

PSALUD PROBLEMA

SEGUNDA ÉPOCA • AÑO 15 • NÚMERO 29 • ENERO - JUNIO DE 2021

Karla Angélica Benítez Escobar

Pariendo comunidad: reflexiones en torno a la partería tradicional indígena. Construyendo interculturalidad des-colonizada

Rabin Amadeo Martínez Hernández

Identidades masculinas en la profesión de enfermería. Experiencias y percepciones de estudiantes varones en la ENEO

*José Arturo Granados Cosme
Nicholas Lee Hale*

Salud y tercera edad: envejecimiento en personas LGBT

*Juana Guadalupe Mendoza Zapata
Soledad Rojas Rajs*

De la causalidad a la determinación social: analizar la diabetes en México desde la Salud Colectiva

Héctor Alemán Martínez

¿Simplificación o reducción? ¿Complejidad? La perspectiva crítica de la Salud Colectiva sobre los determinantes sociales de la salud

Héctor García Hernández

Repensando la educación en salud pública. La salud colectiva cómo medio para alcanzar la soberanía en salud en América Latina

La Estrategia Internacional de México en la pandemia de COVID-19. Marzo de 2020 - Septiembre 2021

Del 7 al 10 de junio de 2022. 9ª Conferencia Latinoamericana y Caribeña de Ciencias Sociales.



Casa abierta al tiempo

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA

Universidad Autónoma Metropolitana

Dr. José Antonio de los Reyes Heredia

RECTOR GENERAL

Dra. Norma Rondero López

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

Mtra. María de los Ángeles Martínez Cárdenas

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 15, No. 29, enero-junio de 2021, 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: 23 de Noviembre de 2021. Tamaño del archivo 1.5 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

5 EDITORIAL

9 AUTORES

ARTÍCULOS

- 11 **Pariendo comunidad: reflexiones en torno a la partería tradicional indígena. Construyendo interculturalidad des-colonizada**
Giving birth to community: reflections on traditional indigenous contracting that building interculturality de-colonized
Karla Angélica Benítez Escobar
- 33 **Identidades masculinas en la profesión de enfermería. Experiencias y percepciones de estudiantes varones en la ENEO**
Male identities in the nursing profession. Experiences and perceptions of male students at ENEO
Rabin Amadeo Martínez Hernández
- 48 **Salud y tercera edad: envejecimiento en personas LGBT**
Health and senescence: aging in LGBT
José Arturo Granados Cosme, Nicholas Lee Hale

ENSAYO

- 61 **De la causalidad a la determinación social: analizar la diabetes en México desde la Salud Colectiva**
From causation to social determination: analyzing diabetes in Mexico from Collective Health
Juana Guadalupe Mendoza Zapata, Soledad Rojas Rajs
- 72 **¿Simplificación o reducción? ¿Complejidad? La perspectiva crítica de la Salud Colectiva sobre los determinantes sociales de la salud**
Simplification or reduction? Complexity? The critical perspective of Collective Health on the social determinants of health
Héctor Alemán Martínez
- 88 **Repensando la educación en salud pública. La salud colectiva cómo medio para alcanzar la soberanía en salud en América Latina**
Rethinking public health education. Collective health as a means to achieve health sovereignty in Latin America
Héctor García Hernández

LIGAS DE INTERÉS

- 98 ***La Estrategia Internacional de México en la pandemia de COVID-19. Marzo de 2020 – Septiembre 2021.***
Gobierno de México. Secretaria de Relaciones Exteriores

- 99 **Del 7 al 10 de junio de 2022. 9ª Conferencia Latinoamericana y Caribeña de Ciencias Sociales. *Tramas de las desigualdades en América Latina y el Caribe. Saberes, lucha y transformaciones.***
Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales (CLACSO)

Editorial

Las tres olas de la pandemia en México y los problemas de salud pendientes

El presente número de la Revista Salud Problema aparece a más de 19 meses de la presencia del coronavirus SARS-CoV-2 a nivel mundial, en lo que ha sido una de las grandes pandemias de la humanidad con consecuencias graves para la salud de la población y resultados mortales para casi 5 millones de personas, secuelas de distintos tipos a quienes enfermaron por COVID-19 por meses y que aún están siendo descritas y estudiadas, aumento de problemas de salud mental por el aislamiento, disminución de la operación regular de los sistemas de salud y consecuencias económicas por la paralización de actividades, entre otras, especialmente para los pobres del mundo. Una gran interrogante ha sido si seremos capaces después de las evidencias que originaron esta pandemia y de los límites del cambio climático ante los que ha llegado la humanidad originados por un orden social depredador, extractivista, polucionador, de cambiar el rumbo de la vida humana y de las demás especies que poblamos el planeta, pero los datos de la realidad no dan cuenta de ello. Por el contrario, ha quedado en evidencia con la pandemia que la desigualdad se ha profundizado, y lo demuestra por un lado, el aumento de la pobreza y la dificultad de algunos países para acceder a las vacunas y por otro, el contrasentido del incremento y concentración de la riqueza que ha seguido operando.

La Organización Mundial de la Salud, OMS, no ha logrado el objetivo de iniciar las ayudas necesarias a los países más pobres. En la novena reunión del Comité de Emergencia dedicado a la pandemia de la enfermedad por coronavirus COVID-19 de este organismo el pasado 22 de octubre, insistió en la necesidad de ampliar la vacunación con el fin de lograr la cobertura del 40% de la población mundial a fines de 2021. Sin embargo, todavía 82 países están por debajo de esta cifra, dada la inequidad en la disponibilidad de acceso poniendo en riesgo a sus poblaciones, y también los esfuerzos logrados en los países. La OMS también enfatizó la necesidad de ampliación de los recursos para el Mecanismo COVAX que continúa esperando los aportes de recursos de los países ricos, generando críticas por su lentitud e ineficacia en el reparto de vacunas, incluidas las realizadas por el gobierno de México que ha apelado a la urgencia de actuar. El Comité de Emergencia recomienda mantener las medidas sociales y de salud pública, la vigilancia sobre el SARS-CoV-2 y los niveles de inmunidad adquiridos naturalmente o por las vacunas, así como observar la protección que ofrecen; mantener el control sobre el tráfico internacional, muy válido para nuestro país ante la próxima apertura en noviembre de la frontera México-Estados, aunque ha estado asediada permanentemente por las crecientes oleadas de migrantes durante toda la pandemia. Sin embargo, se necesitan 24 mil millones de dólares para financiar los instrumentos para la pandemia que podrían salvar 5 millones de personas en los países de ingresos medios y bajos en los próximos meses y se esperan definiciones en la próxima reunión del G20, que se pronunció por incrementar los apoyos.

En el caso de México, la evolución de la pandemia ha tenido hasta el momento tres picos de contagio con comportamientos particulares en las consecuencias para la salud de la población, la actividad social y productiva del país. El primero, en julio de 2020, cuyos datos tuvieron un registro según las fuentes oficiales de 424, 637 casos acumulados y 46 mil 688 muertes hasta ese momento. Con una

disponibilidad de 30, 510 camas para la atención de pacientes graves y 10 mil 298 de atención asistida con ventilador; se informó la ocupación del 47% y 38% respectivamente.

Cinco meses antes, el gobierno había declarado el primer caso de COVID-19 en México, el 27 de febrero de 2020, e iniciaba la preparación ante la inminencia de la crisis sanitaria a nivel nacional y hacia los 32 estados del país, que supuso al menos las siguientes medidas: organizar las tareas de salud pública de seguimiento del virus y las prevención de contagios; paralizar las actividades sociales no esenciales del sistema productivo, el sistema educacional y toda las actividades públicas a nivel nacional durante los primeros 67 días a través de la política de confinamiento denominada “Jornada Nacional de Sana Distancia”; iniciar un proceso sin precedente de reconversión hospitalaria y del conjunto de instituciones del sistema público de salud para la atención de la pandemia. Para entonces, el gobierno de López Obrador había iniciado un proceso de transformación, que en salud se orientaba a fortalecer el sistema público después de más de 36 años de gobiernos neoliberales que lo habían privatizado, fragilizado, segmentado y limitado en su capacidad de respuesta; y a casi 20 años del Seguro Popular, que se elimina formalmente el 29 de noviembre de 2019. También, desde la Secretaría de Relaciones Exteriores inician las negociaciones para que México acceda a las vacunas en desarrollo en el mundo, y en diciembre se lanza el Programa Nacional de Vacunación empezando con los trabajadores de la salud de primera línea frente a COVID-19 y la población adulta mayor. El programa concluye su primera etapa actualmente con los mayores de 18 años cubriendo a más del 81% de la población con 2 dosis y el 83% con 1 dosis, para continuar ahora con niñas, niños y adolescentes con comorbilidades. Las medidas en esta etapa se complementan con una intensa campaña de preparación de personal de salud, compra de insumos, equipos y elementos de protección personal; un dispositivo comunicacional de salud pública por televisión y radios públicas organizado desde la Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud sobre la evolución de la pandemia, capacitación a la población sobre COVID-19 y otros padecimientos; elaboración de contenidos de prevención, tratamiento y manejo de los efectos en salud mental, adicciones, violencias y guías de manejo clínico para personal de salud. Además, se abre una “Línea de la Vida” para la atención crítica a emergencias en violencias y problemas de Salud Mental. También en esta etapa, se instalan los sistemas de control poblacional con pruebas de PCR públicas y gratuitas a nivel nacional, y se lleva a cabo la operación en los centros de referencia epidemiológica en los 32 estados de la república.

La segunda crisis se produce en enero de 2021, ya con los primeros efectos de las primeras dosis de vacunas a partir de diciembre e instalado un sistema logístico donde intervienen distintas reparticiones públicas y con distribución de las fuerzas armadas; ordenado, disciplinado, incluyente, sin corrupción o preferencias. Aunque presenta una curva mayor de casos registrados en relación a la primera con 1 millón 864 mil 260 casos acumulados y alta incidencia de muertes que alcanzan a 158 mil 536 personas fallecidas y que según otras fuentes podrían ser todavía mayores; el número de camas para pacientes graves para ese momento es de 34 mil 841 y para respiración asistida de 10 mil 702, de las cuales 56% del total general de camas son ocupadas para enfermos graves y 52% de camas para atención con ventilador a nivel nacional. En términos de las acciones del sistema de salud, se inicia la producción de envasado de vacuna AstraZeneca en México, ante las demandas, se autoriza a empresas y gobiernos

locales la adquisición de vacunas contra COVID-19 que sin embargo encuentran dificultades en la oferta internacional; COFEPRIS aprueba uso de emergencia de diversas vacunas: Sputnik V, Sinovac, CanSino, Covaxin, se inicia la vacunación a personal educativo y adultos mayores a 50 años; hay retraso en la entrega de vacunas del Mecanismo COVAX por alta demanda; se inicia la investigación clínica en pacientes voluntarios de la vacuna mexicana PATRIA COVID-19 bajo la alianza mixta del Gobierno de México y AVIMEX. Se estima que, de ser aprobada, podría significar un ahorro de 855% con respecto a la adquisición en el extranjero; se establece un sitio web sobre vacunación COVID-19 en México; se crea una plataforma para capacitar en línea a médicos que atienden casos de COVID-19 a partir de asesorías e interconsultas a los pacientes contagiados. Se reitera que el personal médico convocado durante la pandemia será contratado permanentemente. Después de 450 conferencias de prensa vespertina, el 11 de junio, se concluyen las sesiones diarias sobre COVID-19.

La tercera ola ocurre en agosto de 2021 ya con la influencia de la vacunación pareciera garantizado la protección de la población sobre todo adulta mayor, personal de salud, y se aprecia un cambio en la composición etaria con mayores contagios y mortalidad en población joven. Los datos muestran 3 millones 020 mil 596 de casos acumulados, un crecimiento de mortalidad a 285 mil 347 personas fallecidas; las camas disponibles para este momento muestran una ocupación del 54% del total general y 46% de camas con ventilador. A la vez, los empeños se empiezan a dirigir hacia cambios más estructurales como son cambios políticos en la dirección de las estructuras como la COFEPRIS, a recuperar la normalización de las atenciones en el sistema de salud, avances en los proyectos vacunales desde CONACyT y se consolida el nuevo pero complejo sistema de compras de medicamentos de la Secretaría de Salud, con autonomía de las empresas monopólicas distribuidoras del sistema público a fin de garantizar el abasto de medicamentos derivada a la compra consolidada en el extranjero de más de 77 millones de insumos. El presidente López Obrador señala el aumento de 70,000 millones de pesos en el presupuesto de salud en 15 meses con la finalidad de dar una atención de calidad a la ciudadanía.

Actualmente México tiene más de 3 meses de reducción de los indicadores de la pandemia y según el Subsecretario López-Gatell el punto mínimo podría darse en la última semana de octubre si se mantiene un ritmo de reducción de casos del 24%. Actualmente el número de casos activos es menor a 1% y hay un 80% menos de hospitalizaciones de casos graves a lo visto en la primera y segunda ola. Al martes 19 de octubre, se habían aplicado 112 millones de vacunas, 74% del esquema completo, de las 130.6 millones de inoculaciones recibidas.

En esta coyuntura es que se presenta el nuevo número de la Revista Salud Problema, donde encontrarán un primer artículo “Pariendo comunidad: reflexiones en torno a la partería tradicional indígena. Construyendo interculturalidad descolonizada” de Karla Angélica Benítez Escobar que expone la experiencia de las Casas de la Mujer Indígena en Guerrero donde las parteras tradicionales se han organizado para hacer frente a los altos índices de muerte materna en mujeres indígenas y afrodescendientes ante condiciones estructurales de desigualdad y violencia, la falta de políticas interculturales y modelos clínicos medicalizados del parto.

En relación al campo de la formación en salud, Rabin Amadeo Martínez Hernández en el trabajo “Identidades masculinas en la profesión de enfermería. Experiencias y percepciones de estudiantes varones en la ENEO”, indaga a través de una etnología de casos, las apreciaciones que a través de sus narrativas tienen dos hombres estudiantes de la licenciatura de Enfermería de la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia (ENEO) de la UNAM. Entre sus principales aportes, se muestra cómo afecta a los varones una profesión de trayectoria histórica femenina como es la enfermería, al no estimular ni atraer a los hombres marcados por un modelo de masculinidad hegemónico; el peso que en la decisión de estudiar esta licenciatura tuvo la influencia materna, y en términos de la reflexión sobre sus contenidos, opinan que se trata de una profesión de escasa autonomía y subordinada a la medicina, aunque con una gran riqueza técnica y científica.

De las autoras Juana Guadalupe Mendoza Zapata y Soledad Rojas Rajs, se presenta el trabajo “De la causalidad a la determinación social: analizar la diabetes en México desde la Salud Colectiva”, que plantea una propuesta para el análisis de un tema relevante como es la diabetes, un fenómeno de presencia cotidiana y lacerante en la salud de la población en México, más allá de la tradicional perspectiva de la ciencia básica, clínica y de la salud pública y su concepción de riesgo. Desde una perspectiva social, de esta revisión de la miradas epistemológicas, teóricas y prácticas del problema, pueden derivar visualizaciones, comprensiones, conocimientos y manejos que pueden impedir, detener y/o controlar la expansión de uno de los principales fenómenos sanitarios de las últimas décadas.

Del autor Héctor Alemán Martínez se presenta el ensayo ¿Simplificación o reducción? ¿Complejidad? La perspectiva crítica de la Salud Colectiva sobre los determinantes sociales de la salud que se propone revisar la perspectiva de la llamado corriente de la Salud Colectiva con relación a la postura de la “comisión sobre determinantes sociales de la salud” a fin de reconocer distancias, contribuciones así como explorar los alcances que en estas nociones tienen conceptos como equidad, justicia así como la capacidad de transformación social.

Finalmente, el artículo “Repensando la educación en salud pública. La salud colectiva como medio para alcanzar la soberanía en salud en América Latina” de Héctor García Hernández, discute los alcances de la Salud Pública en tanto disciplina encargada de la solución de los problemas de salud de las po-blaciones, cuyas limitaciones se relacionan al agotamiento de sus conocimientos teóricos y prácticos y a modelos en la educación superior de la región que perpetúan las características eurocéntricos y re-productores de los compromisos dictados por los organismos internacionales; otras perspectivas como la Medicina Social y la Salud Colectiva ofrecerían herramientas capaces de dar una nueva lectura a los fenómenos de la salud de la población latinoamericana.

Carolina Tetelboin Henrion

Autores

KARLA ANGÉLICA BENÍTEZ ESCOBAR

Maestra en Medicina Social por la Universidad Autónoma Metropolitana – Unidad Xochimilco (UAM-X) y Doctora en Ciencias del Desarrollo Rural Regional por la Universidad Autónoma Chapingo. Ecofeminista acompañante de procesos organizativos de mujeres indígenas en Guerrero y Michoacán e integrante de colectivos de salud en regiones indígenas. Líneas de investigación: ecofeminismo, feminismo comunitario, interculturalidad. Contacto: karlablue97@gmail.com, abrilazul@riseup.net

RABIN AMADEO MARTÍNEZ HERNÁNDEZ

Doctor en Sociología por la Universidad Autónoma Metropolitana (UAM) - Unidad Azcapotzalco. Especialista y Maestro en Medicina Social por la UAM- Unidad Xochimilco (UAM-X). Profesor de la Academia de Ciencias Sociales en la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia y Miembro de la Asociación Mexicana de Estudios de Género de los Hombres A.C. (AMEGH). Líneas de investigación: identidades masculinas juveniles, salud y violencia social. Contacto: rahernanmarti@comunidad.unam.mx

JOSÉ ARTURO GRANADOS COSME

Médico Cirujano y Maestro en Medicina Social por la Universidad Autónoma Metropolitana (UAM), Doctor en Antropología por la Escuela Nacional de Antropología e Historia (ENAH). Profesor-Investigador de la Licenciatura en Medicina, la Maestría en Medicina Social y el Doctorado en Ciencias en Salud Colectiva de la UAM. Línea de Investigación: cultura, sexualidad y salud. Contacto: jcosme@correo.xoc.uam.mx

NICHOLAS LEE HALE

Licenciado en Sociología por Texas Woman 's University, egresado de la Maestría en Medicina Social de la Universidad Autónoma Metropolitana - Unidad Xochimilco (UAM-X). Ha laborado como Administrador de casos en Prism Health, Dallas, Texas y en reducción de daños en atención comunitaria con usuarios de drogas intravenosas para Prevention Point, Filadelfia, Pensilvania. Línea de investigación: salud de la población LGBT de la tercera edad. Contacto: nicholaslee-hale@gmail.com

JUANA GUADALUPE MENDOZA ZAPATA

Maestra en salud pública por la Universidad Autónoma de San Luis Potosí (UASLP). Actualmente cursa el Doctorado en Ciencias en Salud Colectiva en la Universidad Autónoma Metropolitana– Unidad Xochimilco (UAM-X). Docente en la Facultad de Enfermería y Nutrición de la UASLP. Contacto: gpemendozapata@gmail.com

SOLEDAD ROJAS RAJS

Maestra en Comunicación y Política y Doctora en Ciencias en Salud Colectiva por la Universidad Autónoma Metropolitana - Unidad Xochimilco (UAM-X). Catedrática CONACYT, docente de la Maestría en Medicina Social y del Doctorado en Ciencias en Salud Colectiva en la UAM-X. Miembro del Sistema Nacional de Investigadores, Nivel I. Miembro de la Asociación Mexicana de Investigadores de la Comunicación (AMIC), del grupo CLACSO Estudios sociales para la Salud, de la Asociación Latinoamericana de Medicina Social y de la Asociación Latina para el Análisis de los Sistemas de Salud. Contacto: srojasrajs@gmail.com

HÉCTOR ALEMÁN MARTÍNEZ

Doctor en Ciencias en Salud Colectiva por la Universidad Autónoma Metropolitana - Unidad Xochimilco (UAM-X). Ganador del 2do. Lugar del “Sexto Concurso Nacional de Tesis sobre Juventud” (a nivel maestría) del Instituto Mexicano de la Juventud (IMJUVE). Medalla al mérito universitario en sus estudios de la Maestría en Medicina Social. Líneas de investigación: juventud, imaginario social, salud, lesiones de tránsito. Contacto: amh_7mx@yahoo.com.mx

HÉCTOR GARCÍA HERNÁNDEZ

Maestro en Ciencias Sociomédicas en el área de Gestión y Política de Salud. Docente del Departamento de Salud Pública en la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM). Líneas de investigación: inequidades en salud, sistemas de salud, mortalidad evitable, violencia en la formación médica. Contacto: hector.garcia.hernandez@facmed.unam.mx

Pariendo comunidad: reflexiones en torno a la partería tradicional indígena. Construyendo interculturalidad des-colonizada

Karla Angélica Benítez Escobar*

RESUMEN

Las parteras tradicionales indígenas organizándose en procesos de resistencia ante modelos clínicos discriminatorios, intentan preservar saberes ancestrales en un contexto muy adverso para la salud reproductiva que se caracteriza por la existencia de violencia comunitaria. Esta colaboración pretende mostrar las adversidades que acompañan a la práctica de partería tradicional indígena en las Casas de la Mujer Indígena en el estado de Guerrero, el cual tiene un rezago estructural crónico sin políticas interculturales de atención al parto; elementos que acrecientan la mortalidad materna indígena.

PALABRAS CLAVE: partería tradicional indígena, Casas de la Mujer Indígena y Afrodescendiente, políticas interculturales, muerte materna

Giving birth to community: reflections on traditional indigenous contracting that building interculturality de-colonized

ABSTRACT

Indigenous traditional women organizing themselves in processes of resistance to discriminatory clinical models try to preserve ancestral knowledge in a very adverse context for reproductive health that is characterized by the existence of community violence. This collaboration aims to show the adversities that accompany the practice of traditional indigenous birthing in the Indigenous Women's Homes in the state of Guerrero, which has a chronic structural backwardness without intercultural policies of attention to childbirth, elements that increase indigenous maternal mortality.

KEYWORDS: traditional indigenous midwifery, Houses of Indigenous and Afro-descendant Woman, intercultural policies, maternal death.

* Doctora en Ciencias del Desarrollo Rural Regional por la Universidad Autónoma Chapingo. Correo de contacto: karlablue97@gmail.com, abri-lazul@riseup.net.

Fecha de recepción: 25 de febrero de 2021.

Fecha de aceptación: 12 de agosto de 2021.

-“La parturienta era primigesta, tenía el cordón [umbilical] enredado y el bebé ya casi no presentaba latido, parecía una muerte inevitable; mientras que familiares y vecinos buscaban al señor que arreglaba la “urban” para llevarla al Hospital de Tlapa..! (pero haríamos cuatro horas de camino y no resistirían) yo sudaba de miedo por todo lo que implicaba [porque daba por hecho] que sin instrumental para hacer la cesárea, esa mujer se nos iba a morir al intentar rescatar al producto que de por sí ya estaba morado... ¡de pronto llegó ella: ¡la partera indígena!, esa misteriosa señora de la cual yo desconfiaba ampliamente y ella de mí... Nos miramos con recelo y ella se puso a desinfectar una espina de maguey, se lavó las manos, intervino en el proceso de parto con sus técnicas, le habló en su idioma, le untó un cataplasma en el vientre y de ratito escuché el llanto del bebé; así la parturienta alumbró pudiendo arrojar la placenta completa!...me sorprendió mucho que la partera sí supiera, incluso en ciertas circunstancias más que yo, y desde entonces aprendí a respetar un poco su trabajo y conocimiento obstétrico, porque en la universidad jamás nos prepararon para situaciones de este tipo...

Dr. Javier N.

(pasante de medicina y acompañante de Brigadas Comunitarias de Salud)

El epígrafe inicial me recuerda a una experiencia que origina la siguiente reflexión a partir de lo narrado por un pasante de medicina en la Jurisdicción Sanitaria de Tlapa de Comonfort, Guerrero, la narrativa me pareció original puesto que el joven venía con esa mirada fresca de los residentes recién egresados de la Universidad de Puebla... Sin embargo, escuchar este testimonio tan romántico en torno al diálogo de saberes me hizo cuestionarme si todos estos intercambios entre culturas epistémicas serían siempre así de amable y suave... ¿acaso esta posibilidad de un diálogo intercultural tendrá el mismo nivel de fluidez y justicia para todos?... En mi experiencia con promotorías de salud indígenas en estados del sureste mexicano pude constatar que estas relaciones entre sanadores tradicionales y enfoques

de la ciencia no siempre serían así de afortunadas, por lo que decidí traer a debate los matices de la construcción de interculturalidad en salud en contextos rurales.

Hablar de interpelar al Estado Mexicano en temas de políticas públicas relativas a los derechos de los pueblos indígenas en un contexto neoliberal puede parecer una desproporción; si además esta acción es ejercida por mujeres indígenas que se organizan en torno a exigir sus derechos reproductivos puede interpretarse como una afrenta al Estado¹, de tal modo que las acciones organizativas en torno a la salud no sólo se convierten en

¹ Un estado etnofágico -que devora etnias- (Díaz-Polanco, 2010) y patriarcal (Paredes, 2006) que se caracteriza por sus políticas excluyentes con los pueblos indígenas y más aún con las mujeres indígenas.

una seria incomodidad política, sino que además coloca a las autoras en una situación de riesgo que merece ser visibilizada...esto es lo que sucede actualmente con los espacios llamados Casas de la Mujer Indígena y Afrodescendiente en el estado de Guerrero.

Pero...¿será qué estas mujeres realizando acciones colectivas en salud exponiéndose al oprobio comunitario tienen una avidez deportiva de figurar en noticieros nacionales sin importar el riesgo? o ¿qué la Muerte Materna en sus comunidades es tan desesperada que las orilla a realizar proezas tan novedosas que se vuelven dignas de ser documentadas por científicos sociales? ¿Por qué se vuelve importante visibilizar el impacto social de su trabajo comunitario en un contexto tan adverso para lo femenino? La intención de este trabajo es exponer las complejidades que atraviesan las mujeres indígenas de Guerrero al ejercer su Derecho a la Salud Sexual y Reproductiva a través de la partería tradicional.

Territorio guerrerense y sus numeralias

Para conocer la experiencia desde las actrices sociales, me acerqué a los espacios denominados Casas de la Mujer Indígena y Afrodescendiente (CAMIs) en el estado de Guerrero, mostrando el contexto regional a partir del principal problema epidemiológico que es la Muerte Materna, para compartir reflexiones y prácticas en torno a la acción organizativa de las parteras de tradición indígena y de la manera en que resisten la racialización de la salud ante el embate de políticas sanitarias neoliberales.

El estado de Guerrero padece un rezago crónico estructural desde su fundación, mismo que impacta gravemente las condiciones socio-económicas actuales de la población; este rezago ya ha sido

abordado desde diferentes autores y autoras explicando las tensiones emancipatorias existentes desde tiempos prehispánicos hasta la actualidad y que continúan determinando la relación actual de ciertas comunidades del estado guerrerense con los gobiernos nacionales. La búsqueda por la autonomía comunitaria ha mantenido esta tensión regional (Sarmiento et al., 2009; Flores, 2005; 2007; Victoria, 2009; Hernández, 2009, 2011; Illades, 2014; Rangel, 2006; Canabal, 2009; Bartra, 2003). Este estado ha sido cuna de dos movimientos guerrilleros en la década de los setentas, como Armando Bartra (2003) lo describe en su obra “Guerrero Bronco”, donde narra la historia del movimiento indígena y campesino en este territorio; que abarca desde el Alto Balsas hasta la Costa Chica, en el cual históricamente se han disputado el poder los diferentes grupos y actores sociales en la búsqueda de la hegemonía en esta región rica en recursos naturales; este entramado lo configuran: caciques, guerrilleros, militares, policías, grupos de contrainsurgencia gubernamentales, crimen organizado, así como grupos locales de autodefensa², autoridades comunitarias indígenas e instituciones comunitarias de salud y de educación.

Guerrero es uno de los estados del país que posee los indicadores que reflejan mayor abandono en el rubro sanitario, el perfil epidemiológico regional se caracteriza por mantener tasas elevadas de mortalidad causada por enfermedades de la pobreza (diarreas, piquetes de insectos, enfermedades respiratorias curables, desnutrición y heridas violentas) así como las denominadas del “pro-

² Aunque también en la región Costa Grande han existido importantes movimientos guerrilleros que en la década de los setenta, imprimieron un sello particular a la región por la frescura de sus demandas de origen magisterial y campesino, así como por la crueldad de la represión a poblaciones completas muy marginadas en todos los aspectos en la región Costa-Grande, la rebelión de Atoyac y Lucio Cabañas, (Cfr. Bartra, 2003).

greso”³ (Breilh, 1998) -crónico-degenerativas- que desarrollan los migrantes que se exponen a químicos en estados del norte (cáncer, diabetes, VIH)⁴ además de los sub-registros de asesinatos por violencia comunitaria y feminicidio que se mantienen fluctuantes. Sin embargo, el problema más relevante por la condición de exclusión que pone en evidencia el de la Muerte Materna.

La magnitud de este problema ha detonado la movilización colectiva, puesto que en la última década no ha dejado de ser uno de los cuatro estados donde más mujeres se mueren por complicaciones del embarazo, parto o puerperio en el país, indicando otra rama del gran abandono que se vive en la región.

Este abandono político se refleja en la ausencia de drenaje suficiente, de redes de agua potable, de electricidad y de la enorme marginalidad que coloca a la población guerrerense en una grave condición de vulnerabilidad económica; pero en el caso de las mujeres indígenas esta situación es de mayor desventaja por la desigualdad de oportunidades de vida existentes y el escaso respeto hacia lo femenino por parte de un sistema patriarcal de relaciones que minusvalora a las mujeres en la unidad doméstica campesina (Rubio, 2009; Espinosa, 2003; Oliveira, 1998) dado que el papel reproductivo implica una dificultad mucho mayor por ser una región mayoritariamente rural y además muy pobre; misma condición que representa

3 Desde el campo de la medicina social y la historia de la enfermedad, las enfermedades de la pobreza se erradican cuando surge la Revolución Industrial; para Virchow esta etapa de desarrollo científicos y farmacéuticos coadyuva a eliminar la etiología bacteriana de las enfermedades ambientales; de ahí entonces que a partir de esta etapa histórica “el progreso” tecnológico trae otras causas de enfermedad como las asociadas al desgaste laboral, la mala alimentación y el agotamiento; tales como el cáncer, diabetes, alcoholismo, cirrosis, enfermedades del aparato digestivo y de la piel derivadas de la exposición a químicos tóxicos.

4 Cfr. Benítez, 2015; en mi investigación de maestría analizó el perfil epidemiológico regional basándome en informes de las Jurisdicciones Sanitarias de la Región Costa y de la región Montaña en el periodo de 2006 a 2011.

un aumento significativo al trabajo, desgaste y riesgo personal para la mujer indígena en el contexto regional en el que los determinantes sociales en el proceso de salud-enfermedad confabulan para enfermar a las comunidades. En tanto, que en el papel reproductivo, son las mujeres y las niñas las responsables del cuidado familiar; en el ámbito rural, las tareas como la alimentación y cuidado doméstico se vuelven más pesadas porque implica cocinar en estufas de leña y, para ello, deben buscar leña a lugares peligrosos exponiéndose a picaduras de insectos, ataque de animales y de varones que ejercen violencia sexual hacia ellas⁵.

Retomando el tema de indicadores económicos en Guerrero, el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) (2016) señala que existe un grave rezago en materia de vivienda y de servicios puesto que sólo el 46.6% cuenta con agua entubada y 54% de la población sólo cuenta con estudios; indicadores que hablan del rezago en servicios básicos. En materia económica, sólo el 64% de la población está económicamente activa; es decir, que en este estado el 46% de las personas viven en situación de desempleo o sub-empleo y por lo tanto no tiene acceso a seguros de salud⁶... en tanto que el 33% de la población es indígena; y en ese sentido quiero destacar que en un contexto neoliberal el ser racializado como indígena adquiere connotaciones adversas que acrecientan riesgo epidemiológico de morir por desatención sanitaria.

Para el 2016 la esperanza de vida al nacer era de 69.9% en varones y del 76.5 % en mujeres (mientras que la media nacional es de 72.6% en varones

5 Prácticas como el rapto, robo de mujeres, venta e intercambio son absolutamente normalizadas en la región y regularmente no tienen una sanción grave, ni siquiera en los sistemas de justicia comunitarias.

6 Exceptuando al seguro popular con las limitaciones de acceso a la salud que este implica.

y 78.8% en mujeres); esto implica que una niña nacida en Guerrero, tiene 2.3% menos esperanza de nacer viva respecto a si naciera en otro estado; y en lo que se refiere a acceso a la salud, sólo el 84.6% de la población está afiliada a algún servicio de salud⁷ (este comportamiento se observa sólo en el contexto urbano, en el ambiente rural éste déficit sanitario es más complejo e incierto por la incapacidad de sistematizar sub-registros epidemiológicos).

La conformación étnica de esta región habitada mayormente por cuatro grupos indígenas (tlapaneco o meepha, mixteco o ñu-saavi, amuzgo o ñomndáa y náhuatl) -así como diversos sectores afrodescendientes y mestizos- ha generado una diversidad cultural rica en prácticas e intercambios sociales complejos que actualmente se convierten en un referente analítico importante para diversas ciencias sociales en el tema de la interculturalidad y autonomía indígena respecto al abordaje de las tramas relacionales y la incidencia de los pueblos indígenas como actores en el desarrollo regional; así como por la vigencia de las tensiones emancipatorias entre el Estado mexicano y las instituciones comunitarias que reivindican su autonomía y reconocimiento a sus usos y costumbres.

En el caso de Guerrero, ante esta necesidad insatisfecha de derechos indígenas, se han integrado diversas expresiones autonómicas, no sólo en el ámbito de la justicia comunitaria como la Coordinadora Regional de Autoridades Comunitarias, la policía comunitaria y otras expresiones como la Unión de Pueblos y Organizaciones del Estado de Guerrero (UPOEG); sino que también en el ámbito educativo a partir de la Universidad de los Pueblos del Sur (UNISUR) y las preparatorias populares de la región; en lo religioso, a través de

las mayordomías y los sistemas de cargos religiosos y en el sanitario con las experiencias que se realizan en las Casas de la Mujer Indígena y Afrodescendiente ubicadas en Ometepec, Acatepec, Chilapa, Ayutla, Metlatónoc y San Luis Acatlán, las cuales buscan paliar las políticas de abandono sanitario que han afectado históricamente a la población indígena de este estado en los ámbitos de salud sexual y reproductiva.

Sistemas de salud en guerrero y perfil epidemiológico regional

Otro eje de análisis importante para dar cuenta de los factores desfavorables con los que cuentan las parteras tradicionales en la región es el Sistema de Salud regional, con su desabasto crónico y su personal con trato ampliamente discriminatorio. En los trabajos de Leal (2013), Meléndez (2008), Amaro (2010), Espinosa (2013), Espinosa y Luna (2013),⁸ Benítez (2015) y Lozano (2017), se denuncia el desabasto crónico del sistema hospitalario, las maquilladas cifras de gasto público en salud a través de la afiliación masiva al Seguro Popular, misma que no necesariamente implica que la población tenga acceso, puesto que como lo describe Leal, mucha de esta inversión se destina a gastos administrativos. Según el INEGI, para el 2016 del total de la población sólo el 84.6% está afiliada a algún servicio de salud; de ahí el 77.3% cuenta con Seguro Popular y sólo el 13.7% está afiliada al Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), el 8.4% al Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores (ISSSTE) y menos del 3% de la población total cuenta con acceso a otro servicio de salud.

⁸ Incluso en los trabajos de Espinosa se desglosa la cantidad de ginecólogos, anesthesiólogos, camas censables vs gasto público en salud en las Jurisdicciones Sanitarias de Costa y Montaña; pero que a la fecha se vuelven muy vagos por la imposibilidad de obtener datos fidedignos de la Secretaría de Salud ante la posible denuncia de situaciones graves de omisión en materia de salud materna.

⁷ INEGI. Panorama Sociodemográfico de Guerrero 2015-2016.

Respecto a los recursos hospitalarios que integran las Jurisdicciones Sanitarias de Costa Chica y Montaña; el primero cuenta con dos hospitales generales en la región Ometepec y Tlapa, 4 hospitales básicos comunitarios, 9 Unidades Médicas Itinerantes y 128 Centros de Salud Comunitarios. En cuanto a la Jurisdicción Sanitaria Montaña, la integra un hospital de especialidades, un hospital general, seis hospitales básicos comunitarios, 14 Unidades Médicas Itinerantes y 164 Centros de Salud dependientes de la Secretaría de Salud Federal; sin embargo, diversos medios de información y organizaciones de la sociedad civil han documentado que al menos el 65% de estos nosocomios padecen desabasto crónico desde su origen, con ausencia de personal o de material de curación y carecen de medicamentos⁹ y muchos de ellos sólo fueron inaugurados¹⁰ para cubrir notas periodísticas emergentes y, al terminar la gira política del funcionario en turno, retiraron todo el equipo médico para trasladarlo a otra comunidad e inaugurar otros centros de salud como lo denunciaron algunas organizaciones¹¹.

