inferiores a los españoles como los niños a los adultos, las mujeres a los varones, como gentes crueles e inhumanos a muy mansos, exageradamente intemperantes a continentales y moderados, finalmente, estoy por decir cuanto los monos a los hombres. La justa guerra es causa de la justa esclavitud, la cual contraída por el derecho de gentes, lleva consigo la pérdida de la libertad y de los bienes” (Lipschutz, 1993: 87).

Y todavía hasta la segunda mitad del siglo XIX el Santo Oficio de Pío IX declaró en una *Instrucción*: “La esclavitud en cuanto tal, en su naturaleza fundamental, no es del todo contraria a la ley natural y divina... No es contrario a la ley divina que un esclavo pueda ser vendido, adquirido, intercambiado o regalado” (Lipschutz, 1993: 104); obviamente no como persona, sino como otro animal doméstico.

Como advirtió Georg Lukács (1983: 27): “No existen posiciones filosóficas ‘inocentes’... el irracionalismo, en filosofía, lleva implícita ya la posibilidad de una ideología fascista, agresivamente reaccionaria”.

La Bioética Personalista

De acuerdo con Platón en que “existen valores incondicionalmente válidos”, la ética personalista pretende “anclar la vida humana en algo inquebrantablemente válido para todos”, a fin de “desarrollar la personalidad humana y lograr la plenitud y la felicidad”. Tales valores los “llamamos *el bien*... y el bien se identifica con lo divino” que, “al hacer surgir la virtud, que significa vida perfecta, libertad y belleza. Y todo esto tiene validez para siempre”. “El buen actuar (la moral) consistirá en la realización de los valores”: religiosos, espirituales, de las afectividades vital (bienestar/malestar) y sensible (agradable/ desagradable); de todos ellos, “los valores religiosos se encuentran en la cúspide de la pirámide”. Y “esta doctrina de los valores es incompatible con una teoría naturalista del hombre”; pues, como señalara Carlos Díaz, “toda esta reflexión está centrada sobre el sujeto personal, el proyecto metafísico y cristiano”, merced a la “primacía absoluta de los valores morales religiosos”, al considerar que “el hombre es un ser esencialmente religioso”; lo que es preciso para “restablecer la fuente viva del amor, que reside en Dios” (En Burgos, 2012: 17).

Los principales “temas y perspectivas de las filosofías personalistas” en bioética se han resumido así:

~ “En contraste con el principialismo y con la casuística, el personalismo busca soluciones cuya base está en el individuo.

~ La evaluación ética [transcurre] en dos fases... desde la perspectiva deontológica se confronta el caso con los principios y, desde la perspectiva teleológica, se evalúan las circunstancias y las consecuencias.

~ Un problema moral es un conflicto de valores.

~ No reducir siempre los problemas a dilemas [morales]... los cursos posibles son siempre cinco o más... el curso óptimo de acción no está en los extremos, sino en el medio, siguiendo el concepto aristotélico de virtud.

~El razonamiento no es la consecuencia de un proceso de ‘cuantificación’, sino de ‘argumentación’... La cuantificación aspira a resolver de manera completamente ‘racional’; mientras que la argumentación aspira tan sólo a ser ‘razonable’.

~ Se pueden universalizar las categorías morales a través de un diálogo incluyente de todos los seres humanos.

~ La afectividad se considera una dimensión central... que incluye un centro espiritual que se identifica con el corazón (sic).

~ La cualidad más excelsa de la persona no es la inteligencia, sino la voluntad y el corazón... [lo que] permite dar una relevancia filosófica al amor.

~ La recuperación de la corporeidad... más allá del aspecto somático, posee también rasgos subjetivos y personales.

~ Existen dos modos de ser persona: hombre y mujer (sic).

~ La persona es un sujeto social y comunitario.

~ El personalismo postula una visión trascendente de la vida que se inspira culturalmente en

la tradición judeo-cristiana, pero siempre dentro del marco filosófico.” (Farías y Hall, 2020: 29-30).

Al respecto, se han reconocido importantes aportaciones individuales para la bioética personalista, como la de Elio Sgreccia (obispo, cardenal y vicepresidente de la Academia Pontificia para la Vida del Vaticano):

~ “Tratar al ser humano con la dignidad que merece su condición de persona desde el momento de la fecundación hasta la muerte.

~ La vida física, corpórea, es el valor fundamental de la persona... Sólo el bien total y espiritual de la persona está por encima del valor de la vida física.

~ El principio de totalidad o principio terapéutico prescribe la obligatoriedad de que el acto médico considere al paciente en su totalidad... No existiendo otro modo razonable de curar la enfermedad... se aplica a casos generales de intervención quirúrgica y específicos, como terapia genética, experimentación sobre embriones humanos, esterilización, trasplantes de órganos, etc.

~ Libertad y responsabilidad... La persona es libre, pero es libre para conseguir el bien... El derecho a la defensa de la vida tiene prioridad sobre el derecho a la libertad.

~ Sociabilidad y subsidiariedad... Cada persona debe comprometerse a proteger la vida como un patrimonio de la sociedad” (Farías y Hall, 2020: 30).

Un caso peculiar es el de los testigos de Jehová, una iglesia cristiana antitrinitarista, milenarista y

restauracionista, con creencias distintas a las demás iglesias y variantes del cristianismo; en principio, pretendió “abolir por siempre la *práctica demoniaca de las vacunas*”; consideraron como “canibalismo” los trasplantes de órganos (Muriillo, 2010: 390); y hasta la actualidad conminan a sus feligreses que acuden y solicitan servicios médicos a presentar por escrito: “Soy Testigo de Jehová y NO ACEPTO TRANSFUSIONES de sangre... bajo ningún concepto, aunque el personal médico los crea necesarias para salvarme la vida”. Tal negativa la basan en una muy *sue géneris* interpretación de la biblia y por creer que: “La sangre de una persona es la persona misma, los vicios, excesos y hábitos de bebida, los venenos que pueden impulsar al suicidio, asesinato o robo están en la sangre. La baja catadura moral, las perversiones sexuales, las represiones, complejos de inferioridad, crímenes sexuales... todo esto es lo que se viene encima tras una transfusión de sangre” (La Atalaya, 1962: 181).

Por lo demás y como parte esencial de la bioética personalista, se han especificado sus posturas religiosas: “Como creemos que la situación humana sólo puede ser adecuada y confiablemente iluminada por la vida y las enseñanzas de Jesucristo, es natural que los católicos busquen guía en las sagradas Escrituras y en la tradición de la Iglesia”. La moral es un tema no sólo para la filosofía, sino también para la doctrina católica y la teología; “que beneficie tanto a la razón, como también a la vocación divina” (Fisher, 2004: 413).

Con bases tales, definen los “valores incondicionalmente válidos” universalmente, para toda sociedad, época y circunstancia: “La contracepción debe juzgarse tan profundamente ilícita que no puede ser justificada *nunca, por ninguna razón*. Pensar o decir lo contrario equivale a no reconocer a Dios como Dios” (encíclica *Familiaris*

Consortio en Odifreddi, 2008: 97). “Todo ser viviente que tenga los primordios epigenéticos de un cuerpo humano lo bastante normal para ser el sustrato fisiológico de algún acto intelectual es un verdadero ser humano, una persona humana”. Incluso “el cigoto, el óvulo ya fecundado, sí es un nuevo ser humano ... El embrión *es realmente* un ser humano debido a que ya posee, si bien en forma inmadura, todas las capacidades o potencialidades que cualquier otro ser humano tiene”. En general, “un organismo de constitución genética humana... para proveer las bases orgánicas para realizar un acto intelectual es una entidad personal, incluso cuando está totalmente incapacitado para realizar tal acto”. Una vez que un ser tiene vida humana personal, continuará siendo una persona humana mientras subsista la vida de cualquier modo; “cuando el cerebro aún no se ha desarrollado o cuando ha resultado tan dañado que se ha destruido su capacidad de realizar actos intelectuales, todavía sigue siendo una persona” (Finnis, 2004: 59-60).

Sin embargo, surgen contradicciones al considerar, por otra parte, que el individuo evoluciona de un ser potencial o una *prepersona* a una persona verdadera, “cuando se convierte en un ser capaz de valorar su propia existencia. Si con el tiempo pierde esta capacidad, dejará de ser una persona”. El principio de la *santidad de la vida*, como el resto de la moral católica, descansa sobre dos fuentes complementarias: la *revelación* (o fe, o teología) y la *razón* (o ley natural, filosofía), pero con el predominio de la primera: “A los seres humanos se les concedió una gran dignidad: ser creados a imagen y semejanza de Dios” (Fisher, 2004: 417).

Todo ello no son más que citas y paráfrasis de los dictados eclesiásticos: “La vida humana es sagrada, pues desde su comienzo está relacionada

con la acción creadora de Dios... Nadie puede, en ninguna circunstancia, arrogarse el derecho de destruir a un ser humano inocente” (Catecismo de la Iglesia Católica, 2005: párrafo 2258). “No somos libres de hacer lo que nos plazca con nuestros cuerpos, con nuestras vidas. Tenemos que tomar en cuenta a Dios” (Fisher, 2004: 420).

La sexualidad sólo se justifica con fines procreativos, “hacerlo exclusivamente por placer es un pecado”. Asimismo, “son pecados gravemente contrarios a la castidad la masturbación, la fornicación, la pornografía, la prostitución, el estupro y los actos homosexuales” (casualmente no se menciona la pederastia). Y en particular “es intrínsecamente inmoral cualquier acción que... se proponga impedir la procreación” (Catecismo de la Iglesia Católica, 2005: párrafo 2338).

También respecto de la muerte, como lo menciona A. Fisher (2004: 416), todo se confunde y es lo mismo: “Existen muchas clases de crímenes, como el asesinato, el genocidio, el aborto, la eutanasia y el suicidio... todos estos constituyen una ofensa para el Creador” (Concilio Vaticano II, 1965: párrafo 27). “Nada ni nadie puede permitir la muerte de un ser humano inocente, ya sea un feto, un embrión, un infante, un adulto, un anciano, una persona que sufra de una enfermedad incurable o un moribundo” (Congregación para la Doctrina de la Fe, 1980). “Una acción u omisión que cause la muerte con el fin de eliminar el sufrimiento constituye un asesinato y es gravemente contrario... a Dios” (Catecismo de la Iglesia Católica, 2005: párrafo 2277).

No obstante que el “doctor angélico”, Tomás de Aquino, es el principal teólogo de la Iglesia católica, ésta desconoció y contradujo algo de lo que Dios le revelara al santo: que, al identificar

el momento de la infusión del alma racional en *el embrión* hacia el caudragésimo día de la concepción (*Summa Theologiae, III, 33*), significaba que antes de ello éste era un vegetal o un animal, pero *aún no era persona* (*Summa contra gentiles, II, 89* en Odifreddi 2008: 90).

La atención a la salud-enfermedad se limita a la terapéutica: “La *medicina es terapia*, excluye otros propósitos, como la ingeniería social, la experimentación, la eutanasia... [que] no son terapia”. Pero sí puede serlo el dolor y hasta un bien: “El sufrimiento puede volverse una fuente de bien si es experimentado con amor”. Y otra vez la contradicción: “Tampoco es justificable luchar hasta la extenuación para conservar el último vestigio de la vida... la obstinación terapéutica” (Fisher, 2004: 421).

Como lo señalará Carlos Monsiváis (2012: 57):

“El catolicismo, a partir de la introducción de la bioética, se advierte lo obvio: varios ‘absolutos de la moral’... a) Dios prohibió el uso del condón; b) la Iglesia, desde el siglo I de nuestra era, ha sido enemiga acérrima del aborto; c) tan es herético el condón que no lo mencionan los Evangelios; d) las mujeres se visten provocativamente y eso invita a la violación; e) los homosexuales tienen todo el derecho a existir siempre que no deseen a otros hombres ni los conozcan bíblicamente... A principios del siglo XXI el Vaticano centra su ofensiva en la descalificación de la bioética [científica y humanista], en especial en lo tocante al aborto y la eutanasia; también se opone al matrimonio gay y la adopción de niños por parejas homosexuales... a la píldora del día siguiente, considerada ‘abortiva’ no obstante las evidencias científicas en contra”.

Humanismo más que Personalismo

Siendo el personalismo casi tan reduccionista como el individualismo (junto con su idealismo filosófico, irracionalismo, metafísica, dogmatismo y mitología), lo que constituye uno de sus principales riesgos determinantes para sesgos, hipótesis, desatinos y errores; debe considerarse una perspectiva filosófica, epistemológica y ética más integral, holística y capaz de captar objetivamente la totalidad concreta del individuo, de la persona humana y, sobre todo, del ser social de ambos. Esta alternativa la constituye el *Humanismo real*, materialista, histórico y dialéctico; como el que definiera Mihailo Marković:

“...Una filosofía que procura resolver todos los problemas filosóficos según la perspectiva de hombre, que abarca no sólo los problemas antropológicos, como la naturaleza humana, la alienación, la libertad, etc.; sino todos los otros problemas ontológicos, epistemológicos y axiológicos... Que implica la dialéctica de hecho y norma, conocimiento y valor, realidad e ideal, *ciencia y filosofía*” (Marković, 1990: 102).

Un humanismo que implique una *ontología humanista* en el sentido de una teoría filosófica de los objetos del mundo *humano*, con todo tipo de actividad humana, desde la percepción sensorial y fisiología del cuerpo humano (como la salud y la enfermedad), hasta la elaboración de teorías. Una *epistemología humanista* como la teoría del conocimiento demostrable *científicamente*, no reducido y limitado a esquemas de pensamiento y de lenguaje puramente formalizados (como en el positivismo lógico). Por lo tanto, no la lógica formal de conceptos meramente abstractos (de Aristóteles) y de una crítica de la razón pura (Kant); sino una *lógica* también *humanista*, que implica

conceptos concretos que captan fielmente la realidad de los objetos. En cuanto a la *metodología*, ha de ser una que implique la dialéctica de sujeto y objeto, y de teoría y práctica; que sea *histórica*, sin caer en el historicismo idealista; crítica y no ideológica (de una falsa consciencia); y sobre todo, *objetiva*, pero “desprovista de la ceguera positivista ante los valores humanos” y, más aún, de la creencia dogmática en virtudes suprahumanas y divinas. Y con tales bases, una *axiología humanista* que “implica una teoría de los valores concretos, históricamente dados y variables, y no de ciertos [valores y virtudes] ideales y normas absolutos y trascendentales”, pretendidamente válidos para toda persona, en todas circunstancias, sociedad y época histórica (Markovic, 1990: 103).

Incluso las formas morales más simples y antiguas de las relaciones humanas, como decir la verdad, no robar o no matar; aunque persisten hasta la actualidad, han tenido un desarrollo histórico, mediante el cual cambian su contenido y afinan su significado, de acuerdo a cada época. La verdad evolucionó de la mitología del folklore, al sentido común, al dogma religioso, a su comprobación lógica en filosofía y a su verificación empírica en las ciencias. La apropiación del producto del trabajo de esclavos, siervos y proletarios por los propietarios de los medios de producción no se consideró un robo en sendas épocas históricas. Y matar se ha diferenciado de asesinar, y de dejar o ayudar a morir, como en la eutanasia.