Así, revisando las causas de morbi-mortalidad regionales, encontré que la cuarta causa de muerte son agresiones y el quinto lugar se refiere a desnutrición proteico-calórica, por lo que estas causas de muerte¹² reflejan la ausencia de voluntad

9 Algunas usuarias de las CAMIs, a través de Raíz Zubia denunciaron que ante la falta de vendas, gasas y material de curación, las enfermeras del Hospital de Ometepec les solicitaban ropa limpia de algodón para elaborar éstas con ropa vieja.

10 Como lo ha documentado Camacho (2013) Fundar y Tlachinollan, así como las promotoras de las propias CAMIs que son usuarias recurrentes de estos servicios y ante ello, deben ingeniárselas para evitar la muerte materna ante el desabasto sanitario.

11 El caso de Mini-Numa, comunidad de Metlatónoc, en donde diversos gobiernos inauguraron centros de Salud cercanos y sólo llevaron alguna vez camas de exploración, gabinetes y bancas, pero narran los pobladores que ni siquiera había terminado la inauguración y el personal de salud los retiró para inaugurar otro Centro de Salud en otro municipio. Sin embargo esta experiencia sirvió para que esta comunidad desarrollara la exigibilidad en salud y tuviera su propio centro de salud.

12 La dificultad para obtener tasas de morbi-mortalidad fidedignas en la región no permitieron hacer un análisis más profundo, sin embargo se to-

política para resolver graves violaciones del derecho a la salud como lo describe el indicador de evitabilidad en exceso, evidenciando la solvencia relativamente sencilla, al destinar un poco de inversión pública pero principalmente con interés político.

La paradójica riqueza natural, contrasta con la ausencia de carreteras que permitan redes de mercado justo para comercializar productos de la región; aunada a la falta de empleo remunerado, la población opta por sumarse al flujo migratorio inminente dada la ausencia de opciones de vida digna en su región.

Ante esa marginación económica, los gobiernos han implementado medidas paliativas para subsanar esta condición a través de programas sociales como Oportunidades o Prospera, pero éstas políticas no dejan de lado las prácticas clientelares de subordinación a los pueblos y de colonialidad de control hegemónico condicionante de apoyo gubernamental a la población a favor de las instituciones políticas en turno¹³, tanto sanitarias como políticas, que aumentan la desconfianza colectiva y fomentan la ruptura del tejido comunitario en la medida en que se vetan las prácticas comunales.

En es mismo orden de ideas, otra práctica discriminatoria institucional que se ejerce hacia la población indígena es la obtención de actas de nacimiento sólo en cabeceras municipales, al no existir oficinas del registro civil en comuni-

maron algunos datos de informes de ambas jurisdicciones del año 2005, como un acercamiento epidemiológico más real.

13 El centro de Derechos Humanos de la Montaña Tlachinollan, así como las investigaciones de Camacho (2013) dan fe del mal uso de recursos del erario público, en tanto objeto de condicionamiento político a comunidades indígenas a favor de fines electorales o bien para recibir métodos anticonceptivos sin consenso, ni explicación previa. Por otro lado, Herrera y Suárez (2011) identifican que estos programas responsabilizan a las mujeres del cuidado familiar al reproducir el rol de madre-esposa cuidadora y responsable directa de la familia y lo fomentan a través del estímulo económico a la capacidad reproductora.

dades indígenas de la montaña y de la costa, las personas deben viajar a las cabeceras municipales a registrarse como ciudadanos porque las autoridades comunitarias no pueden hacer este reconocimiento y esta es también una forma de desconocimiento; este proceso implica un gasto económico importante para las familias de la región. En ese sentido, estos programas de apoyo social, expresamente les condicionan el registro civil a los hijos e hijas de mujeres que se atiendan con parteras, existen numerosos casos documentados por Organizaciones de la Sociedad Civil¹⁴ en los que el Derecho a la Salud es violado de manera reiterada al negar la atención a las personas indígenas por cuestiones discriminatorias, específicamente a niños y a niñas por falta de documentos identitarios¹⁵.

El epidemiólogo ecuatoriano Jaime Breilh (2003), describe estas políticas sanitarias en lugares tan abandonados como Guerrero, a partir de lo que describe como “epidemiología de los mínimos”, definiendo estas medidas que reducen al máximo el gasto social en salud con el fin de que la población se acostumbre, literalmente, a una precariedad crónica que reduce la vida y la cotidianidad de las intervenciones en los mínimos de supervivencia; es decir, interviniendo sólo en acciones básicas para que las personas no mueran de enfermedades curables.

14 Como el Centro de Derechos Humanos de la Montaña, Tlachinollan (quienes han acompañado denuncias de diversos casos de esterilización forzada para que las indígenas no se reproduzcan en el municipio de Ayutla) o Kinal Antzetik, Noche Zihuame y Raíz Zubia (quienes han documentado diversos casos de Muerte Materna por desatención o negligencia de instituciones de Salud) o diversos casos de periodistas independientes como Camacho (2013) quien investigó clínicas en Cochoapa el Grande o los diversos trabajos de FUNDAR, en los que se analizan situaciones violatorias.

15 Tiburcio (2009) describe esta falta de documentos que identifican como mexicanas, y que simbólicamente es una violación grave que viven las mujeres en la Montaña.

En lo que se refiere a inversión estatal en salud, es menester dimensionar las brechas entre políticas de afiliación y acceso real a la salud, puesto que la mayor inversión se destina a la contratación de administrativos y gastos de operación de los programas; mientras que un porcentaje mínimo se invierte en la construcción de hospitales, en la contratación de personal y en la adquisición de insumos sanitarios (Camacho, 2013 y Meléndez/FUNDAR 2002).

Muerte Materna y evitabilidad en exceso

La violabilidad del Derecho a la Salud Sexual y Reproductiva en Guerrero ha sido tan grave que detonó procesos organizativos interesantes como la integración de una Coalición por la Salud de las Mujeres, la cual involucró a once organizaciones de la sociedad civil especialistas en el tema (Berrio y Lozano; 2017) con el fin de incorporar las especificidades de la agenda indígena en una lucha colectiva contra la Muerte Materna.

En los trabajos de organizaciones de mujeres indígenas y de las Casas de la Mujer Indígena (Espinoza, 2013) se han documentado testimonios de mujeres que han sido discriminadas por el personal de salud insensible a sus necesidades culturales de atención: la omisión del Derecho a tener traductores, discriminación por acudir a la clínica con vestimentas indígenas; el ejercicio de formas simbólicas de violencia cultural que desde la antropología médica se identifica el elemento ritual de la sanación y su relación con la percepción del padecimiento, el cual es violado frecuentemente durante la hospitalización desde situaciones simbólicas hasta verbales en donde médicos y enfermeras cosifican a las indígenas al usar su cuerpo como maniqués de práctica y auscultarlas de forma invasiva sin consentimiento antes del trabajo

de parto; insultar en el área de toco-cirugía; minimizar el dolor tal como parteras lo han denunciado al señalar y condenar a la violencia obstétrica como un aspecto que atenta ampliamente contra los Derechos Reproductivos¹⁶; no respetar la forma ancestral de parto vertical y los protocolos que las obligan a parir en soledad y en un medio muy estresante; o bien el no respetar la forma cultural de alimentarse durante el postparto, obligándolas a consumir alimentos de “frío” que en la tradición ritual no se deben consumir por llevar más frío al útero y ser dañinas para la recuperación.

Ante estos hechos, destaco la importancia del indicador evitabilidad en exceso que señalan Freyermuth (2014) y Sánchez Bringas (2014) al abordar elementos analíticos para comprender la mortalidad materna desde otros ángulos; bajo la lupa de esta categoría se pueden evaluar los avances en la gestión sanitaria y en voluntad política al señalar que “si todas las medidas que tenían que hacerse se hubieran hecho, dichas defunciones se hubieran evitado o retrasado”. Este señalamiento involucra a su vez temas de disponibilidad, accesibilidad y adaptabilidad institucional del Derecho a la Salud Sexual y Reproductiva, que se relacionan con el impacto en acciones plausibles de gobernanza y gestión comunitaria.

Para abundar en el tema de la gravedad de este indicador y su relación con las brechas sanitarias, será necesario mirar a escala regional esta problemática para precisar la gravedad de estas diferencias, puesto que si sólo revisamos las cifras nacionales, estas diferencias no parecieran tan desiguales. Para ello miraremos que en el año

16 La indignación ante el tema de la violencia obstétrica ha tenido profundo eco en diversos países de América Latina y a partir de este movimiento se han generado campañas como la de “En Guerrero, la partería: va! (2017)”, en dónde diversas OSC han denunciado, propuesto y descrito acciones alternativas a la salud femenina, colocando también en las agendas ciertas necesidades específicas de la población indígena.

2016 (Freyermuth et al., 2018), Guerrero estaba en el cuarto lugar a nivel nacional de Muerte Materna, obteniendo así una Razón de Muerte Materna del 53.9¹⁷, de esas muertes que fueron 39 en total; el 64.1% se atendió con un médico durante el parto, mientras que el 17.9% fue atendida por una partera; de esas 39 muertes el 87.2% contaba con Seguro Popular y el 41% vivía en localidades con menos de 2 500 habitantes (Freyermuth, Luna y Muños, 2018). Por lo anterior, podemos inferir que, pese a atender su parto en un hospital, no fue una garantía de vida ni de salud; sino que la pobreza regional también determinó desatención sanitaria y la importancia de las parteras tradicionales, interviniendo en ese porcentaje del 41% de mujeres rurales que sólo tienen acceso a esa opción de atención al parto.

Para la Organización Mundial de la Salud, la Muerte Materna se define como aquella que acaece mientras “*la mujer está embarazada o dentro de los 42 días posteriores al término de un embarazo, independientemente de la duración y localización del embarazo, por cualquier causa vinculada o agravada del embarazo o su manejo, pero no por causas accidentales o incidentales*”. Por su parte, la Secretaría de Salud nacional identifica siete causas clínicas de muerte materna: *trastornos hipertensivos del embarazo (preeclampsia y eclampsia); hemorragia obstétrica, otras causas obstétricas (tumor maligno de la placenta, tumor de comportamiento incierto y desconocido de la placenta e hipopituitarismo); causas obstétricas indirectas (enfermedades infecciosas y parasitarias); aborto, infección puerperal; y parto obstruido* (SSA, 2007; Díaz, 2010; Espinosa, 2003). Sin embargo, al tratar de encontrar cifras epidemiológicas reales de casos de Muerte Materna, nos hemos encontrado con la ausencia de siste-

17 Calculada con registros del SINAC (Subsistema de Información sobre Nacimientos)

matización de sub-registros; lo que atenúa las cifras oficiales y dificulta las intervenciones reales de las Organizaciones de la Sociedad Civil.

De ahí que se haya construido el indicador *Razón de Muerte Materna* (RMM)¹⁸, herramienta que para Freyermuth y Luna (2016) ha servido como cuantificador más fino de esta problemática en contextos indígenas y para evaluar la escisión existente entre los registros y sub-registros de este evento en Jurisdicciones Sanitarias regionales. Este indicador reduce la ambigüedad metodológica que implica la normalización de la muerte materna cuando se promedia entre los estados y no una problemática tan grave al diluirse matemáticamente.

Descifrar esta necro-numeralia¹⁹ regional ha sido un galimatías al que nos hemos enfrentado las investigadoras en salud sexual y reproductiva, puesto que no sólo se trata de cifras epidemiológicas, sino de defunciones que exhiben temas dolorosos no resueltos por la política sanitaria, en los cuales políticos han encubierto por no convenir a sus intereses; de ahí entonces que se vuelva necesario visibilizar estos fallecimientos y confrontar cifras gubernamentales para exigir una intervención política a este problema. En este caso, los sub-registros de muerte materna oficial se contraponen mucho con la bitácora de las parteras tradicionales y ha resultado complejo empatar esta información por la gran cantidad de actores, instituciones, sistemas y objetivos que involucran

a esta tarea, por lo que instituciones de la sociedad civil han tenido que diseñar metodologías novedosas²⁰ y creativas para sistematizar esa información y poder cuantificar esta problemática de forma más puntual.

Las Casas de la Mujer Indígena y Afrodescendiente en conjunto con las Organizaciones de la Sociedad Civil han intentado sistematizar estas cifras a través de sus bitácoras propias, mismos que han servido para interpelar a las instituciones de salud y de impartición de justicia a través de la gestión y la acción colectiva, integrando así importantes redes de denuncia y de incidencia local e internacional para colocar en las agendas gubernamentales demandas de salud sexual y reproductiva. Estos foros también posicionan el tema de la validez científica de los saberes ancestrales, el reconocimiento y defensa de sus conocimientos en los campos epistémicos y políticos; así como el carácter de derecho cultural que adquiere la partería tradicional y la necesidad política de reconocerla.

Descripción de las parteras tradicionales y sus prácticas interculturales

En un estudio de supervivencia de saberes en partería, la Fundación Mac-Arthur²¹ (2015) realiza un diagnóstico identificando sujetos que intervienen en el proceso de parto. En esta caracterización se reconoce a las parteras profesionales, enfermeras obstétricas o parteras técnicas, a aquellas mujeres

18 La R.M.M se refiere al número de defunciones por complicaciones del embarazo, parto o puerperio durante un año, dividido entre el número de nacidos vivos (NV) en el año de estudio, por 100 000.

19 Necro-numeralia es un término que me sirve para denunciar la cantidad escandalosa de muertes y qué vínculo con los trabajos de la autora Sayak Valencia, quien en su obra *Capitalismo-Gore* aborda este signo de muerte que viene de la mano con el capitalismo voraz y el derramamiento de sangre explícito que ha dejado como secuela el despojo más inhumano para la especie humana y que se refleja en políticas públicas que privatizan la salud y todos los Derechos Humanos adelgazando así al Estado.

20 Por ejemplo el uso de indicadores que se han tenido que construir desde el Observatorio de Mortalidad Materna o el Comité Promotor por una Maternidad sin Riesgos; tales como el Riesgo de Muerte Materna o la Razón de Muerte Materna, mismos que han innovado el uso de bases de datos del gobierno trabajados con sistemas estadísticos, combinando métodos cuantitativos existentes en programas estadísticos, a la par de métodos etnográficos para sistematizar e integrar los nacimientos atendidos por parteras tradicionales.

21 La fundación Mac-Arthur elabora un informe sobre una iniciativa para fomentar la partería en México.

que tuvieron acceso a un proceso educativo formal para poder atender el parto. En contraposición a esta definición, Kinal Antzetik y Nueve Lunas en la exposición gráfica “El buen nacer. La partería tradicional: Saberes y prácticas en riesgo”²², describen a las parteras tradicionales como “aquellas que no necesariamente se formaron en un proceso formal, sino empírico y destacan el elemento espiritual y cultural”; es decir, que son aquellas que reciben el “don” por herencia de su linaje femenino o a través de los sueños, aunque algunas se forman en centros de iniciación avalados por madrinan parteras tradicionales o a través de la legitimación de una partera más experimentada que se vuelve su maestra.

En este mismo documento se caracteriza a las parteras tradicionales como mujeres que se reconocen como guardianas de la vida, de la Madre Tierra y de los Cuatro elementos, respetando la ritualidad y cosmogonía indígena; reciben, honran y protegen este saber heredado por generaciones; acompañan y orientan a las futuras madres durante el embarazo, el nacimiento y el post-parto; propician que los nuevos seres lleguen al mundo arraigados a la tierra, a la naturaleza y a un legado cultural que favorece el sentido de la comunidad y su reproducción; no sólo transmiten saberes médicos sino que suele ser una guía para los padres que orienta y recomienda en asuntos matrimoniales; no necesariamente usan medicamentos alopáticos, conocen y respetan el portal vida/muerte y actúan con ética, impecabilidad, humildad, neutralidad, intuición, generosidad y paciencia.

En cuanto a las formas de curar que existen en los Sistemas de Salud Indígenas, se puede conocer

²² Jornada sobre Partería Tradicional: saberes y prácticas en riesgos. Propuestas y Recomendaciones para su preservación y promoción, realizada en Agosto de 2018 en el Museo de las Culturas del Mundo, INAH.

por las experiencias de los saberes que están basados en la cultura y cosmovisión de los pueblos, así como en la percepción social de la enfermedad; de ahí que estos involucren otros valores tanto axiológicos como epistémicos que no están basados en el mercado, ni en el capitalismo y crean sus propias formas de legitimación.

Partería tradicional y espacios de ritualidad y saberes

Las mujeres indígenas organizadas han gestionado espacios para practicar, fomentar y compartir saberes ante la ausencia de políticas públicas; las Casas de la Mujer Indígena y Afrodescendiente se han convertido en espacios muy importantes atendidos por parteras tradicionales y promotoras indígenas, desde su ritualidad, cosmovisión y respeto a los saberes tradicionales; a nivel simbólico estos lugares adquieren una importancia ritual relevante en la reproducción de prácticas comunales.

Todas están en zonas rurales de población indígena, donde se fomenta la práctica del parto humanizado, respeto a las formas tradicionales de parir (parto vertical), cuidado de la alimentación respetando este enfoque de alimentos de equilibrio corporal frío-calor y lo que Sánchez-Bringas (2014) describe como buenas prácticas de nacimiento, es decir, que no producen violencia obstétrica, usando plantas medicinales, masajes, cantos, ritualidad, siembra de placenta y de ombligo, y el acompañamiento físico y espiritual.

Es importante señalar el papel político que juegan estos lugares puesto que reivindican el derecho a la salud reproductiva respetando la tradición, pero también se convierten en espacios autónomos que fomentan procesos organizativos de mujeres indígenas y la posibilidad de intervenir y sensibilizar a sus comunidades en temas de igual-

dad de género. La primera de las Casas surge en Ometepec por el trabajo y gestión de la organización “Manos Unidas de Mujeres” después de un largo proceso organizativo con sectores académicos, de gobierno, así como de la sociedad civil con las mujeres indígenas de Ometepec, previo a los complejos procesos organizativos documentados por Espinosa, Dircio y Sánchez (2010), la tarea de gestión de estas mujeres implicó un enorme trabajo para visibilizar la omisión gubernamental, así como el hecho de sensibilizar a la comunidad y al país de que la muerte materna no es normal.

Cabe destacar el desgaste que ha implicado el cabildeo político y los años de reconocimiento y de denuncia que sirvieron para posteriormente integrar, en 2011, la Casa de la Mujer Indígena “Nellys Palomo” en el Municipio de San Luis Acatlán en la región Costa-Chica, municipio cuna de la policía comunitaria, que contó con un bagaje organizativo muy específico que impulsó ampliamente la proyección, gestión y capacidad de incidencia con el gobierno. Del mismo modo, la Casa de la Mujer Indígena de Chilapa inaugurada en junio de 2014, llamada Zihuachikahuac que en náhuatl significa “mujer sana, fuerte y valiente”, en la región Centro-Montaña.

Estas son las casas con que tuve oportunidad de interactuar por la temporalidad académica; sin embargo, también están las de Acatepec inaugurada en 2012, la de Malinaltepec y la de Ayutla que funcionan desde el año 2017. A partir de estas experiencias organizativas en torno a la salud y la partería tradicional, las mujeres indígenas guerrerenses se posicionan de forma contundente por la defensa de sus derechos reproductivos y la construcción de mecanismos de validación de saberes no jerarquizados entre culturas indígenas.

Despojo de saberes y sistema patriarcal

Uno de los principales obstáculos que han enfrentado las parteras tradicionales ha sido la deslegitimación de saberes; por un lado la ciencia como institución política (Olivé, 2004) a través de su papel regulador, legitimador de saberes y discursos, en el cual distingue el papel importante que tiene la imagen pública de la ciencia; y por el otro, el peso epistémico que tiene la ciencia médica en el imaginario colectivo al menospreciar los saberes ancestrales.

La medicina como rama de la ciencia moderna occidental reproduce elementos hegemónicos en las instituciones académicas sanitarias desde la enseñanza de la práctica clínica. En ese tenor destacó las aportaciones críticas a la biomedicina que hace el antropólogo argentino Eduardo Menéndez (1986) quien describe estas prácticas jerarquizadas en la ciencia médica moderna como Modelo Médico Hegemónico (en adelante M.M.H.) el cual se caracteriza por reproducir los siguientes elementos:

“biologismo, individualismo, a-historicidad, a-sociabilidad, mercantilismo, eficacia pragmática, asimetría, autoritarismo, participación subordinada y pasiva del paciente, exclusión del conocimiento del consumidor, legitimación jurídica, profesionalización formalizada, identificación con la racionalidad científica, y tendencias inductivas al consumo médico”(Menéndez, 1986:14).

Estos rasgos prevalecen en la formación de recursos médicos, además de la violencia jerárquica, que el estudiantado sigue reproduciendo al enseñar a otros y otras. Del mismo modo, el estudiantado imita conductas coloniales que desprecian los conocimientos indígenas. Para Menéndez,

esta crítica se extiende a la relación de dependencia que se fomenta al reproducir esta actitud autoritaria del médico/médica, misma que genera un dominio creciente de lo asistencial, la continua secundarización de las actividades preventivas, el permanente incremento de costos dada la “hegemonía curativa” y la descalificación de otros saberes. Así Menéndez (1998:3) identifica cómo:

“el conjunto de prácticas, saberes y teorías generados por el desarrollo de lo que se conoce como medicina científica, el cual desde fines del siglo XVIII ha establecido como subalternas al conjunto de prácticas, saberes e ideologías teóricas hasta entonces dominantes en los conjuntos sociales, hasta lograr identificarse como la única forma de atender la enfermedad legitimada tanto por criterios científicos, como por el Estado.”

Del mismo modo, el elemento patriarcal en la obstetricia, ha existido desde el surgimiento de la medicina moderna, como lo analizan Ehrenreich y Deirdre (1973), subordinando a las mujeres a tareas accesorias en la atención a la salud, limitando su conocimiento y autonomía personal²³ y deslegitimando sus saberes autocurativos. Sin embargo, algunos protocolos médicos son ampliamente patriarcales al imponer formas de parir que sean favorables al médico y no a la mujer que está dando a luz, como el hecho de parir en una plancha hospitalaria; también, la exclusión de un acompañamiento emocional con la excusa de la asepsia clínica y prácticas invasivas de forma obligatoria como la episiotomía, la anestesia forzada o la aplicación de oxitocina para alumbrar

23 La satanización de la práctica autocurativa de las mujeres, y por extensión de las parteras, deviene desde el medioevo y las cacerías de brujas, al ser profundamente castigada la autonomía y sabiduría de las mujeres sobre su propio cuerpo. A la iglesia le disgustaba que las mujeres pudieran controlar su fertilidad; del mismo modo Silvia Federici (2004) reflexiona sobre la inquisición y la satanización del conocimiento femenino en “El Calibán y la Bruja”.

más rápido. El hecho de no respetar la forma de parir agrava la condición de vulnerabilidad en la que se encuentran las mujeres indígenas cuando se omite, discrimina y se niega su capacidad de juicio ante el consentimiento informado²⁴ e incluso se les excluye de la toma de decisiones cuando las pacientes ni siquiera hablan español y no cuentan con un traductor, trastocando de manera alarmante el derecho a la salud reproductiva.

Además de la violencia institucional, en la región Costa Chica-Montaña, las parteras tradicionales se exponen a prácticas culturales patriarcales donde la normalización de la violencia hacia las mujeres y niñas así como las secuelas en la vida de lo femenino²⁵, impactan negativamente en el ejercicio de la partería tradicional, puesto que la violencia comunitaria pone en riesgo la integridad de las parteras al tener que viajar largos trayectos para atender partos con sus propios recursos en contextos violentos.

Racialización de la salud y colonialismo sanitario

Cuando Boaventura Souza (2009) describe en su obra “Por una epistemología del sur” el fenómeno de “epistemicidio”²⁶ denuncia el eurocentrismo colonial existente en las ciencias identificando la hegemonía ideológica del Norte Global en el pensamiento y la forma de construir saberes desde el paradigma positivista. Del mismo modo,

24 El consentimiento informado se reduce a un documento donde los hospitales se deslindan jurídicamente de toda responsabilidad penal en caso de fallecimiento, en la que se obliga a la paciente a firmarlo para ser atendida. Escrita en español, con letras pequeñas, cuando en muchos casos las mujeres no saben leer y, ante la inexistencia de protocolos interculturales; obviamente se realiza algo que más que un consentimiento, es una imposición.

25 Lore Aresti, define a lo femenino como una forma de relación con el planeta, con la cosmovisión, de relaciones de cuidado entre especies y como modo de vida, desde el ecofeminismo. Aresti, hace una crítica al patriarcado capitalista como sistema de opresión hacia la vida.

26 “Asesinato del conocimiento” por parte de las instituciones científicas que despojan de valía a los saberes tradicionales de origen no-occidental.

este abogado brasileño denuncia la arbitrariedad científica occidental que ciega la construcción de saberes y que prevalece en la teoría de la ciencia actual, excluyendo ideológicamente a los saberes que no emergen de cultura científica occidental, convirtiendo así a La Ciencia, como en única instancia legitimadora de saberes y reguladora de la percepción social de la validez científica. La reproducción de este pensamiento en las aulas universitarias genera una forma de colonialismo médico difícil de combatir al en el imaginario colectivo, mismo que a su vez es reforzado a través de los medios de información y de la industria farmacéutica que criminalizan prácticas ancestrales enalteciendo ideológicamente a la ciencia médica.

Del mismo modo, Olivé (2009) identifica como parte del despojo epistemológico de los conocimientos tradicionales la apropiación ilegítima de las instituciones de la ciencia²⁷ que primero extraen las propiedades del saber y luego, lo menoscaban a través de discursos que subestiman su valor, mientras bombardean con discursos de legitimidad científica a través de las universidades, las farmacéuticas y los emporios que se adueñan del saber de determinadas plantas medicinales o prácticas como la manteada, sobada, cerrada de cadera...; validando de éste modo la existencia de una sola cultura de saber, la occidental. De forma paralela se descalifican reduciéndose a *supersticiones y ritos*, desdeñando el poder sanador de las prácticas rituales, en este caso de origen indígena, para así poder medicalizar el embarazo, parto y puerperio.

27 Corporaciones académicas, Consejos de ciencias, Alianzas Universitarias, Tribunales científicos, Congresos académicos, universidades, medios educativos, instituciones educativas, políticas, médicas y hasta legislativas determinan la validez del saber desde el paradigma científico occidental.

Si bien, la práctica médica posee incuestionables bondades para preservar la vida, el discurso hegemónico colonial ejerce también prácticas de despojo capitalista, criminalizando saberes originarios de cosmovisiones indígenas y que tienen su origen en filosofías más amables con la vida, como lo plantea la teoría ecofeminista desde sus voceras críticas decoloniales como Shiva (1995), Puleo (2011) y Paredes (2017), quienes denuncian que la industria médica moderna en lugar de vincularse con una filosofía de cuidado de la vida y de la Tierra, así como de construcción de modos de vida más amables con lo colectivo, tienden a reproducir la lógica destructiva del capital a través de esta vieja dicotomía naturaleza vs ciencia, hombre-mujer; patriarcado vs lo femenino (donde la naturaleza y la mujer deben ser dominadas para integrarse al denominado “progreso”), por lo que en el discurso desarrollista se ponderan condiciones de acumulación, despojo, devastación ecológica a favor de las farmacéuticas y emporios transnacionales que medicalizan la vida y los procesos de nacimiento.

Por lo que, en ese orden de ideas, el colonialismo médico detona prácticas de *racialización de la salud*, que desde la antropología médica, Rosalynn Vega (2017) describe como “*el ejercicio inadvertido de desigualdad, poder y privilegio que produce conocimiento sobre grupos marginados*”, destacando cómo a partir de este legado colonial se categoriza a las personas desde la otredad subordinada. Para Vega, esta racionalización es muy sutil y simbólica pero está presente en la misma constitución mexicana, encubriendo el discurso racista a través de la retórica de inclusión cultural. Este discurso mistificador²⁸ del ra-

28 Este discurso del progreso y la academia, a la que se puede acceder a través de la cultura; es decir la cultura se convierte en un instrumento de blanqueamiento ideológico colonial en la medida en que el indio y el mestizo tienen acceso a la educación; “un moreno puede ser socialmente blanco con la cultura suficiente”.

cismo configura relaciones de desigualdad que se inscriben en los cuerpos, específicamente en los cuerpos de las mujeres indígenas.

Para Vega (2017), en los elementos de esta racia- lización de las mujeres hacia las indígenas se re- produce una discriminación racial muy evidente en la práctica médica y en los programas de bien- estar social; pero esta discriminación, en el caso de las parteras, refuerza la violencia comunitaria, el despojo de saberes, la bio-piratería y la partería alienada de su ritualidad (parto humanizado sin ritualidad ancestral).

Cabe destacar la minusvaloración de saberes que hace la ciencia médica hacia las partería tradicio- nal al subestimar conocimientos ancestrales que no gozan del mismo valor, ni de la misma infraes- tructura, no se les remunera, ni se les respalda igual en la jerarquía de las políticas públicas; del mismo modo se omiten las dinámicas desiguales de poder y la discriminación racial continuada mediante el discurso “intercultural” que no es incluyente en el ámbito académico - político y se observa mejor en la práctica clínica. Y, si por casualidad son aceptadas en reductos clínicos, es para hacer extractivismo de sus saberes sin reco- nocimiento por ello.

Existen innumerables casos que muestran la vio- labilidad del derecho a la salud perpetrado por las instituciones gubernamentales no sólo en la for- ma, sino en el fondo; desde lo administrativo has- ta lo simbólico²⁹ existe un profundo desprecio a las formas tradicionales de curar, a la percepción colectiva de los procesos salud-enfermedad-cura- ción y a la ritualidad tradicional.

29 No se considera la condición indígena en la impartición de justicia; ignoran su lengua, su cultura y su ritualidad como sujetos identitarios, y se enfocan en políticas, tratamientos, formas de curar con un enfoque occidental que considera a los pueblos indios como un accesorio de este universo neoliberal.

Cartografía de las violencias y partería tradicional

Como se puede identificar en este trabajo, la vio- lencia se identifica en las instituciones clínicas, académicas, instituciones jurídicas y académicas; pero también se ubica en la violencia comunitaria y en las instituciones patriarcales. El contexto co- munitario que pone en riesgo la integridad de las parteras tradicionales y promotoras de salud tam- bién ha implicado enfrentar temas de represión brutal gubernamental a mujeres organizadas en procesos colectivos, si bien no voy a profundizar en estos casos, señalo las secuelas de esta repre- sión como un factor paralizante y desarticulador de la acción colectiva en comunidades organiza- das; tal es el caso paradigmático de tortura sexual por parte de militares hacia mujeres indígenas, documentado por el Centro de Derechos Hum- anos de la Montaña, Tlachinollan, quienes han ilustrado este ejercicio de poder hacia mujeres indígenas organizadas como forma de represión colectiva; tal es el caso de las indígenas tlapane- cas Inés Fernández Ortega y Valentina Rosendo Cantú, torturadas sexualmente por elementos cas- tenses como ejemplo simbólico de que las muje- res no se deben organizar o pueden tener este tipo de castigos y que, tras mucha presión llegó a la Corte Interamericana³⁰, sigue impune como par- te de la pedagogía de la crueldad (Segato, 2014) que ostenta la normalización de la violencia como forma de castigo para las mujeres indígenas que se organizan.

Otra forma de violencia simbólica normalizada, es aquella que desconoce el derecho a la tierra

30 El Centro de Derechos Humanos de la Montaña, Tlachinollan en su XIII informe ha documentado ampliamente el abuso de los miembros del Ejército Mexicano hacia estas mujeres indígenas, torturandolas ante la mi- rada de sus hijos e hijas. Pero también con un ánimo absolutamente intimi- datoria a las comunidades en resistencia, como lo ha sido históricamente Ayutla de los Libres.

para las mujeres pese al discurso igualitario de acceso, en la práctica se excluye a las mujeres indígenas de este derecho. Por otra parte, aunque los sistemas de justicia comunitaria abren filas a la inclusión de mujeres en cuerpos de auto-defensa y cargos de servicio comunitario, ellas son confinadas a las que impliquen menor reconocimiento y mayor trabajo, el poder de decisión real siempre recae en varones; lo mismo sucede en los casos de impartición de justicia referidos a violencia doméstica³¹ en los que se sigue privilegiando los derechos masculinos, encubriendo delitos de despojo territorial y patrimonial, que les quitan sitios y elementos sagrados para sanar y ejercer la ritualidad en procesos de sanación.

El hecho de señalar estas formas de violencia hacia las mujeres y las niñas en esta región son necesarias para entender las adversidades inscritas en el cuerpo-territorio de las mujeres indígenas y su lucha por resignificar procesos de vida ante los discursos y prácticas de muerte ejercidos por las instituciones a través de lo que Rita Segato (2003) denomina como *pedagogía de la crueldad y la normalización de la violencia material y simbólica en el cuerpo femenino*: legitimando la violencia sexual, considerando el cuerpo femenino como un botín de guerra, ejerciendo el mandato de la violación, como forma de castigo ejemplar, que enseña a las mujeres a temer y les impide desafiar al gobierno. Si estas desafían a la autoridad estatal, vivirán *el cobro riguroso, forzado y naturalizado de un tributo sexual justificado*, mismo

31 Como lo describen Arteaga (2012) y Camargo (2013) en los casos que analizan en torno a las instituciones de justicia comunitaria, cuando en la mayoría de casos prevalece el derecho masculino, quitándole derechos a las mujeres, restituyéndoles ciudadanía y poder de decisión en caso de no estar casadas o ser representadas por un varón. Por ejemplo, en ciertas comunidades las mujeres no tienen derecho a la tierra aunque sean legítimas herederas, si no están casadas. O bien, si el marido migró a otro país y ellas están solas, deben vivir con la suegra y ésta decidirá el futuro de los hijos y de la nuerca en cuestión, pudiendo despojarla incluso si así lo decide, avalada por la justicia patriarcal.

que perpetúa la hegemonía patriarcal desarticulando cualquier intento de rebeldía.

Leyes, salud, cuidado de la vida y territorio

La Organización Mundial de la Salud define a la salud como “un estado de perfecto bienestar físico, mental y social y no sólo es la ausencia de enfermedad”. Siguiendo este discurso para cubrir apariencias democráticas ante el mundo, el gobierno mexicano ha ratificado este derecho como un compromiso político que sigue sin ser respetado pese a las demandas ciudadanas actuales de diversos sectores de la población.

Erigiendo incluso marcos jurídicos que protegen este ejercicio, como el derecho a la salud que en el estado de Guerrero está protegido por el artículo 4to de la Constitución Mexicana, en el primero de la constitución local, en un anexo al artículo 123 donde se aborda el tema de la protección en salud³². Del mismo modo, la Ley de Salud en sus artículos 65 al 74, 105, 117, 222, y 224³³; todo este marco legislativo sirve para garantizar la libertad política de atender la salud, el cuerpo y la forma de alcanzar éste estado descrito por la Organización Mundial de la Salud.

Sin embargo, en los hechos cotidianos, las parteras, promotoras de salud y las Organizaciones de la Sociedad Civil han denunciado en diversos foros la ausencia de un marco jurídico que pueda garantizar el ejercicio de la partería. La condición

32 Referente al ambiguo debate legislativo surgido a partir de las reformas neoliberales decretadas en 2003 en donde se crea el Seguro Popular como un Sistema de Salud que “da cobertura” a las personas sin acceso a seguridad social como IMSS e ISSSTE, como una opción de afiliación -diferente de acceso a la salud- pero sin declarar el carácter de universal y obligatorio como compromisos del Estado; de éste modo en ésta política no existe una garantía gubernamental, sino que sólo se afirma que las familias y sus asegurados pagarán de acuerdo a sus recursos.

33 Coalición por la Salud de las Mujeres, 2008.

no vinculante de estos acuerdos genera vacíos y ambigüedad en los sistemas sanitarios. Aunque en los trabajos de Sánchez (2016) y en la segunda edición del Seminario sobre Partería Tradicional realizado por la Comisión Nacional de Derechos Humanos (CNDH), el Instituto Nacional de Antropología e Historia (INAH) y las Organizaciones de la sociedad Civil que atienden nacimientos con parteras (2018)³⁴, se destacan algunos elementos importantes de defensoría y preservación de la partería tradicional. Una ruta la defiende como derecho cultural/derecho a la identidad; y otra, integra a la partería con el derecho a la salud reproductiva puesto que está regulada y reconocida en el artículo 4o de la Ley General de Salud, adicionalmente en el artículo 2º Constitucional como un derecho de los pueblos indígenas a practicar su cultura y, del mismo modo, se cuenta con el Acuerdo 169 de la Organización Internacional del Trabajo (OIT) en materia de derecho indígena. En 2001 se incorpora a la Constitución mexicana (artículo 2o) el acceso a servicios de salud hacia la población indígena y se les garantiza la ampliación de los servicios sociales básicos, así como el reconocimiento del derecho de participación social de esos pueblos.