Entonces, no es confiable, válida ni satisfactoria teoría alguna supuestamente humanista o personalista que opere con puros conceptos abstractos, dogmas y mitos “sin preocuparse por los datos científicos, sociológicos, psicológicos y de otras disciplinas relevantes [como la medicina basada en evidencias], sin tomar en consideración las condiciones específicas de la vida humana en

las diversas sociedades contemporáneas”; mediante lo cual se construyen conocimientos verificables, a diferencia de los dogmáticos y mitológicos de las religiones que son indemostrables (Markovic, 1990: 112).

De lo que se trata es de “un humanismo liberado de todas las retóricas, de todas las afirmaciones abstractas” idealistas y hasta irracionalistas; de un humanismo con “la consistencia, vigor y adecuación histórica de un programa racional científicamente asentado sobre el conocimiento del mundo humano y de un programa social que materializa la integración del individuo con la sociedad”, que le permita y le garantice devenir persona (Bianco, 2016: 2).

En síntesis, como señaló Umberto Cerroni, el humanismo adecuado como fundamento para una ética y una bioética en verdad *científicas* y *humanistas* es el que se ha “despojado de la tradición secular del racionalismo dogmático que pretende colocarse por encima de la ciencia... [cuando] debe asentar el conocimiento sobre el examen de las relaciones sociales reales”; el que es capaz de “construir sus propios modelos en función de la crítica científica, evitando la búsqueda puramente mental”, idealista, irracionalista, mística, dogmática y mitológica para ello, cuya auténtica eficacia de sus modelos no se evalúa sólo teóricamente, sino ante todo en los hechos, en la práctica social. El humanismo auténtico sólo puede ser filosófica y epistemológicamente histórico, materialista y dialéctico y “debe asentar todos sus conocimientos sobre la ciencia”; más con ello “no retrotrae la ciencia a la razón filosófica, sino que introduce la razón filosófica en la intelección científica”; su objetivo histórico es “la plena naturalización del hombre y la plena socialización de la naturaleza”. Por ende, “ni la razón por encima de la ciencia ni la ciencia por encima de la razón; ni el individuo

por encima de la sociedad, ni la sociedad por encima del individuo”; sino la síntesis dialéctica de razón y ciencia, y de persona y sociedad (Cerroni, 1990: 153-157).

El devenir de la persona humana

Insistir en el dogma de que “Dios creó al hombre” sin evidencia ni prueba válida alguna, contra la multitud de pruebas científicas desde Charles Darwin y Alfred R. Wallace a la actualidad de que, como todos los seres vivos, es producto de un larguísimo y muy complejo proceso de evolución por selección natural; no es más que una ciega necedad. Sin poder demostrar al cabo de un milenio de intentos la existencia misma del Dios cristiano (como tampoco se demostró nunca de alguno de los miles de dioses inventados por la humanidad); también resulta por demás dogmática la aseveración del *imago Dei*, de que Dios creó al hombre a su imagen y semejanza, según la mitología del *Génesis* bíblico. Y las tautologías que según Mauritian “demuestran la inmaterialidad del alma, ya que la espiritualidad del alma humana se descubre por la espiritualidad de sus facultades... y la inmortalidad del alma debido a su carácter espiritual en sí” (Burgos, 2012: 112); no constituyen demostración alguna, ni por puro silogismo.

En contraposición con la tesis de que “Dios crea al hombre, como unidad de los dos, como varón y mujer”; los hombres y mujeres como la especie biológica *Homo sapiens sapiens*, son producto de la evolución de su metabolismo con la naturaleza, mediante la cultura. El ser humano se constituye mediante un proceso bio-psico-social, que va del individuo, a la persona *en sí* y a la persona *para sí*. Proceso que es esencialmente y en última instancia *social e histórico*; pues la persona humana es un *ser sociobiológico* producto de su desarro-

llo histórico natural y social, y en tanto su carácter social es determinante y subsume a su naturaleza biológica. “La cultura nos vuelve humanos no sólo ontogenética sino también filogenéticamente” (Bugallo, 2018: 7).

De acuerdo con Adam Schaff (1990: 162), respecto del “problema del individuo y la sociedad se pueden ubicar dos enfoques extremos: la concepción *heterónoma* y la concepción *autónoma* del individuo humano”:

“La primera afirma la presencia de fuerzas sobrehumanas de las cuales el individuo humano es el producto... no sólo en el sentido físico sino también y primordialmente en el sentido de su actitud y su conducta, basadas sobre un sistema de valores estructurado desde un mundo sobrehumano. Éste es un enfoque típicamente religioso... que se remite a un Dios personal, a la Idea Absoluta, al destino, etc. Un ejemplo de este enfoque es el *personalismo católico*” (Schaff, 1990: 162).

“La concepción *autónoma*, en cambio, rechaza la existencia de fuerza sobrehumana alguna responsable de la creación—física y espiritual—del individuo humano y de su conducta”; como en el humanismo, pero no el de un existencialismo ateo (e irracionalista) como el de Sartre ni, tampoco, el del materialismo vulgar y economicista del stalinismo; sino el del *humanismo científico* (Schaff, 1990: 162).

Como demostró Simone de Beauvoir (2005: 123) del *Segundo sexo*: “*On ne naît pas femme, on le devient*” (No se nace mujer, se deviene); de igual manera, el ser humano no nace persona, deviene tal mediante un proceso vital y social, que desarrolla al individuo a una persona *en sí* y, de ésta, a una persona *para sí*.

El *individuo* es lo básico, el elemento singular, indivisible e irreplicable como ser natural, parte de la naturaleza, como organismo y cuerpo biológico en constante intercambio o metabolismo con ella mediante su actividad vital. “El *hombre* es directamente *ser natural* dotado, en parte, de *fuerzas naturales*... como *instintos*, y, en parte, en cuanto ser natural, corpóreo, dotado de sentidos... vivo, real, sensible, objetivo” (Malinin, 1992: 31).

Empero, la persona humana no es construida por un materialismo mecanicista abstracto de la naturaleza, sino por su evolución biológica y social a lo largo de la historia. Como se ha señalado, tal naturalismo “menoscaba lo específico de la vida social e histórica, no deja lugar para la actividad humana, consciente del individuo, para el factor subjetivo, para la autoexpresión de la personalidad”. Más que un *zoon politikón*, como lo definía Aristóteles, el ser humano es un “animal social”. Y, en consecuencia, “las capacidades moralmente positivas o negativas del hombre no son el efecto de su naturaleza como tal, sino por las relaciones en el medio social... lo que determina sus cualidades y rasgos como persona” (Malinin, 1992: 28).

Según Hegel, “el individuo singular es espíritu no cumplido: una figura concreta en todo, cuyo ser determinado domina una sola determinación y en la cual las otras están presentes solamente a través de esbozos” (Abbagnano, N. 1983: p. 654). Y como refirió Gramsci (1982: 44), la postura filosófica con esta base, “el *individualismo*, ha tenido origen en la revolución cultural que sucedió al medievo (Renacimiento y Reforma) e indica una determinada posición hacia el problema de la divinidad y hacia la iglesia; es la transición del pensamiento trascendente hacia el inmanentismo” de las filosofías idealistas.

Entonces, un factor determinante de la persona humana es su *psique*; esto es, el conjunto de los procesos y fenómenos mentales en su unidad: alma, espíritu, percepción, emociones, afectividad y, sobre todo, la *consciencia*, concreción de todo ello. La *psique* ha sido concebida de tres maneras fundamentales: religiosa, filosófica y científicamente. Pero en la filosofía idealista, como la de René Descartes, se reducen a dos posturas: el *monismo* (“la consciencia es parte del universo material y es idéntica a la actividad cerebral”) y el *dualismo*; según el cual “la consciencia no es física y existe en otra dimensión que el universo material”, por lo que “podría existir sin los procesos cerebrales”, debido a la creencia en un alma y un espíritu o un “alma espiritual” inmateriales, trascendentales, indestructibles, inmortales y eternos (Carter, 2011: 176). Por ende, tal concepción idealista de un alma espiritual no es esencialmente diferente de la religiosa. Y se fundamenta en última instancia en una fe dogmática y en tautologías filosóficas, sin evidencia ni demostración válida alguna. Por el contrario, las ciencias biomédicas han demostrado como verdadero el llamado *monismo* de la psique humana, como base de la psicología científica (Sweeny, 2014: 234).

No es como se creyó hasta el Renacimiento, que el “alma espiritual” y las funciones mentales se ubicaban en el corazón y en el hígado o en los ventrículos cerebrales (Leonardo da Vinci) o en la glándula pineal (Descartes). Por el contrario, ya está plenamente demostrado que “las funciones mentales, desde la percepción sensorial al pensamiento o la consciencia, emergen de los circuitos neuronales”. Como ha mostrado Sebastian Seung, por ejemplo, la misma “personalidad es un producto del cerebro... y las claves de lo que somos se encuentran en nuestro *conectoma*: el mapa de conexiones neuronales que codifica recuerdos,

hábitos, habilidades e incluso patrones emocionales” (Viosca, 2017: 48, 95).

Empero, debió reconocerse que la psique y, en general, “que la ‘naturaleza humana’ residía no en el individuo, sino en la unidad del hombre y las fuerzas materiales”, de acuerdo con su actividad vital: la producción de sus medios de vida (Gramsci, 1982: 45). Así lo plantearon por su parte Marx y Engels (1974: 19):

“Podemos distinguir al hombre de los animales por la conciencia, por la religión o por lo que se quiera. Pero el hombre mismo se diferencia de los animales a partir del momento en que comienza a *producir* sus medios de vida, paso éste que se halla condicionado por su organización corporal.”

Con ello, el desarrollo del individuo biológico-natural a persona social. De acuerdo con Beauvoir y en contraposición al creacionismo mitológico, no se nace hombre y mujer, se deviene ambos. Ni siquiera biológica y ontogenéticamente se nace como individuo solamente hombre (cromosomas XY) o mujer (cromosomas XX); dada la ocurrencia de anomalías cromosómicas sexuales: monosomía X0 (síndrome de Turner) y polisomías, con cromosomas XXY (síndrome de Klinefelter), XYY (síndrome de Jakob), etc. Además, mediante la evolución filogenética que transcurre a través de una dialéctica entre el genoma y el medio ambiente natural y cultural, los sexos pueden devenir *géneros* masculino o femenino, distintos eventualmente del sexo biológico. Y con base en ambos, sexo y género, las preferencias sexuales y la sexualidad manifiesta son aún más variables y para nada sólo heterosexual. Así, el individuo de uno u otro sexo biológico, deviene *persona en sí* inicialmente de uno u otro género, con diversas

manifestaciones de su sexualidad; lo que puede variar del sexo biológico del individuo.

En principio, cuando el individuo “se identifica con el Yo, como consciencia” (Descartes), cuando se desarrolla como “un ser pensante inteligente dotado de razón y de reflexión” (Locke), entonces deviene *persona en sí*; por lo que, como señalara Christian F. Wolff, “la relación consciente del hombre consigo mismo resulta ser la característica fundamental de la persona” *en sí* (Abbagnano, 1993: 653).

Esta autorrelación de la persona *en sí* es la base para su desarrollo de persona *para sí*; lo cual inicia con la toma de consciencia de su género masculino o femenino y, con ello, de su *ser social*; lo cual sólo pueden realizarse y volverse consciente del todo en su relación con las demás personas. “Solamente dentro de la comunidad con otros tiene todo individuo los medios necesarios para desarrollar sus dotes en todos sentidos” (Marx y Engels, 1974: 86). No existe ni ha existido nunca una naturaleza humana al margen, fuera o aislada de sus relaciones sociales. De acuerdo con la *VI tesis sobre Feuerbach* de Marx (1970: 11): “La esencia humana no es algo abstracto inherente a cada individuo. Es, en realidad, el conjunto de las relaciones sociales”. Entonces, “si el hombre es, por naturaleza, un ser social, sólo puede desarrollar su verdadera naturaleza en la sociedad y el poder de su naturaleza no deberá medirse por el poder de los individuos privados sino por el de la sociedad” (Bugallo, 2018: 9).

Así, la persona humana es naturalista, biológica y social. “Desde el punto de vista biológico, el individuo forma parte de la especie, y desde el punto de vista sociológico, de la sociedad... No tiene existencia independiente de la existencia de

la especie y de la sociedad, es un ser enteramente genérico y social” (Berdaiev, 2020: 123).

Esto es, la persona se va concretando con el desarrollo de la consciencia de su *género*, sobre todo, como parte de su *ser social*: de su ubicación y funciones en la estructura económica (producción y trabajo), en las superestructuras ideológicas, culturales y políticas (en las sociedades civil y política y en el Estado) y en la historia; todo lo cual se sintetiza y concreta en su *status* en la sociedad que habita como la *clase social* de la persona. De hecho e incluso más que el género, “la personalidad se halla condicionada y determinada por *relaciones de clase* muy concretas... La diferencia del individuo personal con respecto al individuo de clase... sólo se manifiesta con la aparición de la clase y en contraposición con otra clase”. Por eso, el de la clase capitalista “sólo cree ser verdaderamente un individuo en la medida en que es un burgués”. Y como clase social “se ven obligados a constituirse como Nosotros, es decir, como una *persona moral*, como un Estado, para salvaguardar sus intereses comunes y a delegar en unos cuantos... el poder colectivo que así nace” (Marx y Engels, 1974: 264).

Entonces, en la medida que la persona no es consciente de su carácter objetivo de género y de clase social, estando determinada unidireccionalmente por la formación económico-social, es una persona masculina o femenina y una clase social *en sí*. Y por el contrario, cuando el desarrollo de su consciencia como género y ser social llega a “coincidir con la revelación de la esencia de la sociedad” y, concomitantemente, lo lleva a “consumar una unidad cada vez más profunda de la teoría y de la práctica”, de su consciencia de género y de clase con su quehacer correspondiente y como señaló Marx: “lo que históricamente se verá obligado a hacer por ese *ser* [social]” (Lukács, 1996: 76); y

entonces, logra ser una *persona para sí*, su género un *género para sí* y su clase social una *clase para sí*. “La relación en comunidad en que entran los individuos de una clase [*en sí*]... no los unía en cuanto tales individuos, sino en cuanto miembros de una clase” y, por ende, no como *personas*; mientras que personas *para sí* en un género y una clase social *para sí* “toman parte los individuos en cuanto tales individuos” (Marx y Engels, 1974: 87).

Una personalidad *para sí* se adquiere, entonces, cuando la persona se ubica y actúa no sólo como ser social sino, por ello mismo, como un individuo *histórico*; alcanzando con ello el pleno desarrollo humano. De acuerdo con Marx, los “individuos *sociales*, en tanto hacen historia también son productos de la misma... son productos de la sociedad que ellos crean”. Por lo tanto, el problema de la libertad y de la felicidad de los individuos y de su pleno desarrollo como personas, no es una cuestión sobrenatural, sobrehumana, mística, religiosa o divina; sino una problemática social e histórica. Lo que tiene para ello “una importancia decisiva no es el autoperfeccionamiento moral, una voluntad de héroe, ni las oraciones dirigidas a alguna fuerza sobrenatural; sino la capacidad para poner en marcha aquellas fuerzas *sociales* que son las únicas capaces de eliminar los obstáculos *sociales* que coartan la felicidad individual” y personal, lo mismo que su libertad (Bugallo, 2018: 9).