Por otra parte, los aportes de Sánchez (2014) dan oportunidades a la partería; dado que existen muchas prohibiciones y pocas aportaciones. De ahí que la autora ubica los artículos 1º, 4º y 5º de la Constitución Mexicana; acuerdos internacionales: Conferencia de Alma-Ata (fracciones IV, VII), Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer (Arts. 1 Y 5), Convención Interamericana para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la mujer (Convención de Belém do Pará) Arts. 1

34 Partería Tradicional: saberes y prácticas en riesgos. Propuestas y Recomendaciones para su preservación y promoción. Mayo-Agosto de 2018. Museo de las Culturas del Mundo. INAH, Ciudad de México.

y 2, Conferencia Internacional para la humanización del Parto- Ceará, Brasil. Recomendaciones internacionales: Declaración de Fortaleza (Recomendaciones de la OMS), Consenso de Santo Domingo (Acuerdo 82), Conferencia del Cairo (Arts. 7.2, 7.6, y 8.22), Ley General de Salud (Art. 6, 10, 11.23.34 y 65), Ley de Protección a la maternidad -aquí varía por estados de la República-, Reglamento a la Ley General de Salud en materia de prestación de Servicios de Atención Médica, Art. 17,96 y 102, NOM00722A2016 y NOM005SSA32010.

Los avances en estos discursos democráticos son muchos, pero se vislumbra un divorcio en el ejercicio práctico de estas normas, sobretudo en el marco intercultural, en la concreción de la práctica obstétrica no racializada, dado que implica un cambio ideológico que deje de inferiorizar a las mujeres indígenas como ciudadanas de tercera, y una sensibilización que fomente el respeto a sus prácticas y formas de sanar, esto se logra a través de una profunda reflexión política en las academias y universidades que deconstruye estas prácticas coloniales del Modelo-Médico-Hegemónico y que se replantee éticamente la otredad no subordinada.

Para Breilh (2009), la construcción de una epidemiología crítica se basa en fomentar una relación de contra-hegemonía, que reconozca la diversidad cultural y respete las diferencias con fines emancipadores; de ahí que sea necesario fomentar la transdisciplina y el diálogo de saberes entre culturas epistémicas. Para que esto se concrete, Breilh señala, citado por Vega (2017), que es necesario que este discurso intercultural emerja de las comunidades indígenas. Esta acción ya se realiza desde hace algunos años en las CAMIs de la región, en encuentros de parteras y parteros indígenas.

La descolonización de la práctica médica es otra clave que nos aporta la partería tradicional indígena para la construcción de modos de vida rurales más congruentes con el cuidado de la especie humana. Esta descolonización requiere limitar el enblanqueamiento³⁵ cosificador y extractivista de saberes de la ciencia médica y sus enfoques subordinantes hacia otras culturas; así como la reducción de medicalización³⁶ de procesos vitales en los cuerpos-territorios de las mujeres indígenas.

Defensa del cuerpo-territorio

La partería como campo de debate problematiza la ética médica hegemónica, la colonización ideológica con tintes racistas y el modo de producción capitalista patriarcal que atenta contra la vida, el conocimiento ancestral, la cosmovisión indígena y sus sistemas tradicionales de sanación. Además de estas luchas comunitarias que libran las mujeres indígenas desde los diversos movimientos de resistencia, se da una compleja lucha contra las mineras y el despojo de territorios, aunque esta batalla es desproporcionadamente desequilibrada, las parteras sensibilizan a sus comunidades sobre el tema del cuidado ambiental y de la relación con la vida y el territorio.

35 Enblanqueamiento lo describo a partir del concepto de “blanquitud” de Bolívar Echeverría que distingue del fenotipo blanca, refiriéndose al discurso que justifica la opresión racista y asimétrica que reproducen prácticas sociales que subordinan a “los negros” y los indios, o bien a las clases proletarias. Del mismo modo el enblanqueamiento como ideología es una expresión del colonialismo en la práctica médica, que es recurrente en el personal gineco-obstetra.

36 Este proceso parte de concebir una situación que se considera como anormal por parte de la sociedad, para entonces a partir de colectivos sociales poderosos como la propia industria farmacéutica, ofertarán soluciones que pueden comprarse. aunque la medicina pueda dar una solución a dicha situación de anormalidad. En este caso desde la mirada bio-médica, las parteras no dan respuesta adecuada a la necesidad de las parturientas, por lo que se crea una imagen de rechazo comunitario a estas respuestas; esta percepción de que la respuesta recibida es inadecuada puede verse influida por sectores que pueden verse beneficiados por este sentimiento (Orueta et al., 2011).

Desde la geografía crítica, la sociología y el feminismo, se plantea la teoría de cuerpo-territorio que consiste en hacer una analogía de los cuerpos como espacios a colonizar desde la lógica del capital; la medicalización y la obstetricia se han apropiado de los saberes y cuerpos de las mujeres, el patriarcado también ha querido domesticar la fertilidad femenina y la capacidad reproductora de los cuerpos femeninos. Esta teoría abre una importante veta en el caso de las parteras y la re-apropiación del cuerpo femenino como espacio de conocimiento, saber y poder, se concreta también en la lucha simbólica por el territorio epistémico, autonómico y de reconstrucción de tejido comunitario al fomentar prácticas que abonan elementos a modos de vida más sustentables y respetuosos con la cosmovisión ancestral, pero también incluyendo elementos discursivos de igualdad cuestionando los roles de género tradicionales que involucran a los varones en el cuidado de la vida.

Los nuevos derroteros que nos plantea la partería, nos invitan a reflexionar desde la des-colonización la posibilidad de de-construir prácticas hegemónicas de la medicina moderna que actualmente siguen siendo éticamente necesarios para la supervivencia de la especie humana, es importante cuestionarnos si en pro del desarrollo de la ciencia es justo y válido practicar en mujeres indígenas parturientas, ejercer violencia obstétrica, ofender a las parteras o tener conductas inhumanas en una etapa de vulnerabilidad tan compleja como lo son el embarazo, parto y postparto. La violencia obstétrica es una realidad cotidiana en los hospitales que es poco denunciada y muy recurrente en las instituciones sanitarias. Por eso la partería tradicional es una alternativa humanizada de atención al parto que merece ser reivindicada.

Conclusiones: incidencia comunitaria y des-colonización

La atención al parto y el camino de ejercer derechos reproductivos está lleno de prácticas excluyentes y desfavorables con la vida, la cosmogonía y la identidad indígena que además implica crueles desafíos para las parteras tradicionales por el nivel de exigencia moral, epistémica, política y hasta espiritual. Las cargas que recaen en sus hombros suelen ser extenuantes por lo que se vuelve menester visibilizar la construcción de alianzas, metodologías, discursos y prácticas que necesitan ser re-valoradas y difundidas en pro de un desarrollo comunitario más congruente con las necesidades de inclusión real del mundo actual.

Los aportes que se hacen desde las Casas de la Mujer Indígena y Afrodescendiente y la incidencia de las parteras tradicionales en la construcción de espacios de diálogos interculturales, en la conciliación de formas culturales de comunicación y en la creatividad comunitaria para la inclusión masculina son formas de sensibilización que merecen ser documentadas y analizadas como elementos constitutivos del Derecho a la Salud.

En lo que se refiere a las redes de financiamiento y lucha por presupuesto público también se ha logrado una vasta experiencia ante la cooperación internacional, puesto que les ha implicado aprender y debatir los fines de las Agencias de cooperación internacional y el trabajo de negociar los objetivos comunitarios al extractivismo de las agencias financiadoras de la cooperación internacional capitalista que pueden desarticular el tejido comunitario.

Los procesos colectivos de defensa del derecho a la salud han originado que las parteras y promotoras de las Casas de la Mujer Indígena se cues-

tionen su identificación con el feminismo liberal que solo lucha por igualdad de derechos pero que omite el tema de la etnicidad y el debate de temas económicos estructurales. De esto se deriva que las indígenas hayan tenido que cuestionar su subjetividad, deconstruir su identidad y en ese proceso politizador hayan puesto en juego su persona y su integridad.

Para las feministas comunitarias (Paredes, 2016; Cabnal, 2016) estos cuestionamientos al patriarcado comunitario implican “poner el cuerpo”, exponerse, abrirse a la crítica, a la destrucción y a la reconstrucción de su subjetividad debatiendo con discursos emancipatorios colonizantes y aportando elementos de su propia inter-subjetividad a la experiencia feminista comunitaria.

Los foros de partería dónde las mujeres exponen sus saberes, experiencias, habilidades, desafíos y competencias entre distintas culturas es un ejercicio real de interculturalidad. He presenciado diálogos interculturales entre mixtecas y tlapanecas en dónde ninguna habla español y han tenido que construir recursos lingüísticos impresionantes, desde una ética igualitaria no competitiva, cuando estos acuerdos se llevan a foros nacionales o internacionales es un logro epistémico y también político en la medida en que se involucra a altos funcionarios de salud y de agencias mundiales como la Organización Mundial de la Salud, visibilizando la problemática de la Muerte Materna, pero también legitimando los saberes ancestrales al retomar la ritualidad y cosmogonía indígena, los ciclos agrícolas, lunares y de fertilidad para cuidar de la vida, del mismo modo, en lo que se refiere a las relaciones domésticas y comunitarias se involucra a varones en la construcción de comunalidad cuestionando el patriarcado de tradición indígena.

Las Casas de la Mujer Indígena han actuado como espacios de reflexión contra la violencia hacia las mujeres a través de talleres y cursos; pero también se ha sensibilizado a los varones a cuestionar estos patrones de masculinidad violenta o abandonadora fomentando el cuidado y acompañamiento hacia sus parejas, compartiendo las fases del embarazo y posparto.

Además de la acción política externa, es importante visibilizar la concienciación sobre el combate al despojo de saberes, a la bio-piratería: el papel medicalizador de las farmacéuticas y la patentización de saberes y de especies de plantas endémicas es un acto de despojo a la medicina tradicional indígena. En ese sentido la acción de las parteras fomenta el debate de convenios de Diversidad Biológica que refuerzan también promueven la defensa territorial.

En las CAMIs se imbrican elementos de la bio-medicina, que no excluyen la religiosidad ni saberes ancestrales aplicados a la sanación del mismo modo, se abonan elementos para considerar la subjetividad indígena en la atención a la salud reproductiva de mujeres indígenas y la inclusión de la pareja como parte de la identidad indígena para disminuir el racismo existente en la hospitalización, y al eliminar la jerarquía entre partera y paciente se alimenta la confianza.

La tarea de las parteras es muy importante, no sólo en el ámbito de la salud, de la ciencia, de la política y de la comunidad porque rompen con los paradigmas médicos y confrontan al patriarcado occidental, a la vez que construyen ciudadanía, etnicidad y re-significan el cuerpo como territorio de lucha, como lo plantean las feministas comunitarias de Bolivia:

“Las feministas comunitarias somos radicales porque desde la raíz de nuestras luchas decimos que: no hay revolución cuando nuestros cuerpos de mujeres sigan siendo colonia de los hombres, los gobiernos y los Estados [y de los hospitales]. No hay revolución cuando las decisiones sobre nuestros cuerpos, sean tomadas por los hombres, curas, jueces, maridos y padres. Las mujeres somos la mitad de cada pueblo” (Paredes, 2013:12).

Para cerrar, destacó la importancia ritual de las parteras tradicionales porque si bien desde su práctica cotidiana ellas no se asumen como feministas comunitarias, en los hechos están resarcido el tejido comunitario, la construcción de la ciudadanía desde otras miradas más amables tanto con la comunidad, la cosmovisión y con las mujeres. Pese a que falta mucho por trabajar, las parteras tradicionales reivindican el Derecho a la Salud, el Derecho a la vida, al interpelar a los gobiernos para ser reconocidas en sus saberes tradicionales y abren el debate a una perspectiva pluralista epistémica.

Las casas de la Mujer indígena colocan a la partería como un espacio de resistencia y liberación desde el cual las mujeres indígenas confrontan modelos e ideologías patriarcales para redefinir las relaciones de género que cuestionan la masculinidad colonial con sus prácticas sexistas, contribuyen a la mejora de sus derechos e inciden en la construcción y revaloración de saberes ancestrales incluyentes, legitimando su causa, capacidad de intervención, frescura, creatividad de gestión, justicia y posibilidad de acción ante el estado.

Referencias

- Amaro, R. (2010). "Diagnóstico en materia de salud pública en el estado de Guerrero", *Encrucijada. Revista electrónica del Centro de estudios en administración pública*, Núm. 5: 1-13.
- Aresti, L. (2006). *Silenciamiento de lo femenino y desastre ecológico*. México: MC Editores
- Arteaga, A. (2012). Todas somos la semilla: ser mujer en la Policía Comunitaria de Guerrero: Ideologías de género, participación política y seguridad. Tesis para obtener el grado de Maestría en Antropología Social. México: Centro de Investigaciones en Estudios Superiores en Antropología Social.
- Badillo, M. (2009). *Morir en la miseria*. México: Océano.
- Bartra, A. (2003). *Guerrero bronco, campesinos, ciudadanos y guerrilleros en la Costa Grande*. México: Era.
- Benítez, K. (2015). El poder curativo de mi comunidad, análisis de la práctica de la promoción de la salud en la región Costa-Montaña de Guerrero. Tesis para obtener el grado de Maestría en Medicina Social. México: UAM-Xochimilco.
- Berrio, L. (2009). Balance crítico sobre la lucha de las mujeres indígenas. Estado del desarrollo económico y social de los pueblos indígenas de Guerrero. México: Programa Universitario México Nación Multicultural-UNAM y Secretaría de asuntos indígenas del gobierno del estado de Guerrero.
- Berrio, L. (2013). Entre la normatividad comunitaria y las instituciones de salud. Procesos reproductivos y salud materna en mujeres indígenas de la Costa Chica de Guerrero, Tesis doctoral de Antropología. México: UAM-Iztapalapa.
- Berrio, L. y Lozano, A. (2017). "Redes para la incidencia. Visibilizando agendas de mujeres indígenas desde la Coalición por la Salud de las Mujeres". En: Juárez, C.; Hevia, F.; Lopez, E. y Freyermuth, L. (coord) *Entre el activismo y la intervención: el Trabajo de organizaciones de la sociedad civil y su incidencia para la salud de Mujeres Indígenas en México*. México: Alternativa y Capacidades A.C, Centro Internacional de Investigaciones para el Desarrollo y Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social.
- Breilh, J. (2003). *Epidemiología crítica: ciencia emancipatoria e intercultural*. Argentina: Editorial Lugar.
- Camargo, L. (2015). Actores sociales emergentes: procesos de organización de mujeres indígenas en América Latina: mujeres ñuu savi de México y wayúu en Venezuela y Colombia, Tesis para obtener el grado de Maestría en Estudios Latinoamericanos. México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Camacho, Z. (2013). Cochoapa, El grande: entre la miseria y el desprecio. Revista contralínea del 20 de enero de 2013. <http://contralinea.info/archivo-revista/index.php/2013/01/20/cochoapa-el-grande-entre-la-miseria-el-desprecio> (consulta 18 de febrero de 2018).
- Canabal, B. (2009). Mujeres indígenas de la Montaña de Guerrero: una aproximación en Estado del desarrollo económico y social de los pueblos indígenas de Guerrero. México: Programa Universitario México Nación Multicultural-UNAM y Secretaría de asuntos indígenas del gobierno del estado de Guerrero.
- Díaz, D. (2010). *Implicaciones del Seguro Popular en la reducción de la Muerte Materna*. México: FUNDAR-Centro de Análisis e Investigaciones.
- Echeverría, B. (2007). *Imágenes de la Blanquitud, en Lizarazo, D. Sociedades icónicas, historia, ideología y cultura en la imagen*. México: Siglo XXI.
- Einreich, B. y English, D. (1973). *Brujas, parteras, enfermeras: una historia de sanadoras*. España: Ediciones La Sal.
- Espinosa, G. (2003). *Doscientas trece voces contra la muerte. Mortalidad materna en zonas indígenas*. México: CONAMI-Kinal-Antzetik.

- Espinosa, G.; Dircio, I. y Sánchez, M. (2010). *La Coordinadora guerrerense de mujeres indígenas: Construyendo la equidad y la ciudadanía*. México: UAM-X, Colección Teoría y Análisis, División de Ciencias Biológicas y Humanidades.
- Espinosa, G. y Luna, C. (2013). “*Manos Unidas*” *contra la muerte materna: por una maternidad libre y saludable para las indígenas de la Costa-Montaña de Guerrero*. México: UAM-X, División de Ciencias Sociales y Humanidades. Vida y Milagros de Mujeres Indígenas.
- Espinosa, G. (2013). *Reflexiones sobre interculturalidad y salud desde la Costa Chica de Guerrero. En cambios y procesos emergentes en el Desarrollo Rural (223)*. México: UAM-X, División de Ciencias Sociales y Humanidades.
- Flores, J. (2005). “De indios integrados a sujetos políticos” *Revista Argumentos, estudios de la sociedad*. Núm. Especial 48-49: México. Universidad Autónoma Xochimilco. División de Ciencias Sociales y Humanidades.
- Flores, J. (2007) *Reinventando la democracia. El sistema de Policía Comunitaria y las luchas indias en el estado de Guerrero*. México: Plaza y Valdés Editores-El Colegio de Guerrero, A.C.
- Freyermuth, G. y Luna, M. (septiembre de 2014). *Muerte materna y muertes evitables en exceso. Propuesta metodológica para evaluar la política pública en salud. Realidad, datos y espacio. Revista internacional de estadística y geografía, Volumen 5, Número 3, 44-61.*
- Freyermuth, G. (coord.) (2015) “25 años de buenas prácticas para reducir la mortalidad materna en México. Experiencias de organizaciones de la sociedad civil y la academia” *Observatorio de Mortalidad Materna en México: Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social*.
- Freyermuth, G. y Sesia, P. (2014) *La rendición de cuentas y la contraloría social: debates y experiencias en salud materna y reproductiva en México*. En Freyermuth, G. y Sesia, P., *Monitoreos, diagnósticos y evaluaciones en salud materna y reproductivas. Nuevas experiencias de contraloría social*. México: CIESAS.
- Freyermuth, G. Muños, J. y Luna, M. (2018) *Numeralia 2016. Mortalidad Materna en México*. México: Observatorio de Mortalidad Materna en México. CIESAS.
- Hernández, L. (2009) “Movimiento indígena, autonomía y representación política en: Otras geografías: Experiencias de autonomías indígenas en México”. Gasparello y Quintana (Coords.) México: UAM-I.
- Herrera, C y Juárez, J. (2011) *El programa Oportunidades y los derechos de las mujeres indígenas en México*. México: Abogados para la justicia y los Derechos Humanos.
- Illades, (2014) “Guerrero, la violencia circular” *Revista Nexos*, 1 de noviembre de 2014. Recuperado en noviembre de 2016 en <https://www.nexos.com.mx/?p=23092>.
- Lozano, A. (2017) “Saber y prácticas de promotores de salud comunitarios en Colombia y Guerrero”. Tesis para obtener el grado de doctora en Desarrollo Rural. México: UAM-X.
- Luna, M.; Muños, J. y Freyermuth, G. (2018) *Numeralia 2016. Mortalidad Materna en México*. México: Observatorio de Mortalidad Materna en México-Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social.
- Meléndez, D. (2008) *La Muerte Materna y el Seguro Popular de Salud en el estado de Guerrero*. En *La Salud de las Mujeres Guerrerenses Retos Legislativos (31)*. México: Coalición por la Salud de las Mujeres.
- Olivé, L. (2004) *El bien, el mal y la razón: facetas de la ciencia y de la tecnología*, Paidós. México.
- Oliveira, O. (1998) en Schmukler, Beatriz (coord.) *Familias y relaciones de género en transformación*. México: Ed. Population Council.
- Orueta, R. et al (2011) *Medicalización de la vida, Revista clínica de Medicina familiar 4 (2) 150-16*. Recuperada el 11 de septiembre de 2018.

- Paredes, J., Comunidad de mujeres tejiendo comunidad (2013) Hilando fino desde el feminismo comunitario. México: El rebozo -lente flotante- zapateándole.
- Paredes, J y Feministas comunitarias de Abya Yala-Bolivia. (2016) El desafío de la despatriarcalización. Entramado para la liberación de los pueblos. Bolivia: Mujeres creando.
- Puleo, A. (2011) Ecofeminismo para otro mundo posible. España: Ed. Cátedra.
- Rangel, C; (2006) En nuestro pueblo no mandan ustedes, manda el pueblo: disidencia, cambio religioso y conflicto en la Montaña de Guerrero. Tesis doctoral en Ciencias Políticas y Sociales con Orientación en Sociología. México: UNAM-Facultad de Ciencias Políticas y Sociales.
- Rees, M., Sesia, P. , Atkin, Keith-Brown, K. (2016) Fortalecer la Partería: una deuda con las mujeres de México: El panorama en 2015. (s/l) Fundación Mac.Arthur.
- Rubio, Blanca. (2009) El impacto de la crisis alimentaria en las mujeres rurales de bajos ingresos en México 2008-2009. México: Colegio de Posgraduados.
- Santos, B. (2009) Epistemología del sur. La reinención del conocimiento y la emancipación social. México: Siglo XXI Editores.
- Sánchez, A. (coord) (2014) Dificultades en la procreación. Trayectorias reproductivas, atención obstétrica y morbilidad materna. México: UAM-X, División de Ciencias Sociales y Humanidades.
- Sánchez, G. (2016) Espacios para parir diferente. Un acercamiento a las casas de Parto en México: México. ECOSUR.
- Shiva, Vandana (1995) Abrazar la vida, mujer, ecología y supervivencia. España: Editorial horas y Horas.
- Sarmiento, S. et al, (2009) Movimiento indígena y conflictos sociales en Estado del Desarrollo económico y social de los pueblos indígenas de Guerrero. México: Programa Universitario México Nación Multicultural-UNAM, Secretaría de asuntos indígenas del estado de Guerrero.
- Segato, R. (2014) Las nuevas formas de la guerra en el cuerpo de las mujeres. México: Pez en el árbol.
- Tiburcio, H. (2009) Mujeres indígenas y Desarrollo en el Estado del Desarrollo económico y social de los pueblos indígenas de Guerrero; México: Programa Universitario México Nación Multicultural-UNAM, Secretaría de asuntos indígenas del estado de Guerrero.
- Vega, R. (2017) I(nter)dentificación racial: racialización de la salud materna a través del programa Oportunidades y clínicas gubernamentales en México. Salud Colectiva [online]. 2017, v. 13, n. 3 pp. 489-505. Disponible en: <<https://doi.org/10.18294/sc.2017.1114>>. ISSN 1851-8265.
- Victoria, E. (2009) Autonomías indígenas de facto en el Estado de Guerrero, en Soriano Hernández Silva. Los indígenas y su caminar por su autonomía. UNAM. Centro de Investigaciones sobre América Latina y el Caribe. Colección Miradas del Centauro. México: Ediciones-Eón.

Identidades masculinas en la profesión de enfermería. Experiencias y percepciones de estudiantes varones en la ENEO

*Rabin Amadeo Martínez Hernández**

RESUMEN

Objetivo: analizar las experiencias y percepciones con respecto a la profesión de enfermería en dos estudiantes varones de la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia (ENEO). **Introducción:** la enfermería es una profesión que ha estado históricamente asociada a lo femenino. Según fuentes oficiales el personal de enfermería que se encuentra trabajando dentro del Sistema Nacional de Salud las mujeres representan cerca del 85% del personal de enfermería. **Metodología:** cualitativa. **Avance de investigación** en el cual se analizaron las narrativas de dos estudiantes hombres voluntarios de la Licenciatura en Enfermería en el mes de marzo de 2019 desde una perspectiva fenomenológica. **Resultados y discusión:** la inmersión a la profesión de enfermería estuvo mediada por figuras femeninas (madre). Desde el punto de vista de los entrevistados existe una clara visión sobre la enfermería como una profesión con poca autonomía y siempre supeditada a la medicina. Uno de los principales atractivos que tiene la profesión para los varones son los aspectos técnicos y científicos. La visión estereotipada de la enfermería como una profesión feminizada contribuye a que los hombres no se sientan atraídos debido a los modelos de masculinidad hegemónica. **Conclusiones:** Se ha podido documentar en este y en otros trabajos que hay pocas motivaciones para que los hombres elijan y permanezcan dentro de la profesión de enfermería dado los estereotipos de género.

PALABRAS CLAVE: profesión de Enfermería, identidad masculina, hombres, género, fenomenología

Male identities in the nursing profession. Experiences and perceptions of male students at ENEO

ABSTRACT

Objective: to analyze the experiences and perceptions regarding the nursing profession in two male students from the National School of Nursing and Obstetrics (ENEO). **Introduction:** nursing is a profession

* Profesor de la Academia de Ciencias Sociales en la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia. Correo de contacto: rahernanmarti@comunidad.unam.mx

Fecha de recepción: 09 de febrero de 2021.
Fecha de aceptación: 10 de agosto de 2021.

that has been historically associated with the feminine. According to official sources, the nursing staff working within the National Health System, women represent about 85% of the nursing staff. Methodology: qualitative. Research progress in which the narratives of two volunteer male students of the Nursing Degree in March 2019 were analyzed from a phenomenological perspective. Results and discussion: immersion in the nursing profession was mediated by female figures (mother). From the point of view of the interviewees there is a clear vision of nursing as a profession with little autonomy and always subordinate to medicine. One of the main attractions of the profession for men is the technical and scientific aspects. The stereotypical view of nursing as a feminized profession contributes to the fact that men are not attracted to the hegemonic models of masculinity. Conclusions: It has been documented in this and other works that there are few motivations for men to choose and remain within the nursing profession given gender stereotypes.

KEYWORDS: Nursing profession, male identity, men, gender, phenomenology

Introducción

El objetivo de este trabajo fue analizar las experiencias y percepciones de la profesión de enfermería en dos estudiantes varones de la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia. Es decir, cómo viven y representan su masculinidad en tanto sujetos inmersos en el sistema sexo-género al interior de un campo profesional compuesto en su mayoría por mujeres. Tal sistema se entiende como el constructo social, el cual, a partir de la condición biológica se traduce en productos para la satisfacción de necesidades humanas (Rubin, 1986).

Datos oficiales en nuestro país arrojan que las mujeres representan entre el 79% y 85%¹ del personal de enfermería (ONU, 2020; Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud, 2018). Esto se ha visto alimentado en parte por la gran deserción de los hombres en los primeros años

¹ Los datos varían según las fuentes consultadas. Puede verse que no hay un consenso sobre el número exacto de mujeres y hombres al interior del Sistema Nacional de Salud de México.

de formación profesional en enfermería (Jordal y Heggen, 2015). Lo anterior puede explicarse en cierta medida por la percepción generalizada que se tiene de la profesión como un campo asociado históricamente a las mujeres (O'Connor, 2015). Por lo que puede dilucidarse que el problema se centra en cómo los sujetos se insertan en el sistema sexo-género el cual define en buena parte las trayectorias de los individuos en el mundo social.

De esta manera, las perspectivas dominantes provienen de la teoría crítica feminista que han denunciado las formas asimétricas de poder que padecen las mujeres en el campo de la salud y sin duda esto reflejan las enormes injusticias de las que han sido objeto de forma crónica.

La invisibilización académica de los hombres en la enfermería se debe en parte a esta lógica masculinizada de las profesiones en donde los cuidados son actividades que históricamente se les ha impuesto a las mujeres y que los estereotipos de

género han contribuido a sostener que el hombre y el cuidado son incompatibles. Puede verse que la academia también es un espacio donde se reproduce el sistema sexo-género.

Desafortunadamente la producción académica de los hombres en la profesión de enfermería es mínima y más aún en países de la región latinoamericana. Este trabajo es una aportación que busca arrojar luz sobre las posibles barreras que se enfrentan los hombres en el campo de la enfermería para ayudar a generar estrategias que sirvan para incorporar cada vez a más hombres a esta profesión.

Antecedentes

Según la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) México se encuentra por debajo del número de profesionales de la salud con respecto a los países miembros. En el caso particular del personal de enfermería dicho organismo estima que México tiene en promedio 2.9 enfermeros y enfermeras por cada 1000 habitantes cuando el promedio de países miembros es de 8.8 (OCDE, 2019); es decir, un promedio muy por debajo del mínimo necesario dado el tamaño de su población.

Esto ha tenido un profundo impacto en la formación de enfermeras y enfermeros, personal que se encuentra en la primera línea de batalla ante crisis sanitarias como la actual pandemia², sin omitir el papel esencial que desempeñan en los tres niveles de atención a la salud. Al respecto la Organización Mundial de la Salud (OMS) destacó que el bajo número de personal de enfermería se debe

² La OMS destaca que el personal de enfermería en esta pandemia es esencial porque han realizado múltiples funciones encaminadas al control y prevención de infecciones: monitoreo y control de pacientes, además de tutoría para asegurar buenas prácticas de higiene (WHO, 2020).

principalmente a las condiciones de trabajo y las características del empleo, las cuales afectan el rendimiento y la productividad (WHO, 2020). A esto se le debe agregar que hay un bajo número de especialistas para hacer frente a las necesidades presentes y futuras derivadas de la transición epidemiológica (Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud et al., 2014)³.

La Organización Mundial de la Salud en su último reporte sobre la situación de Enfermería a nivel mundial *State of the World's Nursing Report 2020* revela que el 90% del personal de enfermería está compuesto por mujeres, además sostiene el organismo, prevalece un entorno laboral adverso para el personal de enfermería femenino que se traduce en brechas salariales, discriminación, acoso laboral y protección social basados en una visión de género (WHO, 2020). En el caso particular de México el personal de enfermería que se encuentra trabajando dentro del Sistema Nacional de Salud la tendencia es similar, pues se estima que el 85% son mujeres. Sin omitir que el grueso del personal de enfermería por grupo etario se encuentra en edades entre 36 y 50 años. Esto significa que debe hacerse un planteamiento paulatino de sustitución del personal en el mediano y largo plazo (Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud, 2018).

Para algunos autores la visión estereotipada de la enfermería como una profesión feminizada contribuye a que los hombres no se sientan atraídos debido a los modelos de masculinidad hegemónica. El cuidado se contraponen con las formas hegemónicas de masculinidad, es decir, el cuidado y la masculinidad son socialmente excluyentes

³ Sin omitir que el personal de salud que se encuentra en áreas rurales generalmente está en formación (pasantes) (Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud et al., 2014).

(Aranda et al., 2015; Jordal y Heggen, 2015; Lara-Carmona, 2012; Loughrey, 2008).

La evidencia anterior obliga a plantearse la necesidad urgente de la profesionalización y posterior incorporación del personal de enfermería en el Sistema Nacional de Salud, en particular, el caso de la formación de enfermeros varones es algo que puede ayudar a reducir el déficit de profesionales de salud en nuestro país. Sin embargo, se ha podido documentar que una de las principales barreras que han limitado la incorporación de hombres en enfermería responde a patrones culturales relacionados con formas asimétricas de género, pues históricamente a la enfermería se la ha asociado con un rostro femenino (Carlsson, 2020; Jordal y Heggen, 2015 y O'Connor, 2015).

En países europeos hay una preocupación por el bajo número de estudiantes hombres en enfermería. Jordal y Heggen (2015) sostienen que ante el panorama desolador relativo al déficit del personal de enfermería en Noruega es necesario conocer las razones por las que los hombres no se reclutan y mantienen dentro de la profesión, en otras palabras, retos a los que se enfrentan los hombres en su incorporación en enfermería quizá sea una veta para reflexionar sobre su incorporación en la profesión de enfermería (O'Connor, 2015). De aquí que surjan las siguientes interrogantes: ¿Cuál es la percepción de la profesión de enfermería?, ¿Cuáles son las experiencias dentro de la profesión de enfermería?, ¿Cómo se autopercebe el sujeto masculino en el campo profesional de enfermería?, ¿Cuáles son las resistencias que han enfrentado los varones dentro del campo de profesionalización de enfermería? y finalmente ¿Cuáles son las motivaciones de los hombres para ingresar a enfermería?

Debe señalarse que este trabajo no pretende hacer generalizaciones sobre el nexo entre identidad masculina y la profesión de enfermería, por el contrario, lo que se busca es aportar a la discusión sobre el papel de los hombres con la finalidad de contribuir en desestructurar el estereotipamiento de esta y otras profesiones.

Hombres y enfermería, algunos aportes teóricos

Ante este panorama hay algunos esfuerzos por analizar el nexo entre hombres y la profesión de enfermería desde la academia, sin embargo, este tipo de investigaciones son recientes, es decir, no superan los 20 años y en su mayoría se han desarrollado en países europeos y anglosajones (Carlsson, 2020; Evans, 2001; Gross et al., 2013; Herakova, 2012; Jordal y Heggen, 2015; Loughrey, 2008; NPR, 2018; O'Connor, 2015; Powers et al., 2018; Thompson et al., 2011; Tillman, 2006). Caso contrario, en países hispanohablantes la producción es poca, destacan algunos ejemplos como en Chile (Paredes et al., 2010), España (Aranda et al., 2015) y México (Hernández-Rodríguez, 2011; Lara-Carmona, 2012).

A nivel académico nuestro país se encuentra muy por detrás de las investigaciones que buscan reflexionar el nexo entre identidad masculina y la profesión de enfermería, es decir, la figura del hombre ha permanecido invisibilizada por diversas razones, por ejemplo, destacan las visiones que naturalizan la profesión históricamente definida por un rostro femenino (Brown et al., 2000).

Sin embargo, arrojar luz sobre las percepciones y experiencias de los varones en la enfermería podría ayudar a clarificar el rol masculino al interior de la profesión y en particular contribuir a dar una imagen más moderna de la enfermería.

Como se comentó, países europeos han encabezado la investigación entre identidad masculina y profesión de enfermería. En particular destacó algunos de los trabajos de mayor actualidad. Al respecto, la identidad masculina hegemónica al interior de la profesión de enfermería fue desarrollada por Carlson en estudiantes graduados de diversas universidades de Suecia y revela que las mujeres se sintieron superiores en cuanto al ejercicio de la práctica de enfermería basa en valores acordes a la visión de una feminidad hegemónica: cariñosa y responsable. Mientras que los estudiantes varones por su parte se inclinaron por una visión más de liderazgo, competencia y desarrollo de cuidados de enfermería. Esta es una visión más cercana al ejercicio de poder masculino (Carlsson, 2020).

Jordal y Heggen reconocen que la formación de enfermería fue un campo orientado durante muchas décadas a las mujeres. Esto estuvo basado en la visión dicotómica donde la enfermería se representa por lo femenino y a la medicina como un hombre en mutua complementariedad. Que a su vez estuvo fundado en el modelo de un entorno doméstico tradicional y conservador donde la enfermera es la madre, el médico el padre y el paciente el hijo que recibe cuidados (Jordal y Heggen, 2015).

Estos trabajos revelan que los hombres que eligen esta profesión a menudo se encuentran con problemas relacionados con su identidad de género masculina pues al ser una profesión dominada por mujeres estos sufren exclusión y marginación por parte de sus pares masculinos no enfermeros o bien dentro de su núcleo familiar por considerarse una profesión femenina y el cuidado como elemento esencial de la mujer. La mayoría de estos trabajos reflejan las contradicciones que enfrentan las identidades masculinas al interior de la profesión de enfermería.

El género como categoría analítica

Autoras feministas como Lamas ponen especial atención a las construcciones simbólicas que se dotan a las diferencias sexuales. Tales diferencias anatómicas de cada uno de los cuerpos se les dan una serie de construcciones simbólicas bien diferenciadas en cada cultura. De esta manera existen una serie de prohibiciones, atribuciones y mandatos culturales:

“El género se construye mediante la operación universal, aunque con contenidos distintos, que otorga el sentido simbólico a la diferencia sexual. Esta simbolización, que opone “lo propio” de las mujeres a lo “propio” de los hombres” [...] El concepto de “identidad de género” hace alusión al proceso construcción de la subjetividad cultural, psíquica y de manera inconsciente, es decir, mujeres y hombres no son capaces de reconocer el proceso de significaciones y rodeados de relaciones culturales a lo largo de su vida y que están conferidos en un sistema de relaciones de poder” (Lamas, 2016: 161-162).

El género desde Lamas es la forma en que se construye la forma de autoperibirse a sí mismo y a los demás a partir del proceso de socialización que dota de significados culturales a las diferencias biológicas, en otras palabras, se significan estas diferencias sexuales a partir de las relaciones de poder ancladas dentro de los patrones culturales.

Ahora bien, Rubin plantea el concepto del “sistema sexo-género” como el conjunto de disposiciones por el que una sociedad transforma la sexualidad biológica en productos de la actividad humana los cuales satisfacen necesidades (Rubin, 1986). Otra definición la proporciona De Barbieri (1993) quien reconoce el sistema sexo/género se encuentra configurado por relaciones de poder y

con la fuerte carga simbólica a partir de la diferencia sexual. En este sentido, la imposición histórica del cuidado a las mujeres se justifica por la supuesta capacidad biológica innata de las mismas al cuidado.

Queda claro que la condición biológica se traduce en una serie de construcciones socioculturales que esconden formas asimétricas de poder, las cuales imponen una serie de prácticas y percepciones a los sujetos, las cuales limitan el acceso a privilegios y que naturalizan las desigualdades.

Masculinidad

El concepto de “masculinidad” se relaciona con un conjunto de rasgos asociados a los hombres que son carácter estructural en donde se reproducen las relaciones de poder entre los géneros: “la masculinidad tiene que ver con un mundo social organizado; no se reduce al cuerpo de los hombres, sino que se relaciona con el ejercicio del poder y con privilegios derivados de la posición que ocupan los varones en la matriz de género” (Cruz, 2018: 171). La organización social está fuertemente relacionada con un conjunto de relaciones de poder en donde existe una lógica de acceso a privilegios y recompensas derivadas del ejercicio de la violencia como mecanismo de dominación de un género sobre otro. La masculinidad es una construcción social, por lo tanto, opera dentro de los límites de las relaciones, no es una realidad biológica si no existe en tanto como construcción social.

Ahora bien, debe señalarse que no existe consenso sobre la definición concreta de la masculinidad, no obstante, existe una serie de aproximaciones para su abordaje teórico, por ejemplo, Robinson (2008) sostiene que existen posturas que apelan al determinismo biológico. La visión de Robinson

es retomada de Connell, (2003) quien la existencia de diferencias sustanciales en cuanto al estudio de los hombres, por ejemplo:

1. La noción de masculinidad es múltiple.
2. Es necesario un estudio de las masculinidades en contextos históricos y culturales.
3. La idea de que el término “masculinidad hegemónica” refleja relaciones de poder en donde están involucradas las relaciones entre hombres y mujeres.

Robinson apuesta a que ha existido una evolución del concepto de masculinidad singular a la idea de diversas masculinidades, por ejemplo, recuperan la propuesta de Whitehead relativa a que las masculinidades son múltiples; se diferencian en el tiempo, el espacio, el contexto y están interseccionadas con variables como la raza, la etnicidad, la clase y la edad.

La masculinidad se va construyendo a través de la socialización desde edades muy tempranas a partir del proceso de aprendizaje de la masculinidad (Guiza, 2010), es decir, son fuentes que permiten reproducir la identidad de género masculina dentro de la sociedad:

1. a través de los medios de comunicación masiva;
2. a partir de la socialización con pares como amigos o compañeros y
3. por medio de la reacción u oposición “lo que no es masculino”.

Es posible reconocer que la masculinidad desde este planteamiento no es una expresión biológica,

sino que se estructura socialmente, en otras palabras, los varones en la medida en que se van desarrollando a lo largo de su vida van aprendiendo a “ser hombres”. Dentro de la construcción de la masculinidad, existen modelos deseables al interior de la sociedad donde la persona se desarrolla, lo anterior es un proceso histórico, por lo que no es lo mismo el ideal de masculinidad y las características asociadas a ésta ahora que hace 30 años, es decir, obedece a condiciones coyunturales, por lo que esta masculinidad es plástica y adaptable al grupo social y el contexto histórico, mismo que busca encaminar a este ideal a aquellos individuos que nacen con las características biológicas como el pene a un modelo dominante o idealizado del “varón” o, en otras palabras, la “masculinidad hegemónica”.

Otro elemento que conviene señalar es que Bourdieu hace un análisis del cuerpo biológico masculino y femenino como una construcción simbólica, en donde se enfatiza el acto sexual como un acto de dominación y/o de posesión, lo cual determina una somatización de la relación de la dominación ya naturalizada, de tal suerte que al domar el cuerpo se imponen disposiciones más fundamentales, que hacen más proclives para la ostentación de la masculinidad en ciertos campos como la política, los negocios, la ciencia (Bourdieu, 2017).

Metodología y análisis

Hay pocos trabajos que analizan la subjetividad masculina dentro de la profesión de enfermería en contextos bien delimitados (O'Connor, 2015), razón por la que este trabajo está centrado en una visión fenomenológica. Las experiencias y percepciones de los estudiantes a través de sus narrativas se encuentran fuertemente influenciadas por sus patrones socioculturales y personales. La

reflexión se basó en el proceso de subjetivación y socialización de los varones estudiantes en una profesión feminizada. Es decir, la subjetividad se centra en la experiencia propia de los sujetos que contribuyen a la construcción de la realidad social (Saraví, 2015), en este caso cómo las experiencias ayudan a construir y definir la profesión de enfermería desde el punto de vista masculino.

En este sentido se ocupa la visión fenomenológica la cual según Tillman (2006) busca explicar las experiencias de los sujetos en la vida social a través del diálogo y la reflexión. La tradición fenomenológica busca desentrañar los significados a partir de la percepción y el pensamiento a través de las experiencias de los sujetos. En este sentido, las entrevistas son el recurso por excelencia en la fenomenología. La condición de objetividad dentro de la tradición fenomenológica es importante reconocer que las experiencias deben analizarse dentro un contexto determinado de ahí que deben proporcionarse las condiciones contextuales para poder interpretarse. De esta manera, la importancia de esta tradición persigue desentrañar los significados de las experiencias de los sujetos a través del lenguaje. La dimensión personal subjetiva se refleja una parte del entramado estructural por lo tanto puede echarse mano de esta visión para poder desarticular parte de los procesos sociales a nivel más macrosocial.

Dada la escasa reflexión sobre la identidad masculina y la profesión de enfermería este trabajo es una propuesta en construcción por lo que es de tipo exploratorio y de corte cualitativo que persigue analizar las percepciones y experiencias de estudiantes de enfermería de la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia de la Universidad Nacional Autónoma de México en su primer año de estudios.

Este es un avance de investigación en el cual se analizaron las narrativas de dos estudiantes hombres voluntarios de la Licenciatura en Enfermería (Iván y Darío), en el mes de marzo de 2019. Se realizaron dos entrevistas individuales semiestructuradas con preguntas abiertas que versaron sobre dos ejes: 1) sobre su experiencia en su formación de enfermería (razones por las que ingresaron a la carrera, relación con sus pares masculinos y femeninos, relación con profesores y profesoras); 2) la percepción sobre la profesión de enfermería y su relación con lo masculino y lo femenino. Las entrevistas fueron grabadas con el consentimiento de los entrevistados y después fueron transcritas en su totalidad. El tiempo de las entrevistas no superaron los 40 minutos por cada participante.

Como consideraciones éticas debe señalarse que es un estudio voluntario y de corte anónimo por lo que los nombres de los estudiantes que participaron fueron cambiados.

Resultados

Influencias

El ingreso de ambos estudiantes estuvo marcado por una fuerte influencia femenina. Tanto para Iván como para Darío la figura materna fue decisiva para que ingresaran a la carrera de enfermería.

Sin embargo, para Iván esta era su segunda carrera, primero había estudiado biología y después aplicó para enfermería. Mientras que para Darío su ingreso a enfermería fue de manera indirecta, pues si bien quería dedicarse a algo relacionado a ciencias de la salud, al final terminó por inclinarse por la enfermería.

¡Ah bueno! Mi abuelita es enfermera y mi mamá es enfermera, yo estudié otra carrera, estudié biología, pero desde que salí de la prepa me llamaba la atención la enfermería, justo mi mamá me dijo: - ¿Cómo vas a estudiar una carrera que es como una subcarrera? ¡Estudia otra cosa! - es por eso por lo que elegí estudiar otra cosa, pero no me hacía sentir feliz, siempre me llamó la atención pues la anatomía, la biomecánica, pero no como tal la medicina sino la enfermería, que se me hacía un área menos... que podría ofrecer más... y que de una u otra manera estigmatizada y... comprometida... que no exigía un sacrificio inmenso por la vida humana (Iván).

Todo empezó cuando terminé la prepa, yo elegí el área dos porque tenía la idea de dedicarme en ciencias de la salud, entonces en ver las carreras me llamaron la atención dos: fisioterapia y otra física biomédica y después me llamó la atención enfermería. Ya estaba en enfermería, aunque yo quería estudiar física y como no me quedé pues seguí en enfermería [...] principalmente por influencia de mi madre, como ella es enfermera, todo lo que hacen me llamó mucho la atención [...] quería estudiar medicina ya muy joven, leyendo un poco más me llamó mucho a la atención la interacción entre las ciencias de la salud, medicina y el trato con las personas, más enfermería y me quedé en esta (Darío).

De las dos narrativas pueden desprenderse algunos aspectos: en primer lugar, como se mencionó, la inmersión a la profesión de enfermería estuvo mediada por figuras femeninas dentro de la familia, en ambos casos la madre fue parte sustancial para que ambos ingresaran a la profesión. En este punto puede verse que la enfermería se le concibe como una profesión que ejercen figuras femeninas de la familia y que resultó atractiva para los varones.

No obstante, hay resistencias dentro del grupo familiar al ingresar a la carrera, como en el caso de Iván, la mamá consideró que no era una carrera apropiada para él pues la percibía como una “subcarrera”. Puede verse con Iván que existe un cierto dejo de resistencia para que los hombres se incorporen a la profesión.

Visión de la profesión de enfermería

Ahora bien, desde el punto de vista de los entrevistados, existe una clara visión sobre la enfermería como una profesión con poca autonomía y siempre supeditada a la medicina “subcarrera”:

...nosotros principalmente a lo que respondemos es a las respuestas humanas, no tanto al paciente con diabetes sino a persona que no quiere hacer una dieta porque le gusta mucho comer y esta es la diferencia que yo encuentro sustancialmente entre medicina y enfermería. También el acercamiento porque lo que he logrado ver lo médicos están en sus cubículos estudiando los casos y los enfermeros son los que están interactuando con la persona [...] principalmente al objetivo de estudio, en la medicina es curar y como tal se centran en eso y el de los enfermeros en cuidar y ellos tienen que ver con las personas, estar con ellas en cada momento dependiendo de qué tan grave sea su padecimiento y eso hace que haya un mayor acercamiento, incluso hay quienes lo tiene que bañar, cambiarlos, darles de comer, es muy distinto el acercamiento que hay entre unos y otros profesionales [...] como el médico tiene una mayor jerarquía tiende a delegar estas funciones a los que son más subordinados [...] favorecer mucho a la evidencia científica y la medicina tiene mucho, en cambio la enfermería es una ciencia más holística, más humanista y con la llegada

del modelo médico hegemónico que impera en México se encarga de relegar más estas prácticas (Darío).

... ¡es que ella la ve como una subcarrera! Aquí es lo mismo a lo que te enfrentas, en primer lugar está el médico y para empezar desde ahí van a ser compañeros el médico y el enfermero pero no, está el grado del señor doctor, la potencia médica y abajo está el enfermero, incluso aquí debemos de esperar a que nos dé instrucciones el médico, lo veo ahora y entiendo lo que me trataba de decir mi mamá porque sí, no hay una autonomía de la profesión y pues en esa parte sí me decía que no, no hay mucho gran desarrollo, no hay mucha oportunidad de desarrollo, pero yo no veo el conflicto en hacer todos los días, no exactamente lo mismo pero se trata de llevar tu disciplina y pues yo no lo veo como conflictivo y eso hasta cierto punto me causa... me causa tranquilidad (Iván).

También llama la atención que uno de los principales atractivos que tiene la profesión para los varones son los aspectos técnicos y científicos como las respuestas humanas o bien los conocimientos científicos como la anatomía y la fisiología. También llama la atención el énfasis que hay en el dinamismo que se percibe de la profesión, la enfermería como más dinámica y vinculada con el trato de personas, en contraparte a la medicina como más estática y de carácter más impersonal. Más allá de concebir al cuidado en enfermería como altruista o con tendencias afectivas los entrevistados lo vinculan como un campo de conocimiento fuertemente articulado con las ciencias de la salud. En otras palabras, el dinamismo, la interacción con las personas y los aspectos técnicos y científicos son los que más atraen a los hombres al cuidado en enfermería.

El hombre en el cuidado en enfermería

La visión del hombre enfermero es diversa. Las narrativas son variadas lo cual, revela que los hombres en este campo son sujetos complejos que interactúan de diversas maneras con pares masculinos, femeninos y pacientes:

El primer problema que tuve así fue con mi familia, digo con mi madre principalmente ella me influyó pues estaba feliz, principalmente porque no le importaba mucho lo que estudiara sino que estudiara lo que yo quisiera sino que fue con mi demás familia, sobre todo con mi tío paterno y mis abuelos los que si me empezaron a decir, que es una profesión para mujeres, que me van a decir, no sé, usando un eufemismo, que “me truena la reversa” y ya aquí en la propia escuela como “inserte aquí la fotografía del encuestado”, tengo facciones muy finas, tienden a pensar por estudiar esto y por mi actuación puedo ser homosexual, eso es algo que me ha ocurrido mucho [...] yo siento una actitud un tanto repelente por parte de las pacientes de las personas cuando se trata de un enfermero, porque las mujeres van a pensar que solo las van a ver o a tocar o bien si es hombre el paciente no quiere que otro hombre lo toque [...] las relaciones entre enfermeros siempre lo he visto entre los hombres pero un poco más aquí (escuela) que tienden a jugar o a fingir prácticas que pueden ser consideradas homosexuales entre ellos a modo de juego [...] insinuaciones sexuales, jugar mucho con el humor verde entre ellos (risas) por ejemplo en los baños uno está haciendo lo que tiene que hacer y llega uno de sus amigos y usa un humor verde con él y lo puede llegar a empujar con un mano o con todo el cuerpo “arrimón” (Darío).

[...] me han mandado mis compas el meme ¿no? en el primer semestre un carnal y ya en octavo semestre ya operado (risa) [...] sí, ya que es una enfermera...ya en el primer semestre es un vato y ya en el último semestre ya es una enfermera [...] yo no me asumo como hombre, me asumo como persona, pero trato con una mujer debo entender que puedo ofenderla [...] por ejemplo si me toca hacer un papanicolaou prefiero no hacerlo [...] hay procesos que yo puedo aprender pero puedo poner en incomodidad a la paciente [...] no he tocado a muchas mujeres pues es que en mi vida personal soy más meticoloso en cuanto el contacto y esas cosas y pues ahí hay un punto que para mí es fuerte de una u otra manera y también para ella y sí yo no lo sé manejar de una manera [...] pues no me voy a conflictuar con eso [...] pero sí sé que para mí puede ser algo difícil [...] no es que me limite [...] si se trata de trabajar con un hombre [...] pues sí, un frotis pues sí, ahí está señor [...] porque lo veo todos los días (risas) tiene que ver más bien con lo que me es común [...] porque entiendo más que nada lo que entiende un hombre con su pudor [...] podría entender que las mujeres sus genitales tal vez sean sus senos pero yo no le entraría más allá de eso [...] pero tal vez en el instante no me produciría esa sensibilidad de poderlo comprender [...] igual en enfermería, la habilidad femenina es superior, son menos malechas como que son más pulcras, no todas pero parece ser que es la tendencia [...] tiene que ver la cultura, se ha visto que si no hay una parte masculina uno como hombre crece más inseguro [...] y al revés lugares donde las mujeres son educadas por hombres y no hay una figura materna suelen ser menos sensibles (Iván).

En estas narrativas es posible dar una serie de elementos para la reflexión. En primer lugar, el

hombre dentro de la profesión se le concibe como un sujeto que no está preparado para trabajar con ciertos pacientes, en particular con mujeres o niños dado que los hombres se le considera como un sujeto que tiende a sexualizar los cuerpos. De esta manera en la práctica de enfermería ciertos hombres generan estrategias que buscan evadir ejercer ciertas prácticas de cuidado con estos pacientes o bien la propia institución los margina de estas funciones. Esta auto exclusión puede estar orientada a que ciertos hombres enfermeros prefieran trabajar con cuerpos masculinos que no consideran pueden sexualizarse.

El cuestionamiento de la heterosexualidad es un elemento reiterado al momento en que el varón eligió estudiar enfermería. Debe tenerse en cuenta que la familia es una institución perpetuadora y reproductora de los mandatos masculinos y en particular de la heteronorma. Como en el caso de Darío las figuras masculinas fueron las principales vigilantes de la lógica heteropatriarcal. Hay una visión reiterada que se basa en dotar de significados a ciertas prácticas sociales, como el cuidado, con la orientación sexual.

En el caso de las bromas que se gastan entre los pares masculinos, como lo menciona Iván, queda claro que hay la percepción que la profesión de enfermería es un campo que feminiza a los sujetos masculinos hasta el punto de que simbólicamente se muta a un cuerpo femenino. Con lo anterior se refuerza la visión de que la enfermería despoja a los hombres de sus rasgos viriles y los coloca en una jerarquía marginal dentro de la estructura masculina. La profesión de enfermería es entonces un campo femenino por el gran número de mujeres que la ejercen y a la vez es feminizante dada la versión estereotipada de la profesión.

Ahora bien, las interacciones con los pares masculinos estudiantes de enfermería no están exentas de relaciones donde prevalece el homoerotismo, como el famoso “arrimón” o los chistes verdes que menciona Darío. Estas expresiones homoeróticas se deben entender dentro la visión masculina como ejercicios de poder con la finalidad de demostrar dominio sobre los pares masculinos. Son formas de autoafirmación de la identidad masculina y que consiste en poner al otro en una posición de subordinación “feminizarlo”. El ponerlo simbólicamente en una posición de pasividad lo vuelve receptor de poder masculino.

Discusión

Los estudios que han analizado el nexo entre identidad masculina y el cuidado enfermero prácticamente no se ha abordado la influencia femenina como motivación al ingreso en la profesionalización de enfermería. En este trabajo queda claro que la figura materna fue un determinante para que los varones optaran por esta profesión. O'Connor (2015) documenta que la familia es un aspecto importante para la elección en la profesionalización de enfermería, sin embargo, el autor no enfatiza en las figuras femeninas en la elección de la profesión como en los dos casos de estudio de este trabajo. Sin embargo, también se pudo documentar que la familia puede jugar a favor o en contra en la elección de esta profesión como en el caso de Darío.

En este sentido, la familia también se considera una institución que reproduce los esquemas patriarcales y de una masculinidad que debe alejarse completamente de cualquier rasgo femenino. Una de las principales dificultades para que los hombres elijan a la enfermería como profesión radica en la orientación sexual, es decir, que consideren a los hombres como homosexuales por añadidura.

Esto tiene que ver con las percepciones derivadas de la enfermería con el afeminamiento (Jordal y Heggen, 2015; O'Connor, 2015). Como queda demostrado en el caso de Iván y sus compañeros que consideran simbólicamente que la formación de enfermería los feminiza simbólicamente hasta adquirir un cuerpo de mujer.

Con respecto a la percepción de la carrera queda claro que prevalece en los estudiantes es de poca autonomía debido a la relación jerarquizada con la medicina. Esto también lo documenta O'Connor (2015) quien sostiene que lo anterior se contrapone con la visión de una masculinidad hegemónica dominante y directiva. La enfermería se relaciona con una posición marginada y subordinada que se contrapone con la lógica del patriarcado, no obstante, como lo reconoce O'Connor, los movimientos feministas han buscado derrumbar estas perspectivas al argumentar que no hay nada inherentemente masculino o exigente de masculinidad en las profesiones que tradicionalmente han dominado los hombres como la medicina y el derecho.

Al respecto, Lara-Carmona (2012) menciona que prevalece un orden de género al interior de las actividades humanas. En este sentido la importancia de los estudios de género al interior de las actividades prácticas también revela las relaciones de poder al interior de las instituciones sociales en donde generalmente existen formas asimétricas de este basado en un orden masculinizado: competitivo, donde se privilegia la figura masculina poderosa y dominante.

Con respecto a las motivaciones queda claro que los hombres se sintieron atraídos a la profesión por su vinculación con las ciencias biomédicas. Como se ha señalado; la cual difiere de las nociones tradicionales asociadas a la enfermería como una profesión orientada al altruismo y/o a la

afectividad. Algunos estudios, como el ya citado O'Connor, pone el énfasis en que la principal motivación por la que los hombres eligen enfermería es la seguridad laboral, además de los aspectos técnicos de la profesión (O'Connor, 2015). En este sentido, Hernández-Rodríguez (2011) reconoce que los hombres hacen énfasis a su visión del cuidado enfermero como un trabajo profesional y altamente calificado que contrasta con la percepción del cuidado enfermero que ejercen las mujeres al que consideran como una extensión del trabajo doméstico. De manera similar Loughrey (2008) menciona que el principal interés por el que los hombres eligen la profesión de enfermería va más con la lógica del reconocimiento profesional a través de un título universitario. Como puede verse con estos tres autores el cuidado enfermero masculino es un espacio más de ejercicio de la masculinidad orientada a espacios profesionales y de mayor reconocimiento social.

El homoerotismo documentado en este trabajo es una dimensión de la masculinidad hegemónica que poco se ha trabajado en el campo de las profesiones, sin embargo puede establecerse desde la perspectiva de Bourdieu que la dominación masculina se ejerce en diversos campos como el campo político o el campo escolar, como en este caso en la escuela de enfermería (Bourdieu, 2017). La homoerotización del par masculino consiste en desplegar una serie de pautas simbólicas que reflejan ese deseo de dominación a través de la sexualización del otro, en este caso la contraparte es el compañero varón. Sin embargo debe tenerse en cuenta que esto no obedece a una lógica de deseo libidinal sino, como lo reconoce Cruz, obedece a jerarquías del orden social y sexual que privilegia a lo masculino sobre lo femenino, es un espejo de la supremacía masculina (Cruz, 2011). En el caso particular de la enfermería Loughrey (2008) reflexiona con base en otros autores que la

enfermería también es un campo de poder donde los hombres buscan dominar a sus pares, principalmente a las mujeres y en menor medida a otros hombres. Entonces la arena de la enfermería es un campo de batalla donde también se expresa la masculinidad hegemónica. De tal manera puede establecerse que la enfermería es un campo profesional feminizado, donde las estructuras de poder entre hombres prevalecen a partir de un orden jerarquizado masculino hegemónico.

La sexualización de los cuerpos no masculinos como una característica de los hombres también se encuentra reflejada en la práctica de enfermería, en particular la negativa de trabajar con mujeres y niños es algo que se ha documentado en las narrativas de los estudiantes entrevistados. Según Brown et al. (2000) esto tiene su antecedente en la edad media donde se privilegiaba el trabajo de los monjes debido a que se consideraban sujetos asexuados dado el celibato, por esta razón eran percibidos como ejemplares para ejercer cuidados, es decir, la heterosexualidad masculina se consideraba indeseable debido a que podría ser susceptible de erotizar los cuerpos no masculinos.

Conclusiones

El campo de las masculinidades en enfermería es una línea de investigación aún incipiente en nuestro país y en general en toda la región latinoamericana. Queda claro que la escasa documentación teórica que existe hasta la fecha evidencia la invisibilidad del sujeto masculino en un campo asociado a las mujeres. Esto tiene una relación con las formas estereotipadas del orden social que impone lógicas masculinizadas y feminizadas de profesiones por lo que la enfermería no escapa a ese orden sexuado del mundo (Jordal y Heggen, 2015).

Los trabajos recientes que se tomaron en cuenta para este trabajo coinciden en que los hombres son migrantes en el campo de la profesión de enfermería para los cuales no están preparados, sin embargo, apelan a las características técnicas y científicas que ofrece la profesión como elementos que empatan su identidad masculina.

Este estudio busca arrojar luz sobre los procesos complejos a los que los hombres se enfrentan al ingresar a una profesión a la que consideran estar en desventaja dado la visión estereotipada de la misma. Sin embargo, las aportaciones de los hombres en el campo en enfermería podrían contribuir a una mayor participación de estos en dicha profesión, es decir, en la medida en que se derrumbe el paradigma feminizante de la enfermería se puede contribuir a ampliar la participación de los hombres en esta profesión.

Como lo reconocen (Jordal y Heggen, 2015) hay una preocupación por el bajo número de hombres en enfermería y ante una creciente escasez de personal enfermero en occidente este tipo de estudios pueden arrojar luz sobre los principales retos que los hombres enfrentan en su incorporación y formación de enfermería. Este conocimiento puede ayudar al reclutamiento y retención de hombres en la profesión. Los hallazgos también pueden ayudar al desarrollo de un ambiente más favorable para mejorar los planes y programas de educación en enfermería.

La identidad masculina dentro de la profesión de enfermería enfrenta numerosos retos, sin embargo, contribuir con las experiencias y percepciones de los hombres podría favorecer a cambiar la visión estereotipada de esta y otras profesiones y contribuir a reducir el déficit del personal de salud que afecta a nuestro ya lastimado sistema de salud, argumento que se expuso al principio en este documento.

Referencias

- Aranda, M., Castillo-Mayén, M. del R., y Montes-Ber- ges, B. (2015). “Has Changed the Traditional So- cial Perception on Nurses? Attribution of Stereot- ypes and Gender Roles”, *Acción Psicológica*, vol. 12, Núm. 1: 103-112. <https://doi.org/10.5944/ap.12.1.14353>
- Bourdieu, P. (2017). *La dominación masculina* (11th ed.). Barcelona: Anagrama, 75-103.
- Brown, B., Nolan, P., y Crawford, P. (2000). “Men in nursing: ambivalence in care, gender and mascu- linity”, *International History of Nursing Journal*, vol. 5, Núm. 3: 4–13.
- Carlsson, M. (2020). “Self-reported competence in female and male nursing students in the light of theories of hegemonic masculinity and feminini- ty” *Journal of Advanced Nursing*, vol. 76, Núm. 1: 191–198. <https://doi.org/10.1111/jan.14220>
- Connell, R. (2003). *Masculinidades*. México: Univer- sidad Nacional Autónoma de México/Programa Universitario de Estudios de Género, 103-129.
- Cruz, S. (2011). “Homicidio masculino en Ciudad Juárez. Costos de las masculinidades subordina- das”, *Frontera Norte*, vol. 23, Núm. 46: 239–262.
- Cruz, S. (2018). “Masculinidades”. En Moreno, H. y Alcántara E. (Eds.) *Conceptos clave en los es- tudios de género*. México: Universidad Nacional Autónoma de México/Centro de Estudios de Género, 169–182.
- De Barbieri, T. (1993). “Sobre la categoría de género. Una introducción teórico-metodológica”, *Debates En Sociología*, Núm. 18: 149–169.
- Evans, J. (2001). *Men nurses and masculinities: ex- ploring gendered and sexed relations in nursing*. Nueva Escocia: Dalhousie University Halifax, 6-42.
- Gross, R., y WHNP, ACNS, A. (2013). “Men and Nursing”, *American Journal of Nursing*, vol. 113, Núm. 4: 12. <https://doi.org/doi:10.1097/01.NAJ.0000428718.62782.4d>
- Guiza, G. (2010). *Masculinidades. Las facetas del hombre*. México: Fontamara, 7-17.
- Herakova, L. (2012). “Nursing Masculinity: Male Nurses’ Experiences through a Co-Cultural Lens”, *Howard Journal of Communications*, vol. 23, Núm. 4: 332–350. <https://doi.org/10.1080/10646175.2012.722822>
- Hernández-Rodríguez, A. (2011). “Trabajo y Cuerpo. El caso de los hombres enfermeros”, *La Ventana*, vol. 7, Núm. 33: 210–241.
- Jordal, K., y Heggen, K. (2015). “Masculinity and nursing care: A narrative analysis of male stu- dents’ stories about care”, *Nurse Education in Practice*, vol. 15, Núm. 6: 409–414. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2015.05.002>
- Lamas, M. (2016). “Género”. En: Moreno, H. y Al- cántara, E. (Eds.) *Conceptos clave en los estudios de género*. México: Universidad Nacional Autó- noma de México/Centro de Estudios de Género, 155–170.
- Lara-Carmona, V. (2012). *Masculinidades en el trabajo. Lógicas de acción y definiciones subjetivas de varo- nes enfermeros*. Tesis para optar al grado de Doctora en Ciencias Sociales. El Colegio de México.
- Loughrey, M. (2008). “Just how male are male nurs- es.?” *Journal of Clinical Nursing*, vol. 17, Núm. 10: 1327–1334. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2007.02250.x>
- NPR. (2018). Why More Men Don’t Get Into The Field Of Nursing. Good Morning Edition. <https://www.npr.org/2018/10/02/653570048/why-more-men-dont-get-into-the-field-of-nursing> (consulta 13 de octubre de 2020)
- OCDE. (2019). Health at a Glance 2019: OECD In- dicators. OCDE. www.oecd.org/about/publishing/corrigenda.htm (consulta 24 de julio 2020).
- O’Connor, T. (2015). “Men Choosing Nursing: Nego- tiating a Masculine Identity in a Feminine World”, *Journal of Men’s Studies*, vol. 23, Núm. 2: 194–

211. <https://doi.org/10.1177/1060826515582519>
- ONU. (2020). La ONU en México condena las agresiones contra los profesionales de la salud que luchan contra el coronavirus. <https://news.un.org/es/story/2020/04/1473372> (consulta 3 de enero 2021)
- Paredes, C., Suazo, S. y Alvarado, O. (2010). “Hombres en la enfermería profesional”, *Enfermería Global*, Núm. 18: 1–7.
- Powers, K., Herron, E., Sheeler, C. y Sain, A. (2018). “The Lived Experience of Being a Male Nursing Student: Implications for Student Retention and Success”, *Journal of Professional Nursing*, vol. 34, Núm. 6: 475–482. <https://doi.org/10.1016/j.profnurs.2018.04.002>
- Robinson, V. (2008). “Men, Masculinities and Feminist”. En: Richardson, D. y Robinson, V. (Eds.) *Introducing Gender and Women’s Studies*. Nueva York: Palgrave Macmillan, 55–71.
- Rubin, G. (1986). “El tráfico de mujeres: notas sobre la “economía política” del sexo”, *Nueva Antropología*, vol. VIII, Núm.30: 95-145. <https://www.redalyc.org/pdf/159/15903007.pdf>
- Saraví, G. (2015). *Juventudes fragmentadas. Socialización, clase y cultura en la construcción de la desigualdad (Segunda)*. México: FLACSO México/ CIESAS, 25-56.
- Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud. (2018). Estado Enfermería México 2018. México: Secretaría de Salud, 142.
- Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud, Salud, D. G. de C. y E. en colaboración con la O. P. de, Del, S. M. de la S. y el apoyo, & Instrucción, P. A. de L. de T. y M. de. (2014). Futuro y tendencias en la formación de recursos humanos en México para la cobertura universal en salud basada en la atención primaria. Seminario Futuro y Tendencias En La Formación de Recursos Humanos En México Para La Cobertura Universal En Salud Basada En La Atención Primaria, 1, 1–5. <https://doi.org/10.1007/s13398-014-0173-7.2>
- Thompson, K., Glenn, L. y Verstein, D. (2011). “Comparison of masculine and feminine traits in a national sample of male and female nursing students”, *American Journal of Men’s Health*, vol. 5, Issue 6: 477–487. <https://doi.org/10.1177/1557988311404925>
- Tillman, K. (2006). The meaning of masculinity for male baccalaureate nursing program graduates [Louisiana State University, LSU Doctoral Dissertations. 2492.]. https://digitalcommons.lsu.edu/gradschool_dissertations/2492 (consulta 2 de noviembre 2020).
- WHO. (2020). State of the World’s Nursing Report - 2020. World Health Organization. <https://www.who.int/publications/i/item/nursing-report-2020> (consulta 5 de diciembre 2019).

Salud y tercera edad: envejecimiento en personas LGBT

José Arturo Granados Cosme • Nicholas Lee Hale**

RESUMEN

Desde una perspectiva médico social, desagregada por sus dos objetos de estudio y en base a una revisión bibliográfica de la investigación científica producida en los últimos años, se analizan los principales problemas de salud que enfrentan las personas lesbianas, gays, bisexuales, transgénero, travestis y transexuales (LGBT) de la tercera edad. Los hallazgos se muestran, por un lado, en términos de la distribución diferenciada del proceso salud-enfermedad y por otro, de la respuesta social. Los resultados se interpretan relacionándolos con los principales elementos de estructuración de la sociedad de mercado y las concepciones del cuerpo que se observan en el capitalismo. Las desigualdades en salud entre la población general y las personas LGBT parecen intensificarse en la vejez, tanto en materia de riesgos y daños, como en las formas de enfrentar las enfermedades que se presentan. Es posible plantear un efecto sinérgico entre la vejez y la orientación sexual como determinantes que profundizan estas brechas. Es necesario profundizar en las condiciones de salud de este grupo social con un enfoque que contemple el entrecruzamiento con otras categorías de investigación y análisis, como la clase social, la etnicidad y el género.

PALABRAS CLAVE: homofobia, senectud, discriminación, orientación sexual, minorías sexuales.

Health and senescence: aging in LGBT

ABSTRACT

From a social medical perspective, disaggregated by its two objects of study and based on a bibliographic review of scientific research produced in recent years, the main health problems faced by lesbian, gay, bisexual, transgender, transvestite and transsexuals (LGBT) people of the third age, are analyzed. The findings are shown, on the one hand, in terms of the differentiated distribution of the health-disease process and, on the other, of the social response. The results are interpreted by relating them to the main structuring elements of the market society and the conceptions of the body that are observed in capitalism. Inequalities in health between the general population and LGBT people seem to intensify in

* Profesor-Investigador de la Licenciatura en Medicina, la Maestría en Medicina Social y el Doctorado en Ciencias en Salud Colectiva de la Universidad Autónoma Metropolitana (UAM). Contacto: jcosme@correo.xoc.uam.mx

** Egresado de la Maestría en Medicina Social de la UAM. Contacto: nicholasleehale@gmail.com

Fecha de recepción: 13 de mayo de 2021

Fecha de aceptación: 17 de agosto de 2021

old age, both in terms of risks and damages, and in the ways of dealing with the diseases that occur, it is possible to propose a synergistic effect between old age and sexual orientation as determinants that deepen these gaps. It is necessary to delve into the health conditions of this social group with an approach that contemplates the intersection with other categories of research and analysis, such as social class, ethnicity and gender.

KEYWORDS: homophobia, aging, discrimination, sexual orientation, sexual minorities.

Introducción

La estructura demográfica de la población mexicana ha sufrido, como la mundial, una serie de cambios que influyen en la composición de su perfil epidemiológico. Por un lado, el mayor acceso a servicios médicos y el aumento en la escolaridad, facilitan el uso de métodos anticonceptivos que disminuyen las tasas de natalidad y la mortalidad materno-infantil; también se eleva la esperanza de vida, aumentando la proporción de personas mayores. Por otra parte, desde finales del siglo pasado, lesbianas, gays, bisexuales y personas *trans* (LGBT)¹ han conseguido, por su movilización social y reivindicación de sus derechos, una mayor visibilidad e inclusión de sus problemáticas en la agenda pública, entre ellas las relacionadas con la salud. Lo anterior, se agrega a problemáticas de la sociedad actual como la desigualdad, cuyas causas estructurales se identifican en las condiciones de clase social, género y etnia.

¹ Respecto de la denominación de las minorías sexuales, se ha buscado una abreviatura que abarque la diversidad de identidades sexogenéricas cuyo denominador común es el desapego al orden heteronormativo. Inicialmente se utilizaron las siglas LGBT (lesbianas, gays, bisexuales y personas trans) pero se ha argumentado que el término trans reproduce la invisibilización de otra diversidad: personas transexuales, travestis y transgénero, por lo que se ha optado por las siglas LGBTTT. No obstante, la diversidad no se agota ahí, las personas intersexuales y queers también han sido incluidas (LGBTTTIQ) y dado que las identidades no pueden ser asumidas a priori y de una vez y para siempre, se ha buscado resolver esa impronta con el término LGBTTTIQ+. Una discusión teórica sobre esta nomenclatura rebasa la extensión de este trabajo y debido a que la mayoría de los estudios analizados sólo se han realizado sobre lesbianas, gays, bisexuales y mujeres trans, utilizaremos el término LGBT, con las especificaciones a que haya lugar.

En términos epidemiológicos, a los rezagos históricos en materia de enfermedades infecciosas, carenciales, prevenibles por vacunación y transmisibles por vector, se suma el incremento en la prevalencia de enfermedades crónico degenerativas, especialmente diabetes mellitus tipo 2, hipertensión arterial sistémica, enfermedades cardiovasculares y neoplasias que por su carácter crónico e incurable, producen discapacidades temporales o permanentes. Para su manejo además, se requieren tratamientos de largo plazo, situaciones que en conjunto representan una importante presión a los sistemas de salud, especialmente aquellos caracterizados por su fragilidad como lo es el mexicano.

Se configura así un grupo social “emergente” que ha sido denominado de la “tercera edad” y que enfrenta problemáticas específicas en salud que estarán también atravesadas por otras condiciones, entre las que nos interesa destacar la sexualidad. El envejecimiento de la población y la visibilidad de una primera generación abiertamente LGBT (Luis y Aguilera, 2019), han posibilitado la conformación de un grupo poblacional relativamente nuevo, el de las personas mayores LGBT.

Uno de los postulados básicos de la Medicina Social es que el perfil epidemiológico de un grupo humano está determinado socialmente por la po-

sición que ocupa en relación a la totalidad social. El sitio de la población LGBT ha estado históricamente delimitado por el rechazo social que se materializa en procesos de exclusión social y estigmatización que la colocan en la marginalidad. Es en este espacio donde LGBT reproducen su vida cotidiana enfrentando prácticas discriminatorias y violencia que determinan su perfil patológico. En ese sentido, resulta relevante analizar las condiciones de salud que muestra este grupo.

El abordaje

La Medicina Social es un campo del conocimiento científico que profundiza en los procesos sociales que determinan las condiciones de salud de los grupos humanos. Entre sus planteamientos teóricos fundamentales, se encuentra que tanto los perfiles de morbimortalidad como la atención en salud que muestra la sociedad están determinados socialmente, es decir, dependen del momento histórico y de la composición que caracteriza a una sociedad en particular. En ese sentido, las causas de enfermedad y muerte, así como sus riesgos asociados, se distribuyen de forma particular en los distintos sectores de la población de acuerdo a sus condiciones de vida, de igual manera, son éstas las que determinan los saberes y prácticas que cada grupo social desarrolla para atender sus enfermedades.