La libertad, como señalará Hegel, “es el conocimiento de la *necesidad*”; lo cual, al ser algo objetivo sólo en determinadas condiciones naturales y sociales concretas, no depende del individuo aislado ni puede lograrse mediante un mero acto místico o espiritual de sí mismo. Como siempre implica ser libre respecto de la sociedad en un momento histórico dado, en principio

tiene mayores posibilidades para ello quien posee medios de producción propios para solventar su vida, que quienes no cuentan sino con su capacidad de trabajo para sobrevivir mediante su venta a los propietarios de tales medios. Y en última instancia, la libertad individual depende del grado de desarrollo *para sí* de cada clase social. Como dijera Marx, ello requiere de “la comprensión de su ser objetivo a través de la superación de su alienación” económica, social, ideológica y política; que conlleve a “la anulación de su forma alienada de existencia... la anulación positiva de toda alienación, el retorno del hombre de la religión, la familia y el Estado a su propia *naturaleza humana*, o sea, al *ser social*... En la misma forma, el ateísmo como anulación de Dios es el surgimiento del humanismo... y la reivindicación de la vida humana real como propiedad del hombre”. En última instancia, un *humanismo acabado*: “La auténtica apropiación de la esencia *humana* del hombre y para el hombre... la verdadera solución de la contradicción entre el hombre y la naturaleza, entre el hombre y el hombre, entre la libertad y la necesidad, entre el individuo y el género humano” (Marx, 1978: 57).

De la determinación social e histórica de la *personalidad* derivan dos maneras distintas: “La primera se refiere a la personalidad como individualidad excepcional... de sólo ‘genio’, de ‘héroe’, etc. La segunda se conecta... a las relaciones de la persona humana, del individuo, con la sociedad y con la historia” (Bugallo, 2018: 7). Y de ninguna manera son procesos independientes o ajenos el de la historia natural y el de la historia humana; “la historia es una parte real de la historia natural, de la transformación de la naturaleza en hombre” (Marx, 1978: 86).

Por el contrario, “el personalismo supone... el paso de los valores de la sociedad, del Estado, de

la nación, de la colectividad, del grupo social, al valor de la persona, de cada persona en particular” (Berdiaev, 2020: 125). Y como advirtiera Lukács:

“La mutilación de los criterios sociales [e históricos] facilita siempre la decisión a favor del orden existente... El moderno existencialismo [como el personalismo]—gracias al método fenomenológico de Husserl—dispone de métodos más refinados de los de Kierkegaard para amputar los criterios sociales concretos. Los sucesores... borran todo lo concreto, todo lo realmente histórico y social... Esta concepción constituye el paso decisivo que Kierkegaard da por encima de Shopenhauer en la historia del irracionalismo. Nietzsche se encargaría luego de dar un paso más en esta dirección” (Lukács, 1983: 243).

La Bioética médica científica y humanista

En el caso específico de la bioética médica, para que sea científica y humanista debe sintetizar dialécticamente dos requisitos fundamentales: una *medicina basada en evidencias* (Sacket et al, 1996) no limitada a las cuantitativas, sino también cualitativa y, sobre todo, dialéctica, y un *humanismo real*, objetivo e integral (ontológica, epistemológica y axiológicamente) y acorde con una epistemología y filosofía materialista, histórica y dialéctica. Y puesto que toda persona es tan responsable *ante* sus convicciones, como *por* ellas, por su contenido y, en particular, como todo personal de salud cuya práctica esté basada en tales evidencias científicas y al estar todos involucrados en la bioética, tienen una *responsabilidad cognoscitiva* y el primer deber moral de un *conocimiento actualizado* de una profesión basada en evidencias y de la bioética científica y humanista correspondiente y adecuada a ella; por lo tanto, deben conocer todo lo que es posible saber al

respecto, por lo menos según su profesión, especialidad y ámbito de acción personales.

En la bioética médica se enfrentan y analizan con tales fundamentos los problemas y dilemas bioéticos, mediante la contrastación de los hechos concretos ante los principios y valores bioéticos y, tras su ponderación, se infieren un juicio y una resolución ante ellos. Su objeto es triple: 1) el *proceso salud–enfermedad* integral en sí (bio–psico–social e histórico); 2) la eticidad de los proyectos de *investigación en salud* o su *atención médica* en todas sus modalidades y niveles (prevención, curación y rehabilitación y desde la medicina comunitaria hasta el tercer nivel de la atención médica) de una sociedad y tiempo dados; y 3) las *evidencias* de ambos aportadas por la *investigación científica*, especificando incluso sus niveles, según la metodología empleada (desde la revisión sistemática y con homogeneidad de estudios de comparación ciega de la prueba con un estándar validado o *gold standard* –Nivel Ia–, hasta informes de expertos y de experiencia clínica sin valoración crítica explícita –Nivel IV–), para evaluar su confiabilidad y validez (Oxford Centre, 2001: 28). Y esta totalidad concreta ha de examinarse de manera objetiva y subjetiva en cada caso personal, en su proceso de gestación, desarrollo, caducidad y fin, y resolviendo dialécticamente las contradicciones implicadas.

Tal análisis consiste en la contrastación y síntesis de sus aspectos objetivos (tesis) y subjetivos (antítesis); iniciando con el establecimiento de los hechos concretos de manera lógica, racional y con base en las evidencias científicas adecuadas para cada caso (tesis); y, ante ellos, se confrontan los principios bioéticos principales y formales, los valores morales, y las normas y leyes jurídicas, a fin de identificar y analizar posibles desviaciones respecto de los hechos (antítesis); con

la finalidad de concretar un juicio y la resolución del problema o dilema bioético (síntesis). Así, cada problema o dilema bioético clínico concreto y personalizado debe analizarse de manera holística y dialéctica, a fin de ser examinado y resuelto adecuadamente. Para ello, su análisis debe transcurrir por tres fases o etapas:

1- *Fase objetiva* (tesis), con la definición y caracterización de los hechos concretos respecto de dos objetos correlacionados: del proceso salud–enfermedad personalizado y de su atención médica. Para ello se requiere su descripción completa, detallada y precisa a partir de medicina basada en las evidencias correspondientes a su enfoque (biomédico, psicológico o médico social); especificando sus niveles para evaluar su congruencia, confiabilidad y validez científicas.

2- *Fase subjetiva* (antítesis), identificación y caracterización de desviaciones: técnico–médicas y de los principios bioéticos y formales y de los valores morales; a fin de detectar, definir y caracterizar un posible problema o dilema bioético surgidos durante la investigación científica o en la atención médica integral, considerando: las actitudes, la conducta, las acciones y omisiones realizadas por los sujetos que intervienen respecto de los procesos correspondientes; el lugar y tiempos de su ocurrencia; y las personas involucradas en ellas. Las posibles desviaciones técnico–médicas se definen al contrastar los hechos ante lo indicado por las evidencias aportadas por las ciencias de la salud; a fin de concretar con objetividad el bien y el mal, lo bueno y lo malo, lo correcto e incorrecto ante el problema o dilema bioético bajo análisis. Las desviaciones de los principios bioéticos ocurren cuando a los hechos y a su análisis objetivo se oponen subjetivamente a los principios bioéticos (no maleficencia, beneficencia, autonomía y justicia), a otros principios formales

(dignidad, integridad, vulnerabilidad, etc.) y, también, a los valores morales aplicables (verdad, honestidad, prudencia) por parte de todos los sujetos involucrados; según sus conocimientos, creencias, costumbres, actitudes, conducta y acciones realizadas. Y, además, deben especificarse las desviaciones de la normatividad y de las leyes jurídicas aplicables; en el caso de que los hechos trasgredan políticas de salud, lineamientos, normas o la legislación vigente; constituyendo desde faltas administrativas, hasta delitos o crímenes. Desde el punto de vista bioético, pueden ser por impericia, negligencia, imprudencia o dolo.

3- *Fase de síntesis*: inferencia lógica y racional de un juicio y resolución de los problemas y dilemas bioéticos formulados y analizados, tanto como la solución de las contradicciones surgidas en el proceso; mediante el análisis, la confrontación y síntesis de las fases objetiva y subjetiva antedichas.

Enseguida se exponen algunos ejemplos al respecto.

Postura de la Bioética científica y humanista ante algunos problemas bioéticos

Un elemento esencial de la persona humana es su *psique* y el factor determinante de ésta es la *consciencia*; en tanto determina y concreta sus demás componentes: perceptivos, emocionales, cognoscitivos y espirituales. “La consciencia tiene diferentes modos, como percepciones, sensaciones, emociones y pensamientos”. Mayoritarios inicialmente, se reducen a “un 25 % como *sensaciones y percepciones*” en su constitución, y tres cuartas partes “del pensamiento consciente se formula como *lenguaje*” y se desarrolla con él; y todos ellos y sus procesos se ubican y realizan en el sistema nervioso central y principalmente en la

corteza cerebral (Carter et al, 2011: 177; Sweeny, 2014: 258).

“El cerebro percibe a través de los órganos de los sentidos, que responden a los estímulos... y los transmiten como señales eléctricas a áreas especializadas de la corteza cerebral, donde se convierten en sensaciones”; por lo que “el encéfalo desempeña el papel principal en la percepción consciente... en la corteza y especialmente en los lóbulos frontales”. Y la percepción es el punto de partida para los procesos cognitivos del lenguaje y la comunicación, la memoria y el pensamiento intuitivo, intelectual y racional; todos, realizables por la corteza cerebral y sus interconexiones con los demás elementos del sistema nervioso central (Carter, 2011: 76).

Las ciencias biomédicas, por su parte, “han conseguido vincular muchos rasgos de la *personalidad* (el conjunto de características de conducta que presenta un individuo) con patrones de actividad específicos del cerebro”: del circuito neural (extroversión), de la corteza cingulada (agresión), el cuerpo estriado y la amígdala (comportamiento social), etc. Incluso “la fe y la incredulidad se controlan en áreas del encéfalo relacionadas con las emociones, y no con el razonamiento. La fe activa la corteza prefrontal medioventral... y la incredulidad se registra en la ínsula”. Y las experiencias místicas y “sobrenaturales” ocurren mediante “alteraciones en varias partes del cerebro... [como] convulsiones diminutas en los lóbulos temporales... y una menor actividad en los lóbulos parietales”. En ninguno de los reportes científicos se menciona siquiera alguna función psíquica al margen, separada o ajena al sistema nervioso central, que no corresponda con alguna de sus partes anatómicas y fisiológicas y fuera, así, “trascendental” o “sobrenatural”; incluyendo los llamados estados de consciencia “alterados”

(por autosugestión, hipnosis, drogas psicodélicas, meditación, etc.), la fe y las experiencias místicas religiosas. Por el contrario, todas las características y funciones de la psique humana dependen, pues, de la conformación, desarrollo, envejecimiento y fin de la anatomía y fisiología del sistema nervioso central como un todo y la consciencia, en particular, de la corteza cerebral; por lo que, si debido a trastornos, enfermedades o traumatismos “alguna de estas partes se daña gravemente, la consciencia peligra, se altera o se pierde”. El caso extremo que demuestra el *monismo* descartesiano de la psique humana es la muerte cerebral, con la que ocurre “el cese irreversible de las funciones del cerebro” de todo tipo y, en definitiva, de la consciencia; lo que se muestra con líneas planas del electroencefalograma por “la ausencia de actividad encefálica” y no puede mantenerse con vida tal cuerpo “sin ayuda de máquinas de soporte vital” (Carter, 2011: 170-171).

En consecuencia, si la consciencia es un factor esencial y determinante de la persona humana y ésta depende absolutamente del sistema nervioso central y sus relaciones con el medio natural y social; su conformación, funcionalidad, desarrollo y fin es, a su vez, esencial y determinante para la persona. Según el personalismo basado en la teología cristiana, a todo ser humano corresponde “su condición de persona desde el momento de la fecundación hasta la muerte”; pues basta “que tenga los primordios epigenéticos de un cuerpo humano lo bastante normal para que sea una persona humana”. Incluso “el cigoto, el óvulo ya fecundado, sí es un nuevo ser humano... El embrión *es realmente* un ser humano”. Hasta “un organismo de constitución genética humana... es una entidad personal, incluso cuando está totalmente incapacitado para realizar un acto intelectual” (Finnis, 2004: 82-83).

¿Ello implica, entonces, que el óvulo y el espermatozoide, al contener la mitad del genoma de un ser humano son *medias personas*? Y puesto que todas las células somáticas humanas (a excepción de los hematíes maduros) poseen un genoma humano completo y teóricamente mediante clonación reproductiva podrían originar un nuevo organismo; entonces, ¿la totalidad de estas células son personas? Como ha mostrado el neurocientífico Ricardo Tapia:

“El hecho de que el cigoto o el embrión humano... posea el genoma de la especie humana no es válido como argumento para considerarlos como un ser humano... La persona es el resultado del desarrollo ontogénico cuando éste alcanza la etapa de autonomía fisiológica... y cuando su sistema nervioso ha adquirido la estructura y la funcionalidad necesarias para percibir estímulos sensoriales y adquirir consciencia y autonomía... El sistema nervioso central y más específicamente la corteza cerebral, así como las conexiones que recibe desde otras áreas del cerebro, constituyen el sustrato biológico que determina esas propiedades. Hasta que no se alcanza tal desarrollo no se puede hablar de» vida humana «” (Tapia, s.f.: 2)

“Cientos de investigaciones realizadas en los últimos 30 o 40 años en embriones humanos llegan a la conclusión de que no es sino al tercer trimestre de la gestación cuando se han formado, morfológica y funcionalmente, las estructuras necesarias para que existan sensaciones conscientes”. Antes de las dos semanas el cigoto aún no constituye un individuo siquiera, dado que todavía puede dividirse en gemelos univitelinos. E incluso “la vida de un embrión no difiere sustancialmente de la de cualquier célula, órgano o tejido de un organismo multicelular vivo”. Dado que hasta la semana 19

del embarazo aparecen las neuronas sensoriales y que las vías nerviosas y sinapsis entre la médula espinal y el tálamo no se han establecido y, sobre todo, que aún no hay corteza cerebral para contactar hasta las semanas 23–27; “no se puede hablar de persona sino hasta el tercer trimestre del embarazo, y no hay duda de que el embrión de 12 semanas no es un individuo biológico ni mucho menos una persona”. De hecho, “el feto humano es incapaz de tener sensaciones conscientes y de experimentar dolor antes de la semana 22–24”. Y “la respuesta eléctrica de la corteza a estímulos sensoriales se alcanza hasta la semana 29 y la actividad eléctrica de la corteza... no se detecta sino hasta la semana 30 de la gestación”. Por consiguiente, “si hasta este tiempo de la gestación el feto no puede tener percepciones, por carencia de las estructuras, las conexiones y las funciones nerviosas necesarias, mucho menos es capaz de sufrir o gozar, por lo que *biológicamente no puede ser considerado un ser humano*” (Tapia, s.f: 3-5). En todo caso, mientras no aparezca y se desarrolle el lenguaje (las tres cuartas partes de la formulación del pensamiento consciente), se trata, más bien, de un *individuo* y no todavía de una *persona* propiamente dicha, ni siquiera *en sí*.