El perfil patológico de un grupo en particular depende entonces, de la posición que las contradictorias relaciones sociales, le han delimitado. De tal manera que adquieren importancia las relaciones de hegemonía y subordinación económica, política y cultural que prevalecen al interior de la sociedad, las cuales estarían definiendo los lugares en que los individuos experimentan su vida cotidiana, incluyendo de qué enferman y mueren,

así como, de qué manera enfrentan sus problemáticas de salud.

Desde una perspectiva crítica, no hay que dar por sentada la existencia de un orden social como resultado de una evolución “natural”, sino cuestionar en qué principios estructurantes se basa y qué mecanismos despliega para que los individuos sean asimilados. La noción de totalidad de una sociedad es resultado de la confrontación de los grupos a su interior, sean éstos pensados como clases, etnias o géneros, y en términos subjetivos, estas condiciones se convierten en referentes identitarios o de adscripción social que otorgan el sentido de pertenencia a ese todo social. Entre ellos, la sexualidad constituye uno de los más relevantes por asumirse a la sociedad como “naturalmente” heterosexual. Los sujetos de una sociedad se consideran parte de un todo porque comparten un conjunto de significados y prácticas sobre el sexo y el deseo. Pero esta adscripción y sentido de pertenencia, son producto de una normatividad histórica respecto del sexo que implica procesos de inclusión y exclusión que redefinen así la posición que los individuos ocupamos en la sociedad. Dicha normatividad y su observación, configuran una noción de “orden social” que se impone como “natural”. Esto explicaría la localización marginal que la sociedad designa a las denominadas minorías sexuales.

La sexualidad ha sido históricamente un campo asociado a la salud; mejor dicho, el comportamiento sexual ha sido relacionado con la enfermedad, no existía en la configuración de la sexualidad como dispositivo, y de la medicina científica como saber dominante, enfermedad alguna a la que no se le atribuyera, en todo o en parte, un origen relacionado con el sexo (Foucault, 1999). En la sexualidad como instancia de poder, se estruc-

turan oposiciones binarias valorizadas tales como lo normal y lo patológico, la salud y la enfermedad, lo sano y lo insano, la heterosexualidad y la homosexualidad, estas dicotomías se disponen (o se imponen) a los individuos en socialización como categorías de adscripción identitaria, al apropiarse de un referente categorizado, el individuo, adquiere también el valor que la sociedad le atribuye. Se trata pues, de la personificación del significado, el heterosexual se asume como “sano” y el homosexual como “enfermo”.

Por su asociación con la posibilidad de la reproducción biológica y en una modalidad biopolítica de ejercicio del poder e implementación de la normatividad para “producir” la vida (Foucault, 2000), la heterosexualidad ha sido impuesta como equivalente a la normalidad sexual y en ese sentido, asociada también a la salud, a “lo sano”; al mismo tiempo, las otras orientaciones del deseo fueron reconstruidas como anormales, como patológicas y por tanto punibles o pertenecientes al ámbito de la “necesaria” intervención social para su “corrección” (Granados, 2006). Sobre este principio se estructuró el esquema heterosexual, por cuya hegemonía se instauró como modo de percepción de todo lo existente, como principio clasificador de todos los elementos de la realidad (Wittig, 2005), desarrollándose ulteriormente teorizaciones, conceptualizaciones y dispositivos de intervención clínica con que se patologizaron las identidades sexogénicas no heterosexuales. En este proceso, la salud pública y la medicina científica jugaron un papel histórico fundamental (Granados, 2014).

Durante muchos años la homosexualidad, la bisexualidad y la transexualidad, el transgenerismo y el travestismo fueron considerados trastornos mentales e incluso en algún momento se les atribuyó

alguna causalidad orgánica. LGBT fueron sometidos a prácticas clínicas con las que buscaron corregir su conducta “desviada”, cuando en el fondo, significaba más bien, la imposición, por medio de tales intervenciones, de la heterosexualidad como norma sanitaria, proliferando así terapias de conversión, tratamientos hormonales, terapias psicológicas y otras prácticas que además de mostrar su inutilidad, violentaron la dignidad de las personas.

Como modalidad de imposición de la norma heterosexual, la patologización de la homosexualidad no transcurrió sin tensiones ni resistencias. Desde finales de la década de los sesentas del siglo pasado surgieron en Occidente, movimientos de reivindicación de la diferencia (Martinello, 1998), entre ellos los de la diferencia sexual (Bourdieu, 2000) que denunciaron la imposición de una moral sexual conservadora y represiva que estigmatizaba a diversos sectores de la sociedad. Pese a la sistemática intención de erradicar la diversidad sexual, LGBT resisten, sobreviven y hoy en día, buscan incidir en la transformación social. Entre sus estrategias de lucha, los grupos organizados postularon la visibilidad como herramienta política lo cual implicaba reconocerse no heterosexual, reivindicarse desde la marginalidad y declarar abiertamente la identidad sexual, proceso que desde su vertiente anglosajona se denominó “salir del clóset”. En México, los activistas de los años setentas y principios de los ochentas ahora ya cursan la tercera edad e implica un sector doblemente vulnerable (Lizárraga, 2011). De esta manera, aunque la diversidad sexual ha acompañado a la humanidad en su historia, es hasta el último tercio del siglo pasado que podían reconocerse más claramente a sujetos y grupos que no se adscribían a la heterosexualidad ni a la dicotomía del género. Se conformó entonces ya, una generación de

LGBT que comenzó a vivir fuera del clóset y que ahora es mayor de 60 años.

Perfil de salud-enfermedad-atención²

La forma en que un grupo social reproduce su vida en el contexto de reproducción de la sociedad en que está inserto, incluye en su dimensión de salud, el conjunto de riesgos y principales causas de morbimortalidad, así como los recursos con que cuenta para restablecerse de las enfermedades. Todo esto depende de la generación de condiciones de vida que son producto de procesos económicos, políticos y culturales o ideológicos. Como colectivo, las personas mayores LGBT son un sector de la población que se encuentra delimitado por múltiples significados y prácticas que la sociedad les destina y en los que predomina el rechazo social a su sexualidad. En este trabajo nos interesa destacar dos rasgos que determinan el modo de enfermar y morir en este grupo: uno se relaciona con la noción que el modo de producción capitalista ha construido e impuesto sobre los atributos del cuerpo, concibiéndolo como un instrumento de producción para consumo individual y en ese sentido, se valoran positivamente de él, sus capacidades para generar mercancías y consumirlas. En sociedades occidentales, el ocio, el descanso, el desinterés por acumular bienes o dinero que pueden mostrar otras culturas, son mal

2 Desde el último tercio del siglo pasado, la noción dicotómica de salud por un lado y la enfermedad como su opuesto, han quedado en desuso debido al reconocimiento del carácter dialéctico y procesual que asumen los procesos vitales en los organismos vivos que se encuentran en permanente adaptación a su medio social, hablamos entonces de proceso salud-enfermedad como una entidad unitaria y compleja (Laurell, 1982). Aportes ulteriores agregaron a esta denominación el término "atención" (Menéndez, 1994), para dar cuenta de la dinámica entre las acciones (saberes y prácticas) que los sujetos y los grupos ejecutan para evitar o resolver los daños al bienestar, considerando a esta tríada un todo indisoluble. En esa perspectiva es que hablamos de perfil de salud-enfermedad-atención, aunque con fines didácticos, para su mejor comprensión y en correspondencia con los objetos de estudio de la Medicina Social, separamos salud-enfermedad de la respuesta social.

vistas y pueden ser calificadas como holgazanería, apatía o conformismo. De esta forma, el cuerpo en la juventud y la adultez temprana y media, es bien valorado por las sociedades de consumo, mientras que el cuerpo de los viejos, afectado por el desgaste, que ha visto disminuidas sus capacidades físicas y en muchos casos, psíquicas, para la producción, pierde valor y en ese sentido, el cuerpo del adulto mayor es incluso, valorado negativamente. En otros contextos, se valoraba la sabiduría de la vejez, pero a partir del desarrollo de la revolución industrial cobra mayor importancia la productividad (Luis y Aguilera, 2019).

Por otro lado, el de las personas LGBT, es un cuerpo depositario de la estigmatización por no observar la normatividad heterosexual, por no participar de la reproducción biológica, por no producir otros cuerpos³ y con ello, dejar de participar en la producción de mercancías cuando se llega a la vejez, puede incrementar los daños a la salud o por lo menos definir cierta especificidad.

Aunque el envejecimiento es una etapa de la vida en que las personas se preocupan por cursarlo en las mejores condiciones y contar con los recursos necesarios para enfrentar los problemas de salud que se presenten a causa del curso natural del ciclo de la vida, pero sobre todo, a causa del desgaste, en el caso de los adultos mayores LGBT, la preocupación y el miedo pueden ser mayores, ante la expectativa de que el rechazo social a su orientación sexual incremente sus problemáticas en salud. A continuación analizamos la situación en salud que según la investigación científica ac-

3 Con sus prácticas sexuales, LGBT no producen nuevos cuerpos por la vía de la reproducción biológica, pero al asumir el cuidado de otros con la adopción homoparental por ejemplo (que ha sido una de las concesiones que poco a poco han ido otorgando los Estados modernos al denominado movimiento LGBT), participan en la generación de las capacidades productivas y de consumo de otros individuos no producidos en el arreglo familiar.

tual documenta sobre esta población, los resultados se muestran en función de los dos objetos de estudio del campo médico social.

a) Distribución diferenciada de la salud y la enfermedad

Existen desigualdades en salud en el grupo LGBT en comparación con la población general de adultos mayores (Emlet, 2016), se ha documentado que la calidad de vida asociada con la salud es menor si se ha experimentado discriminación (Fredriksen-Goldsen et. al., 2015). Por otra parte, las personas LGBT que muestran libremente su identidad sexual tuvieron mejores indicadores de salud mental y física, así como de calidad de vida que quienes no asumen o muestran su identidad (Fredriksen et. al., 2017), estos hallazgos deben considerar además que los contextos hostiles a la diversidad sexual impiden que las personas no heterosexuales asuman su identidad por percibirse amenazados.

Las personas LGBT muestran condiciones de salud general más deficientes que la población general, particularmente neoplasias y demencias atribuibles a la desigualdad social que incluye el denominado estrés de las minorías; también cuentan con historias clínicas con más antecedentes de conductas de riesgo como tabaquismo, abuso de drogas y alcohol, y obesidad, así como aislamiento social. Se considera que estos problemas se ven incrementados por la desventaja acumulativa que implica el envejecimiento (Westwood et. al. 2019), cuanto más mayores, más posibilidades de haber sufrido episodios de maltrato (García, 2015).

Dentro del conjunto de patologías mentales, con la edad, hay un aumento en la depresión mayor

debido a que aumenta el aislamiento y esto se combina con el rechazo a la sexualidad, este fenómeno se ha documentado más entre hombres homosexuales y bisexuales (de Vries et. al., 2019). El síntoma clave de los trastornos de la ansiedad es el miedo, en el caso de los adultos mayores LGBT, éste se ha asociado al temor al aislamiento social, a perder la independencia y autosuficiencia, a perder la capacidad de tomar decisiones, a que el estigma por su orientación sexual se refuerce y a encontrarse en situaciones sociales o entornos físicos inseguros (Kortes-Miller, Boulé, Wilson y Stinchombe, 2018). La afirmación de la identidad LGBT en la vejez estuvo asociada a mayor salud mental; a su vez, mejores niveles de salud mental se asociaron con prácticas más saludables y en consecuencia mejor salud física (Fredriksen et. al., 2017), con estos últimos hallazgos insistimos en la importancia de las posibilidades de expresar abiertamente la identidad sexogenérica, lo cual depende obviamente, del contexto social.

El incremento en la esperanza de vida general, el desarrollo de las terapias antiretrovirales, así como el aumento en la cobertura de servicios médicos, ha hecho posible que los adultos mayores de 50 años con VIH, estén aumentando en todo el mundo (Emlet, O'Brien y Fredriksen, 2019). La población mayor LGBT sin duda, estuvo marcada por la pandemia del VIH-SIDA. El envejecimiento de la población general ha producido una creciente prevalencia de VIH, especialmente entre hombres mayores homosexuales y bisexuales, lo cual representa un importante reto para los sistemas de salud, en tanto que ya se hacen presentes las complicaciones derivadas de su cronicidad y de los largos periodos de tratamiento farmacológico que se agregan a los problemas de salud que muestra la población de mayor edad (pato-

logía crónico-degenerativa). La conjunción entre la edad avanzada y los efectos de largo plazo del VIH y su tratamiento, frecuentemente provocan inseguridad económica en las personas por las aún bajas coberturas de acceso a la seguridad social, las bajas pensiones y los altos costos de los servicios que se requieren (Hua, Yang y Goldsen, 2019). Entre LGBT, las personas que viven con VIH tienen un mayor riesgo de disparidades y peores condiciones de salud (Emlet, 2016), especialmente en hombres gays y bisexuales, así como en mujeres *trans* donde la prevalencia de VIH es mayor.

Adicionalmente, es necesario considerar las intersecciones que impone la concurrencia de distintas condiciones que incrementan los riesgos y daños a la salud. El color de la piel y los significados que le atribuimos, redefinen la forma en que las personas experimentamos la salud y la enfermedad. En EU se han identificado menores niveles en la calidad de vida relacionada con la salud física y psicológica en afroamericanos e hispanos, cuando se les compara con blancos no hispanos; también se ha encontrado que los afroamericanos sufren mayor discriminación (Kim, Jen y Fredriksen-Goldsen, 2017).

En relación a la categoría género, al comparar a mujeres de las denominadas minorías sexuales (lesbianas, bisexuales y mujeres *trans*) con la población heterosexual, se encontraron mayores probabilidades de morbilidad física desde edades tempranas, mientras que en los varones homosexuales se observó una mayor probabilidad de enfermedades cardiovasculares y neoplasias a más temprana edad (Boehmer, Miao, Linkletter y Clark, 2014).

Al interior del complejo poblacional LGBT, se ha encontrado que las personas con identidades

transgénero y bisexual tienen un mayor riesgo de desigualdad y daños a la salud en la adultez mayor (Emlet, 2016).

b) Respuesta social organizada (políticas y prácticas sociales)

La respuesta social organizada incluye no sólo las políticas gubernamentales y las prácticas sistematizadas en terapéuticas ya sean científicas o no; también se refiere a las estrategias individuales y colectivas, ambas determinadas socialmente, con qué sujetos y comunidades enfrentan las enfermedades. Entre ellas se encuentra el denominado soporte social, es decir, aquel conjunto de recursos familiares, comunitarios e institucionales con que cada persona o grupo social cuenta para resolver sus problemáticas de salud. La calidad de vida puede verse deteriorada ya que algunos estudios plantean que la soledad se encuentra asociada a la vejez homosexual por la falta de una familia propia (García, 2015).

Las condiciones en que las personas LGBT llegan a la vejez pueden incluir problemas económicos derivados de la pérdida de capacidades para el trabajo remunerado, situación que se agrava si tienen bajo soporte social como resultado del rechazo y el aislamiento social. Algunos estudios han identificado estas problemáticas especialmente en mujeres lesbianas (Brennan-Ing, Seidel, Larson y Karpiak, 2014) y bisexuales (de Vries, et. al., 2019).

Los adultos mayores LGBT tienen más riesgo que los heterosexuales de llegar a la vejez con un menor soporte social, especialmente en contextos altamente estigmatizantes, lo cual repercute en la atención que se les presta en los servicios sociales y de salud (de Vries, et. al., 2019). El temor a la discriminación (anticipación), su experiencia real

en los servicios médicos, así como la incompreensión de las necesidades específicas, son algunos de los principales problemas que enfrentan los viejos LGBT (Westwood et. al., 2019).

La discriminación determina el tipo de servicios y apoyos que las personas LGBT tendrán disponibles en su vejez. Se ha documentado que los servicios médicos y sociales carecen de conocimiento y capacitación sobre la situación en que viven las personas LGBT ya que muestran actitudes negativas respecto de las relaciones entre personas del mismo sexo. Esta situación provoca que el temor a la discriminación de los prestadores de los servicios obstaculice su acceso y que las personas LGBT desarrollen estrategias para solventar posibles deficiencias (Cáceres, Travers, Primiano, Luscombe y Dorsen, 2020), como podrían ser: postergar la atención médica, no asistir, pagar servicios privados teniendo derecho a los públicos, ocultar sus padecimientos a sus familiares o no brindar a médicos y enfermeras toda la información necesaria acerca de su historial clínico.

Algunos estudios han enfatizado el papel de los trabajadores de la salud, ya que observan una relación entre el conocimiento de las necesidades específicas de la población LGBT con experiencias positivas de estas personas cuando solicitaron un servicio, donde la aceptación fue la actitud más relacionada (Kim, Jen, Fredriksen-Goldsen, 2017). Otro estudio indicó que el mayor problema dentro de la atención médica, era un servicio culturalmente insensible (Rowan y Beyer, 2017).

Por otra parte, las redes sociales de apoyo proporcionan un vehículo para los recursos sociales que pueden ser beneficiosos para el bienestar en el envejecimiento (Erosheva, Kim, Emler y Fredriksen-Goldsen, 2016). El soporte social (evaluado en términos de redes sociales, trabajo e

ingresos), determina la calidad de vida relacionada con salud, tanto física como mental (Fredriksen-Goldsen et. al., 2015). Se ha encontrado un vínculo importante entre la extensión y calidad de las redes sociales con la salud mental, las personas LGBT con redes restringidas han mostrado peores indicadores en este rubro (Stinchcombe, Smallbone, Wilson y Kortess-Miller, 2017). El mayor tamaño de la red social de apoyo se relaciona con menores impactos de la discriminación y el estrés al operar como amortiguadores de sus efectos deletéreos; sin embargo el mejor efecto resulta cuando las redes están integradas también por personas LGBT (Leahy y Chopik, 2020), lo cual supone una mayor comprensión de sus necesidades en esta etapa de la vida.

La visibilidad de las personas LGBT también juega, como en el caso de los daños a la salud, un papel importante en los recursos sociales con que cuentan para enfrentar sus problemas de salud. Se ha observado que los que expresan libremente su identidad, cuentan con mayores recursos con ventajas sociales y económicas (Fredriksen-Goldsen et. al., 2017). Estar *fuera del clóset* se asoció con mayor soporte social y por el contrario, la marginación con menos recursos sociales (Fredriksen-Goldsen et. al., 2017), fenómeno que reafirma el papel fundamental del contexto social para la posibilidad de expresar abiertamente la orientación sexual.

En cuanto a las intersecciones, se ha encontrado que las lesbianas adultas mayores enfrentan el entrecruzamiento de tres referentes de discriminación: el sexismo (por ser mujeres), el heterosexismo (por ser lesbianas) y la edad (por ser viejas); algunos estudios muestran importantes niveles de aislamiento de las redes sociales de apoyo en ellas (Butler, 2018).

Discusión

El perfil epidemiológico de un grupo humano expresa, en el nivel concreto de la realidad, que la desigualdad construida en la estructuración de la sociedad actual, es producto de complejos procesos sociales que ocurren en el nivel de la reproducción de la sociedad. El ordenamiento de los grupos humanos en la totalidad social se da por la dinámica relación contradictoria entre los distintos sectores de la población. En esa confrontación se generan desigualdades cuya evidencia se concreta en un conjunto de riesgos, patologías y prácticas en salud, e incluye una serie escalonada y jerarquizada de procesos de diferente complejidad. La reproducción social de la humanidad adquiere en el momento actual una modalidad específica a la que denominamos capitalismo, éste no es solo una forma históricamente específica de producción económica sino también un modo de vida, un modo de producción y consumo de significaciones y prácticas.

El capitalismo, para sostenerse en el tiempo, requiere de la extracción permanente de plusvalía. Independientemente de las modalidades históricas del plusvalor (Marx, 1982; Laurell, 1983), éste no tiene otra base material que no sea la explotación de la fuerza de trabajo mediante la disminución de su valor en el proceso productivo. Por ello, el andamiaje de las instituciones sociales y la conformación de sus agentes se organiza alrededor de la apropiación del trabajo ajeno como estructura fundamental, de manera tal que en el caso de las instituciones de salud, la medicina científica, la salud pública y sus agentes sociales se orientan a la producción de cuerpos productivos, productivos de fuerza de trabajo productiva, susceptible de extraer de ella el plusvalor, pero también se orienta a la producción de cuerpos reproductivos.

De ahí que el cuidado y regulación de la reproducción biológica son de las principales actividades socialmente asignadas a la medicina y en general, a todas las profesiones de la salud (Granados, 2014). El imperativo de la reproducción de cuerpos coincide con la medicalización de la sexualidad, en cuya regulación se impone a la heterosexualidad como norma y parámetro de salud, reconstruyendo otras expresiones sexogénicas como patologías. La sociedad capitalista precisa entonces, de legitimar las uniones sexoafectivas y sistemas de parentesco que suministren a su engranaje, masas de cuerpos productores y reproductores, buscando al mismo tiempo erradicar, mediante su patologización o proscripción, a los *otros* individuos y *otros* arreglos familiares. La heteronormatividad es entonces, un instrumento de estructuración de sujetos afines al sistema de explotación inherente a las sociedades de mercado.

La otra estructura fundamental que se requiere sostener en el capitalismo es la propiedad privada, erradicar las nociones de bienes colectivos o comunitarios que pudieran prevalecer en otras culturas, se vuelve una tarea fundamental que se implementa con la extensión del modo de vida capitalista ya sea mediante el imperialismo o la colonización. La apropiación del trabajo ajeno en el caso de la burguesía y lo adquirido mediante la venta de la fuerza de trabajo en las familias de las clases trabajadoras, es resguardado precisamente en la estructura familiar hegemónica, caracterizada por la monogamia, la unión parental heterosexual y la progenie consanguínea; así se garantiza la permanencia transgeneracional de la propiedad, mediante la herencia regulada por los derechos que otorga la consanguinidad. La propiedad privada, al pasar de generación en generación, es el motor que asegura la permanencia histórica del modo de producción capitalista en su

dimensión macrosocial, desvanece la esencia de constructo social de la heterosexualidad y consigue se le perciba como el arreglo “natural” al pasar, junto con los bienes materiales y simbólicos, de una generación a otra.

El modo de vida basado en el patriarcado, con sus rasgos androcéntrico y heteronormativo (Ferro, 1996), es la estructura ideológica fundamental en que se sostiene la sociedad de mercado y que en su maquinaria, produce necesariamente desigualdades al constituir grupos humanos posicionados de manera diferencial dentro del todo social: las clases trabajadoras sin más recurso para su sobrevivencia que la venta de su fuerza de trabajo, las personas que no adoptan el modo de vida funcional o quienes no asumen la identidad sexogénica impuesta, reproducen sus vidas en espacios simbólicos y materiales de mayor desventaja⁴. Estas brechas, también se expresan en la enfermedad y la muerte.

La producción científica analizada, muestra que la discriminación es una práctica constante relatada por las personas LGBT, otros análisis la derivan como consecuencia del rechazo social a las identidades sexogénicas no heterosexuales y no binarias, pero profundizan en que éste es una construcción social derivada del sistema sexogénero que resulta funcional e idóneo al modo de producción capitalista.

⁴ En este planteamiento no hay que dejar de considerar dos posibilidades, la de la resistencia y la de la asimilación. En su naturaleza contradictoria con el sistema social, los modos alternos de vivir, se resisten a la dominación y conservan sus tradiciones, reivindican su diferencia y no sin dificultades, contribuyen a la transformación social. Y por otro lado, existe el riesgo permanente de la asimilación, en su maquinaria, el capitalismo tiene la capacidad de fagocitar grupos e individuos y adaptarlos de manera gradual o radical, a su modo de vida. Con frecuencia, cuando un individuo o grupo reclama para sí un derecho reconocido por el sistema a otro grupo, en el fondo, está adoptando su modo de vida, desnaturalizándose a sí mismo.

Por otra parte, el envejecimiento como proceso en el cual el cuerpo humano pierde las capacidades y habilidades que exige la obsesión extractivista, productivista y consumista del capitalismo, determinan que la vejez sea significada no como una fase del ciclo vital sino que la enfatiza como la pérdida de su propiedad productiva. Mientras que en otras tradiciones culturales los viejos pueden ser considerados entes de sabiduría y autoridad, en las sociedades de mercado se facilita una noción que los concibe como una carga tanto para la familia como para la sociedad por los costos que puede implicar su cuidado, de tal manera que con frecuencia son objeto de indiferencia, abandono o infantilización de sus necesidades y decisiones, e incluso, de violencia física y patrimonial, y sus enfermedades pueden ser consideradas “propias” de la edad y por tanto, desatendidas o minimizadas. Seguramente, estas condiciones adquieren intensidades distintas si se trata de varones o mujeres y por supuesto, dependen de la clase social.

A la valoración social del cuerpo habría que agregar las particularidades que adquiere entre la población LGBT, particularmente entre hombres gays, en los que se habla de un “envejecimiento prematuro” que ocurre después de los cincuenta años de edad (Alonso y Mayor, 2020), al cuerpo se le presta mayor atención en su dimensión física (García, 2015) y en su etapa de juventud (Luis y Aguilera, 2019) por su relación con los estándares de belleza masculina predominantes; adicionalmente, el posmodernismo impone una cultura de la inmediatez y lo efímero en todos los ámbitos de la vida, encontrando en la sociabilidad gay un espacio para su difusión y reproducción, ahí donde los ancianos homosexuales no encuentran lugar (Lizárraga, 2011) o no encajan, por lo que la vejez puede resultar más complicada, produciendo discriminación múltiple, interseccional (Luis

y Aguilera, 2019) o doble vulnerabilidad (Lizárraga, 2011): por edad y por orientación sexual, pero además, por el rechazo entre LGBT (Alonso y Mayor, 2020).

A pesar de los avances en la configuración de contextos tolerantes, aún falta mucho para eliminar el estigma, la violencia y la discriminación hacia las personas no heterosexuales, el avance impulsado por su organización, movilización y resistencia han generado cada vez más, una mayor posibilidad para identificarse y expresarse libremente en las generaciones actuales, de modo que se tiene previsto que en el futuro cercano, la población adulta mayor que se manifieste abiertamente LGBT sea cada vez más numerosa en los servicios médicos (Zelle y Arms, 2015). Por ello es necesario reconocer sus problemáticas particulares.

Conclusiones

La experiencia de la salud y la enfermedad, así como de sus procesos determinantes, es diferenciada según la intersección de los referentes identitarios y de las condiciones de vida de cada grupo social y cada persona. El análisis de las condiciones de salud de la población LGBT impone la consideración simultánea de la sexualidad y la vejez, las condiciones de salud de las personas que no asumen la heteronorma son peores que las de la población heterosexual, pero a su interior, los viejos LGBT muestran desventajas más acentuadas por la edad.

Referencias bibliográficas

Alonso, J. y Mayor, J. (2020). “La homosexualidad en las personas mayores: vivenciando narrativas en torno a las discriminaciones y prácticas resilien-

En el ámbito de la atención médica, es necesario el conocimiento sobre el perfil epidemiológico de las personas LGBT de la tercera edad, tanto en la formación de profesionales de la salud como en el ejercicio de la atención médica en los servicios de salud, esto para generar espacios de confianza y contribuir al bienestar de este sector (Rogers, 2013). Por su parte, la investigación científica debe profundizar en las condiciones de salud de las personas LGBT con una perspectiva interseccional que incluya, además de la orientación sexual, la clase social, la etnia y el género, así como incluir aquellos ancianos que no se adscriben a las categorías LGBT pero que no son heterosexuales (Jihanian, 2013).

La discriminación por edad y orientación sexual, produce opresión interiorizada, aislamiento social, ruptura de las redes sociales, estrés y por lo tanto, produce enfermedad anticipada y menor soporte social en salud. Así, el mayor riesgo de enfermedad general, pero en particular de enfermedad mental y específicamente de trastornos de la ansiedad, así como redes sociales de apoyo más reducidas y obstáculos para la atención médica, son las características esenciales del perfil epidemiológico de la población LGBT que encuentra en el modo de producción vigente, su explicación más profunda. Las personas LGBT como grupo social que asume una posición específica en la sociedad, muestra un patrón de morbilidad característico, cuya especificidad es resultado de un proceso de determinación social en el que el rechazo social es una explicación fundamental.

tes”, *Global Social Work*, vol. 10, Núm. 18: 46-71.
Boehmer, U., Miao, X., Linkletter, C., Clark, M. (2014). “Health conditions in younger, middle, and

- older ages: are there differences by sexual orientation?”, *LGBT Health*, vol. 1, Núm. 3: 168-76.
- Bourdieu, P. (2000). *La dominación masculina*. España: Anagrama.
- Brennan-Ing, M., Seidel, L., Larson, B. y Karpiak, S. (2014). “Social care networks and older LGBT adults: Challenges for the future”, *Journal of Homosexuality*, vol. 61, Núm. 1: 21-52.
- Butler, S. (2018). “Older lesbians receiving home care: formal and informal dimensions of caregiving”, *J Women Aging*, vol. 30, Núm. 2: 91-110.
- Cáceres, B., Travers, J., Primiano, J., Luscombe, R. y Dorsen, C. (2020). “Provider and LGBT individuals perspectives on LGBT issues in long-term care: a systematic review”, *Gerontologist*, vol. 60, Núm. 3: e169-e183.
- De Vries, B., Gutman, G., Humble, Á., Gahagan, J., Chamberland, L., Aubert, P., Fast, J. y Mock, S. (2019). “End-of-Life Preparations Among LGBT Older Canadian Adults: The Missing Conversations”, *Int J Aging Hum Dev*, vol. 88, Núm. 4: 358-379.
- Emler, C., O’Brien, K., Fredriksen-Goldsen, K. (2019). “The global impact of HIV on sexual and gender minority older adults: challenges, progress, and future directions”, *Int J Aging Hum Dev*, vol. 89, Núm. 1: 108-126.
- Emler, C. (2016). “Social, economic, and health disparities among LGBT older adults”, *Generations*, vol. 40, Núm. 2: 16-22.
- Erosheva, E., Kim, H., Emler, CH. y Fredriksen-Goldsen, K. (2016). “Social networks of lesbian, gay, bisexual, and transgender older adults”, *Res Aging*, vol. 38, Núm. 1: 98-123.
- Ferro, C. (1996). *Primeros pasos en la teoría sexo-género*. Costa Rica: Universidad Nacional de Costa Rica.
- Foucault, M. (1999). *Historia de la sexualidad. La voluntad de saber*. México: Siglo Veintiuno Editores.
- Foucault M. (2000). *Defender la sociedad*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Fredriksen-Goldsen, K., Bryan, A., Jen, S., Goldsen, J., Kim, H. y Muraco, A. (2017). “The unfolding of LGBT lives: key events associated with health and well-being in later life”, *Gerontologist*, vol. 57, suppl.1: S15-S29.
- Fredriksen-Goldsen, K., Kim, H., Bryan, A., Shiu, C. y Emler, C. (2017). “The cascading effects of marginalization and pathways of resilience in attaining good health among LGBT older adults”, *Gerontologist*, vol. 57, suppl.1: S72-S83.
- Fredriksen-Goldsen, K., Kim, H., Shiu, C., Goldsen, J. y Emler, C. (2015). “Successful aging LGBT older adults: physical and mental health related quality of life by age group”, *Gerontologist*, vol. 55, Núm. 1: 154-68.
- García, M. (2015). *Vejez y homosexualidad*. Tesis doctoral. Universidad de Murcia, España. <http://hdl.handle.net/10201/47944> (consulta 17 de abril de 2021).
- Granados, J. (2006). “Medicina y homosexualidad. Prácticas sociales en tensión”, *Cuicuilco*, vol. 13, Núm. 36: 293-319.
- Granados, J. (2014). “Normalización y normatividad de la homosexualidad. Una definición desde el esclarecimiento de las funciones sociales de la medicina”, *Salud Problema*, vol. 8, Núm.16: 88-102.
- Hua, B., Yang, V. y Goldsen, K. (2019). “LGBT older adults at a crossroads in mainland China: the intersections of stigma, cultural values, and structural changes within a shifting context”, *Int J Aging Hum Dev*, vol. 88, Núm. 4: 440-456.
- Jihanian, L. (2013). “Specifying long-term care provider responsiveness to LGBT older adults”, *Journal of Gay & Lesbian Social Services*, vol. 25, Núm. 2: 210-231.
- Kim, H., Jen, S. y Fredriksen-Goldsen, K. “Race/Ethnicity and health-related quality of life among LGBT older adults”, *Gerontologist*, vol. 57, suppl. 1: S30-S39.

- Kortes-Miller, K., Boulé, J., Wilson, K. y Stinchcombe, A. (2018). "Dying in long-term care: perspectives from sexual and gender minority older adults about their fears and hopes for end of life", *J Soc Work End Life Palliat Care*, vol. 14, Núm. 2-3: 209-224.
- Laurell, A. (1982). "La salud y la enfermedad como proceso social", *Revista Latinoamericana de Salud*, vol. 2, Núm. 1: 7-25.
- Laurell, A. (1983). *El desgaste obrero en México*. México: Ediciones Era.
- Leahy, K., Chopik, W. (2020). "The effect of social network size and composition on the link between discrimination and health among sexual minorities", *J Aging Health*, vol. 32, Núm. 9:1214-1221.
- Lizárraga, X. (2011). "Rosa con Canas: La homosexualidad y la vejez". En: Peña, E. y Hernández, L. (Coords.) *Iguales pero diferentes: Diversidad sexual en contexto*. México: INAH - Memorias de la VII Semana Cultural de la Diversidad Sexual.
- Luis, C. y Aguilera, L. (2019). "Múltiple discriminación: homosexualidad y vejez", *Global Social Work*, vol. 9, Núm. 16: 225-247.
- Martiniello, M. (1998). *Salir de los guetos culturales*. Barcelona: Ediciones Bellaterra.
- Marx, C. (1982). *El Capital*. México: Siglo XXI Editores.
- Menéndez, E. (1994). "La enfermedad y la curación. ¿Qué es la medicina tradicional?", *Alteridades*, vol. 4, Núm. 7: 71-83.
- Rogers, A., Rebbe, R., Gardella, C., Worlein, M. y Chamberlin, M. (2013). "Older LGBT adult training panels: An opportunity to educate about issues faced by the older LGBT community", *J Gerontol Soc Work*, vol. 56, Núm. 7: 580-595.
- Rowan, N., Beyer, K. (2017). "Exploring the health needs of again LGBT adults in the cape fear region of North Carolina", *J Gerontol Soc Work*, vol. 60, Núm. 6-7: 569-586.
- Stinchcombe, A., Smallbone, J., Wilson, K. y Kortes-Miller, K. (2017). "Healthcare and end-of-life needs of lesbian, gay, bisexual, and transgender (LGBT) older adults: a scoping review", *Geriatrics*, vol. 2, Núm. 1: 13.
- Westwood, S., Willis, P., Fish, J., Hafford-Letchfield, T., Semlyen, J., King, A., Beach, B., Almack, K., Kneale, D., Toze, M. y Becares, L. (2019). "Older LGBT+ health inequalities in the UK: setting a research agenda", *J Epidemiol Community Health*, vol. 74, Núm. 5: 408-411.
- Wittg, M. (2005). *El pensamiento heterosexual y otros ensayos*. Madrid: Egales.
- Zelle, A. y Armas, T. (2015). "Psychosocial effects of health disparities of lesbian, gay, bisexual, and transgender older adults", *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv*, vol. 53, Núm. 7: 25-30.

De la causalidad a la determinación social: analizar la diabetes en México desde la Salud Colectiva

Juana Guadalupe Mendoza Zapata* • Soledad Rojas Rajs**

RESUMEN

La grave situación de la diabetes en México y las limitaciones para detener su incremento e impacto en la salud, muestra la necesidad de analizar la problemática más allá del modelo médico hegemónico. Existen distintas formas de comprender y abordar la enfermedad, que a su vez, definen y se observan en la políticas públicas, así como en la práctica del personal de salud hacia las personas con diabetes. En este ensayo se analizan, a través de diferentes aportes teóricos, las limitaciones de abordar la diabetes desde la concepción de riesgo de la epidemiología clásica y la importancia de incorporar el análisis de la determinación social de la salud para una problematización más compleja acerca de este problema de salud-enfermedad-atención, como un aporte desde la salud colectiva.

PALABRAS CLAVE: diabetes, determinación social, salud colectiva.

From causation to social determination: analyzing diabetes in Mexico from Collective Health

The serious situation of diabetes in Mexico and the limitations to stop its increase and impact on health, shows the need to analyze the problem beyond the hegemonic medical model. There are different ways of understanding and dealing with the disease, which in turn, are defined and observed in public policies, as well as in the practice of health personnel towards people with diabetes. This essay analyzes, through different theoretical contributions, the limitations of approaching diabetes from the classical epidemiology conception of risk and the importance of incorporating the analysis of the social determination of health for a more complex problematization about this health-disease-care problem, as a contribution from collective health.