No obstante, las evidencias de investigación no son tomadas como dogmas por la bioética científica y humanista, para establecer imperativos categóricos y principios bioéticos absolutos, universales y eternos, aplicables en todo caso personal, en todo lugar y en todo tiempo, independientemente de sus condiciones y características concretas; como sí hacen la deontología, el principialismo y el personalismo con sus dogmas y mitos, ignorando y contradiciendo las evidencias científicas.

Así, en principio, los personalistas católicos consideran que “es intrínsecamente inmoral cualquier

acción que... se proponga impedir la procreación”; por ello, “la contracepción debe juzgarse tan profundamente ilícita que no puede ser justificada *nunca, por ninguna razón*” y, peor aún, “nada ni nadie puede permitir la muerte de un ser humano inocente, ya sea un feto, un embrión” y hasta de un cigoto (Catecismo de la Iglesia Católica, 2005: párrafo 2258), al considerar abortiva la “píldora del día siguiente” (Levonorgestrel), cuando está plenamente demostrado que no es tal.

Por el contrario, del hecho cierto de que un cigoto, embrión y feto hasta la semana 20 de la gestación, ni *biológicamente puede ser considerado un ser humano*; no se infiere que el aborto sea ético siempre y en todos los casos. Es tan sólo un factor objetivo que debe ser contrastado con todos los factores subjetivos (sobre todo, de género y sociales) en cada caso concreto, a fin de lograr, mediante la síntesis dialéctica de ambas fases, la inferencia de un juicio y la resolución del problema o dilema bioético personalizado. Incluso deben considerarse al respecto las indicaciones normativas y los lineamientos legales. Así, reconociendo su procedencia en ciertos casos, incluso se ha legalizado jurídicamente el aborto en México hasta las 12 semanas de embarazo por causales como: terapéutico, cuando el embarazo pone en riesgo la salud y la vida de la mujer, y cuando es producto de violación sexual; siendo en cualquier caso legal en la ciudad de México desde el año 2007 (GIRE, 2019: 2-3).

La bioética personalista ha considerado las particularidades de la mujer con el fundamento de su filosofía irracionalista, que antepone “la primacía del amor sobre el conocimiento”; mediante la cual considera que “la mujer como persona es imagen de Dios, con valor sagrado” y, no por sí misma, sino “a través fundamentalmente de la familia, constituye la extensión del individuo a

la comunidad”; debiendo limitar su “sexualidad como dualidad varón-mujer”; y “debe esforzarse al servicio de los demás para construirse como humano” contra un “autonomismo »femenino« que simplemente reemplazaría al »masculino«”; etc. (León-Correa, 2008: 55).

Y también con fundamento en la Biblia, que deja muy en claro que no son iguales: “El hombre... es la imagen y gloria de Dios, pero *la mujer es la gloria del hombre*; porque el hombre no procede de la mujer, sino la mujer del hombre” (Corintios 11:7-12), “Tu deseo será para *tu marido*, y él *tendrá dominio sobre ti*” (Génesis 3:16), “Mujeres, *estad sujetas a vuestros maridos*, como conviene en el Señor” (Colosenses 3:18), “Así como la iglesia está sujeta a Cristo, también *las mujeres deben estarlo a sus maridos en todo*” (Efesios 5:22-24), “Vale más maldad de hombre que bondad de mujer” (Eclesiástés 42:14), “...Vi una mujer... [y] el ángel me dijo: *Es la maldad*” (Zacarías, 5:5-8), etc., etc. Palabra de Dios.

Confundiendo sexo, género y sexualidad, el personalismo sólo reconoce que “existen dos modos de ser persona: hombre y mujer”; negando las diferencias de género, la diversidad de preferencias sexuales y su importancia. En contraposición, tanto en el mundo médico científico en sí, como en bioética, se ha mostrado y desarrollado la importancia y trascendencia de una perspectiva de *género*; lo que dio origen a una *Bioética de género y feminista*, principalmente con fundamentos científicos y humanistas, a fin de especificar, caracterizar y diferenciar la problemática bioética entre los géneros y, en particular, de las mujeres (Sherwin, 1998a; 1998b).

Como se ha observado en la literatura internacional de ciencias de la salud, desde hace más de cuatro décadas y de manera creciente, “la comunidad

médica detecta, trata o previene sesgos de género, androcentrismo del saber médico, violencia contra las mujeres, desigualdades en razón de sexo... en las actividades profesionales, intelectuales y científicas” en el campo de la salud-enfermedad y de la práctica médica. Empero, en la actualidad “sólo una cuarta parte de 6 855 artículos [revisados] fueron diseñados desde la perspectiva de género” (Miqueo, 2008: 156).

La importancia y el impacto de la perspectiva de género en el campo de la salud, va de la epistemología a la práctica de la medicina basada en evidencias, mediante una “crítica al sexismo de la ciencia”. Así, se ha “observado un cambio de foco de atención desde las diferencias fisiológicas o patológicas entre los sexos, hacia la metodología de la investigación”. Por ejemplo, en el famoso *Harrison. Principios de Medicina Interna*, desde su edición de 1998 se advirtió: “Existen diferencias significativas de sexo que afectan tanto a las mujeres como a los varones”; las cuales, no obstante, pasaron inadvertidas mucho tiempo, “debido a que casi todos los estudios epidemiológicos se realizaban en varones” (Fauci et al, 1998: 4-5).

Empero, “no sólo hay un problema de estilo retórico y ético consustancial al positivismo científico-natural predominante” ante el dilema inherente a la relación ciencia-mujeres, entre el “ser una mujer” y el “ser una científica”. Desde la nula o escasa representación de las mujeres en los diseños de estudios y muestras, implica y conlleva a “sesgos de género en la ciencia y práctica médica”. Y para ello se ha propuesto: desarrollar “temas que son centrales para la salud de las mujeres”; incluir ambos géneros en las investigaciones, con una cuota de “paridad” por sexo en las muestras de estudio; tomando en cuenta “tanto sus diferencias naturales o biológicas, como sus roles sociales”; que el *género* “sea una variable

sustantiva, más que una variable de control”; involucrar “el entorno sociolaboral”; crear diseños innovadores, como la “integración de las investigaciones cualitativas y cuantitativas”; incluyendo también “disciplinas humanísticas o especialidades médicas sociosanitarias”. Y en general, la necesidad de “poner en valor la importancia de investigaciones que contemplen el *género*, la *clase social* y la *etnia*” (Casado et al, 2009: 162).

Respecto de las transfusiones sanguíneas, para los testigos de Jehová sólo se hace con mayor cuidado, consideración y evaluación de sus alternativas propias y de lo que debe realizarse en todos los casos: partir del paciente personalizado y los hechos objetivos, para adecuar las indicaciones y contraindicaciones de la medicina basada en evidencia (Carson et al 2002; Gavish et al, 2010; Seguras et al, 2013) y la normativa aplicable (Secretaría de Salud, 2007) y, así mismo, sus propias estrategias clínicas para evitar y controlar la hemorragia y la anemia sin transfusiones de sangre (Watch Tower Bible, 2003). Mediante el proceso de análisis descrito y la ponderación de los principios bioéticos, valores, derechos y la legislación aplicable; se resuelve cada caso personal.

La bioética científica y humanista reconoce el derecho a morir con dignidad, a vivir humanamente la propia defunción, al considerar que una muerte digna es un acto humano, cuando ocurre con “respeto por la dignidad de la persona y aceptación de la finitud de la condición humana”. Tal derecho se basa en cinco principios morales: *veracidad*, *proporcionalidad terapéutica*, *doble efecto*, *prevención* y *no-abandono*. Comunicar la verdad de su caso al paciente y a su familia, no sólo es un deber ético, sino que es en general benéfico y propicio para el ejercicio de su autonomía; siendo maleficio sólo en casos particulares, como de depresión severa. La obligación moral de realizar

todas las medidas terapéuticas debe ser proporcional y prudente con los resultados previsibles de acuerdo a una medicina basada en evidencias; evitando siempre caer en obstinación o ensañamiento terapéutico y considerando tratamientos paliativos. Para ello, hay que ponderar el *doble efecto* en cada caso personalizado que puede tener toda medida: uno bueno y otro malo. No sólo debe considerarse la situación actual, sino el pronóstico de su evolución, a fin de prevenir posibles complicaciones, infecciones agregadas, hemorragias, etc. Y en todos los casos aplica el principio de no-abandono; pues “cuando no se puede curar, siempre es posible acompañar y a veces también consolar”. Con estas bases, una muerte digna “incluye el derecho a disponer de la propia vida mediante la eutanasia o el suicidio médicamente asistido”, con el debido “respeto a la libertad individual o autonomía del paciente” (Taboada, 2000: 93).

Se define a la *eutanasia* (*eu-thanatos*, buena muerte) como “la muerte intencional de un paciente, por acción o por omisión, como parte de la atención médica”; a fin de terminar con una muy deficiente y mala calidad de vida, por gran discapacidad, dolor y sufrimiento o una franca agonía. Como ante todos los principios, problemas y dilemas bioéticos; la bioética científica y humanista, al igual que en el caso del aborto, no la considera un imperativo categórico aplicable siempre en todos los casos y en cualesquiera circunstancias; sino sólo cuando se amerita objetiva y subjetivamente. En general, cuando se trata de *enfermos terminales* (cuyo padecimiento pronostica que le causará la muerte en poco tiempo) o *desahuciados* (en estado vegetativo persistente o con muerte cerebral), con una “condición médica objetiva que deteriore significativamente su calidad de vida”. La eutanasia puede ser *activa* con “la administración (deliberada) de sustancias que

acortan la vida con la intención de causar la muerte”. O es *pasiva* cuando se suspenden las medidas de conservación o tecnologías sustentadoras de la vida en estado vegetativo. En ambas, ya sea con el consentimiento expreso del paciente (eutanasia voluntaria) o sin él cuando es incompetente (eutanasia no voluntaria). Mas en todo caso que sea posible debe respetarse la autonomía personal, pues sólo el paciente puede solicitarla como un último recurso y de manera bien razonada, durable y persistente. “Lo que hace que causar la muerte sea moralmente permisible es si la persona quiere o no quiere morir... es correcto que el paciente muera [cuando] la muerte es el único alivio confiable y seguro para sus sufrimientos... entonces es moralmente correcto provocarle la muerte”. Y al contrario, “el impedir que una persona tome por sí misma una de las decisiones más importantes de su vida es una forma de tiranía, una negación extrema de respeto a las personas” y a su autonomía (Harris, 2004a: 47).

Un dilema bioético de eutanasia es más resoluble en los casos de un estado vegetativo persistente y de muerte cerebral. Contra la postura del personalismo, en el sentido de que todo individuo continúa siendo una persona humana mientras subsista con vida, incluso “cuando el cerebro aún no se ha desarrollado o cuando ha resultado tan dañado que se ha destruido su capacidad de realizar actos intelectuales, todavía sigue siendo una persona” (Finnis, 2004: 59-60). Para la bioética científica y humanista:

“Una persona es un ser complejo unificado [que] posee las capacidades radicales de la inteligencia y la autonomía con la capacidad de valorar la existencia; cuando faltan, la persona ha dejado de existir... En el estado vegetativo persistente la persona no está ausente del cuerpo, sino que el cuerpo ha cesado de ser el cuerpo

de una persona. Es el cuerpo de un ser humano vivo, pero no es el cuerpo humano vivo de una persona” (Harris, 2004b: 72).

Y de hecho “no se le puede llamar vida humana al estado vegetativo persistente” o con muerte cerebral (Harris, 2004-b: 71); cuando la corteza cerebral ha dejado de funcionar, permaneciendo inconsciente e imposibilitando toda capacidad para pensar, sentir o responder a estímulos; o cuando mucho si responden algunas de las partes más primitivas del cerebro para funciones neurovegetativas del sistema nervioso autónomo. Un electroencefalograma con todos los trazos planos evidencia lo anterior, desde la anulación de las *ondas delta* (presentes durante el sueño profundo y la subconsciencia) y, sobre todo, hasta la inexistencia de *ondas beta* (de estados mentales activos, como el juicio, la toma de decisiones y el pensamiento analítico) (Sweeny, 2014: 172).

Conclusiones

Para la Bioética en general y particularmente para la bioética médica, no todos sus paradigmas son equivalentes ni congruentes ni adecuados a sus diversos objetos. No lo son en sus fundamentos filosóficos, epistemológicos ni axiológicos, ni en su metodología para el análisis y resolución de problemas y dilemas bioéticos ni, por consecuencia, para la correcta inferencia de juicios bioéticos.

Las bioéticas con fundamentos filosóficos idealistas (deontología y principialismo) tienen de origen una falsa consciencia de la realidad, al distanciarse de los hechos y privilegiar al pensamiento por encima de aquella. Y en esta medida, su insuficiencia y hasta carencia de objetividad las conlleva al agnosticismo. En consecuencia, su influjo en la epistemología hace preponderante al sujeto en sus relaciones con los objetos que tiene

ante sí; imponiéndose sobre ellos y, por ende, produciendo conocimientos muy subjetivos. A su vez, derivadas estas posturas a lo axiológico, abstraen valores y virtudes ideales, que consideran existentes al margen de la realidad, del espacio y del tiempo y, por tanto, los creen válidos en cualesquiera circunstancias, sociedades y épocas históricas, universales y eternos. Para esto, tales bioéticas adoptaron y adaptaron los “imperativos categóricos” postulados por Immanuel Kant. Entonces, su método para el análisis y resolución de problemas y dilemas bioéticos consiste en la aplicación deductiva de valores morales abstractos y *a priori* como leyes inflexibles para todos los casos, con independencia de su realidad concreta.

En la bioética personalista tales caracteres se han acusado, al recurrir a una filosofía irracionalista y a la teología católica. Al contraponer a la razón la intuición y la fe en los dogmas y en la mitología cristianos, extreman el idealismo con el que conciben, enfrentan y resuelven los problemas y dilemas bioéticos; merced a valores morales y virtudes también dogmáticos, que creen universales y eternos por proceder supuestamente de la divinidad. Así, la sexualidad sin fines reproductivos, la homosexualidad, la anticoncepción, el aborto, las transfusiones sanguíneas (sólo para los testigos de Jehová), la eutanasia, etc. devienen en “muchas clases de crímenes y todos estos constituyen una ofensa para el Creador” (Catecismo de la Iglesia Católica, 2005). En consecuencia, su reiterada condena es tajante e inflexible, con absoluta independencia de las circunstancias y causas reales que conllevan a ellos.

En contraparte, la bioética casuística optó por una filosofía materialista, el positivismo, y por un método inductivo para el análisis y resolución de problemas y dilemas bioéticos. Empero, ello derivó en el científicismo de la inicial medicina

basada en evidencia (cuantitativa) e implicó un doble reduccionismo: primero, del proceso salud-enfermedad a lo biológico y somático, con escasa consideración de lo psicológico y, menos aún, de lo social. Y, en consecuencia, el privilegio de la terapéutica (sobre todo farmacológica) y el descuido de la profilaxis y de la atención primaria. Procediendo inductivamente en bioética, la casuística juzga la eticidad de la investigación o de la atención a la salud-enfermedad (sobre todo clínica), de acuerdo a lo que médicamente se considera bueno o malo, bien o mal, moral o inmoral en cada caso individual.