Keywords: diabetes, social determination

* Docente de la Facultad de Enfermería y Nutrición en la Universidad Autónoma de San Luis Potosí. Contacto: gpemendozapata@gmail.com

** Catedrática CONACYT y Profesora-Investigadora de la Maestría en Medicina Social y del Doctorado en Ciencias en Salud Colectiva en la Universidad Autónoma Metropolitana - Unidad Xochimilco. Contacto: srojasrajs@gmail.com

Fecha de recepción: 15 de enero de 2021

Fecha de aceptación: 12 de agosto de 2021

Introducción

Cuando se abordan problemas de salud existen diferentes formas de entender y explicar dichos fenómenos, por lo tanto, de dar respuesta a los mismos, desde el modelo biomédico hegemónico que comprende a la enfermedad a partir de causas/riesgos, que pueden ser evitados por el individuo, hasta otras propuestas como las determinantes sociales y la determinación social.

La situación actual de salud en el caso específico de la diabetes en México, plantea un panorama complejo que amerita respuestas diferentes a las tradicionales y hegemónicas. Es así que el objetivo de este ensayo es revisar aportes conceptuales de la salud colectiva al estudio de la diabetes.

Las políticas públicas de diabetes en México: la responsabilidad individual y el discurso capitalista

México es el sexto país con más población con diabetes a nivel mundial (Hernández-Ávila et al., 2013; Moreno et al., 2014) y uno de los países con la más alta prevalencia de América Latina. Entre los años 2000 y 2012 se duplicó el número de personas con diagnóstico previo de diabetes (ENSANUT, 2012). En 2016, el 9.4% de la población mayor de 20 años padecía la enfermedad, y en 2018 subió al 10.3% (ENSANUT, 2016; 2018).

Además del incremento en la prevalencia de personas con diabetes de las últimas dos décadas, México es uno de los países del mundo en que la diabetes produce mayor daño. Desde el año 2000, la diabetes mellitus se constituyó como la primera causa de muerte entre las mujeres y la segunda entre los hombres (Rojas, 2015) y en 2016 la Organización Panamericana de la Salud calculó que la

población mexicana perdió dos años en su esperanza de vida a causa de la diabetes (OPS, 2017).

El país también presenta la mayor tasa de mortalidad por diabetes en América Latina (OPS, 2017), aun frente a países que tienen prevalencias similares.

Si bien el riesgo de diabetes aumenta con la edad, la obesidad y el sedentarismo, el análisis de su distribución muestra que su gravedad y letalidad no es igual para los distintos grupos sociales. Diversos estudios en México y el mundo han señalado que las consecuencias de la diabetes son más severas en los niveles socioeconómicos más bajos (Whiting et al., 2010), que existe una relación entre descontrol metabólico y grado de marginación (Medina y López Arellano, 2010; Whiting et al., 2010), y que las condiciones de salud relacionadas con la diabetes, como la obesidad, están actualmente asociadas con la pobreza (Drewnowski y Specter, 2004; Jiménez-Cruz et al., 2003; Whiting et al., 2010).

La desigualdad que predomina en América Latina influye fuertemente en la letalidad de la diabetes. A su vez, estas condiciones sociales estructurales generan un círculo vicioso: mayores niveles de pobreza y desigualdad, así como condiciones de vida precarias de la población exacerban los problemas de salud y, cuando estos se presentan, generan más pobreza y mayor desigualdad.

Del riesgo a las determinantes sociales

Para comenzar a realizar este análisis, es indispensable retomar el concepto de riesgo desde la epidemiología clásica. Su tesis central sostiene que en cada sociedad existen comunidades, familias e individuos con más probabilidades en

comparación con otros de sufrir un trastorno, enfermedad o problema, que por tanto son más vulnerables (Almeida, 2001).

Cuando los autores explican esa vulnerabilidad, la atribuyen a características esencialmente individuales (biológicas, genéticas, ambientales y psico-sociales) que interactúan entre sí (Breilh, 2003). La enfermedad aparece como un hecho de origen individual al que se pueden asociar otras probabilidades igualmente surgidas desde lo individual. Aunado de un cierre de campo analítico en el que los hechos aparecen descontextualizados (Breilh, 2003).

Es así que, cuando se habla de diabetes tipo II en México, existe una concepción que reafirma lo anterior, se ejemplificará desde la NOM-015-SSA2-2010 (DOF, 2015) para la prevención, tratamiento y control de la diabetes.

Aquí llama la atención como al ser la diabetes una enfermedad compleja que ha evidenciado una profunda inequidad en salud, se reduce en su prevención a la promoción de factores protectores y disminución de los factores de riesgo individuales, para ello quiero aclarar, que no se demeritan estas intervenciones, sin embargo, muestran un análisis limitado acerca del proceso salud enfermedad, en el caso específico de la diabetes tipo 2.

Tras evaluar a una persona con riesgo la normativa propone como intervención que: “los individuos considerados en alto riesgo de diabetes, deben ser informados de tal situación y efectuar los cambios necesarios en sus estilos de vida” (DOF, 2015: 19).

En este sentido, el discurso expresado a través de la normativa vigente para prevenir la enfermedad

refuerza el sentido individual, en la que el responsable de su situación de salud o enfermedad es la persona con diabetes; recordemos que estas normativas nacionales guían las actividades diarias de los profesionales de salud, es decir este discurso se lleva a la práctica. Como señala Foucault: “si hacemos cosas con palabras, las palabras nos pueden decir sobre las cosas que hacemos, la propia construcción de discursos y lenguajes para instruir aprehensiones teóricas sobre las acciones humanas, sus construcciones, la organización social de la vida” (Foucault, 1982).

Esto reafirma la noción de riesgo, aunado a que la propia enfermedad se convierte en el “nuevo factor de riesgo” para futuras complicaciones, centrada en las intervenciones desde el modelo biomédico hegemónico; en las que se plantea modificar conductas, comportamientos y hábitos individuales, sin reconocer que éstos están anclados en las formas como las colectividades viven, trabajan, conciben su salud y enfrentan la enfermedad (Medina y López Arellano, 2010) y en la cual se minimiza la dimensión subjetiva y existencial del padecimiento (Mercado et al., 1999).

A través de la epidemiología clásica se logró cuantificar no sólo la morbilidad y mortalidad, sino también los gastos ocasionados por la enfermedad, los años de vida perdidos. Ya desde 1995, se observó un comportamiento desigual; por ejemplo, el riesgo de morir por diabetes mellitus era 3.5 veces mayor en Chihuahua que en Oaxaca. En este sentido Mendoza Romo y colaboradores (2017) discuten como se ha observado que a menor ingreso y educación el riesgo de desarrollar DM2 es de 2 a 4 veces más alto, en comparación con personas con ingresos y educación más altos, lo que se ha corroborado en otros estudios (Hill et al., 2013).

También la pobreza se ha asociado con una esperanza de vida más corta y un aumento de la mortalidad, sobre todo la relacionada con enfermedades crónicas como la DM2 (Rabi et al., 2006). Sin embargo, no fue suficiente contar con estos datos epidemiológicos y tuvieron que pasar años para que en el 2008 la Organización Mundial de la Salud planteara analizar de otra forma la salud y la enfermedad, a través de la noción de determinantes sociales de la salud.

Pero, algo ocurrió, la postura de reunir evidencia sobre los factores sociales que generan desigualdades en salud, reprodujo las limitaciones del paradigma dominante en la epidemiología y la salud pública (Almeida, 2000) pues fragmentó la realidad en factores, suponiendo que aislados mantienen su capacidad explicativa y eran susceptibles de ser modificados. Los determinantes sociales, al ser convertidos en factores, pierden su dimensión de procesos socio-históricos, expresión de formas específicas de las relaciones entre los hombres y de ellos con la naturaleza, y facilita su simplificación al ser entendidos y expresados como factores de riesgo, por consiguiente elecciones inadecuadas de estilos de vida (López et al., 2011).

Esta situación no ha sido ajena en el abordaje de la diabetes, para la cual se identificaron aquellas determinantes sociales traducidos en “factores sociales” tales como nivel de ingreso, nivel educacional, ocupación, accesibilidad a los servicios de salud, dietas hipercalóricas, creencia sobre belleza y salud, género y funcionalidad familiar, mismos factores sociales que fueron individualizados y conformaron lo que Breilh llama, neocausalismo.

Realidad compleja y determinación social: Abordar la diabetes desde la salud colectiva

De acuerdo a Osorio y colaboradores el todo es más que la suma de las partes, pero también es sin duda menos, para lo cual plantea que aceptar la totalidad como una unidad compleja implica concebirla como una unidad contradictoria, que organiza y desorganiza, que ordena y desordena, para lo cual retoma un concepto de Marx, “síntesis de múltiples determinaciones” (Osorio et al., 2010).

La diabetes desde nuestro posicionamiento teórico en salud colectiva se plantea como una enfermedad compleja, que pertenece a una realidad igualmente compleja y contradictoria, en la que a partir de lo concreto se muestra la necesidad de problematizar los abordajes que se han realizado en cuanto a esta enfermedad y que evidencian, ir más allá de los abordajes convencionales y hegemónicos, en los que precisamente se ha hablado únicamente de enfermedad, no de las personas, sus subjetividades, mucho menos de un análisis desde la estructura hasta lo singular, en la que se consideren los conflictos, las contradicciones y la reproducción social.

Tenemos una tarea pendiente cuando se problematiza la diabetes en México, pues desde la mirada hegemónica se han dejado de lado algunos datos que permiten caracterizarla de manera compleja. Por ejemplo, la evolución de la diabetes de los años 70's hasta la actualidad, se observa con claridad que hubo un aumento de casos de enfermedad desde el inicio del neoliberalismo hasta la fecha actual, muestra de ello es que la diabetes en 1990 ocupaba el cuarto lugar en mortalidad en México mientras que en el año 2000 se constituyó como la primera causa de muerte en mujeres y la segunda en hombres. Además del incremento,

también se observaba una distribución desigual de la diabetes en el país (Membreño y Zonana, 2005).

Por ello, aunque desde la epidemiología tradicional se plantea a la diabetes como un problema individual, en el que se deja de lado el modo de producción y la estructura del país, en este trabajo nos preguntamos: ¿Por qué no analizar un problema de salud como la diabetes desde una perspectiva de la determinación social? ¿Cómo el neoliberalismo trajo consigo cambios en los modos de vivir y enfermar?, situación que se refleja en la incidencia de enfermedades crónicas como la diabetes.

Para responder estos cuestionamientos, desde la salud colectiva se han desarrollado perspectivas teóricas, que enriquecen la discusión, problematización y el desarrollo de intervenciones para las personas con diabetes mellitus. Estas propuestas han permitido poner énfasis en la relación entre estructura social y las condiciones de vida (Laurell, 1997), así como entre estructura social y el proceso de trabajo (Laurell y Noriega, 1989), asumiendo también las explicaciones históricas de las políticas sociales.

Otra propuesta teórica ha enfatizado la capacidad generativa de lo individual y la capacidad de reproducción social de lo colectivo; una dialéctica que mantiene con vida el poder determinante de lo individual y social, pero enmarcado esa dinámica en la inserción estructural de los grupos. Como parte de esa línea está la caracterización de la multidimensionalidad de la salud como “determinación múltiple bajo interfaces jerárquicas” (Samaja, 1993).

Y finalmente, se ha propuesto a la salud como un objeto complejo multidimensional, aplicando la

categoría reproducción social para articular el sistema de contradicciones que se enlazan entre tres grandes dominios de la determinación social (Breilh, 1977; 2003): El *dominio general*, que corresponde a la lógica estructurante de acumulación de capital, con sus condiciones político-culturales; el *dominio particular* de los modos de vivir, con sus patrones estructurados grupales de exposición y vulnerabilidad, y el *dominio singular* de los estilos de vida y el libre albedrío personal, que viven los individuos en sus condiciones fenotípicas y genotípicas (Breilh, 1979; 2010).

En el marco de esta propuesta de análisis de Jaime Breilh, parece relevante discutir los dominios de la determinación en el caso de la diabetes, si bien aquí este ejercicio será tan sólo un ejemplo teórico, es muy relevante realizar este tipo de análisis para el desarrollo de intervenciones concretas para las personas con diabetes mellitus. Esta reflexión, enfatizará la importancia de las políticas públicas, como parte del dominio general.

La diabetes desde la determinación social de la salud

Para abordar la diabetes tipo II, desde la determinación social, en lo que respecta al dominio general, se podría analizar las políticas públicas para la salud (Spinelli, 2008), así como aquellas que impactan en la soberanía alimentaria, regulación de “mercancías” con impacto sanitario, desde comida “chatarra”, etiquetado de productos alimenticios, hasta productos milagro (Medina y López, 2010). También, el acceso a satisfactores esenciales de salud, educación, recreación, tiempo libre e información (Diderichsen et al., 2002).

En el caso de México sería interesante analizar qué pasó con la estrategia nacional para la prevención, y el control del sobrepeso, la obesidad

y la diabetes propuesta en el 2013. Otro punto a considerar en la dimensión general, son los cambios en los patrones de alimentación, relacionados con las disponibilidad, accesibilidad, y valoración cultural de los alimentos (Olaiz et al., 2007) aunado al fenómeno de las transiciones alimentarias y la modelación de consumos vía publicidad en medios masivos de comunicación (Pérez, et al., 2010; Medina, 2010).

Respecto al dominio particular podría retomarse la transformación de los modos de vida, expresada principalmente en el predominio de las dinámicas urbanas, los cambios en las condiciones de vida, en los arreglos familiares, en las estrategias de vida cotidiana y en las relaciones de poder al interior de los grupos domésticos (Brunner, 1996; Arriagada, 2002; Valdés, 2008) y las dinámicas laborales, que precarizan el trabajo, reducen los tiempos para la preparación de alimentos, la propia ingesta de comida y recreación, que carecen de protección social y generan condiciones de estrés permanente (Minayo y Thedim, 2003).

Por último, en el dominio singular, es posible describir las estrategias de afrontamiento a la enfermedad, así como el padecimiento de la diabetes, definido como el fenómeno social cambiante de naturaleza subjetiva en el cual los individuos enfermos y los integrantes de su red social cercana perciben, organizan, interpretan y expresan un conjunto de sentimientos, sensaciones, estados de ánimo o emocionales, sensaciones corporales, cambios en la apariencia física, alteraciones en los sentidos, y una serie de eventos ligados y/o derivados del padecimiento y de su atención, todo ello en el marco de las estructuras, relaciones y significados sociales que lo determinan y moldean (Mercado, 1999).

Políticas y discursos sobre diabetes en México: la responsabilidad individual y el discurso capitalista

Las políticas públicas en salud pertenecen al dominio general, es posible a través de ellas analizar las contradicciones. Para enriquecer este ensayo, se realiza un breve descripción de las políticas públicas en México en el tema de diabetes, para mostrar qué están concebidas desde una concepción del problema de salud-enfermedad que enfatiza el carácter individual de la diabetes, lo que requiere ser, para problematizar y cuestionar desde la salud colectiva.

Algunos ejemplos son los siguientes: el 23 de Julio de 2018, en la página del gobierno de México se daba a conocer el impacto de las políticas públicas sobre diabetes mellitus, señalando inicialmente que *“Debido a la magnitud, frecuencia, ritmo de crecimiento e impacto negativo en la economía nacional que representa la diabetes mellitus tipo 2 (DM2) y las enfermedades relacionadas: sobrepeso, obesidad y problemas cardiovasculares, en México se han implementado políticas públicas con resultados positivos entre la población (Gobierno de México, 2018).*

Ejemplo de lo anterior es que en 2017 el Instituto Nacional de Salud Pública (INSP) y la Universidad de Carolina del Norte, Estados Unidos, reportaron en un estudio que en 2015 los mexicanos redujeron en 9.7 por ciento el consumo de bebidas azucaradas, es decir, dejaron de tomar 5.1 litros de este tipo de líquidos. Asimismo, incrementó 2.1 por ciento el consumo de agua embotellada, el logro se atribuye a la implementación de un impuesto a las bebidas azucaradas (Gobierno de México, 2018).

A través de este discurso surgen algunos cuestionamientos, para comenzar cómo se sitúa la enfermedad de importancia nacional por su impacto en la economía, se deja del lado a la colectividad, a la que enferma y padece.

En el segundo párrafo se habla de que uno de los “grandes logros” fue la disminución del consumo de bebidas azucaradas, esto llama la atención porque no sólo se individualiza la responsabilidad, no se habla de que el consumo de bebidas azucaradas va más allá de una decisión individual, no se habla del poder mercantil de las grandes empresas refresqueras, de la disponibilidad de agua potable, de los precios del agua embotellada, del cambio cultural de la alimentación, así como tampoco de discurso desde el capitalismo y las grandes empresas a través de la publicidad, nuevamente existe una punitiva a nivel individual y no a las grandes empresas.

De acuerdo a Berlinguer (1994), existen en la práctica conductas en las cuales la libertad de elección, parece notable, como el uso de cigarrillos, consumo de bebidas. Pero para ellos también existe una oferta organizada y a menudo una publicidad insidiosamente eficaz. Además de hacerlo sobre los casos particulares, se debe actuar sobre los motivos que empujan el consumo, sobre el control de la producción y el mercado.

Retomando las políticas públicas en página se habla de otro logro “*se prohibió la publicidad de alimentos con alto contenido calórico en horarios infantiles: en televisión abierta y de cable, de las 14:30 a las 19:30 horas, de lunes a viernes, y de las 07:00 a las 19:30 horas los sábados y domingos. La restricción en cine aplica para películas con clasificación A y AA. Solamente pueden publicitarse en programas infantiles aquellos*

productos que cumplan con criterios nutrimentales (Gobierno de México, 2018).

Desde luego que la medida es de relevancia pero la pregunta de trasfondo es ¿Por qué nuevamente se centra en lo individual? ¿Qué pasa con la regulación de las grandes empresas de comida chatarra? ¿Existen cambios sociales aunados a los cambios en las familias, los arreglos familiares, la precarización del tiempo para la alimentación? ¿El capitalismo ha mercantilizado incluso la alimentación saludable? ¿Comer saludable ahora es un lujo contra la accesibilidad de la comida chatarra?

En México, esta epidemia se acentuó con la firma del tratado de libre comercio (TLCAN) en 1994, cuando empresas de Estados Unidos llenaron el mercado mexicano de alimentos procesados, afirma Fátima Masse (2015). El TLCAN impulsó a empresas de Estados Unidos productoras de alimentos y bebidas a invertir en México, lo que llevó a nuestro país a estar hoy entre los 10 grandes productores mundiales de alimentos procesados, según la organización mundial de análisis en temas agrícolas Grain (2015).

De acuerdo a lo anterior no sólo habría que analizar la publicidad de la comida no saludable, sino de los mensajes que a partir de las políticas de comunicación en salud se difunden sobre el tema de diabetes. De acuerdo a Rojas Rajs (2016), al analizar la publicidad oficial sobre diabetes en México, no se encontraron mensajes, mientras que si se habla de sobrepeso, vacunas, imagen institucional, dengue. Al analizar los mensajes en la publicidad de prevención de sobrepeso, la autora destaca que en los comerciales se plantea este problema de salud como una cuestión de elecciones individuales: cuídate, elige, decide, son algunas de las palabras que se usan, sin tener por lo

menos una perspectiva de determinantes sociales mucho menos de determinación social.

Se podría analizar la convergencia de varias situaciones, que por sí solas son complejas y contradictorias, por un lado existe una tendencia a la individualización de la responsabilidad individual como señala Castiel (2007) “una salud persecutoria” y por el otro, el discurso capitalista, que sus trae la condición fundamental de la vida humana: la imposibilidad Schor-Landman (2015). Eliminar los imposibles, establecer que está prohibido “prohibir”, que todos los goces en exceso son posibles impone una circularidad sin límites, sin cortes, con consecuencias mortuorias miserables en los modos de vivir.

Si bien la prevención de las enfermedades crónicas se establece a partir de la mejora en los estilos de vida, no se toman en cuenta las condiciones que la sociedad capitalista apremia y que forman como llama Madel T. Luz (2019) ,nuevos valores de la sociedad capitalista, pero a su vez conforman un lugar hostil a la vida social y para la propia vida individual como totalidad biológica y psíquica. Es así que al premiar valores como la productividad, finalmente se logra ser productivo laboralmente, a costa de sacrificar horas dedicadas a la alimentación, a dormir, al ocio, al descanso, todo ello con consecuencias en la vida y la salud.

Reflexión final

Establecer una postura crítica a través de la salud colectiva es necesario para analizar de forma compleja los problemas de salud-enfermedad actuales, puesto que no es suficiente abordarlos a través de los posicionamientos hegemónicos.

De manera dominante, la diabetes en México se ha estudiado y abordado a través de factores de riesgo, que individualizan la situación, pero es a través de la determinación social, teniendo como base un origen materialista histórico y teorías críticas, se plantea una forma diferente de analizar el problema, que aporta al cuestionarse el papel del capitalismo en su fase neoliberal para determinar el modo de vivir y de enfermar de diabetes, así como para entender este problema de salud-enfermedad como una situación de clase, pobreza e inequidad.

Permite, sobre todo, analizar las contradicciones entre políticas e intervenciones y sus limitaciones. Por ejemplo, se ha afirmado que el progreso de la diabetes se puede prevenir mediante programas que promuevan una dieta sana y equilibrada y el ejercicio físico, con la contradicción de que muchas personas tienen un acceso muy limitado a instalaciones para realizar ejercicio, zonas de recreo o incluso a una alimentación sana, lo que generalmente está asociado a la clase social y a las condiciones socioeconómicas. Esta inequidad nace del modo de producción capitalista, que se acompaña de un discurso que también transforma los valores de sociales a individuales, en los que refuerza la idea de la responsabilidad individual, mismo discurso permea todas las dimensiones, social, económica, política, social y salud.

Hasta hoy, la situación de la diabetes en México continúa agravándose. Consideramos que mientras no se analice la diabetes como un fenómeno complejo, contradictorio, determinado social e históricamente, ligado a los cambios en todos los rubros que acrecientan la desigualdad e inequidad que provocan las sociedades capitalistas, especialmente en su fase neoliberal, las intervenciones y medidas para combatirla serán inadecuadas. La visión desde la salud colectiva puede aportar para la transformación de las determinaciones.

Referencias

- Almeida, F. (2000). *La ciencia tímida: ensayos de deconstrucción de la epidemiología*. Buenos Aires: Lugar editorial, 10-30.
- Almeida, N. (2001). *For a general theory of health: preliminary epistemological and anthropological notes*, *Cadernos de Saúde Pública*, vol. 17, Núm. 4: 753-77.
- Arriagada, I. (2002). Cambios y desigualdades en las familias latinoamericanas, *Revista de la CEPAL*, vol. 77: 143-171.
- Berlinguer, G. (1994). *La enfermedad*. Buenos Aires: Lugar editorial, 20-29.
- Breilh, J.(1977). Crítica al modelo ecológico funcionalista de la epidemiología. Tesis de maestría en medicina social. México: Universidad Autónoma Metropolitana – Xochimilco.
- Breilh, J. (1979). *Epidemiología: economía, medicina y política*. Quito: Universidad Central, 200- 208.
- Breilh, J.(2003). *Epidemiología crítica: ciencia emancipadora e interculturalidad* (Vol. 17). Buenos Aires: Lugar editorial, 209-210.
- Breilh, J. (2010). *Epidemiología: economía política y salud*. Quito: Universidad Andina Simón Bolívar, sede Ecuador corporación EDITORA NACIONAL, 207-208.
- Brunner, E. (1996). “The social and biological basis of cardiovascular disease in office workers”. En: Blane, D.; Brunner, E. y Wilkinson, R. (ed.) *Health and social organization*. Londres: Routledge, 272-297.
- Castiel, L. (2010). *La salud persecutoria: los límites de la responsabilidad*. Buenos Aires: Lugar editorial, 83-85.
- Drewnowski, A. y Specter, S. (2004). “Poverty and obesity: the role of energy density and energy costs”, *American Journal of Clinical Nutrition*, vol.79: 6-16.
- DOF (Diario Oficial de la Federación) 23 de noviembre de 2015: Norma Oficial Mexicana. 015-SSA2-2010. Para la prevención, tratamiento y control de la diabetes mellitus.
- Diderichsen, F., Evans, T. y Whitehead, M. (2002). *Bases sociales de las disparidades en salud. Desafío a la falta de equidad en la salud. De la ética a la acción*. Washington: Organización Mundial de la Salud, 13-25.
- ENSANUT (Encuesta Nacional de Salud y Nutrición) (2012). Resultados nacionales 2012. México: Instituto Nacional de Salud Pública/Secretaría de Salud.
- ENSANUT (Encuesta Nacional de Salud y Nutrición) (2016). Resultados nacionales 2016. México: Instituto Nacional de Salud Pública/Secretaría de Salud.
- ENSANUT (Encuesta Nacional de Salud y Nutrición) (2018). Resultados nacionales 2018. México: Instituto Nacional de Salud Pública/Secretaría de Salud.
- Foucault, M. (1982). *Las palabras y las cosas: una arqueología de las ciencias humanas*. Buenos Aires: Siglo XXI, 33-39.
- Gobierno de México. (2018). Secretaria de salud. El impacto de las políticas públicas sobre diabetes mellitus. <https://www.gob.mx/salud/documentos/el-impacto-de-las-politicas-publicas-sobre-diabetes-mellitus?state=published> (consulta 9 de noviembre de 2020)
- Grain. (2015). Libre comercio y la epidemia de la comida chatarra en México. <https://grain.org/es/article/5171-libre-comercio-y-la-epidemia-de-comida-chatarra-en-mexico> (consulta 9 de noviembre de 2020)
- Hernández-Ávila, J. (2013) “Diabetes mellitus en México. El estado de la epidemia”, *Salud Pública de México*, vol. 55, Núm.2: 129-136
- Hill, J.; Nielsen, M. y Fox, M. (2013). “Understanding the Social Factors that Contribute to Diabetes: A means to Informing Health Care and Social Poli-

- cies for the Chronically III”, *The Permanente journal*, vol.17, Núm.2: 67-72.
- Jiménez, A.; Bacardí-Gascón, M. y Spindler, A. (2003), “Obesity and hunger among Mexican-Indian children on the US-Mexico border”, *International Journal of Obesity*, vol. 27, Núm. 6: 740-747.
- Laurell, C. y Noriega, M. (1989). *La salud en la fábrica. Estudio de la siderurgia mexicana*. México: Ediciones era, 20-25.
- Laurell, C. (1997). *La reforma contra la salud y la seguridad social*. México: Ediciones Era, 101-105.
- López, O. et. al. (2011). *Los determinantes sociales de la salud y la acción política: una perspectiva desde la academia*. En Eibenschutz, C. et al (coords.). ¿Determinación social o determinantes sociales de la salud? México: Universidad Autónoma Metropolitana, 253-272.
- Madel, L. et. al. (2019). *Natural, racional, social: razão médica e racionalidade científica moderna*. Brasil: Editora Fiocruz/Edições Livres, 28-35.
- Masse, F. (2015). Fat city: The obesity crisis that threatens to overwhelm Mexico’s capital. *The Guardian*. <https://www.theguardian.com/cities/2015/nov/13/fat-city-obesity-crisis-mexico-capital-sugar-tax> (consulta 10 de noviembre de 2020)
- Medina, G. y López, A. (2010). “Una aproximación a los determinantes sociales de la diabetes mellitus tipo 2 en México”. En: Chapela, M. (ed.) *En el debate: diabetes en México*. México: Universidad Autónoma Metropolitana- Xochimilco, 31-32.
- Membreño, M. y Zonana, N. (2005). “Hospitalización de pacientes con diabetes mellitus. Causas, complicaciones y mortalidad”, *Revista médica del Instituto Mexicano de Seguridad Social*, vol. 43, Núm.2: 97-101.
- Mendoza, M. et. al. (2017). “Prevalencia mundial de la diabetes mellitus tipo II y su relación con el índice de desarrollo humano”, *Revista Panamericana de Salud Pública*, vol.41, Núm.103: 1-6.
- Mercado, F. et. al. (1999). “La perspectiva de los sujetos enfermos. Reflexiones sobre pasado, presente y futuro de la experiencia del padecimiento crónico”, *Cadernos de saúde pública*, vol. 15, Núm.1: 179-186.
- Minayo, C. y Thedim, C. (2003). “Reestructuracao produtiva e novas formas de sociabilidade”. En: Cáceres, C.; Cueto, M.; Ramos, M. y Vallenás, S. (coord.) *La salud como derecho ciudadano: perspectivas y propuestas desde América Latina*. Perú: Universidad Peruana Cayetano Heredia, 527-540.
- Moreno, L. et. al. (2014). “Epidemiología y determinantes sociales asociados a la obesidad y la diabetes tipo 2 en México”, *Revista médica del hospital general de México*, vol. 77, Núm.3: 114-123.
- Olaiz, G. et. al. (2007). “Diabetes mellitus en adultos mexicanos. Resultados de la Encuesta Nacional de Salud 2000”, *Salud Pública de México*, vol. 49, Núm.3: 331-337.
- Osorio, A. et. al.(2010). “La promoción de la salud como estrategia para el fomento de estilos de vida saludables”, *Revista hacia la Promoción de la Salud*, vol.15, Núm.1: 128-143.
- Pérez, A. y Berenguer, M. (2015). “Algunos determinantes sociales y su asociación con la diabetes mellitus de tipo 2”, *MEDISAN*, vol.19, Núm.10: 1268-1271.
- Pérez, D.; Rivera, J., y Ortiz, L. (2010). “Publicidad de alimentos en la programación de la televisión mexicana: ¿Los niños están más expuestos?”, *Salud Pública de México*, vol. 52, Núm. 2: 119-126.
- Rabi, D. et. al. (2006). “Association of socio-economic status with diabetes prevalence and utilization of diabetes care services”, *BMC Health Services Research*, vol.6: 1-7.
- Rojas, S. (2006). “La diabetes en la publicidad oficial para televisión mexicana: problemas y límites para la comunicación en salud”, *Revista Salud Problema*, vol.10, Núm.19: 9-21.
- Rojas, S.(2015). “Epidemiología de la diabetes melli-

- tus en México”. En: Aguilar, C. et. Al. (eds.). *Acciones para enfrentar a la diabetes. Documento de postura*. México: Academia Nacional de Medicina de México.
- Samaja, J. (1993). *Epistemología y metodología: elementos para una teoría de la investigación científica*. Buenos Aires: Eudeba, 40-55.
- Schor-Landman, C. (2015). “Salud mental; salud social. Dilemas de los seres humanos en la contemporaneidad” En: Tetelboin, C. y Laurell, A. (coords.) *Por el derecho universal a la salud: una agenda latinoamericana de análisis y lucha*. Argentina: Editorial CLACSO, 17-40.
- Spinelli, H. (2008). La acción de gestionar y gobernar frente a las desigualdades, un nuevo punto en la agenda del pensamiento crítico en América Latina. Ponencia presentada en el taller latinoamericano de determinantes sociales de la salud, ALAMES, Ciudad de México, 30 de septiembre- 2 de octubre.
- Valdés, J.(2008). Cambios en la distribución socio-territorial de la mortalidad por enfermedades cardiovasculares en México, 1990-2000. Tesis de grado. Doctorado en ciencias en salud colectiva, México: UAM-X.
- Whiting, D.; Unwin, N.; Roglic, G. (2010). *Diabetes: Equity and social determinants. Equity, social determinants and public health programmes*. Washington: Organización Mundial de la Salud, 77-94.

¿Simplificación o reducción? ¿Complejidad? La perspectiva crítica de la Salud Colectiva sobre los determinantes sociales de la salud

Héctor Alemán Martínez*

RESUMEN

El presente ensayo desarrolla de manera sintética la postura de la salud colectiva con respecto a la perspectiva de la “comisión sobre determinantes sociales de la salud”. Aunque la búsqueda de la equidad en materia de salud puede implicar un reconocimiento necesario de la dimensión propia de los determinantes sociales de la salud, es necesario estudiar cuál es la noción de justicia subyacente para comprender los objetivos y los procedimientos planteados. Una justicia redistributiva como la propuesta por la comisión únicamente tiene un carácter paliativo y sirve más para mantener funcionando al sistema actual que para resolver problemas de fondo. Se concluye diciendo que el compromiso de la “comisión sobre determinantes sociales de la salud” con el orden social actual impide que tenga una postura crítica en pro de una auténtica equidad sanitaria.

PALABRAS CLAVE: equidad sanitaria, justicia, redistribución, determinantes sociales de la salud, complejidad.

Simplification or reduction? Complexity? The critical perspective of Collective Health on the social determinants of health

ABSTRACT

This essay summarizes the position of collective health with respect to the perspective of the “commission on social determinants of health”. Although the search for equity in health may imply a necessary recognition of the dimension of the social determinants of health, it is necessary to study the underlying notion of justice to understand the objectives and procedures proposed. A redistributive justice such as the one proposed by the commission has only a palliative character and serves more to maintain the current social system than to solve fundamental problems. It concludes by saying that the commitment of the “commission on social determinants of health” with the current social order prevents it from taking a critical stance in favor of authentic health equity.

Keywords: health equity, justice, redistribution, social determinants of health, complexity.

* Doctor en Ciencias en Salud Colectiva por la Universidad Autónoma Metropolitana - Unidad Xochimilco. Correo de contacto: mh_7mx@yahoo.com.mx

Fecha de recepción: 25 de febrero de 2021.

Fecha de aceptación: 10 de agosto de 2021.

Introducción

La perspectiva de los determinantes sociales de la salud ¿Realmente se trata de un nuevo paradigma?

Antes de comenzar es necesario hacer una aclaración. El propósito del presente texto es analizar los elementos teóricos básicos contenidos en la propuesta original de la comisión sobre los determinantes de la salud para hacer una crítica sobre sus alcances. Hacer una revisión exhaustiva de todo lo que ha hecho la comisión desde el 2008 hasta la actualidad, incluyendo las medidas implementadas y las actualizaciones rebasa el propósito de este análisis. Además, se considera innecesario por las siguientes razones:

1. Los reportes sobre las actividades de la comisión no indican un cambio de paradigma teórico ni de sus posturas fundamentales. Aunque algunos autores consideran que el informe “Subsanar las desigualdades en una generación” (CDSS, 2008) no fue tan relevante para la política pública, los informes posteriores que fundamentaron algunas intervenciones no indican un cambio sustancial en los contenidos iniciales ya expresados en el documento original (*cf.* Institute of health equity, 2021).
2. Los reportes de la comisión con metas e indicadores no sirven para establecer una nueva línea de pensamiento o una actualización significativa de los planteamientos iniciales. Instrumentar una presuposición teórica no implica una actualización de sus postulados (*cf.* Institute of health equity, 2021).

De acuerdo con la “Comisión sobre determinantes sociales de la salud”, tal y como se reporta en su informe “Subsanar las desigualdades en

una generación” (2008), se ha logrado establecer “científicamente” que “las condiciones en que la gente vive y muere están determinadas por fuerzas políticas, sociales y económicas” (2008:2). Al mismo tiempo, se afirma la existencia de diversas inequidades sanitarias, que están determinadas por un conjunto de “factores”, que son en esencia sociales.

Este enfoque es presentado como un nuevo paradigma, como una novedosa propuesta de análisis de los problemas de salud, que contempla no sólo las causas inmediatas de la enfermedad, sino también “las causas estructurales” (las causas de las causas) (Marmot y Allen, 2014). Pese a lo que se afirma, el tema de los determinantes no es tan nuevo, puesto que la medicina social y la salud colectiva desde años atrás, han trabajado con un enfoque de determinantes (González, 2009), que, salvando las importantes diferencias conceptuales de fondo, son en un cierto grado, comparables.

Retornando a la cuestión, en el documento se sugiere que la motivación para investigar el problema de las “inequidades en salud” desde una perspectiva de los determinantes sociales, fue la necesidad de evidenciar que las diferencias sanitarias se deben a factores sociales que son “modificables”, aludiendo con ello, a que no necesariamente debería de ser así (CDSS, 2008). Formulando de esta manera, se entiende que las “inequidades en salud” son en sí mismas injustas, puesto que se perpetúan y ocurren por acción u omisión de los actores sociales implicados (CDSS, 2008). Todas estas aseveraciones parecen provenir de conceptualizaciones que tienen cierta complejidad y la preocupación por las injusticias sanitarias parece genuina. Pero ¿de qué tipo de justicia social se está hablando? Y ¿qué teoría social está implícita en los planteamientos de la Comisión sobre los determinantes?

¿Ciencia sin ideología?

Existen dos cuestiones teórico-epistemológicas que hay que considerar para comprender la discusión de fondo entre el concepto de determinación de la salud colectiva y el de los determinantes de la comisión. Primero las relaciones entre ideología y ciencia; segundo la concepción de construcción de conocimiento científico que sigue vigente aún hoy en día. Todavía en la cultura general se suele pensar al conocimiento científico como un cúmulo sistematizado de ideas que avanza linealmente (*cf.* Popper, 1982) siguiendo minuciosamente la lógica del descubrimiento mediante la metodología canónica (Bourdieu, 1999). La aparición de nuevas hipótesis sobre la realidad se da casi en simultáneo con el descubrimiento de nuevos fenómenos que necesitan de explicación (*cf.* Popper, 1982). Tener nuevas definiciones y perspectivas de los fenómenos conocidos se da, en un sentido metafórico, como el hallazgo de nuevas piezas de un rompecabezas.