Como una síntesis o negación de la negación de los anteriores paradigmas bioéticos, la bioética científica y humanista se origina y desarrolla ante la necesidad de trascender y corregir sus limitaciones, hipérboles, sesgos y errores; originados a partir de una inadecuada concepción de sus objetos y de la correspondiente metodología. Así, por ejemplo, ante los objetos particulares de la salud-enfermedad y de su atención médica se plantea que, para su conocimiento objetivo y demostrable como verdadero, fueron históricamente insuficientes e ineficientes la filosofía (sobre todo idealista) y más aún toda religión. A partir de la medicina basada en una filosofía materialista (de Hipócrates y Galeno) hasta la actual medicina basada en evidencias científicas (cuantitativas, cualitativas y dialécticas), es que se ha logrado el conocimiento más objetivo y verdadero (en tanto demostrable) de tales objetos bioéticos particulares en su integridad como una totalidad concreta (Laín, 1992: 3-6).

Empero, a fin de no caer en un científicismo, deben considerarse también los factores subjetivos y antropológicos mediante un humanismo real; es decir, no como *imago Dei* ni como una abstracción idealista de la persona, sino merced a su

concepción como *ser social* con determinado género, etnia y clase social. Entonces, ni las evidencias científicas bio-psico-sociales ni los valores y principios bioéticos son aplicados de manera dogmática; sino en un contexto y circunstancias reales, examinándolos y analizándolos con objetividad y contrastándolos con sus aspectos y factores subjetivos y cualitativos para, mediante una síntesis dialéctica, se pueda inferir un juicio bioético coherente y congruente con cada caso concreto. Así, no son condenables ni tampoco

morales universal y eternamente todos los casos de sexualidad, homosexualidad, anticoncepción, aborto, transfusiones sanguíneas, eutanasia, etc. El juicio bioético científico y humanista acerca de lo que es bien o mal, de lo que es bueno o malo, moral o inmoral ante cualquier problema o dilema bioéticos, se concreta en cada caso particular, de acuerdo a lo que es objetiva y demostrablemente verdadero y si subjetivamente no es maleficente y sí beneficente, aceptado y adoptado con autonomía y respeto a la persona, y con justicia.

Referencias bibliográficas

- Abbagnano, N. (1983). *Diccionario de Filosofía*. México: Fondo de Cultura Económica, 653-654.
- Banegas, R. et al. (2000). “Popper y el problema de la inducción en epidemiología”, *Rev. Esp. Salud Pública*, vol.74, Núm. 4: 327-339.
- Beauchamp, T. and Childress, J. (2019) *Principles of Biomedical Ethics*. Estados Unidos: Oxford University Press.
- Beauvoir, Simone de. (2005). *El segundo sexo*. Madrid: CUniversitat de València,123.
- Berdiaev, N. (2020). “Persona humana y marxismo”, *Revista Mexicana de Ciencias Políticas y Sociales de la UNAM*, vol. 36, Núm 142 (1990): 122-133.
- Bianco, G. (2016). *El personalismo y la filosofía de la praxis: 2*. gbculture.gabriella@gmail.com.
- Bugallo, C. (2018). *El marxismo y la filosofía del hombre*. Valencia: Biblioteca Libre OMEGALFA, 7.
- Bunge, M. (1976). *Ética y ciencia*. Buenos Aires: Ed. Siglo XX, 13.
- Burgos, J. (2012). *Introducción al Personalismo*. Madrid: Biblioteca Palabra, 15,17,38,76.
- Carson, J. et al. (2002). “Mortality and morbidity in patients with very low postoperative Hb levels who decline blood transfusión”, *Transfusion*, vol. 42, Núm. 7: 812-818.
- Carter, R. et al. (2011). *El cerebro humano*. México: Dorling Kindersley Limited – Altea – Santillana Ediciones Generales, 170,171,176,177.
- Casado, M. y Vázquez, R. (2009). *Género y bioética*. México: Editorial Fontanamara, 162.
- Catecismo de la Iglesia Católica (2005). Madrid: Asociación de Editores del Catecismo.
- Cerroni, Umberto (1990). “El humanismo socialista y la ciencia”. En: Fromm, E. *Humanismo socialista*. México: Editorial PAIDOS, 153-157.
- Ciuro, M. (2017). *Persona humana, filosofía, ética, bioética y derecho*. Washington, D. C: OMS – OPS, 1.
- de Beauvoir, Simone (2005) *El segundo sexo*. Madrid: Ediciones Cátedra, 123.
- DuBose, E. et al. (1994). *A matter of principles? Ferment in U. S. bioethics*. Valley Forge: Trinity Press International, 15.
- Farías E. y Hall, R. (2020). *Bioética clínica: una breve introducción*. México: Secretaría de Salud – Comité Nacional de Bioética, 24,29,30,34.
- Fauci, A. et al. (1998). *Harrison. Principios de medicina interna*. Madrid: Mc Graw-Hill-Interamericana, 4-5.
- Finnis, John (1994). “Un frágil argumento en favor

- de la eutanasia”. En: Keown, J. (ed.) *La eutanasia examinada. Perspectivas éticas, clínicas y legales*. México: Fondo de Cultura Económica, 59, 60, 82, 83.
- Gavish, D. et al. (2010). “Perioperative blood transfusion: a brief review of pros and cons”, *Jurnalul Român de Anestezie Terapie Intensivă*, vol. 17, Núm. 2: 134-139.
- GIRE (Grupo de Información en Reproducción Elegida). (2019). Causales de aborto en Códigos Penales. <https://bit.ly/2EIA7Op> (consulta 25 de noviembre de 2020).
- Gramsci, A. (1982): *El materialismo histórico y la filosofía de B. Croce. Cuadernos de la cárcel, no. 3*. México: Juan Pablo Editores: 44.
- Harris, J. (2004a). “La eutanasia y el valor de la vida”. En: Keown, J. (ed.) *La eutanasia examinada. Perspectivas éticas, clínicas y legales*. México: Fondo de Cultura Económica, 47.
- Harris, J. (2004b). “Un argumento filosófico contra el caso filosófico contra la eutanasia”. En: Keown, J. (ed.) *La eutanasia examinada. Perspectivas éticas, clínicas y legales*. México: Fondo de Cultura Económica, 72.
- Juan Pablo II. (1998). *Fides et Ratio (Fe y Razón)*. Vaticano: Actas y Documentos Pontificios: 129.
- Juan Pablo II. (2006). Encíclica Solicitudo Rei Socialis. https://web.archive.org/web/20060822065915/http://www.vatican.va/edocs/ESL0042/_P1,HTM (consulta 23 de noviembre de 2020).
- Kant, I. (2006). *Crítica de la razón pura*. México: Editorial Porrúa, 19.
- Kierkegaard, S. (1993). *El concepto de la angustia*. Buenos Aires: Espasa-Calpe Argentina, 75.
- La Atalaya. (1962). *Marzo 15*. Pennsylvania, 181.
- Lain, P. (1992). *El diagnóstico médico. Historia y teoría*. Barcelona: Salvat Editores, S. A., 3-6.
- León-Correa, F. (2008). “Ética del cuidado feminista y bioética personalista”, *Persona y Bioética*, vol. 12, Núm. 30: 53-61.
- León-Correa, F. (2009). “Fundamentos y principios de bioética clínica, institucional y social”, *Acta Bioethica*, vol. 15, Núm. 1: 70-78.
- Lipschutz, A. (1993). *El problema racial en la conquista de América*. México: Siglo XXI Editores, 87.
- Lukács, G. (1983). *El asalto a la razón. La trayectoria del irracionalismo desde Schelling hasta Hitler*. México: Editorial Grijalbo, 27.
- Lukács, G. (1996). *Historia y consciencia de clase*. México: Editorial Grijalbo: 76.
- Malinin, V. (1992). “El hombre como objeto de investigación en El Capital de Marx”. En: Oizerman, T. et al. *Marxismo y humanismo*. México: Ediciones Roca, 28, 31.
- Markovic, M. (1990). “Humanismo y dialéctica”. En: Fromm, E. *Humanismo socialista*. México: Editorial PAIDOS, 102, 103, 112.
- Marx, K. y Engels, F. (1974). *La ideología alemana*. México: Ediciones de Cultura Popular, S. A., 19.
- Marx, K. (1978). *Sociología y filosofía social*. Barcelona: Editorial Península.
- Marx, K. (1980). *Manuscritos económicos y filosóficos de 1844*. Madrid: Alianza Editorial. Madrid, 7-10.
- Marx, K. (1970). *Tesis sobre Feuerbach y otros escritos filosóficos*. México: Editorial Grijalbo, S. A., 11.
- Marx, K. (1997). *La sagrada familia*. México: Editorial Grijalbo, S. A., 50-69.
- Miqueo, C. (2008). “¿Feminismo en el mundo científico médico?”, *ISEGORÍA. Revista de Filosofía Moral y Política*, Núm. 38: 155, 156, 162, 167.
- Monsiváis, C. (2012). *Las esencias viajeras*. Ciudad de México: Fondo de Cultura Económica, 57.
- Murillo, G. (2010). “Las transfusiones de sangre y los Testigos de Jehová”, *Medicina Interna de México*, vol. 26, Núm. 4: 390-396.
- Odifreddi, P. (2008). *Por qué no podemos ser cristianos y menos aún católicos*. Barcelona: RBA Libros, S. A., 90, 97, 209, 210, 251, 252, 258, 269.
- Oxford Centre. (2001). *Evidence-based Medicine Le-*

- vels of Evidence*. Estados Unidos: Oxford, 28-29.
- Requena, P. (2005). *El Principialismo y la casuística como modelos de bioética clínica*. Roma: Facultad de Teología de la Pontificia Universidad de la Santa Cruz, 28.
- Sacket D., Rosenberg, W. y Gray, J. (1996). “Evidence based medicine: what it is and what it isn’t”, *BMJ*, vol. 312, Núm. 7023: 71-72.
- Schaff, A. (1990). *El marxismo y la filosofía del hombre*. En: Fromm, E. *Humanismo socialista*. México: Editorial PAIDOS, 161-171.
- Secretaría de Salud, Asociación Mexicana de Medicina Transfusional, A. C. y Agrupación Mexicana para el Estudio de la Hematología, A. C. (2007). *Guía para el uso clínico de la sangre*. México, D. F.
- Seguras, O. et al. (2013). “La hemotransfusión en los Testigos de Jehová como problema de las Ciencias Médicas”, *Revista Cubana de Anestesiología y Reanimación*, vol. 12, Núm. 2: 169-178.
- Sherwin, S. (1998a). “Ética, Ética “femenina” y Ética feminista”. En: Careaga, G. et al (comps.) *Ética y salud reproductiva*. México: UNAM. Programa Universitario de Estudios de Género: 83-115.
- Sherwin, S. (1998b). “Hacia una ética feminista del cuidado de la salud”. En: Careaga, G. et al (comps.) *Ética y salud reproductiva*. México: UNAM. Programa Universitario de Estudios de Género: 261-287.
- Sweeney, M. (2014). *Brain, the complete mind. How it develops, how it works, and how to keep it sharp*. Washington, D. C: National Geographic, 172, 234, 258.
- Taboada, P. (2000). “El derecho a morir con dignidad”, *Acta Bioética*, vol. 6, Núm. 1: 91-101.
- Tapia, R. (s.f.). *La formación de la persona durante el desarrollo intrauterino, desde el punto de vista de la neurobiología*. México: Departamento de Neurociencias de la Universidad Autónoma de México: 1-5.
- Thompson, J. Los principios de ética biomédica. CCAP: Año 5 Módulo 4, 15 – 34.
- Viosca, J. (2017). *El cerebro. Descifrar y potenciar nuestro órgano más complejo*. Madrid: National Geographic: 48, 95.
- Watch Tower Bible (2003). *Estrategias clínicas para evitar y controlar la hemorragia y la anemia sin transfusiones de sangre en pacientes quirúrgicos*. Tract Society of Pennsylvania.

Comprender el intento de suicidio: un ensayo sobre una dialéctica de la totalidad

Alejandro Arnaldo Barroso Martínez* • Gilberto Hernández Zinzún**

RESUMEN

La conducta suicida es un problema mundial; cuyas dimensiones y profundidad exigen una concepción amplia y sólida. Sin embargo, su comprensión sigue siendo limitada, como resultado de la forma en que se han entrelazado discursos y prácticas políticas, económicas, culturales y disciplinarias; y cómo este proceso ha jerarquizado lo biológico sobre lo social, la razón sobre la emocionalidad, y el método “objetivo” sobre la vivencia humana. Por esto, en este artículo argumentamos la importancia de una comprensión hermenéutica del ser humano como totalidad histórica, como una vía de comprensión del intento de suicidio.

PALABRAS CLAVE: intento de suicidio, subjetividad, totalidad.

Understanding the Suicide Attempt: An Essay on a Dialectic of Totality

ABSTRACT

Suicidal behavior is a problem worldwide. However, their understanding remains limited, as the result of the historical way in which political, economic, cultural and disciplinary discourses and practices have been interwoven, and how this process has focused on biological, reason and the “objective” method, instead of understanding the emotionality and experience of people. For this reason, in this article we argue the importance of a hermeneutical understanding of the human being as a historical totality, as a way of understanding suicide attempt.

KEYWORDS: Suicide attempt, Subjectivity, Totality.

* Doctor en Ciencias en Salud Colectiva por la Universidad Autónoma Metropolitana (UAM) Unidad Xochimilco, México. Docente en la Escuela de Medicina de la Universidad de Valparaíso, Campus San Felipe, Chile. almex2012@gmail.com

** Doctor en Antropología por la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM). Profesor-Investigador de la Licenciatura de Médico Cirujano en la Facultad de Estudios Superiores Iztacala en la UNAM, México. zinzun@unam.mx

Fecha de recepción: 18 de octubre de 2020.

Fecha de aceptación: 25 de febrero de 2021

Introducción

Cerca de un millón de personas se quitan la vida por mano propia cada año en el mundo, según datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) (2014). La tasa de estas muertes ha crecido 60% en los últimos 45 años, y la ideación, el intento, así como el suicidio consumado, constituyen dimensiones de un problema urgente de salud mental a nivel mundial: el suicidio.

A pesar de que el problema crece, sigue predominando una comprensión limitada del mismo, que reduce las posibilidades de llevar a cabo procesos de contención emocional, atención en salud, y políticas públicas oportunas (Canetto, 1992; Martínez y Barroso, 2019; Benavides, Melo y Villalobos-Galvis, 2020) ¿Por qué sucede esto?

El conocimiento que se obtiene del suicidio, y las acciones que se realizan a diferentes niveles, están orientadas fundamentalmente por la Biomedicina, y su epistemología positivista. Como resultado de esto, la prioridad está más en el control de la enfermedad y de indicadores biológicos, que en el modo de vida en salud. En consecuencia, y a pesar de reconocerse el suicidio como un fenómeno social, la comprensión misma de lo social se ha fragmentado en partes llamadas “factores de riesgo” y “factores protectores”, sin entenderse la relación entre ellos, y el proceso de su emergencia como procesos históricos (Martínez, 2016; Barroso, 2018; 2019).

Ello ocurre sin que exista necesariamente un análisis por ejemplo, de los procesos a través de los que se ha normalizado la optimización creciente de la salud mental en un mundo globalizado donde son prioritarios el rendimiento, la productividad, y la aceleración de los tiempos de vida; o la

forma en que se han construido y normalizado las relaciones interpersonales a partir del eje del poder; que tanto tienen que ver con las formas en que aprendemos a pensar y sentirnos a nosotros mismos y a otros.

Dentro de esta mirada biomédica positivista, el intento de suicidio es aquel en el que el suicidio no llega a consumarse. De hecho, es considerado por la OMS (2018) como un factor de riesgo en sí mismo. Sin embargo, trabajos como los de Widger (2015), Kim, Hyeong, y Hyun, (2016), Martínez (2016), y Barroso (2018), nos muestran que el intento de suicidio no es necesariamente una fase previa al suicidio consumado, sino un fenómeno con su propia complejidad vivencial y narrativa. Cada intento de suicidio es biográficamente único, y no todo el que atenta contra su vida por mano propia quiere morir, aunque sí expresar consciente o inconscientemente un cuestionamiento a algún aspecto de la normalidad de la realidad social en la que vive. Por esta razón, en este artículo nos centramos en la comprensión del intento de suicidio como realidad social e históricamente situada.

Estar en el mundo es un proceso necesariamente relacional (Heidegger, 1987; Merleau-Ponty, 2002), es un estar en relación con uno mismo y con otros; por eso somos seres históricos. Por eso vivir como seres sociales está relacionado esencialmente al vínculo humano, al diálogo, y a la participación. Mirar, percibir, recordar, sentir, son procesos esencialmente biográficos (Sartre, 1984; Merleau-Ponty, 2002), que sin embargo, sólo pueden ocurrir como parte de la misma reproducción social de la vida a través de discursos y prácticas multidimensionales que organizan y dan sentido a la cotidianidad (Castro, 2000; Samaja, 2004).

De ahí que sea tan importante seguir la articulación entre estas coordenadas de sentido, las cuales producen emergencias que implican una forma de entender y tratar lo social, como es el caso de la Biomedicina. Sin embargo, retomar el debate sobre la vida que personas consideran merece la pena ser vivida, implica pensar la salud con apoyo también de otras articulaciones emergentes entre lo político, lo económico, lo cultural y lo disciplinar; las cuales siempre expresan constricciones y oportunidades para personas y grupos humanos concretos.

Por esa razón nuestro objetivo en este artículo es argumentar críticamente, cómo las diferentes formas de articulación entre procesos económicos, políticos, culturales y disciplinares han generado históricamente una comprensión fragmentada y limitada de los intentos de acabar con la vida por mano propia. Consecuentemente, esta crítica irá entrelazada con un grupo de experiencias investigativas que por su enfoque hermenéutico, contribuyen con una comprensión más integradora y humanista de la persona que atenta contra su vida por mano propia. En este contexto insoslayable hay una pregunta comprometida con salvar vidas, y es: ¿cómo ha sido posible reducir la comprensión del ser humano como totalidad, y por ende de nuestra salud? y ¿qué consecuencias ha traído esto para la comprensión específicamente del intento de suicidio?

Una trayectoria de la fragmentación progresiva de la subjetividad

Las investigaciones fundadas en las neurociencias (Damasio, 2006) han demostrado que los seres humanos somos una integración, en la que lo biológico está al servicio de la trayectoria histórica de vida. Desde la experiencia clínica psicodi-

námica, Holmes (2011) por ejemplo, ha sostenido cómo los vínculos y las relaciones de apego en los primeros años de vida median de forma relevante las relaciones interpersonales en los años posteriores.

Esa totalidad que somos aparece ante nosotros mismos a través de nuestras motivaciones, necesidades y responsabilidades. “En la relación práctico-utilitaria con las cosas, en la cual la realidad se manifiesta como un mundo de medios, fines, instrumentos, exigencias y esfuerzos para satisfacerla, el individuo ‘en situación’ se crea sus propias representaciones de las cosas, y elabora todo un sistema correlativo de conceptos con el que capta y fija el aspecto fenoménico de la realidad” (Kosik, 1967: 2).

A pesar de que nuestra totalidad se manifiesta de manera concreta y singular, no podemos perder de vista que lo que somos siempre se expresa como tal en cada una de nuestras vivencias y comportamientos, aun la que parezca más individual. Merleau-Ponty (2002) por ejemplo, ha argumentado cómo el acto de mirar y percibir está mediado biográficamente, de manera tal que, al percibir, siempre lo hacemos desde la totalidad que somos y queremos ser a futuro, hasta ese momento.

De esta forma, el problema de la totalidad humana comienza, sin embargo, cuando lo significado deja fuera, subordina, o incluso hace desaparecer al resto, no como acto circunstancial, sino como proceso instituyente de una forma de comprender y abordar al “otro”, por lo tanto, también su salud mental ¿Qué tiene que ver con este proceso el entrelazado económico, político, cultural y disciplinar donde ocurre la vida cotidiana, y por lo tanto la salud mental?

La separación del mito como separación del ser humano respecto a sí mismo

Los ritos del chamán eran dirigidos al viento o a la lluvia. Los ritos para exorcizar y dominar lo natural apelaban a la mimesis, pero esta forma de estar como parte de la naturaleza, tenía limitaciones que generaban otra forma de estar el ser humano en el mundo. La mimesis, a partir de las diversas cualidades de la naturaleza, no permitía una clara diferenciación del yo.

Lo natural, cambiante e impredecible, generaba miedo. Con relación a este aspecto Horkheimer y Adorno explican: “El hombre tiene la ilusión de haberse liberado del temor cuando ya no queda nada desconocido (...) No debe existir ya nada afuera, puesto que la simple idea de un afuera es la fuente genuina de la angustia” (Horkheimer y Adorno, 1969: 69).

Estos procesos claves, vinculados a la misma necesidad del ser humano de reconocerse como tal, dieron lugar a lo que se ha identificado como el paso del mito al logos (Vegetti, 1981). Dominar la naturaleza se convirtió en una medida del poder del propio ser humano. Con ello se puso a un lado la preocupación por las diferencias, surgió el interés por lo previsible, por la unidad, y el culto a los números que se constata desde la obra de Platón.

Dominar y controlar la naturaleza le permitió al ser humano reconocerse en su propio pensamiento, separarse del objeto del saber para poderlo dominar, y así también desterrar el miedo. No obstante, ello se hizo a costa de separar y entronizar a la razón sobre la emocionalidad (Horkheimer y Adorno, 1969).

Este reconocimiento de sí trajo consigo la pregunta por lo que nos define como seres humanos.

Sin embargo, se respondió sobre los pilares que ya se venían construyendo para pensar lo humano. Desde Aristóteles, sólo se puede acceder a la verdad de lo que son las cosas mediante el conocimiento que devela lo dado naturalmente (Vegetti, 1981). Esto marcó un punto crucial de fusión entre la verdad y el ser, que devino problemático por la forma y las dimensiones en la que comenzó a limitarse la comprensión de su totalidad socio-histórica.

Cada ser tenía una verdad que debía ser sacada a la luz, descubierta. Vegetti nos lo explica de esta forma: “La tarea de la teoría consiste entonces no en sacar las cosas a la luz, sino en eliminar los obstáculos subjetivos que nos impiden ver aquella luz que de cualquier forma centellea” (Vegetti, 1981: 75). Las intuiciones, los prejuicios, en otras palabras, lo subjetivo vino a representar un obstáculo para el mismo ejercicio de descubrir lo ya dado, a lo que no habría que agregarle ninguna interpretación.

Comenzó a producirse otro punto crítico para la comprensión de la subjetividad, una vez que el método para acceder a una verdad se convirtió en la verdad sobre un ser entendido universalmente. Un ser ya dado, esencial en su constitución visible, pero nunca en su historia ni en su sentido. El criterio de la verdad pasó del método del conocimiento a la definición de sujetos individuales y colectivos. Así también se instituyó una forma de ver al “otro” no desde él, sino desde nuestros métodos, desde nuestra verdad convertida en hegemónica.

Una de las expresiones de esta forma de entender lo humano, se produjo como parte de la división de lo masculino y lo femenino, constatado en trabajos de Aristófanes, Jenofonte, y Platón. El cuerpo femenino, significado por el dominio de

sus pasiones por la comida y el sexo, era entonces considerado una copia defectuosa de la perfección masculina, considerada más capacitada para la toma de decisiones racionales, y por lo tanto la participación en el espacio político. Así, la mujer debía ser controlada, sus pasiones puestas a disposición de la sociedad mediante el matrimonio, y la canalización de sus deseos a través del cuidado de la familia (Vegetti, 1981).

Esta clasificación, que vino a ser más una jerarquización entre cualidades deseables e indeseables de lo propiamente humano, poniendo lo defectuoso afuera, también marcó un hito en perspectiva de género. Se trata de la comprensión de lo femenino desde la imperfección y la carencia, pero también lo masculino atado a una verdad en nombre de su supremacía. Lo masculino se ató a una forma de comprenderse a sí mismo en nombre de la respuesta a la carencia y las necesidades de “otros”.

Este proceso ha devenido hegemónico por su forma de responder al *statu quo* que se teje desde la política, pasa por las disciplinas, y termina a la vez que vuelve a comenzar en la división rígida de roles en las familias. Esto es lo que ha determinado hasta hoy en día, que sea tan difícil comprender que quienes vivimos las masculinidades hegemónicas, en ocasiones también sufrimos el impacto de la cultura patriarcal.

Marcuse refiriéndose a este período histórico que hemos abordado, tiene una frase que nos ayuda a resumirlo también para los objetivos de este trabajo: “la ciencia, gracias a su propio método y sus conceptos, ha proyectado un universo en el que la dominación de la naturaleza ha permanecido ligada a la dominación del hombre” (Marcuse, 1993: 193).

En este período que abarca hasta los siglos XVI y XVII, las posturas frente a la muerte por mano propia fueron heterogéneas en su discurso, sin embargo, consistentes en la presencia del poder tanto de la Iglesia como del soberano. La importancia de los cuerpos de todos para la defensa de la ciudad y de los gobernantes, fue el criterio abiertamente político con el que Platón y Aristóteles, por ejemplo, repudiaron coincidentemente a aquel que se quitaba la vida por mano propia (Amador, 2015). El poder soberano tenía tanto peso, que sólo la enfermedad grave y las injurias cometidas contra el Estado llegaron a justificar la muerte por mano propia.

La hegemonía del discurso y la práctica en salud mental

Durante los siglos XVII y XVIII, como parte de la Revolución Industrial, y la consolidación de los Estados-Nación, la administración comenzó a tener una presencia ostensible en el uso de los saberes, ahora al servicio del control de la soberanía, y el cuidado de los cuerpos. Este es el motivo por el que además del cuerpo individual, comenzó a tener interés la categoría *población* (Foucault, 2003; Luef, 2013).

La necesidad del control político de los cuerpos y las mentes, a la par de explicaciones disciplinarias, que en ocasiones sirvieron a la misma Iglesia, fueron desplazando la prioridad de las explicaciones de ésta última acerca del suicidio, ancladas en la falta de fe, y las influencias demoniacas (MacDonald, 1989). Una de las cúspides más importantes de este proceso fue la disciplinización de los saberes.

Los conocimientos de los sabios se comenzaron a impartir con apoyo de la pedagogía, y la

diversidad de saberes quedó organizada internamente según su coherencia y jerarquía. En este panorama, la matemática adquirió una relevancia crucial frente a la filosofía, porque vino a garantizar el conocimiento, el control de la natalidad y la mortalidad, así como la reducción de la incertidumbre en el ejercicio administrativo. En el contexto de este ejercicio de biopoder (Foucault, 2003) el enfoque clínico reorganizó la forma de ver y enunciar al “otro”.

Los avances de la Biología, la Bacteriología, y la Patología, por un lado, y el prestigio adquirido por los modelos de conocimiento de la Mecánica, la Matemática y la Física, como herederos y exponentes de la noción clásica de Aristóteles de descubrir lo ya dado por la naturaleza, ofrecieron un marco válido desde el punto de vista científico para la construcción del modelo clínico.

Lo que se buscaba era la enfermedad, mediante la identificación de los síntomas que eran expresión de ella. La historia de vida de la persona quedaba fuera de un esquema donde lo que interesaba era nombrar la enfermedad. Refiriéndose a esta etapa Foucault explica “(...) lo que está presente es la enfermedad misma, en el cuerpo que le es propio, y que no es el del enfermo, sino el de su verdad (...). El enfermo es el accidente de su enfermedad, el objeto transitorio del cual esta se ha apropiado” (Foucault, 2003: 92).

El “otro” quedó reducido a la mirada sobre los significantes, pero de la enfermedad. Esta mirada del clínico, obligada a describir y constatar el conocimiento enciclopédico acumulado y organizado por la ciencia, no sucede sino es a través de un proceso ahora institucionalizado e institucionalizante de la propia forma de ver y enunciar del ser humano que practica la clínica. En la medida en que sólo es necesario constatar, desaparece la

necesidad de interpretar, y en la medida en que sólo se busca la enfermedad, esta práctica médica se legitima más a sí misma porque deviene poder para tratar a un “otro” sin historia.

Desde finales del siglo XVIII y comienzos del XIX, la Psiquiatría adquirió y fortaleció su estatus médico. Los aportes franceses resultaron cruciales, y fueron compartidos a través de otros países como Italia (Brancaccio, 2013), España (Domingo y Novella, 2015) y más tarde América Latina.

Por una parte, los psiquiatras comenzaron a hacerse cargo de fenómenos que escaparon al control de la Iglesia, como el caso de las convulsiones. Por otra, la ola de movimientos políticos en Europa incrementó la preocupación administrativa por el control de los pensamientos y los comportamientos.

El esquema de causalidad apoyado en lo individual y lo biológico, ha ido ganando en organización y legitimidad como parte de varios procesos que siguen entretejiendo lo disciplinar con lo político, lo económico y lo cultural. Este esquema epistemológico anclado en el positivismo, y la preocupación por lo observable, lo comprobable y lo medible ha sido y continúa siendo hegemónico en la comprensión de la salud mental, y por lo tanto también del intento de suicidio.

Tal y como muestran las recomendaciones de la OPS y la OMS (2014), el suicidio es un acto individual por el que la persona intenta acabar de forma intencional con su propia vida. Por lo tanto, lo que se recomienda es tanto controlar los factores de riesgo, como estimular los factores protectores. En ambos casos, el papel determinante principal lo tienen factores de tipo genético y biológico, como son los casos de padecer esquizofrenia, trastornos de pánico, trastorno bipolar, demencia,

el consumo problemático de sustancias (OMS, 2014), o padecer desórdenes en el funcionamiento del neurotransmisor serotonina (Mann, 2003).