La ciencia no se constituye como un corpus lineal ni es conocimiento acumulativo progresivo (Foucault, 1971; *cf.* Kuhn, 2004) sino una construcción sociocultural que no tiene su único fundamento en el descubrimiento de “datos nuevos sobre la realidad” (*cf.* Chalmers, 2001). La manera en que se construye el conocimiento científico cambia según las etapas históricas y se produce mediante discontinuidades (*cf.* Chalmers, 2001; *cf.* Foucault, 1971; *cf.* Kuhn, 2004) y rupturas epistemológicas (Foucault, 1971). El corpus del conocimiento cambia en lo esencial para representar los objetos de la realidad con una comprensión diferente.

Todo conocimiento está permeado por un pre contenido teórico (Chalmers, 2001) que tiene

una cierta dimensión histórica y esto es particularmente cierto para las teorías que se refieren a la sociedad y la cultura (Sader, 2003). Si bien es cierto que es posible rastrear las bases teóricas de la perspectiva de la comisión de los determinantes hasta Europa del Siglo XVIII (Rosen, 1985, Morales et. al., 2013); en realidad la manera en que la comisión de determinantes sociales de la salud presenta su discurso es para indicar que se trata de un descubrimiento científico necesario y actual acerca de una realidad que solamente hasta ahora ha sido estudiada “científicamente”.

Al formularse de esta forma, se pretende que toda disertación teórica anterior a la comisión debe ser indirectamente declarada como ideológica. Pero ¿por qué un grupo de científicos estudiaría una afirmación que se consideraba ideológica? Sociológicamente hablando se sabe que las ideologías tienen su fundamento en hechos de la realidad interpretados de una cierta manera. Por ello desde esa perspectiva se puede decir que la comisión ha dotado de contenido científico al vínculo entre pobreza y enfermedad. Es la comisión la que presenta “verdadera evidencia científica” acerca de la manera en que la desigualdad distributiva en el poder y los recursos produce (y ha producido) las inequidades en salud.

Todos aquellos autores que cuestionan a la comisión por no reconocer y, en consecuencia, no vincularse con el origen histórico de su pensamiento teórico deberían preguntarse: ¿La comisión necesita reconocer su vínculo con la epidemiología social anglosajona para validarse ideológicamente? ¿O más bien necesita alimentar la fantasía de que la ciencia positiva ha continuado en su avance incesante y ha logrado dar con la evidencia de que las condiciones de vida determinan los perfiles de salud como meta causas? Afirmaciones que

claramente van mucho más allá de las visiones epidemiológicas clásicas que siguen siendo todavía vigentes (Breilh, 2003).

“El discurso ideológico: aquél que presenta como universal y necesario lo que no es sino parcial y arbitrario” (Lizcano, 2009: 2). En ese mismo sentido, el discurso de lo que es científico exige algo arbitrario y parcial: que todo conocimiento que quiera ser validado se argumente y se presente como resultado del avance acumulativo del canon positivista. Este es un requisito presentado como universal y necesario y forma parte de la mistificación de la ciencia positiva.

¿Por qué un “conocimiento científico” necesita adherirse al discurso oficial del “avance de la ciencia” para validar sus evidencias o para incluso simplemente para presentarlas y obtener credibilidad? Eso significa que el conocimiento al que se está anteponiendo (o supuestamente completando y diversificando) tiene contenido y efectos políticos directos y no es como suele pensarse, solamente una formación de ideas de la cual se valen determinados grupos para justificar ciertas prácticas socioculturales. Esto ya ha sido señalado por Foucault (1976) en sus análisis de las disciplinas y los discursos de verdad y parece ser que esa cuestión es ineludible.

Tanto la ciencia es un discurso de verdad para las disciplinas y las políticas de administración poblacional, como al revés, la política determina qué tipo de conocimiento se puede construir, más allá de los típicos señalamientos en torno a lo irracional. Cabe resaltar que curiosamente también se penalizan las innovaciones que son demasiado subversivas debido al compromiso de los científicos con el paradigma dominante (Kuhn, 2004). Ese compromiso de los investigadores con

el paradigma dominante de la ciencia parece ser un símil de su compromiso con el sistema social.

Desde esa perspectiva la simplificación de los fenómenos no es una exigencia científica ni del conocimiento *per se*, sino que es una estrategia discursiva que también tiene efectos políticos directos. Pero tampoco es tan sencillo como afirmar que cuando un grupo de investigadores presentan datos que contrastan con la visión oficial el resto de la comunidad científica simplemente no ha querido ver la evidencia. Lo ideológico no es simplemente alienación con la realidad, sino sustitución de la realidad. De ahí que la alienación no es solamente el efecto de negar la realidad con una ficción arbitraria, sino que tiene que ver con la cosmovisión que la visión ideológica considera posible, justa y operable.

En este punto pareciera como si censurar ideológicamente un discurso fuera equivalente a censurar políticamente el actuar colectivo: se inhabilita en lo ideológico lo que no se quiere ver reproducido en la acción política. Esta última consideración es para problematizar la cuestión de la distancia entre los discursos y la acción, pues constantemente los autores que tratan la cuestión teórica de la ideología hablan de lo ficcionario de los contenidos ideológicos en la realidad y no estudian sus efectos que sí operan en ella, lo cual es un error. La función alienante de la ideología no se explica solamente por sus fallas al describir, construir y sostener un orden social determinado, sino en frustrar el desorden, las alternativas, las disparidades y los intentos de cuestionar sus contenidos.

En este texto nos referiremos por ideología a un sistema de ideas producidas por grupos hegemónicos que tiene la función de sustituir la realidad objetiva produciendo un efecto alienante para fa-

vorecer un cierto orden social. La principal función de los discursos hegemónicos es posibilitar e imposibilitar ciertas prácticas, ciertas acciones en determinados campos de la acción humana. Todo discurso ideológico siempre favorece una relación de dominio; además de que trata de ocultar su carácter construido, de manera tal que se convierte ficcionariamente en la “realidad” interpretable en los hechos (Lizcano, 2009).

Un común denominador de los defensores del sistema en cada etapa histórica es que siempre quieren invertir el carácter relativo de las interpretaciones e intentan hacer pasar ciertas interpretaciones como signos de lo real (Foucault, 1970) y el pragmatismo liberalista anglosajón no es la excepción. La propaganda anglosajona afirma que sus grupos de vanguardia científica y económica se hacen cargos de los problemas reales (no metafísicos, ni filosóficos) de una manera puramente experiencial y técnica (*cfr.* Friedman, 1988; Hayek, 2000 *cfr.* Popper, 1982). Esta afirmación no es más que un intento de enmascarar la ideología detrás de su interpretación simplificada del mundo.

Pese a lo que se suele pensar, las sociedades pragmático economicistas modernas no son especialmente concretas y prácticas sino por el contrario, son sociedades idealistas en el sentido de que su práctica social está fundada en abstracciones que pueden ser aplicadas en múltiples ámbitos con el mismo efecto alienante. Entre más generales sean los contenidos ideológicos más fácil es aplicarlos a diversas situaciones. Los alegatos a favor de la libertad individual y necesariamente de la libertad económica (Hayek, 2000) se extienden por todos los campos posibles, censuran tanto como justifican ciertas acciones.

La ilusión de que los grupos de científicos producen ciencia de una manera pura y ajenos a toda influencia de tipo sociopolítica e ideológica es una concepción común sostenida por la falsa asunción de que la ciencia es esencialmente neutra y tan sólo se dedica a revelar la realidad natural objetiva. “Es precisamente esa pretensión de la ciencia de constituirse en metadiscurso verdadero por encima de las ideologías, saberes y opiniones particulares la que la constituye como ideología dominante” (Lizcano, 2009:3).

Esto aunado a la propaganda liberal, en especial respecto a la libertad de pensamiento produce la ilusión de que los científicos simplemente se rinden ante las evidencias y como resultado de esa inflexión apartarán toda concepción ajena a esa realidad. “Y es precisamente el éxito logrado por las estrategias del discurso científico para enmascarar su carácter de discurso, su virtud para hacer olvidar los dispositivos lingüísticos que pone en juego para construir esa realidad que así se presenta como mero “des-cubrimiento”, su capacidad de persuadirnos de que no estamos siendo persuadidos, es precisamente esa mentira verdadera de la ciencia la que hace de ella la forma más potente de ideología en nuestros días: la ideología científica” (Lizcano, 2009:3).

Pareciera como si los objetos de la realidad fueran esa verdad que pugna por ser descubierta y en el mismo proceso de conocer se autoeligieran sus perfectos intérpretes. Esto es una especie de “entificación” de la verdad científica que se manifiesta como una revelación a todos aquellos científicos que se apegan a la lógica canónica del descubrimiento. A decir de la comisión, la epidemiología no se ha desviado de su propósito científico de descubrir la verdad por seguir una ideología, sino

que le “ha quitado” lo ideológico a una verdad objetiva: los determinantes.

No sería la primera vez que cuestiones técnicas han sido reducidas a cuestiones políticas, y a la inversa. Es lo que la reducción a la mínima causa requiere, política y supuestamente, científicamente hablando según el liberalismo.

¿Determinación social compleja o simplemente determinantes?

No cabe duda de que la justicia social, idealmente tendría que ser el objetivo principal de toda la actividad política de una sociedad (Castoriadis, 1995). Para analizar los aspectos profundos subyacentes en torno a la reflexión de las políticas de salud y la real conformación sociohistórica de la determinación social (González, 2009), se podría desplazar la discusión, primeramente, a lo que se entiende por justicia social y desde donde se ha especificado su dominio. No existe una definición “natural” o espontánea de lo que es la justicia social, pese a que a veces se pueda entender, incluso enarbolar intuitivamente, algunas presuposiciones al respecto.

Discutir lo que es la justicia, en otras palabras, los parámetros de lo que debe considerarse justo, forma parte de un dominio compartido entre la ética y la política; dominio que no está exento de complejidades. No se puede dar por hecho que una cierta postura política por sí misma definirá una conformación implícita de valores que han de sobreentenderse automáticamente; y a la inversa, tampoco se puede dar por sentado que una concepción clara de justicia social definirá *per se* una cierta forma de políticas de salud.

De ahí que una de las críticas más relevantes de la salud colectiva y la medicina social a la pers-

pectiva de la “Comisión de los determinantes de la salud” vendría precisamente por este flanco, al señalar oportunamente que la noción de justicia subyacente al informe es la de una justicia de redistribución desde una perspectiva “liberal”, que busca “subsana” las desigualdades sin resolverlas, ni problematizarlas en la estructura social (González, 2009); que además asume, por lo menos indirectamente, el carácter meramente paliativo de las estrategias propuestas (CDSS, 2008).

Esta situación remite necesariamente a revisar brevemente el concepto de “justicia”. Como primera cuestión se tiene que el sistema mundo capitalista (Wallerstein, 1979) es injusto por definición debido a que la situación privilegiada de unas cuantas personas se basa en empeorar la situación del resto de la población (*cf.* Rawls, 1997) mediante procesos de explotación, exclusión y subordinación. Esta aseveración es válida para comparar desigualdades entre Estados-nación, clases sociales, etnias, grupos generacionales, colectivos e individuos. Este concepto es muy útil para tener un punto de partida sólido para definir lo injusto. No obstante, la noción de justicia contenida en la pretensión de la imparcialidad cuasi absoluta de Rawls puede suscitar problemas en la comprensión de ciertos procesos sociales generadores de desigualdad (*cf.* Hoyos, 2008) porque las abstracciones que se generan pueden estar formuladas con un excesivo formalismo “racional” inexistente en la realidad social. Para Sen (1995) las desigualdades entre los individuos deben ser el punto central para definir un concepto de justicia, de tal manera que les otorga un peso mayor en su teoría.

Las capacidades como auténticos funcionamientos valiosos en acción (en acción significa que realmente se pueden poner en práctica) para el proyecto personal de todos y cada uno de los indi-

viduos, debería ser el objeto de una política social justa, según Sen (2000). Esta teoría no está basada en la acumulación de libertades, ni de redistribución de bienes, ni en la construcción de bienes primarios (básicos), sino en la equidad entendida como la correcta generación de capacidades necesarias (*cf.* Hoyos, 2008) para que los sujetos logren bienes subjetiva y colectivamente valiosos en concreto y en sus alcances reales.

El diferencial de capacidades no es meramente un asunto de méritos o desigualdades naturales (desigualdades que no tienen origen en la sociedad). Siguiendo los postulados de Whitehead tenemos que una inequidad es una desigualdad injusta y potencialmente evitable (Linares y López, 2008). Esto último aplicado a los servicios públicos de salud nos permite afirmar que es necesario que la equidad se exprese mediante un acceso igualitario, uso igualitario, igualdad en la calidad y en el uso de recursos en proporción a las necesidades de las personas (Linares y López, 2008).

Como ya se ha argumentado, no basta con un concepto de justicia redistributiva para garantizar el cumplimiento de los derechos humanos básicos, sino que se requiere de una reflexión más profunda y una mayor instrumentación.

Por otro lado, queda la cuestión de la mirada teórica que organiza el documento. La postura de “la Comisión de determinantes sociales de la salud” pese a incluir una cierta noción de lo social, al ser ésta última una construcción conceptual formulada desde una mirada basada en los “factores de riesgo”, es todavía causalista (González, 2009); aunque presenta algunos planteamientos aparentemente “novedosos” en ese terreno.

La implementación de estrategias en pro de la justicia social idealmente no debería conducirse a

través de una perspectiva simplificada, menos aún por meras exigencias ideológicas. Por el contrario, el acto mismo de poner en cuestión las nociones conceptuales cristalizadas en los imaginarios sociales siempre nos facilitará la construcción de nuevas posibilidades en el quehacer intelectual y en la acción política (Castoriadis, 1996). Excepto, cuando existe compromisos (de cualquier tipo), que pueden llegar a impedir una reflexión objetiva, en el sentido formal del término.

Y en los planteamientos de la Comisión se pueden ver compromisos con el orden social actual, que es presentado como algo que en esencia no es posible cambiar, a lo sumo, “perfeccionar”, constituyéndose como un dominio que no puede ser discutido en su profundidad real ni en sus dimensiones sociohistóricas (González, 2009). De ahí que otra de las críticas de la salud colectiva y la medicina social transita por señalar que los asuntos de fondo no están siendo tratados. Se puede observar, además, que la falta de una teoría social compleja y la factorización de procesos, proveen una simplificación despolitizadora a la perspectiva de la Comisión. La ausencia de una discusión compleja es notoria, ya que se simplifica para proponer fórmulas que no afecten el orden social en sus determinaciones más profundas (González, 2009).

¿Es el Estado el único responsable de resolver las desigualdades en salud?

Preguntarnos por el Estado moderno y sus capacidades reales de intervención en materia de salud en vista de los actuales acontecimientos mundiales es una cuestión válida dados los contrastantes indicios que han surgido como resultado de la pandemia del virus Covid-19 (*cf.* Wallace, 2020). No se trata de evaluar la capacidad y pertinencia del Estado conceptualmente hablando como lo

hacen autores liberales. La mayoría de las críticas liberales (Friedman, 1988; Hayek, 2000) de los extremistas del libre mercado se hacen con retóricas limitadas y reduccionistas, además carecen de rigor de fondo. Tampoco es cuestión de calificar al gobierno en turno, ni de valorar la política institucional.

Por el contrario, la crítica va dirigida a la actual conformación del Estado, no a la idea de Estado en sí misma ni a su institucionalidad específica. Es probable que responsabilizar al Estado de objetivos que en realidad no puede ejecutar porque carece de atribuciones reales y efectivas forma parte de la simulación institucional capitalista que funciona para regular el conflicto social (Santos, 1998a). ¿El actual modelo de Estado liberal y asistencialista servirá para el propósito superlativo de subsanar las desigualdades en una generación” tal y cómo está propuesto por la comisión?

La reciente configuración liberal-asistencialista de la mayor parte de los Estados modernos carece de los recursos y la planeación para llevar a cabo una acción sostenida contra las inequidades en salud tal y como lo plantea la comisión. No sólo se trata de un problema económico en el sentido más general del término (referido a la carencia de recursos y a la mala administración pública) sino de toda una falta de capacidad de origen creada por la actual configuración de las sociedades capitalistas que basa gran parte de su funcionamiento en la autorregulación de las superpoblaciones (*cf.* Foucault, 1979; 1996).

En ese contexto “atomizar” e “individualizar” (Foucault, 1979; 1984; 1990) los problemas en salud es más que una simple ideología ocultadora de las relaciones de poder, es toda una estrategia sociopolítica para impulsar la autorregulación en

salud de las poblaciones, para hacer de los individuos (de todos y de cada uno) los primeros vigilantes de la norma (Foucault, 1975; 1979; 2000) de salud, de su propia salud.

La capacidad real de los servicios de salud de los países (incluso los de altos ingresos) parece estar ajustada de tal forma que se apuesta porque la mayoría de la población no requiera de los servicios al mismo tiempo y esto solamente hablando de atención a la salud, así lo ha demostrado la actual pandemia del covid-19 (*cf.* Wallace, 2020). Incluso los sistemas de salud europeos se han visto rebasados por la pandemia y han tenido auténticas crisis de ocupación hospitalaria (Wallace, 2020). En ese mismo sentido, lo que ha sucedido en Estados Unidos ha demostrado de manera indirecta la ineficiencia de los sistemas privados para atender este tipo de problemas de salud, siendo uno de los países que ha tenido una de las peores gestiones de la pandemia teniendo en cuenta la cantidad de recursos que posee. Por el contrario, Dinamarca un país que ha sido “acusado” por EU de tener políticas “socialistas” (González, 2018) ha tenido una mucho mejor gestión de la crisis, siendo uno de los pocos países que casi no se han visto afectados (Makooi, 2020).

Los sistemas de salud de muchos Estados nación modernos aparentemente no han podido resolver de manera efectiva un problema de salud emergente que se suscita en el estrato más superficial de la capacidad de la respuesta social organizada y que en teoría debería ser contenida con relativa facilidad puesto que no es la primera vez que la humanidad enfrenta una pandemia. La capacidad de atención de los hospitales ha resultado escasa y los confinamientos parecen ser un intento de los Estados nación de ocultar las capacidades limitadas de los sistemas de salud.

Es decir, si los Estados modernos, incluso los Estados de los países de altos ingresos han demostrado que sus sistemas de salud pueden colapsar con relativamente muy pocos enfermos (*cf.* Wallace, 2020) (tomando como proporción a su población total) ¿Cuál es el fundamento para pensar que se pueden crear mecanismos para reestructurar desigualdades (que son de fondo); y resultado de complejos procesos sociales, mucho más que una pandemia?

Pretender que el Estado puede ejercer acciones en contra de las desigualdades para aliviar las inequidades en salud es pedir demasiado al actual diseño liberal de las instituciones públicas. Los intentos constantes por parte de los Estados incluso aquellos con economías de altos ingresos por justificar la saturación de los servicios de emergencia, de hacer parecer como algo racional las limitaciones de los servicios es injustificada toda vez que se reporta la cantidad de lugares y capacidades de los servicios (Wallace, 2020). ¿Por qué los servicios de salud sólo tienen cientos de lugares en terapia intensiva para una población de decenas de millones de personas? ¿Cómo es posible que un virus de tan sólo un 10 % de mortalidad y un índice de contagio del doble de la gripe común, pueda colapsar servicios de salud, requerir de confinamientos generales y prolongados y poner en riesgo la economía mundial? (*cf.* Wallace, 2020).

La comisión afirma que “los determinantes estructurales y las condiciones de vida en su conjunto constituyen los determinantes sociales de la salud, que son la causa de la mayor parte de las desigualdades sanitarias entre los países y dentro de cada país.” (CDSS, 2009:1). También se asevera que hay falta de voluntad política para impulsar cambios sustanciales en las inequidades en salud.

No se trata de falta de voluntad política sino de auténtica incapacidad estructural de origen debido al diseño mismo del Estado. Se podrán hacer extraordinarias reformas incluyentes, pero sin mecanismos, procedimientos e instituciones con atribuciones suficientes no se podrá realizar cambio alguno y mucho menos si no se pueden señalar a los auténticos responsables, en este caso los poderes económicos regionales y mundiales que quieren establecer sus propias leyes de facto, con o sin la aprobación de los Estados.

¿La “mala salud de los pobres” se mantiene solamente por políticas públicas deficientes y una mala gestión política?

La comisión indica que “el gradiente social de salud dentro de los países y las grandes desigualdades sanitarias entre los países están provocadas por una distribución desigual, a nivel mundial y nacional, del poder, los ingresos, los bienes y los servicios” (CDSS, 2009:1). Aunque la comisión va mucho más allá de los planteamientos de la epidemiología clásica ya que admite que lo social no es un factor lineal sino una meta causa que define, en última instancia, las diferencias en los resultados en materia de salud entre los países; su reconocimiento todavía está condicionado por una simplificación ideológica. Pese a ello es importante reconocer la trascendencia de un planteamiento como ese en un espacio sociocultural que todavía está dominado por concepciones simplistas, pragmáticas y biológicas. La salud no está determinada de manera lineal o causalista como se llega a concebir en ciertos saberes del sentido común (*cf.* Breilh, 2003).

También se aclara que “las consiguientes injusticias (...) afectan a las condiciones de vida de la población de forma inmediata y visible” (CDSS,

2009:1). Esa afirmación es importante porque en el mundo actual los saberes culturales de sentido común suelen acusar a las teorías críticas de ocuparse de problemas abstractos que no tienen referencias concretas. La comisión en oposición afirma que las desigualdades y sus efectos se pueden observar directamente en los resultados en materia de salud y que, realmente, no son entramados invisibles y complejos; difíciles de interpretar e intervenir. Algunos autores liberales podrían argumentar que no hay relación causal directa entre los fenómenos de la realidad que se caracterizan como desigualdad y la desigualdad como concepto crítico. Por el contrario, la comisión afirma que las evidencias emergen de manera inmediata, con una mínima inspección rigurosa de las variables. Es decir, las inequidades en salud tienen una dimensión estadística clara y no se necesita del desciframiento de una teoría sociológica complicada para comprender la manera en que las desigualdades operan.

De nuevo aparece la cuestión de los datos que emergen en cuanto se examinan y se auto demuestran como una evidencia ineludible que no requiere de ningún desciframiento ideológico o teórico. Los datos de la realidad objetiva están ahí y simplemente hay que extraerlos y mostrarlos; hablan por sí mismos como si de signos de lo real se tratasen (Foucault, 1970). En estas apreciaciones sigue estando presente la necesidad de validación ideológica del conocimiento “científico” al establecer que se ha producido un conocimiento puro libre de ideología (Bourdieu, 1999).

Los principales indicadores de la desigualdad según la comisión son el” acceso a atención sanitaria, escolarización, educación, condiciones de trabajo y tiempo libre, vivienda, (...) la posibilidad de tener una vida próspera” (CDSS, 2009:1).

En suma, son las condiciones de vida en general lo que determina la posibilidad de una existencia saludable, también así definida por el pacto por los derechos sociales. Ya desde entonces se reconocía la importancia del cumplimiento de los derechos sociales en la construcción de la prosperidad, dignidad y sanidad de todos los sujetos de una sociedad y estas cuestiones están intrínsecamente ligadas en estas perspectivas (ONU, 1966; OEA, 1988).

El reconocimiento de una problemática no implica necesariamente acciones gubernamentales; de ahí que en los hechos muchos gobiernos no han tratado de garantizar estos derechos sociales de manera efectiva. Lo que en realidad han hecho es recurrir a eufemismos, redefiniciones y delegación de responsabilidades a otras instancias para cumplir únicamente con lo escrito de maneras parciales, indirectas y simuladas sin atender a la profundidad de los compromisos que como entidades públicas han adquirido con las poblaciones. En el actual sistema mundo capitalista (Wallerstein, 1979; 2005; 2007) muchos Estados han interpretado que la mejor política posible para mejorar las condiciones de vida es no tener políticas en absoluto, salvo las necesarias (en un sentido económico administrativo) y las asistencialistas.

En nuestro país muchas políticas públicas en salud ya tienen un enfoque asistencialista, lo que está apartado de los principios de universalidad consagrados en las leyes generales. Estos principios se mezclan indistintamente con acotaciones y especificaciones que restan sus posibilidades de aplicación. De ahí que, aunque en el artículo 4 constitucional se declare que “toda persona tiene derecho a la protección a la salud” (DOF, 1917) en las leyes específicas (DOF, 1984) en las modalidades de acción, en los programas de gobierno

y en la acción institucional y sectorial se van acotando las posibilidades reales de ese derecho.

Las instituciones públicas llevan a cabo un cumplimiento fragmentario de los objetivos, por lo que puede decirse que las actuales políticas de salud (en los hechos) operan parcialmente al mismo tiempo que simulan cumplir sus objetivos en un sentido general. E incluso se cree que la buena administración pública consiste en cumplir con metas mediante presupuestos y atribuciones limitadas. Esta situación no tiene nada que ver con los gobiernos de turno, este diseño institucional es de alta densidad histórica y tiene como objetivo directo inhabilitar o limitar directa o indirectamente los servicios públicos para así impulsar la resolución de los problemas de salud mediante el libre mercado.

La solución no pasa por cambiar de gobierno ni por reformar el Estado (Santos, 1998b) (para darle más atribuciones), sino por transformar la totalidad de la sociedad en un sentido profundo. Una cuestión compleja sin duda ya que no sólo el gobierno es liberal capitalista, la sociedad también lo es y reestructurar todo el orden de procesos para lograr un cambio sostenido requiere de una transformación más compleja y una organización mayor.

Pese a que los liberales suelen argumentar que la pobreza de las pasadas etapas históricas ha sido superada gracias al capitalismo liberal (*cf.* Friedman, 1988; Hayek, 2000), la evidencia demuestra que alentar las inversiones, la productividad y el crecimiento de la economía, la libre elección y la creación de productos y servicios en el libre mercado no ha repercutido en un mejoramiento sustancial de las condiciones de vida de la población, sino que, por el contrario, se ha condensado, diversificado y complejizado la desigualdad. En

consecuencia, se ha desvirtuado el papel regulador del Estado debido al crecimiento descontrolado e irracional del mercado: “el crecimiento por sí solo, sin políticas sociales adecuadas que aseguren que sus beneficios se reparten de forma relativamente equitativa, contribuye poco a la equidad sanitaria.” (CDSS; 2009:1). Algunos autores liberales incluso llegan a afirmar que la mejor regulación estatal es la no regulación estatal (Friedman, 1988).

Ante esta ideología liberal que aparece de forma generalizada en los más diversos grupos de la sociedad a escala global cabría preguntarse: ¿por qué la comisión propone una intervención estatal de esa naturaleza y amplitud en un conjunto de sociedades “liberales” donde se cree que la intervención del Estado en materia de resolución de desigualdades es de fondo ilegítima ideológicamente?

Si bien es cierto que las sociedades capitalistas son tolerantes con las políticas públicas asistencialistas e incluso en algunos países, con políticas universales referidas a la salud y a la educación; en el fondo desaprueban cualquier acción gubernamental que impulse la creación de algún tipo de igualdad forzada y artificial. Estas cuestiones necesariamente llevan a cuestionarse el carácter construido de la realidad social. Si puede haber una igualdad forzada y artificial, también puede existir una desigualdad con las mismas características, que además esté impuesta políticamente y justificada ideológicamente como efectivamente sucede en el capitalismo.

Es más, la comisión dice que “esa distribución desigual de experiencias perjudiciales para la salud no es, en ningún caso, un fenómeno «natural» sino el resultado de una nefasta combinación de políticas y programas sociales deficientes, arre-

glos económicos injustos y una mala gestión política” (CDSS, 2009: 1). Pese a que se mencionan los “arreglos económicos injustos” no se especifica con suficiente precisión entre quienes son esos arreglos económicos, en qué ámbitos y de qué maneras. No se menciona tampoco ningún caso que ejemplifique en qué consisten.

Sin embargo, como se puede constatar en el documento la comisión señala con mucha agudeza en varias ocasiones que la desigualdad es resultado de políticas deficientes y mala gestión política. En tanto que ambas cuestiones son atribuciones del Estado la comisión responsabiliza fundamentalmente a éste de los malos resultados en salud lo cual a primera vista puede parecer una conclusión válida, sin embargo, con esas premisas que excluyen a los poderes económicos y culturales no se puede tener un panorama completo de la situación.

No obstante, es interesante observar que el discurso de la comisión oscila entre afirmaciones simplistas y argumentos que parecen tener una profundidad mayor. Sin embargo, las conclusiones y propuestas no reflejan la profundidad de muchos de los enunciados, por ejemplo: “Las desigualdades en la forma en que está organizada la sociedad hacen que las posibilidades de desarrollarse en la vida y gozar de buena salud estén mal distribuidas dentro de una misma sociedad y entre distintas sociedades” (CDSS; 2009:2). Pese a que se haga alusión a la “organización de la sociedad” esta se presenta solamente de una manera superficial refiriéndose a fenómenos de lo aparente real sin problematizar la estructuración de las desigualdades de base. Asimismo, no se propone en ningún momento una nueva organización de la sociedad sino intervenciones redistributivas: “la inequidad no se refiere a la injusticia en el reparto y acceso, sino al proceso intrínseco que la genera.

La inequidad alude al carácter y modo de ser de una sociedad que determina el reparto y acceso desiguales (desigualdad social), que es su consecuencia” (Torres, 2008:139).

Es el modo de ser de una sociedad (Castoriadis, 1975) y no sus procesos específicos visibles en las interacciones sociales inmediatas los que determinan las desigualdades de base: “Esta mirada que plantea la CDSS, aunque destaca las causas de las inequidades en determinantes políticos, sociales y económicos, no ahonda en el tipo de modelo de producción y reproducción social que sería la base de esta determinación y, por lo tanto, a la hora de plantear alternativas, no toca la naturaleza de fondo de la sociedad capitalista” (Torres, 2008:123).

Esta manera de enfocar el problema por parte de la comisión tiene implicaciones importantes, primero se atomiza, fragmenta y oculta el origen estructural de las desigualdades que son producto de procesos económicos, políticos e ideológicos de distintos dominios, extensiones y tesis y que tienen como fundamento de sus procesos operar con base a la apropiación del trabajo ajeno, la privatización de las ganancias y la polarización de las diferencias. Las desigualdades son la síntesis de los antagonismos y las contradicciones económicas, políticas e ideológicas que se expresan en diversas formas de explotación, exclusión y subordinación (López, et al, 2008)

También por medio de esta simplificación del problema de las inequidades en salud de manera indirecta se afirma que las desigualdades son solamente un problema de voluntades políticas y no un problema económico estructural e incluso del sistema económico mundial. Por ello la meta de la comisión no es alcanzable ni razonable ya que no es posible “subsanan las desigualdades en una

generación” sino se ha hecho un auténtico diagnóstico del problema.

Las acciones propuestas más que ser atenuantes (*cf.*: González, 2009) son en realidad un nuevo tipo de asistencialismo estatal más diverso y complejo que en el mejor de los casos probablemente será usado para regular el conflicto social (Santos, 1998a) y validar el actual orden económico internacional (*cf.*: Wallerstein, 1979; 2005; 2007). Los procesos propuestos no tienen como objetivo transformar las relaciones sociales ni establecer nuevas pautas de distribución del poder y recursos, sino que se planea intervenir una vez que ya se ha producido la desigualdad.

La racionalidad de una política redistributiva de ese tipo que ve a las desigualdades como productos acabados del sistema social. Con ello se corre el riesgo de impulsar intervenciones limitadas con metas incompletas. Con objetivos parcelarios solamente se lograrán mejoras fragmentarias que se presentarán como resultados aceptables, aunque sean mínimamente representativos de una mejora sustancial. Pese a ello, es probable que, los grupos de poder declararán que se está haciendo una mejor distribución del poder y los recursos. Con un diagnóstico incompleto el peligro de recurrir a la simulación en este tipo de intervenciones será frecuente, pues no es posible que con este enfoque recortado las desigualdades sean disminuidas de forma sustancial, mucho menos resueltas.

El Estado moderno liberal asistencialista que predomina en nuestro país aún conserva rasgos del contractualismo (Santos, 1998b) surgido de la revolución y su pacto sociocultural está todavía concentrado en la actualmente reformada constitución. Aunque no puede ser considerado como un régimen de bienestar con políticas públicas fuertes, todavía operan servicios y empresas pú-

blicas de gran importancia. Desde la década de los 80 el gobierno mexicano ha impulsado reformas estructurales para liberar la economía. Estas reformas tienen su origen tanto en los macro poderes económicos mundiales, así como en la burocracia internacional. El actual gobierno mexicano que se ha declarado en contra de esas políticas ha sorteado numerosas dificultades en su proyecto de nación, la misma situación han enfrentado otros gobiernos progresistas en la región, lo que demuestra que los gobiernos alternativos que se oponen a la organización global capitalista liberal no pueden ejercer de forma efectiva su poder ni siquiera en su territorio.

El Estado moderno actualmente es objeto de una metaforización irracional en el sentido de que se le adjudican poderes y atribuciones que en realidad no posee únicamente con el propósito de responsabilizarlo de todos los problemas sociales. Y contradictoriamente se le cuestiona por problemas que son generados precisamente por impedir su acción. En ese mismo tenor, al Estado se le acusa de una mala administración pública al mismo tiempo que se le exige que libere bienes públicos para entregarlos al libre mercado.

El poder estatal de las naciones a escala global ha sufrido una transformación y ha cedido gran parte de su influencia a los mercados internacionales y a la política internacional. El orden societal de la sociedad civil (Samaja, 2004) es el que actualmente se está conformando como el poder de poderes del sistema mundo capitalista (Wallerstein, 1979; 2005; 2007). La preponderancia de las empresas transnacionales y la burocracia internacional (conformada de manera desigual ya que los países con mayores recursos también tienen mayor influencia) tiene cada vez una importancia mayor en la toma de decisiones a nivel mundial. De hecho, estas entidades tienen ya la capacidad fáctica

real de imponer programas de intervención entre naciones y poco a poco su influencia se expande a situaciones cada vez más específicas.

Si bien es cierto que todavía es posible hablar de malos gobiernos por muchas razones válidas, en ocasiones parece ser que el “terrible Estado nación autoritario, populista y despilfarrador” al que tanto temen los liberales (cfr. Friedman, 1988; Hayek, 2000) en muchos casos no es más que una ficción para responsabilizar a éste de manera unilateral de los problemas económicos y sociales que produce el libre mercado y sus agentes más influyentes a escala global.

Es necesario insistir que actualmente opera una reorganización conformada por un bloque de superpotencias que desmonta la antigua configuración de los Estados-nación con la finalidad de imponer una subordinación de toda entidad al mercado internacional (López, et al, 2008).

Conclusiones ¿Determinantes sociales desde una perspectiva crítica?

El texto de la comisión parece tener una conformación argumental sólida de tal manera que por momentos parece un legítimo reconocimiento de las meta-causas de las inequidades en salud. Sin embargo, las estrategias discursivas a las que recurre demuestran que su compromiso con el orden social vigente es manifiesto. Además, todavía se aferra a insertarse en la validación ficcionaria del progreso capitalista por medio del discurso científicista.

Referencias bibliográficas

Bourdieu, P. (1999). *El oficio del sociólogo*. México: Ed. Siglo XXI, 424.

Pese a que “La Comisión tiene una visión global de los determinantes sociales de la salud” en su lenguaje podemos observar algunas acotaciones ideológicas. Por ejemplo, la comisión habla de “la mala salud de los pobres” (CDSS. 2009), como si al identificar el problema en unas personas específicas se particularizara un problema que es más general, en este caso la desigualdad. No es la mala salud de los pobres lo que debe combatirse, sino la mala salud producida por la pobreza, que es un producto directo de la desigualdad.

No obstante, no se podría afirmar tajantemente que la ausencia de una mirada compleja en los señalamientos de la Comisión sea un asunto meramente ideológico. Pero la simplificación de los temas de fondo y los nuevos planteamientos disfrazados de contenido crítico muy probablemente transitan hacia la perpetuación del orden social actual y las intervenciones propuestas van en el sentido de “perfeccionar” al capitalismo, al formular nuevas formas de regulación del conflicto ajustadas a la realidad del capitalismo global actual.

Por último, hay que decir que una reflexión intelectual sobre las desigualdades requiere que el análisis de los aspectos claves se realice (necesariamente) desde una postura desligada de todo compromiso con los centros de poder y sus intereses ideológicos. De lo contrario, todo cuestionamiento será marginal y podrá ser fácilmente absorbido por la racionalidad del orden dominante.

Breilh J. (2003). *Epidemiología crítica. Ciencia emancipadora e interculturalidad*. Argentina: Lugar Editorial/Universidad Nacional de Lanús, 76-92.