Este paradigma en salud mental produce un tipo específico de concepción del clínico sobre sí mismo, acerca de la “otredad”, e incluso acerca de la sociedad como un todo. Cuando la problematización del tema comienza por definir etimológicamente el suicidio, como derivado latín *sui*, que significa *a sí mismo* y *caedere* que significa matar, es decir, matarse a sí mismo, sin profundizarse en su complejidad como un fenómeno vivido a través de historias singulares de vida, comenzamos a ser herederos acríticos de la tradición entretrejida clínica y políticamente que necesitaba dar cuenta de un sujeto universal, y regido por las leyes del orden.

La forma de ver y abordar nuestra totalidad como seres humanos ha estado y continúa en crisis, y eso nos está costando vidas. Para el enfoque positivista en salud mental, la epidemiología positivista o clásica ha sido uno de sus ejes de desarrollo (Filho, 2000). Dentro de ésta uno de los conceptos más empleados para intentar explicar el intento de suicidio es el de *factor de riesgo*.

Este concepto ha heredado la preocupación fundante de la clínica por la enfermedad más que por la salud, y por lo tanto se intenta más identificarlos para predecirlos y controlarlos, que potenciar la vida. La preocupación epidemiológica por los factores de riesgo, también implica que el problema del intento de suicidio solo sea el problema de quienes entran en crisis o piden ayuda, dejándose de lado la pregunta por los modos de vida dignos y saludables para la salud mental. Siguiendo el trabajo crítico de Filho (2000), bajo esta lógica, la mirada disciplinaria sobre la persona, así como de ella sobre sí misma, queda fragmentada en partes problemáticas inexplicables.

La comprensión de lo social también queda dividida en partes, todas amenazantes, contingentes, sin historia. Estas reducciones alienan a la persona del contacto consigo misma, y limitan la posibilidad de comprender las trayectorias de vida como espacios donde se entretujan motivaciones, deseos y necesidades, con procesos políticos, económicos y culturales en momentos históricos concretos.

Para la epidemiología positivista, por ejemplo, los intentos previos son considerados factores de riesgo *a priori* (OMS, 2014). Sin embargo, desde miradas hermenéuticas sabemos que aprender a vivir con los estigmas de haber intentado acabar con la vida por mano propia, tiene un significado diferente para las vivencias de la feminidad y la masculinidad hegemónicas, por ejemplo.

La hegemonía sobre la totalidad de la vida social: un reto hermenéutico

¿Cuáles son los procesos que hoy entretujan la respuesta a los problemas en salud mental, y por lo tanto también a los intentos de suicidio? Tal y como desde el siglo XVIII, la respuesta clínica y disciplinar a la salud mental, y específicamente a los intentos de suicidio, sigue estando entretrejida con procesos económicos, políticos, culturales y disciplinares. Problematizarlos nos permitirá conocer los procesos y valores a través de los que se materializan los modos de vida, su impacto en la salud mental, y encontrar alternativas de solución desde la integralidad del ser humano.

Desde el momento en que la satisfacción a las necesidades biológicas se convirtió en un límite para la producción, las motivaciones y deseos comenzaron a ocupar el interés de los ideólogos de los sistemas sociales. Cuando el orden social se hizo necesario para el cuidado de la propiedad,

se expandió la defensa del productivismo mediante la conquista de la mente y el cuerpo en todos los espacios sociales.

La problematización pionera de Marx (1959) sobre el modo de producción del capital, sugiere algunas pistas fundamentales sobre la pérdida de contacto del ser humano consigo mismo como totalidad. Marx (1959) explica que si bien el trabajo es parte inherente de la propia existencia del ser humano, y expresa sus cualidades tanto físicas como subjetivas, en la medida en que el valor de las mercancías es cuantificado, y las energías del ser humano son convertidas en trabajo abstracto, el obrero como ser humano comienza a ser tratado como fuerza de trabajo. Una fuerza de trabajo que sólo necesita los recursos para reproducirse como tal.

En la medida en que la organización del trabajo y los valores organizan todo el funcionamiento de la sociedad, el poder político y económico intenta conquistar la totalidad del ser humano. Así ha ocurrido en sociedades donde el sistema se legitima mediante el consumo y la diferenciación clasista (Horkheimer y Adorno, 1969; Marcuse, 1993). Un ejemplo son las construcciones recíprocas y hegemónicas sobre la feminidad y la masculinidad. Estas se sostienen en relaciones de poder que distribuyen diferencialmente oportunidades, roles, expectativas y valores sobre el cuerpo, el trabajo, y la sexualidad por ejemplo, las cuales median la forma en que aprendemos a valorarnos, pensarnos y sentirnos como seres humanos. De ahí que las construcciones hegemónicas de género constituyan una de las expresiones de las formas históricas particulares de articularse lo económico, lo político, lo cultural y lo disciplinar, y que más estrechamente expliquen los intentos de suicidio.

La construcción hegemónica de la masculinidad está anclada entre otros pilares, en las expectativas sobre el rol proveedor fundamental del hombre hacia la familia, lo cual se ha constituido en parte fundante de la misma identidad masculina hegemónica (Bourdieu, 1999). De esta forma, la imposibilidad de proveer a la familia, de mantener las relaciones de poder en ésta como parte de este mismo rol, y la crisis de identidad consustancial a esto, en el contexto de crecientes incertidumbres laborales, como lo está siendo por ejemplo la inestabilidad del mercado laboral ante la pandemia por la COVID-19, se ha convertido y puede seguir siendo uno de los procesos más significativos para explicar la muerte por mano propia en poblaciones masculinas construidas hegemónicamente (Imberton-Deneke, 2014).

Estos procesos de construcción de género se normalizan y reproducen cotidianamente a través de prácticas y narrativas que argumentan valores y expectativas religiosas, y disciplinares positivistas, como las que acontecen en relaciones laborales y familiares, llegándose a aceptar de esta manera, incluso por quienes sufren violencia doméstica, o se sienten mal emocionalmente con aquellos comportamientos y formas de sentir que le han sido enseñados como parte de su propia identidad (Widger, 2015; Martínez y Barroso 2019). La investigación de Barroso (2018) es un ejemplo de cómo la propia familia puede reproducir el malestar de miembros, ya sea ejerciendo presión sobre el comportamiento de acuerdo a expectativas hegemónicas sobre las responsabilidades de “hombres” o “mujeres”, o retomando criterios clínicos positivistas a partir de los cuales ciertos malestares se permiten ser vistos o no en las relaciones familiares de ayuda y contención emocional.

Desde esta perspectiva podemos comprender el intento de suicidio como una expresión de un malestar emocional respuesta a una normalidad. Esta normalidad puede ser funcional a la productividad y la reproducción heterónoma de la fuerza de trabajo, pero insoportable desde el punto de vista de una emocionalidad integradora y plena.

La perspectiva económica del llamado *homo economicus*, surgida desde el siglo XVII, llega a la vida cotidiana para orientar los intercambios en función de la optimización de ventajas, y lo hace a través de los procesos de división del trabajo, pero también mediante la creación de una moralidad basada en el exitismo y el individualismo. El individualismo, a la misma vez que nos hace sentir “libres” para elegir, nos responsabiliza también individualmente de nuestros propios males ante un “otro” también aislado (Byung-Chul, 2013, 2014). De esta forma, valores y formas de organización del sistema económico contradicen la esencia misma del ser humano entendido como totalidad, anclada en el vínculo y el sentimiento de pertenencia.

Esta contradicción es tan crucial, que implica otra mirada acerca del intento de suicidio. Resulta que lo que en la Biomedicina puede ser asociado a una enfermedad mental y a un intento de morir, puede que sea la expresión de quien se aferra a una vida que puede ser cambiada para sí mismo como ser humano, pero también para quienes lo necesitan, pero tienen miedo vivirse de otras formas, o han aprendido a vivir en un malestar que se naturaliza culturalmente a través de discursos y prácticas instituyentes de valores, identidades, y oportunidades en otros sentidos.

Cuando el éxito individual se convierte en un medio simbólico de presentación de la persona ante los otros en la vida cotidiana, y se legitima

de manera clasista y excluyente, la autoestima de la persona queda sujeta a una manera particular de ser visible ante los “otros”, y quienes no pueden ostentar estos sellos simbólicos, son deslegitimados, ignorados, descalificados incluso como persona total. Una vez más, formas de relación humanas mediadas económicamente, pueden aislar en nombre del clasismo, el individualismo, y la competencia

El intento de suicidio puede aparecer como una expresión del malestar que surge en la soledad y la falta de integración social, y que como parte de su propia cualidad no puede ser ni siquiera narrada. En este mismo sentido, y utilizando el contraste, con apoyo de la tesis doctoral de Barroso (2018) podemos apreciar cómo diferentes formas de articulación del lazo social a diferentes niveles como son los casos de relaciones vecinales y casas de los abuelos, en Cuba, fortalecen el sentido de pertenencia, actúan como procesos protectores de la vida significativa, y previenen intentos de suicidio sobre todo en la tercera edad.

La articulación de la red política, económica, cultural y disciplinar produce otro entramado particular, cuyas implicaciones son decisivas para comprender y responder a la salud mental, y por lo tanto a los intentos de suicidio. Se trata de *la profesionalización en salud mental*, como otra forma de expresión histórica de la disciplinarización de saberes, pero esta vez dentro del campo de la clínica y las ciencias de la salud.

La formación positivista, tal y como en el siglo XVIII, sigue fundada sobre la enfermedad como el pilar organizador de la enseñanza y la práctica clínica. Este proceso instituyente de la mirada y las emociones de la persona se sostiene mediante un proceso de enseñanza que exige la actualización constante, la práctica mediante pruebas

estandarizadas, en apego a la “evidencia”, y la posibilidad de que la profesionalización misma devenga en una posición social con prestigio, y alta remuneración económica en la sociedad de consumo. Una forma de pensar y sentir habituada en el tránsito de la profesionalización a la identidad personal (Sepúlveda, 2012; Stolkiner, 2013).

Esta profesionalización en salud mental invalida la mirada de la que se reduce a aplicar una mirada sobre el “otro” prefijado. Un ejemplo de la articulación de este proceso con lo económico, es la racionalidad organizativa que ha impuesto el sistema persona sobre sí misma, tanto de quien padece un malestar como del propio profesional neoliberal a la práctica clínica aún estatal, basada en criterios de eficiencia y eficacia, o en otras palabras, la mayor cantidad de personas atendidas en el menor tiempo posible, y con la menor cantidad posible de recursos (Sepúlveda, 2012).

Esta lógica incluye tanto el sistema estatal, como el sector privado, regulado por precios de mercado, e impagable por la gran mayoría de la población. En este sentido, observamos cómo la relación Estado-Mercado ha producido una lógica de atención en salud mental que puede llegar tarde, o ser inalcanzable para un sector amplio de la población ¿Cómo puede el especialista en salud mental comprender a quien atenta contra su vida por mano propia cuando está alienado respecto a su propia emocionalidad, y esto es reforzado por una lógica de la atención bajo criterios de eficiencia?

Un segundo ejemplo de cómo se articula esta profesionalización con procesos económicos, políticos, culturales y disciplinares, es la medicalización creciente de la vida social. Siguiendo a Stolkiner (2013), entendemos por medicalización de la vida la incursión del discurso y la práctica clínica en problemas de la vida cotidiana. Esta medicaliza-

ción trae consecuencias claves en la forma en entendernos como seres humanos totales.

La investigación de Fischer et al. (2009) por ejemplo, muestra una mirada diferente sobre el sentido de la vida y el malestar subjetivo entre personas de la tercera edad y médicos, pues mientras los primeros buscaban suicidio asistido argumentando razones vinculadas a dolor emocional y el sentido de la vida, los segundos se aferraban a la necesidad de encontrar explicaciones en limitaciones físicas y problemas mentales.

La misma Stolkiner (2013) cita el ejemplo de cómo estudiantes de psicología solían interpretar los malestares emocionales o sufrimientos psíquicos resultantes de las adversidades de la vida cotidiana, utilizando categorías diagnósticas de los manuales aceptados. “Tal traducción entrañaba un movimiento en el cual se constataba en acto un producto de la cultura moderna occidental: la transformación de una vivencia dolorosa en categoría psicopatológica” (Stolkiner, 2013: 3) El discurso y la práctica clínica tradicional no está listo para comprender el malestar subjetivo con las formas de vida.

Los ideales de productivismo económico, devenido exigencia corporal y emocional sin límites, son funcionales al medicamento como solución rápida e individual. Por su parte, el ideal de la belleza y la juventud occidental, también ha sido funcional a la medicalización del cuerpo femenino a través del ejercicio físico, los medicamentos y las cirugías, que tantas ganancias representan para las empresas farmacéuticas (Stolkiner, 2013). De esta forma, la autoestima puede quedar sujeta al modo de producción neoliberal, donde la clave es el consumo de una forma de sentirnos a nosotros mismos. Tal y como muestran estudios antropológicos como el de UNICEF (2012), esto

puede desplazar el marco estético de referencia de los ancestros, a la comparación con modelos occidentales de belleza, sobre todo en mujeres, con implicaciones en el proceso de significación de sus intentos de suicidio.

Este tejido entre procesos disciplinares, culturales, económicos y políticos, que en este caso tienen como base un enfoque de *homo economicus*, aparece nuevamente en el plano de las políticas públicas en salud mental, con un impacto evidente para la comprensión del “otro” que atenta contra su vida por mano propia. La forma tradicional de hacer políticas públicas ha estado centrada en un modelo administrativo de hombre racional, y por lo tanto su enfoque ha tendido a estar centrado en la maximización de la eficiencia, aumentando ganancias y reduciendo costos (Fuenmayor, 2014). Con estos antecedentes, y en el contexto de la actual relación neoliberal Estado-Mercado, la salud mental es tratada como un bien en lugar de como un derecho (Acosta y Useche, 2016; Muñoz, 2016).

Como resultado, a la soledad, la imposibilidad de la persona de comprender su propio malestar, reservado a la experticia de la Biomedicina y la clínica que habla a través del clínico y los medicamentos, se integra un abordaje administrativo que puede ser deshumanizado en el plano de las políticas públicas. Este proceso necesita seguir siendo cuestionado, justamente porque la salud va más allá de lo biológico, y por ende de las instituciones tradicionales en salud, para relacionarse estrechamente con las condiciones y los modos de vida.

A modo de conclusiones

La vida humana depende de la integración entre biología y cultura, pero en última instancia de-

pende de aquello que la hace significativa para la persona, y ello radica en los vínculos, en la participación y la pertenencia que articulan nuestro pasado, nuestro presente y futuro. De ahí que toda comprensión de cualquier fenómeno humano dependa de tener en cuenta cómo se articulan históricamente los procesos económicos, políticos, disciplinares y culturales que orientan y dan sentido a la forma en que nos pensamos, sentimos y actuamos como seres humanos en constante devenir. La salud entonces radica en el modo en que se vive, significado dentro de este escenario articulador entre el individuo y la sociedad, la biología y la cultura.

Esta articulación de nuestra totalidad social no ocurre de modo completamente espontáneo, sino como necesidad de los principios y valores que rigen la reproducción y sostenibilidad económica y política, que se insertan a varios niveles que van desde las relaciones laborales hasta las formas de sentir nuestro propio cuerpo. Estas articulaciones han generado históricamente procesos emergentes que permiten comprender la forma en que se significa el fenómeno del intento de suicidio.

En este caso se encuentran *los discursos y prácticas instituidas e instituyentes de la Biomedicina*, cuya epistemología positivista cree sostener todo lo que debe ser sabido de modo determinista sobre los intentos de suicidio. La Biomedicina sustituye la preocupación por la salud, y la atención multidimensional a los modos de vida, por el énfasis en el riesgo, y la atención “especializada”. Esto sucede fundamentalmente para quienes pueden pagar o deciden pedir ayuda, sin tener en cuenta que precisamente el entramado económico y disciplinar contemporáneo, con su énfasis productivista e individualista niega la palabra, y más aún el permitirse ser ayudado. Por esta razón tenemos un desafío prometedor para la protección

de la vida, en el fortalecimiento de las relaciones comunitarias, y las redes de apoyo social a diferentes niveles, las que deben incorporar hoy en día la realidad digital.

La Biomedicina también sustituye la narrativa de la propia persona acerca de *sus* intentos de suicidio por la constatación de indicadores biológicos, en lo que constituye en sí mismo, una negación a la esencia vinculadora y comunicativa del ser humano, ya sea el “paciente” o el profesional mismo. Esta práctica trasciende la negación, e instituye una forma de sentirse la persona a sí misma, menos empática, y más tendiente a comprenderse a sí misma utilizando los discursos clínicos y socialmente prestigiosos que esta propone. Esta es la razón por la que hay un reto importante en lograr una profesionalización médica más narrativa y humanista.

Este entramado multidimensional necesita y produce *emergencias axiológicas*. El exitismo y el individualismo aíslan progresivamente a las personas unas de otras, pueden destruir el tejido social, y atraparnos en una lógica productivista en la que la autoestima depende de lo efímero y el distanciamiento simbólico de los otros. Se reproduce así un ciclo contradictorio, en el que justamente en nombre del bienestar podemos quedar atrapados en la soledad y la presencia inexistente para otros.

Referencias bibliográficas

- Acosta, J. y Useche, A. (2016). “Subjetividad, salud mental y neoliberalismo en las políticas públicas de salud en Colombia”, *Athenea Digital*, vol.16, Núm. 2: 139-168.
- Amador, G. (2015). “Suicidio: consideraciones históricas”, *Revista Médica La Paz*, vol. 21, Núm. 2: 91-98.

Otra de estas articulaciones emergentes entre lo político, lo económico, lo disciplinar y lo cultural son las *políticas públicas*. Estas son un foco prioritario para poder comprender la salud mental del ser humano como una totalidad, que sin embargo han sido establecidas fundamentalmente desde una lógica racional de costo-beneficio, dejando de lado lo que representan las oportunidades, el empoderamiento, y el pensar la salud como un derecho humano fundamental que cuando no se puede pagar cobra vidas.

En este escenario histórico, el intento de suicidio aparece como una realidad cultural y singular que aun así, puede expresar la inconformidad de la persona con una normalización histórica que puede abarcar formas de pensar y sentirse tanto a sí mismo como a los otros. Sea que la persona desea morir o no con su intento, hay una realidad innegable que necesita ser abordada mediante otras formas de organización social más humanistas, y el diálogo con otros saberes: *el intento de suicidio puede ser una expresión de aquellos a quienes se les ha negado la voz, de aquellos que se la han negado a sí mismos como resultado de la vivencia de identidades construidas hegemónicamente, o de quienes desean consciente o inconscientemente mejorar la vida social a la que se aferran, pero cuyo cambio no depende exclusivamente de su voluntad individual.*

- Barroso, A. (2018). *La significación del intento de suicidio como expresión de los procesos de construcción social del género: un análisis hermenéutico en el caso cubano*. Tesis doctoral en Ciencias en Salud Colectiva. Universidad Autónoma Metropolitana. México.

- Barroso, A. (2019). “Comprender el suicidio desde una perspectiva de género: una revisión crítica bibliográfica”, *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, vol. 39, Núm. 135: 51-66.
- Benavides, V., Melo, N. y Villalobos-Galvis, F. (2020). “Conducta suicida en Colombia: Una revisión sistemática”, *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, vol. 24, Núm. 3: 181-195.
- Bourdieu, P. (1999). *La dominación masculina*. Barcelona: Anagrama.
- Brancaccio, M. (2013). “The Fatal Tendency of Civilized Society: Enrico Morselli’s Suicide, Moral Statistics, and Positivism in Italy”, *Journal of Social History*, vol. 46, Núm. 3: 700-715.
- Byung-Chul, H. (2013). *La sociedad de la transparencia*. Barcelona: Herder
- Byung-Chul, H. (2014). *Psicopolítica: Neoliberalismo y nuevas técnicas de poder*. Barcelona: Herder.
- Canetto, S. (1992). “Gender and Suicide in The Elderly”, *Suicide Life Threat Behav*, vol. 22, Núm. 1: 80-98.
- Castro, R. (2000). *La vida en la adversidad: El significado de la salud y la reproducción en la pobreza*. México: UNAM.
- Damasio, A. (2006). *El error de Descartes*. Madrid: Crítica.
- Domingo, J. y Novella, E. (2015). “Suicidio y crítica cultural en la medicina española del siglo XIX”, *Dynamis*, vol. 35, Núm. 1: 57-81.
- Fischer, S., Huber, C., Furter, M., Lorenz, I., Romy, M., Schwanzenegger, Ch., Ziegler, S., y Bosshard, G. (2009). “Reasons why people in Switzerland seek assisted suicide: The view of patients and physicians”, *Swiss WKLY*, Núm. 139: 333-338.
- Filho, A. (2000). *La ciencia tímida: ensayos de deconstrucción de la epidemiología*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Foucault, M. (2003). *El nacimiento de la clínica. Una arqueología de la mirada médica*. Buenos Aires: Siglo XXI editores.
- Fuenmayor, J. (2014). “Política pública en América Latina en un contexto neoliberal: Una revisión crítica de sus enfoques, teorías y modelos”, *Cinta Moebio*, vol. 50: 39-52. <https://www.moebio.uchile.cl/50/fuenmayor.html> (consulta 2 de febrero de 2018).
- Heidegger, M. (1987). *De camino al habla*. Barcelona: Ediciones del Serbal-Guitard.
- Holmes, J. (2011). *Teoría del apego y psicoterapia. En busca de la base segura*. Madrid: Editorial Desclee de Brouwer.
- Horkheimer, M. y Adorno, Th. (1969). *Dialéctica del Iluminismo*. H.A. Murena (Trad.). Buenos Aires: Editorial Suramericana.
- Imberton-Deneke, G. (2014). “Vulnerabilidad suicida en localidades rurales de Chiapas: una aproximación etnográfica”, *Estudios Sociales y Humanísticos*, vol. XII: 81-96.
- Kim, G., Hyeong, A., Hyun, K. (2016). “Type of sexual intercourse experience and suicidal ideation, plans, and attempts among youths: a cross-sectional study in South Korea”, *BMC Public Health*, vol. 16, Núm. 1: 1-11.
- Kosik, K. (1967). *Dialéctica de lo concreto*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Luef, E. (2013). “Low Morals at High Latitude? Suicide in Nineteenth-century Scandinavia”, *Journal of Social History*, vol. 46, Núm. 3: 668-683.
- MacDonald, M. (1989). “The Medicalization of Suicide in England: Laymen, Physicians, and Cultural Change, 1500-1870”, *The Milbank Quarterly*, vol. 67: 69-91.
- Mann, J. (2003). “Neurobiology of Suicidal Behavior”, *Nature Reviews Neuroscience*, vol. 4, Núm. 10: 819-828.
- Marcuse, H. (1993). *El hombre unidimensional*. Buenos Aires: Planeta-Agostini.
- Martínez, A. (2016). “El sufrimiento mental y conducta suicida en jóvenes que cursan un embarazo no deseado: una mirada en la Ciudad de México”. *III Encuentro Latinoamericano de Investigación en Psicología*. Universidad Cooperativa de Colombia.

- Martínez, A y Barroso, A. (2019). “Voz y experiencia de la salud/enfermedad en mujeres víctimas de violencia de género en sureste de México: Tabasco. ¿Por qué a mí me pasa esto? ¿Tengo que sufrir?”, *Revista Medicina Social*, vol. 12, Núm. 2: 100-109.
- Marx, K. (1959). “Capítulo I. La Mercancía”. En: *El Capital (Tomo I)*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Merleau-Ponty, M. (2002). *El mundo de la percepción*. Siete conferencias. México: Fondo de Cultura Económica, páginas.
- Muñoz, J. (2016). “Una reflexión en torno a las políticas públicas sociales de salud mental en México”, *Revista de Ciencias Sociales de la Universidad Iberoamericana*, vol. 22: 117-149.
- Organización Mundial de la Salud y Organización Panamericana de la Salud. (2014). Prevención del suicidio. Un imperativo global. http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/136083/9789275318508_spa.pdf?sequence=1 (consulta 8 de marzo de 2016).
- Organización Mundial de la Salud. (2018). *National suicide prevention strategies. Progress, examples and indicators*. Geneva: World Health Organization.
- Samaja, J. (2004). *Epistemología de la Salud. Reproducción social, subjetividad y transdisciplina*. Buenos Aires: Lugar editorial.
- Sartre, J. (1984). *El ser y la nada*. Madrid: Alianza.
- Sepúlveda, V. (2012). Las intervenciones en Salud Mental del Estado en Chile como antesala hacia una alienación del sujeto. Tesis de licenciatura en Psicología. Universidad de Chile, Chile. <http://repositorio.uchile.cl/bitstream/handle/2250/116314/Tesis%20FINAL%20FINAL%20al%2009-10-12.pdf?sequence=1> (consulta 12 de febrero de 2019).
- Stolkiner, A. (2013). “Medicalización de la vida, sufrimiento subjetivo y prácticas en salud mental”. En: Lerner, H. (Comp.). *Los sufrimientos. 10 psicoanalistas, 10 enfoques*. Buenos Aires: Psicolibro, 109-118.
- UNICEF. (2012). Suicidios adolescentes en pueblos indígenas. Tres estudios de casos. http://www.iw-gia.org/publicaciones/buscar-ublicaciones?publication_id=575 (consulta 8 de marzo de 2016).
- Vegetti, M. (1981). *Los orígenes de la racionalidad científica. El escalpelo y la pluma*. Barcelona: Península.
- Widger, T. (2015). *Suicide in Sri Lanka: The anthropology of an epidemic*. United Kingdom: Routledge, 1-55.



Libro

América Latina. Sociedad, política y salud en tiempos de pandemias

Carolina Tetelboin Henrion. Daisy Iturrieta Henríquez. Clara I. Schor-Landman. [Coordinadoras]. CLACSO. Universidad Autónoma Metropolitana. Universidad Veracruzana. Universidad Mayor de San Simón. Universidad de Valparaíso. Buenos Aires.

Actualmente es indiscutible que la pandemia de COVID-19 es el acontecimiento contemporáneo de salud más importante. Ha irrumpido con fuerza en la cotidianidad de los países, ciudades, comunidades y familias. Sin embargo, parece necesario tener presente que es un advenimiento en progreso y no tenemos certeza sobre el curso que tomará y cuáles serán sus ulteriores efectos. Esto significa que cualquier reflexión sobre COVID-19 es preliminar. Con el transcurrir de los últimos seis meses la pandemia se ha convertido en tema obligado en las primeras planas de los periódicos. Ha desatado un debate en el cual muchos se sienten con la competencia para opinar, apoyar o rechazar la actuación de los gobiernos. Ante los cuestionamientos los gobiernos han creado su propia narrativa sobre lo que están haciendo. La pandemia es en este sentido un tema altamente politizada. La epidemia de SARS-CoV-2 confluye con otro proceso de largo alcance que es la transformación de inspiración neoliberal de los sistemas de salud desde por lo menos tres o cuatro décadas. Otro proceso en los orígenes de la epidemia es el acelerado deterioro del medio ambiente y el calentamiento global que está trastocando los ecosistemas en todo el planeta. En su determinación está entonces la confluencia de tres grandes procesos que caracterizan a la globalización. Éstos a su vez se irradian en toda la sociedad y tienen efectos sobre otros procesos.

Del prólogo de Asa Cristina Laurell

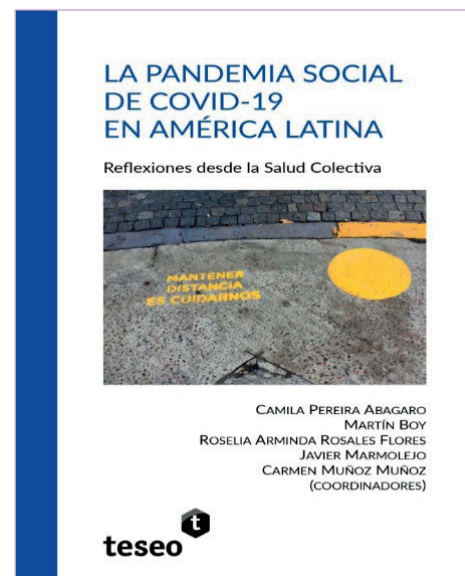
Consulta el texto completo

<http://biblioteca.clacso.edu.ar/clacso/gt/20210312065632/America-Latina-Sociedad-politica-y-salud.pdf>

Libro

***La pandemia social de COVID-19 en América Latina
Reflexiones desde la Salud Colectiva***

Camila Pereira Abagaro, Martín Boy, Roselia Arminda Rosales Flores, Javier Marmolejo, Carmen Muñoz Muñoz. [Coordinadores]. Editorial Teseo



En este libro se reflexiona acerca de la pandemia de COVID-19 en América Latina a partir de la Salud Colectiva. Esto implica problematizar los procesos de salud-enfermedad-atención anclados en estructuras de clase social, género, raza/etnia y etarias que (re)producen desigualdades socioeconómicas y sanitarias, lo que determina que ciertos grupos poblacionales sean más afectados y que el impacto del nuevo coronavirus no se distribuya en forma democrática.

La Salud Colectiva latinoamericana busca construir una sociedad más justa e igualitaria, lo que demanda políticas públicas que reduzcan las desigualdades estructurales, prioricen la concreción del derecho a la salud, a un trabajo digno, a la vivienda, al saneamiento básico, a la educación, a la seguridad social, a la preservación del medio ambiente y otras condiciones necesarias para el desarrollo de la colectividad. Asimismo, denuncia las repercusiones de las políticas de corte capitalista neoliberal y los ajustes estructurales implementados en la región.

Consulta el texto completo

<https://www.editorialteseo.com/archivos/19170/la-pandemia-social-de-covid-19-en-america-latina/>

Segundo Informe de Labores Secretaria de Salud 2019-2020

Secretaria de Salud

<https://www.gob.mx/salud/documentos/segundo-informe-de-labores-ssa-2019-2020>



Seguimiento de Metas del Programa Sectorial de Salud (PROSESA) 2019-2024

Secretaria de Salud

<https://www.gob.mx/salud/documentos/seguimiento-de-metas-del-prosesa-2019-2024>