- Castoriadis, C. (1975). *La institución imaginaria de la sociedad*. Barcelona: Tusquets, 584.
- Castoriadis, C. (1995). “La democracia como procedimiento y como régimen” (Ponencia). Encuentro internacional *La strategia democratica nella società che cambia*. Roma: Datanews, Via S. Erasmo 15, 00184.
- Castoriadis, C. (1996). *Dominios del Hombre: Encrucijadas del laberinto II*. Ed. Gedisa: Argentina, 256.
- Chalmers A. (2001). ¿Qué es esa cosa llamada ciencia? Una valoración de la naturaleza y el estatuto de la ciencia y sus métodos. México: Siglo XXI, 246.
- CDSS (Comisión de Determinantes Sociales de la Salud) (2008). *Subsanar las desigualdades en una generación. Avanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud. Resumen Ejecutivo*. Ginebra, Suiza: OMS, 40.
- CDSS (Comisión de Determinantes Sociales de la Salud) (2009). *Subsanar las desigualdades en una generación. Avanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud. Informe final*. Ginebra, Suiza: OMS, 260.
- DOF (Diario Oficial de la Federación) 5 de febrero de 1917. Constitución política de los Estados Unidos Mexicanos. Artículo 4.
- DOF (Diario Oficial de la Federación) 7 de febrero de 1984: Ley General de Salud.
- Foucault, M. (1970). *Marx, Nietzsche, Freud*. Madrid: Anagrama, 64.
- Foucault, M. (1971). *Las palabras y las cosas: Una arqueología de las ciencias humanas*. México: México Siglo XXI, 375.
- Foucault, M. (1975). *Vigilar y Castigar*. Madrid: Siglo XXI, 328.
- Foucault, M. (1976). “Curso del 14 de enero de 1976”. En: Foucault, M. (1994). *Microfísica del poder*. México: Planeta, 139-152.
- Foucault, M. (1979). “Nacimiento de la biopolítica”. En Gabilondo, A. (1999) *Estética, ética y hermenéutica*. Barcelona: Paidós, 209-215.
- Foucault, M. (1984). “La ética del cuidado de uno mismo como práctica de libertad”. En Foucault, M. (1994) *Hermenéutica del sujeto*. Madrid: La Piqueta, 105-142.
- Foucault, M. (1990). *Tecnologías del yo*. Barcelona: Paidós, 152.
- Foucault, M. (1996). *La vida de los hombres infames*. Argentina: Ed. Museo de Buenos Aires, 220.
- Foucault, M. (2000). *Los anormales*. México: Fondo de Cultura Económica, 350.
- Friedman, M. (1988). *Libertad de elegir*. Barcelona: Ed. Orbis, 338.
- González, R. (2009). La medicina social ante el reporte de la Comisión sobre los Determinantes Sociales de la Salud. Organización Mundial de la Salud, Medicina Social/Social Medicine, 135-143.
- González, M. (2018). Dinamarca responde al informe de EEUU que habla de su error por abrazar el socialismo: “Sí, pagamos bastante en impuestos... pero obtenemos mucho a cambio”. Infolibre noticias. https://www.infolibre.es/noticias/mundo/2018/10/30/dinamarca_responde_informe_eeuu_que_habla_del_error_abrazar_socialismo_si_pagamos_bastante_impuestos_pero_obtenemos_mucho_cambio_88298_1022.html (consultada el 15 de febrero del 2021).
- Hayek, F. (2000). “Friedrich Von Hayek. De la servidumbre a la libertad”. En: Santa Cruz, L. (coord.) *Conversaciones con la libertad*. Santiago de Chile: Ed. El Mercurio, 300.
- Hoyos, D. (2008). “Elementos para una teoría de la justicia: una comparación entre John Rawls y Amartya Sen”, *Desafíos*, vol. 18: 156-181.
- Institute of health equity. (2021). Resource reports. <https://www.instituteoftheequity.org/resources-reports> (consulta el 15 de julio del 2021).
- Kuhn, T. (2004). *La estructura de las revoluciones científicas*. México: Ed. FCE, 321.
- Linares, N. y López, O. (2008). “La equidad en salud: propuestas conceptuales, aspectos críticos y perspectivas desde el campo de la salud colectiva”,

- Revista Temas y debates*, vol. 3, Núm. 3: 247-259.
- López, O.; Escudero, J. y Carmona, L. (2008). “Los determinantes sociales de la salud. Una perspectiva desde el Taller Latinoamericano de Determinantes Sociales de la Salud, ALAMES”, *Revista Temas y debates*, vol. 3, Núm. 4: 323-335.
- Lizcano, E. (2009). Ciencia e ideología. http://webs.ucm.es/info/eurotheo/diccionario/C/ciencia_ideologia.htm (consulta 19 de febrero de 2021).
- Makooi, B. (2020). Dinamarca: ¿excepción europea ante el Covid-19? France 24 noticias. <https://www.france24.com/es/20200413-dinamarca-excepcion-europa-covid19-coronavirus-cuarentena> (consulta 21 de febrero del 2021).
- Marmot, M. y Allen, J. (2014). “Social determinants of health equity”, *American Journal of Public Health*, Supplement 4, vol. 104, Núm. S4: S517-S519.
- Morales, C.; Borde, E.; Eslava, J. y Concha, S. (2013). “¿Determinación social o determinantes sociales? Diferencias conceptuales e implicaciones praxiológicas”, *Revista de salud pública*, vol.15, Núm. 6: 797-808.
- OEA (Organización de Estados Americanos). (1988). Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, conocido como Protocolo de San Salvador.
- ONU (Organización de Naciones Unidas). (1966). Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales.
- Popper, K. (1982). *Conocimiento objetivo*. Madrid: Ed. Técnos, 15-40.
- Rawls, J. (1997). *Théorie de la justice*. Paris: Ed. Seuil, 99-116.
- Rosen, G. (1985). *De la policía médica a la medicina social*. México: Siglo XXI editores, 200.
- Sader, E. (2003) *La venganza de la historia. Hegemonía y contrahegemonía en la construcción de un nuevo mundo posible*. México: Editorial Era, 21-95.
- Samaja, J. (2004). *Epistemología de la salud. Reproducción social, subjetividad y transdisciplina*. Buenos Aires: Ed. Lugar, 248.
- Santos, B. (1998a). *De la mano de Alicia*. México: Siglo del Hombre Editores, 234.
- Santos, B. (1998b). *Reinventar la democracia, reinventar el Estado*. España: Sequitur, 102.
- Sen, A. (1995). *Nuevo examen de la desigualdad*. Madrid: Ed. Alianza, 224.
- Sen, A. (2000). *Desarrollo y libertad*. Bogotá: Ed. Planeta, 105-150.
- Torres, M. (2008), “Los determinantes sociales de la salud y la acción política”, ponencia, Taller Latinoamericano de Determinantes Sociales de la Salud, 29 de septiembre al 2 de octubre, ALAMES, Medicina Social (www.medicina-social.info) volumen 4, número 2, junio 2009 México, D.F. <http://www.alames.org/eventos/materiales-tallerdeterminantes-sociales/>
- Wallace, A. (2020). Coronavirus: qué capacidad tienen realmente los países de América Latina para hacer frente a la epidemia de covid-19. BBC News mundo. <https://www.bbc.com/mundo/noticias-america-latina-51916767> (consulta 1 de febrero del 2021).
- Wallerstein, I. (1979). *El moderno sistema mundial tomo I*. México: Siglo XXI Editores, 640.
- Wallerstein, I. (2005). *Análisis de sistemas-mundo. Una introducción*. México: Siglo XXI Editores, 153.
- Wallerstein, I. (2007). *Geopolítica y geocultura. Ensayos sobre el moderno sistema mundial*. Barcelona: Kairos, 336.

Repensando la educación en salud pública. La salud colectiva como medio para alcanzar la soberanía en salud en América Latina

Héctor García Hernández

RESUMEN

La salud pública es la disciplina encargada de la solución de los problemas de salud de las poblaciones. Teniendo diversas áreas de trabajo como la formación de recursos humanos, la elaboración de políticas y programas en salud, la investigación, etc. Sin embargo, sus efectos en la resolución de problemas en salud han sido limitados, por un lado debido al agotamiento de sus conocimientos teóricos y prácticos, y por otro a que se circunscribe a un modelo económico y político que impide cambios estructurales y efectivos en las condiciones de vida de la población. Además, la salud pública ha restado soberanía a Latinoamérica al educar en universidades y a profesionales con conocimientos eurocéntricos y alinear la agenda pública de los países a compromisos internacionales que terminan por no ser efectivos.

Debido a ello surgió un nuevo campo epistemológico que pretende dar respuesta a estas limitantes. La medicina social / salud colectiva, además, busca dotar de soberanía a la región latina en temas de salud y alcanzar escenarios ideales en donde se respete la vida y se logren cambios que mejoren realmente la situación de salud de las poblaciones.

PALABRAS CLAVE: salud pública, medicina social, salud colectiva, educación en salud, soberanía sanitaria.

Rethinking public health education. Collective health as a means to achieve health sovereignty in Latin America

ABSTRACT

Public health is the discipline in charge of solving the health problems of populations. Having various areas of work such as the training of human resources, the development of health policies and programs, research, etc. However, its effects on the resolution of health problems have been limited, on the one hand due to the exhaustion of its theoretical and practical knowledge, and on the other because it is limited to an economic and political model that prevents structural and effective changes in the living

* Docente del Departamento de Salud Pública de la Facultad de Medicina en la Universidad Nacional Autónoma de México. Contacto: hector.garcia.hernandez@facmed.unam.mx

Fecha de recepción: 02 de marzo de 2021.

Fecha de aceptación: 10 de agosto de 2021.

conditions of the population. In addition, public health has reduced sovereignty to Latin America by educating in universities and professionals with Eurocentric knowledge and aligning the public agenda of countries to international commitments that end up not being effective.

Due to this, a new epistemological field emerged that seeks to respond to these limitations. In addition, social medicine / collective health seek to provide sovereignty to the Latin region in health and reach ideal scenarios where the health of populations can be improve.

KEY WORDS: public health, social medicine, collective health, health education, sanitary sovereignty

Introducción

Los profesionales en salud pública tienen la responsabilidad de generar información, elaborar estrategias, apoyar en la educación de su área, servir como consultores en la elaboración de políticas, tomar decisiones teniendo en cuenta múltiples situaciones y contextos, entre otras tareas, con el fin de mejorar la salud de la población. Sin embargo, la salud pública –a pesar de ser la respuesta a diversos problemas contemporáneos de la salud y enfermedad– está limitada para cumplir con esos cometidos. Por un lado, gracias a la subordinación eurocéntrica en conocimientos teóricos y prácticos en los países latinos y, por otro, la falta de soberanía sanitaria consecuencia de esta subordinación. Además, la razón de ese límite se encuentra en el modelo económico y político en el cual se circunscribe la salud pública. Debido a ello ha surgido un nuevo campo de estudio para dar solución a estos problemas, es decir, la medicina social / salud colectiva.

El objetivo de este ensayo es revisar la trayectoria epistemológica de la salud pública, sus problemas y limitaciones para realizar sus objetivos, y analizar la medicina social como corriente epistémica para transformar la salud poblacional de Latinoamérica y dotarla de soberanía en salud. Comenza-

remos con la revisión de la adopción biologicista del paradigma positivista de la salud-enfermedad, posteriormente se revisarán los diversos cambios del mismo; después señalaremos el papel de la salud pública dentro de ese proceso, para avanzar a una sintética revisión del declive de la salud pública y culminar con la emergencia de la salud colectiva y su papel en la soberanía sanitaria de Latinoamérica.

Corriente positivista en salud

La educación científica en salud comenzó en países europeos a principios del siglo XIX y posteriormente se diseminó en Estados Unidos. Esta corriente se impulsó gracias a la Primera Revolución Industrial y se adoptó debido a cinco puntos (Menéndez, 2005):

- 1) El cambio político-económico. En esa época, el desarrollo acelerado del capitalismo propició que las clases trabajadoras demandaran servicios de salud.
- 2) La institucionalización de la salud. Este proceso fue debido a la industrialización, ya que las instituciones prestadoras de servicios de salud se formaron para la atención de la población trabajadora, pero con el tiempo

también se convirtieron en lugares donde se enseñaron e investigaron las disciplinas de la salud.

3) El informe *Medical Education in the United States and Canada* publicado en 1910, mejor conocido como Informe Flexner (IF). El IF termina por validar las bases científicas como pilares de las ciencias de la salud, específicamente de la medicina, que redefinieron a la enseñanza y la práctica médica a través de principios técnicos e hicieron una división marcada de lo individual y lo comunitario, lo biológico y social y lo curativo y preventivo. Bajo estas premisas se fundan las primeras escuelas de salud pública, impulsadas por inversiones de fundaciones privadas en Estados Unidos y posteriormente en América Latina (Filho y Paim, 1999).

4) Los conocimientos se volvieron más complejos, primero en su investigación y después en su enseñanza.

5) El dominio de la dimensión ideológica. Los avances científicos en salud y los servicios médicos institucionalizados se adjudicaron los logros en la disminución de la mortalidad y de la mejoría de las condiciones de vida de la población a inicios del siglo pasado. Sin embargo, gran parte de estos cambios fueron consecuencia de un mejor procesamiento, transporte y almacenamiento de alimentos, una mayor disponibilidad de agua potable, amplias medidas de saneamiento, etc.

La llegada de esta corriente positivista terminó por expandirse en la mayoría de las universidades de América y generó una dependencia dentro de las mismas a nivel funcional, político y admi-

nistrativo a ese paradigma (Filho y Paim, 1999). Debido a ello, a lo largo de las décadas pasadas, la formación de profesionistas en salud tuvo una visión biologicista con poca o nula formación en la parte social del proceso salud-enfermedad (Laurell, 1986). También, la formación en salud pública quedó bajo las mismas condiciones contextuales, subordinándola a las facultades de medicina y dejando a un lado el componente social.

La visión positivista tuvo ciertas modificaciones en la forma de entender el proceso salud-enfermedad, las cuales revisaremos con brevedad.

Paradigmas del proceso salud enfermedad

De manera general, a principios del siglo pasado la salud y la enfermedad se entendieron como procesos lineales, es decir, de causa y efecto. A este modelo se le denominó “dinámico”, y se enfocó en buscar la causalidad de las enfermedades. Primero de forma unicausal (apoyada por el descubrimiento de múltiples microorganismos) y posteriormente de manera multicausal (incluyendo a otros agentes, como el individuo y el medio externo) mediante la triada ecológica. Con la transición en salud, el modelo multicausal fue resultando insuficiente para dar entendimiento a este proceso. Ya que varios problemas de salud no “encajaban en el molde”, refiriéndonos a las enfermedades crónicas degenerativas y a los problemas en salud derivados de los cambios sociales (como el suicidio o la violencia) (González et al., 2010).

En el paradigma positivista de la causalidad, la causa y efecto se expresan en los principios de asociación de Bradford Hill (Villa, 2013), por ejemplo; la relación entre sedentarismo y obesidad y diabetes mellitus tipo 2, en donde el investigador busca factores de riesgo tanto de la persona

como del ambiente; para poder hacer estas relaciones se coloca a la persona teóricamente fuera de su ambiente social. Este enfoque es lineal y reduccionista ya que deja a un lado determinantes vitales para poder comprender el fenómeno de la salud y la enfermedad, por lo que se le define como unicultural, antropocéntrico y eurocéntrico (Breilh, 2013).

Ante este desafío se generaron enfoques más críticos, ya que entender la enfermedad simplemente como un fenómeno biológico del individuo no explicaba la producción social del proceso salud-enfermedad (Laurell, 1986).

Uno de los paradigmas más recientes es la epidemiología social, promovido por la Organización Mundial de la Salud (OMS), es decir, el de los determinantes sociales de la salud (DSS). Sin embargo, la forma de manejar las variables a diferentes niveles (estructurales) y con diferentes actores no superó el causalismo, ya que a pesar de darle mayor relevancia a cuestiones de jerarquía y clase social –mediante la inclusión de conceptos como el sexo, el ingreso, la educación, la situación política, etc.–, su relación con las inequidades (Barragán, 2007), sus intenciones de mejorar las condiciones de vida y su lucha contra la pobreza y exclusión (Barreto, 2017), convertía las estructuras sociales en variables y no en categorías de análisis del movimiento histórico de acumulación. Con estas limitantes es imposible dar críticas a la forma de organización social de la sociedad de mercado y de sus consecuencias en la salud (Breilh, 2013; Laurell, 1986).

Los paradigmas que se encuentran dentro del análisis positivista únicamente alcanzan a apreciar ciertas partes o fragmentos de la realidad -a lo que se le llama el fenómeno del pico del iceberg- ya que no es suficiente el observar y medir fenóme-

nos sin tomar en consideración las variables sociales que determinan el hecho biológico (Breilh, 2013). Esto es debido a la gran influencia, durante el siglo XX, que la medicina ha tenido sobre la definición de los problemas de salud, y que acarrea dos grandes limitaciones, la primera: engloba el problema únicamente dentro de las ciencias naturales, y la segunda: lo desarticula de la totalidad social (Barreto, 2017; Laurell, 1986).

En la búsqueda de nuevos paradigmas para resolver esta limitante, surge el concepto de determinación social, siendo un enfoque más crítico de las ciencias de la salud, el ambiente y la sociedad. A esa corriente la podemos llamar Medicina Social o Salud Colectiva, su núcleo interpretativo es la unidad y diversidad social, ambiental y sanitaria que surge de la reproducción social y la necesidad de emancipación de ciertos grupos para la construcción de un nuevo modelo que proteja y promueva la vida (Breilh, 2013).

La salud pública

La salud pública (SP) es un campo con gran historia ya que sus nociones datan de los griegos, con publicaciones sobre el efecto del ambiente sobre el individuo y el control de enfermedades impulsado por acciones colectivas. Sin embargo, este campo sufrió un proceso de medicalización gradual debido a los avances científicos e industriales y fue reducido hasta ser considerado, en algún momento, como una “rama” de la medicina. A pesar de ello, se le han asignado ciertas tareas a realizar, llamadas Funciones Esenciales de la Salud Pública (FESP) que van desde el estudio de la situación de salud-enfermedad en las poblaciones hasta el desarrollo de sistemas de salud que combatan las desigualdades e inequidades en salud (González, 2010).

Su desarrollo en el último siglo ha sido contradictorio, ya que sus principios base no comulgan con las nociones del modelo económico capitalista, es decir, hay una lucha de individualismo contra comunidad, competencia contra reciprocidad y ganancia contra solidaridad (Santos, 2010). Las acciones de la SP durante este periodo de tiempo han tenido un énfasis en campañas verticales contra la erradicación de enfermedades infecciosas rurales, que muchas veces no han tenido el éxito esperado debido a su hincapié exagerado en las tecnologías médicas, la fragmentación de los sistemas de salud, la discontinuidad de las políticas sanitarias y la promoción de una SP como una respuesta temporal a las emergencias sanitarias. Ejemplo de ello son las campañas masivas de eliminación de la malaria y el paludismo mediante el empleo agresivo del DDT sin considerar las condiciones de vida-tanto educativas, como laborales-de la población receptora, que terminaron por ser contraproducentes para la sociedad, reflejándose en la contaminación ambiental, la intoxicación poblacional, el daño a insectos y animales de granja, la resistencia del vector a ese compuesto químico, entre otros (Cueto, 2015).

Es irrefutable que la SP ha tenido logros, que han variado en cada país, como las vacunas, la reducción de la mortalidad infantil y materna, la identificación de factores de riesgo para múltiples enfermedades, los avances en nutrición humana y manejo de alimentos, mayor seguridad automovilística y laboral, la planificación familiar, entre otros más (Evans, 2001). Sin embargo, al encontrarse en esa contradicción de valores promovida por el sistema económico dominante, dentro de la SP no se considera prioritario la resolución de los problemas sociales que generan la enfermedad ni la construcción de sistemas de salud integrales (Cueto, 2015).

Aunado a que, al seguir el paradigma positivista, la SP se vio limitada para explicar el proceso salud-enfermedad dentro de las sociedades y de poder transformarlo y lograr una mejoría en salud (Laurell, 1986).

Además, la SP contribuyó, en cierta medida, a que América Latina tuviera una limitada soberanía en salud, debido a que organismos financieros internacionales y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) financiaron programas de salud en algunos países -como Colombia, Brasil y Chile- y dictaron las estrategias internacionales a seguir. Algunas de estas estrategias fueron la iniciativa de la OMS de Salud para Todos en el Año 2000 (SPT2000), la Atención Primaria de Salud (APS) o el Informe Lalonde sobre la promoción de la salud (Filho y Paim, 1999), que terminaron por influir en las universidades y los profesionistas de esta región.

Declive de la salud pública

Dentro de los graves problemas en salud a nivel mundial, están las desigualdades e inequidades. Las cuales están relacionadas con las diferencias en el desarrollo económico y social alcanzado por cada país; estas existen tanto dentro como entre ellos -la llamada desigualdad global- y definen las interacciones de los determinantes de la salud. Como se mencionó, una de las principales tareas de la SP es el combate a las desigualdades e inequidades en salud y también es uno de sus mayores fracasos. Esto se revela al revisar indicadores en salud como esperanza de vida -que puede ser tan dispar con un mínimo de 46 años en Sierra Leona y 84 años en Japón- o mortalidad -por ejemplo, en África subsahariana la mortalidad es 15 veces mayor que en países desarrollados- (Barreto, 2017).

Este fracaso se hace evidente, ya que una de las premisas de la SP era que el crecimiento económico y el desarrollo de una población llevaría inevitablemente a la mejoría de la salud de la sociedad. Lamentablemente esta aseveración resultó ser incorrecta principalmente en Latinoamérica, debido a que la salud de su población mostró un deterioro a pesar del crecimiento económico de la región en las últimas décadas. Esto se mostró desde los años 60s y se puede constatar en ciertos indicadores de salud, como la mortalidad, el acceso a los servicios de salud, la esperanza de vida, entre otros (Iriart et al., 2002; Laurell, 1986).

Además del poco avance o retroceso de los indicadores en salud, también se presentaron problemas estructurales en los sistemas de salud como el incremento en el gasto destinado a atender la enfermedad, la súper especialización en medicina, el crecimiento de la desigualdad en salud (Laurell, 1986), la tecnificación de la práctica médica y el desprestigio de las escuelas de salud pública llenas de abordajes individualizantes respecto a la salud (Filho y Paim, 1999). Ante este panorama, la salud pública buscó reformar su batería teórica y práctica para hacerle frente a estos problemas. Los nuevos paradigmas creados –por el ejemplo la Nueva Salud Pública de Julio Frenk– se vieron influenciados por muchas organizaciones internacionales como la OPS, el Banco Mundial o el Foro Monetario Internacional. Dentro de las soluciones propuestas estaban el enfoque preventivista (sin modificación de las condiciones sociales), una mejor gestión económica de la salud, mayor transparencia financiera, la mejora en la eficacia y eficiencia de los servicios, focalización de recursos a grupos sociales determinados, el uso conceptual de manejo de riesgos, entre otros más; por ello en la década de los 80s se priorizó dentro de los sistemas de salud las reformas encaminadas al desarrollo de sistemas de información, de

mejoría en la metodología de la epidemiología, nuevas formas de financiamiento en salud, investigaciones en avances tecnológicos, etc. Consecuencia de esas iniciativas, en las universidades de América Latina el único efecto educativo fue la implantación de departamentos académicos de medicina preventiva (Filho y Paim, 1999), dejando aún sujeta la SP al enfoque positivista de la medicina científica.

La crisis de la SP relatada se ve acelerada por el surgimiento del neoliberalismo e individualismo a finales del siglo XX, que reforzaron la percepción de que los acontecimientos sociales son responsabilidad de las personas que los sufren, eliminando su carácter colectivo y restando responsabilidad al Estado para su solución (Barreto, 2017). Esto provoca un retroceso en la lucha contra los problemas comunitarios de salud y genera malos resultados respecto a la mejoría social (Filho y Paim, 1999), agravada por la inequidad propiciada por dicho sistema económico.

Es evidente que la SP –al estar sujeta a un sistema económico individualizante y acumulador y a influencias externas y enfoques biomédicos– por más que busque renovarse le será imposible evidenciar los problemas de salud y, posteriormente, resolverlos.

Medicina social / Salud colectiva

Debido a que la salud pública –impulsada por corrientes neoliberales– no daba solución a los problemas de salud y carecía de conceptos, técnicas y prácticas para generar ese cambio, más las consecuencias negativas del capitalismo, surge en los años 70s un pensamiento crítico latinoamericano que se nutrió de la formación de grupos académicos dentro del campo de la salud, junto con los movimientos sociales de trabajadores, estu-

diantes y organizaciones sociales que no estaban de acuerdo con el modelo económico capitalista (Iriart et al., 2002; Filho y Paim, 1999). Este nuevo pensamiento se llamó Medicina Social (MS) o Salud Colectiva (SC), su objeto de estudio es la forma histórica del proceso biológico de la enfermedad y su manera de manifestarse en los diferentes grupos sociales (Laurell, 1986).

La MS/SC puede ser definida como un campo de conocimientos interdisciplinar que contempla actividades de investigación sobre el estado sanitario de la población, las políticas de salud, la relación entre los procesos de trabajo y enfermedades y daños, así como las intervenciones de grupos y clases sociales sobre la cuestión sanitaria. Igual que la SP, hace uso de varias ciencias como la estadística, la demografía, la clínica, la genética, las ciencias biomédicas, la administración, la gestión, etc. para lograr su cometido (Filho y Paim, 1999).

Es de resaltar que la OPS impulsó la MS/SC gracias al apoyo financiero brindado dentro del campo de investigación, la difusión de trabajos y la consolidación del primer posgrado en esa área, es decir, la Maestría en Medicina Social de la Universidad Autónoma Metropolitana Xochimilco (UAM-X) (Iriart et al., 2002).

Dentro de las diferencias que encontramos entre la SP y la MS/SC está su unidad de análisis, en la primera se encuentra la población y el conjunto de variables que la estratifican como la edad, el sexo, la ocupación, etc. Mientras que en la MS/SC se considera a la población y a las instituciones sociales, en donde sus características sobrepasan a las de los individuos que las componen, es decir, esas características individuales son estudiadas en los contextos sociales que las determinan. Además, la MS/SC emplea como concepto fun-

damental de su análisis a la clase social; mientras que la SP usa a las características demográficas como los ingresos, la educación o el trabajo para definir una clase social, la MS/SC la define como resultado de los procesos de producción económica (Iriart et al., 2002), y propone que la base de la desigualdad entre países y grupos sociales está en la inserción de estos en las formas de producción económica del sistema capitalista. De esa manera, da explicación a las formas de dominación y explotación que surgen de las clases de mayores ingresos a las de menores ingresos (Laurell, 1986). Tomando en cuenta esta visión es posible darles mayor entendimiento y solución a los problemas del proceso salud-enfermedad.

La MS/SC tiene ciertas características (Filho y Paim, 1999), la primera de ellas menciona la relación de la salud con la estructura de la sociedad a través de su sistema económico, político, ideológico e histórico. La segunda señala que las acciones de salud están influenciadas por los mismos grupos sociales. La tercera hace referencia al campo de acción de la MS, es decir, aquel construido en los límites del terreno biológico y social, que terminan por determinar al proceso salud-enfermedad; y la cuarta se enfoca en la forma en que este campo interdisciplinario genera su investigación y la información, es decir, viendo la realidad como un todo y no como sus partes –superando el problema del pico del iceberg–.

Por otro lado, la MS/SC alimentó y animó la construcción de la epidemiología crítica latinoamericana, que rompía con el paradigma base de la SP –es decir, la epidemiología clásica positivista que basaba su análisis en las variables de tiempo, lugar y persona– y se enfocó en la noción de determinación social de la salud, la cual se ve reforzada por el análisis que hace desde la matriz de triple inequidad: clase, género y etnia (Breilh,

2013). Recordemos que las limitantes de los modelos de la SP son la dicotomización de la salud y enfermedad, el no considerar la influencia que tienen las condiciones sociales en ese proceso (Iriart et al., 2002), además de que hacen invisibles las relaciones de determinación generadas por el sistema económico capitalista, la inequidad generada por este y la destrucción de la naturaleza (Breilh, 2013).

Este nuevo paradigma de la MS/SC, junto con la epidemiología crítica, busca apoyar los esfuerzos de los pueblos oprimidos y explotados para desmontar el sistema acumulativo, excluyente y destructor actual; y a la par transformar a la sociedad mejorando su salud y dando emancipación a Latinoamérica sobre las formas de pensamiento eurocéntricas y dominantes que rigen en la región, para que pueda alcanzar sustentabilidad, soberanía, solidaridad y salud integral (Breilh, 2013).

Los desafíos actuales de la MS/SC se encuentran en la ganancia de espacios para la formación de profesionales, la renovación constante de sus conceptos y teorías, el reconocimiento internacional fuera del margen de la SP y la difusión de sus trabajos (Iriart et al., 2002; Filho y Paim, 1999).

La salud colectiva y la soberanía en América Latina

Como ya se mencionó, el surgimiento de la MS/SC se dio por la incapacidad de la teoría y práctica de la SP para resolver problemas en salud de Latinoamérica, junto con la opresión generada por el sistema económico dominante hacia los pueblos y minorías latinas; además de la dependencia paradigmática a la corriente positivista eurocéntrica.

La MS/SC forma parte de una lucha social que busca una mayor inclusión de la población en te-

mas de salud. No se debe de olvidar que esta lucha también es una lucha de descolonización, ya que por centenares de años la región latina ha sido campo de dominio por potencias externas que la han explotado e incluso han generado un control ideológico dentro de las élites internas de cada país. Este control termina por reproducir dentro de los países latinoamericanos las estrategias y políticas de países dominantes, las cuales no reconocen la diversidad y pretenden ser un “modelo único” sin dar respuesta a los desafíos propios de cada nación (Santos, 2010).

En salud, esto se refleja en lo comentado previamente sobre el control ejercido en la SP por parte de organismos internacionales financieros y normativos. Es por ello que urge la independización de las escuelas salubristas, junto con su transformación organizativa –temática, departamental, evaluativa, etc.–, considerando su desvinculación de las Facultades de Medicina (Filho y Paim, 1999) y del paradigma positivista radical.

Debido a ello, la MS/SC es posiblemente parte de la respuesta a este proceso de independencia. Ya que dentro de su análisis toma en cuenta la clase social y las dominaciones que surgen de ella (la triple inequidad) y busca la equidad mediante el reconocimiento de la diferencia, lo cual es necesario para el combate de la colonización y el capitalismo (Santos, 2010) y la ganancia de soberanía en salud.

Es de resaltar que tomar distancia del conocimiento eurocentrista no significa despreciarlo, se refiere a tomar de él lo que nos sirva para construir nuestro propio conocimiento, proveniente del Sur y con capacidad de resolver problemas del Sur y no del Norte. Por ello, la MS/SC busca ser el paradigma dominante en Latinoamérica que muestre el camino para lograrlo.

Este proceso forma parte de la Salud Internacional Sur-Sur y cuenta con cinco principios: la soberanía sanitaria, las decolonialidad, la interculturalidad, una corriente Sur-Sur y la horizontalidad; que tiene como fin dotar epistemológicamente a Latinoamérica de una identidad propia, donde exista el reconocimiento del Otro y se logre una verdadera capacidad de decisión en el contexto internacional en cuanto a salud y, a la par, contrarrestar la lógica hegemónica de la SP convencional, que permita a la región la capacidad de formular políticas, metas y estrategias basadas en nuestros propios actores y decisiones (Basile, 2018). Siendo la MS/SC un medio para lograr este propósito.

Conclusiones

En vista de lo revisado, es importante repensar la educación en salud pública en América Latina. La evidencia señala que este campo no es suficiente para dar soluciones certeras a los problemas de salud y está atado de manos a un modelo económico acumulativo que no le permite realizar cambios profundos que tengan un impacto real en cuestiones de salud.

La MS/SC emerge como medio para estudiar las diversas situaciones poblacionales, proponer respuestas y alcanzar escenarios ideales de pro-

tección de la vida. Además, gracias a su origen radicado en movimientos sociales y académicos, puede promover la lucha anticolonial en salud y lograr la soberanía sanitaria en América Latina.

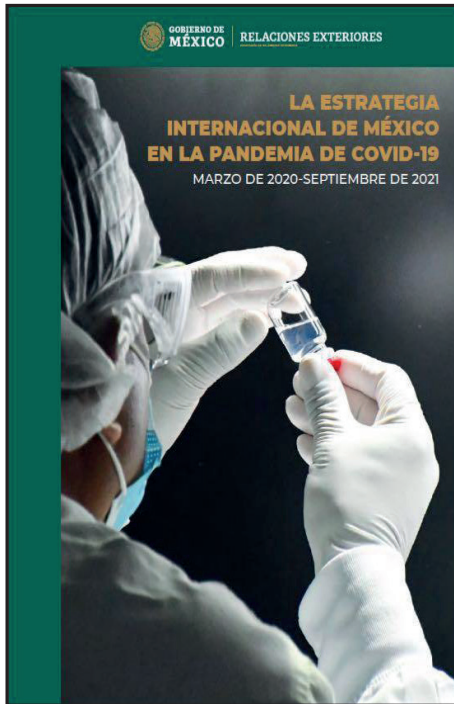
Por lo tanto, es importante replantear los planes de estudio dentro de las universidades latinoamericanas en cuanto a la formación en salud pública, para dotarlas de un enfoque más crítico y con mayor alcance en la solución de problemas, ya que son problemas del Sur que requieren soluciones del Sur.

Las recomendaciones del autor para abordar el planteamiento presentado van dirigidas al análisis de los planes de estudios de las universidades de salud pública / medicina en América Latina. Con el fin de encontrar sus ejes temáticos, sus implicaciones teóricas, sus líneas de trabajo, la naturaleza de sus proyectos, etc.; y complementar este análisis investigando las posibles influencias externas sobre la formulación de los programas académicos, es decir, ver fuentes de financiamiento, el tipo de formación de sus líderes, su afiliación a organismos o instituciones, entre otros más. Y explorar la posibilidad de realizar cambios organizacionales dentro de ellas.

Referencias

- Barragán, H. (2007). *Fundamentos de Salud Pública*. Argentina: La Universidad Nacional de La Plata, 184-186.
- Barreto, M. (2017). “Desigualdades em Saúde: Uma perspectiva global”, *Ciência & Saúde Coletiva*, vol. 22, Núm.7: 2097-2108.
- Basile, G. (2018). *La salud internacional Sur Sur: hacia un giro decolonial y epistemológico*. República Dominicana: De la Comarca FLACSO CLACSO, 32.
- Breilh, J. (2013). “La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva)”, *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, vol. 31(supl 1): S13-S27.

- Cueto, M. (2015). “La «cultura de la sobrevivencia» y la salud pública internacional en América Latina: La Guerra Fría y la erradicación de enfermedades a mediados del siglo XX”, *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, vol. 22, Núm. 1: 255-273.
- Evans, R. (2001). “Diez Logros Sanitarios más Importantes en el Siglo Veinte”, *Revista de la Facultad de Medicina*, vol. 24, Núm. 1: 20-27.
- Filho, N. y Paim, J. (1999). “La crisis de la salud pública y el movimiento de la salud colectiva en Latinoamérica”, *Cuadernos médico sociales*, vol. 75, Núm. 26: 5-30.
- González, R.; Moreno, L. y Castro, J. (2010). *La Salud Pública y el Trabajo en Comunidad*. México: Mc Graw Hill, 13-28.
- Iriart, C., Waitzkin, H., Breilh, J., Estrada, A. y Merhy, E. (2002). “Medicina social latinoamericana: Aportes y desafíos”, *Revista Panamericana de Salud Pública*, vol. 12, Núm. 2: 128-136.
- Laurell, A. (1986). “El estudio social del proceso salud-enfermedad en América Latina”, *Cuadernos médico sociales*, vol. 37, Núm. 1: 1-10.
- Menéndez, E. (2005). “El modelo médico y la salud de los trabajadores”, *Salud Colectiva*, vol. 1, Núm. 1: 9-32.
- Santos, B. de S. (2010). *Descolonizar el saber; reinventar el poder*. Uruguay: Extensión, Universidad de la República, 11-27.
- Villa, A.; Moreno, L. y García, G. (2013). *Epidemiología y Estadística en Salud Pública*. México: Mc Graw Hill, 28-29.



Libro

La Estrategia Internacional de México en la Pandemia de COVID-19.
Marzo de 2020- Septiembre 2021.

Secretaría de Relaciones Exteriores, Gobierno de México.

El Gobierno de México a través de la Secretaría de Relaciones Exteriores presentó el libro “La Estrategia Internacional de México en la Pandemia de COVID-19. Marzo de 2020- Septiembre 2021” en el que se presentan las acciones diplomáticas emprendidas para la obtención de suministros médicos y vacunas así como los acuerdos realizados para la ampliación de la capacidad hospitalaria y la participación de la iniciativa privada .

Disponible en:

<https://www.gob.mx/sre/documentos/la-estrategia-internacional-de-mexico-en-la-pandemia-de-covid-19?tab=9ª>

9^a Conferencia Latinoamericana y Caribeña de Ciencias Sociales.

Tramas de las desigualdades en América Latina y el Caribe.
Saberes, lucha y transformaciones.

Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales. CLACSO



Del 7 al 10 de junio de 2022 tendrá lugar la 9^a Conferencia Latinoamericana y Caribeña de Ciencias Sociales en las instalaciones de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) de la Ciudad de México. La edición contará con el desarrollo de paneles abiertos y especiales con invitados/as internacionales y de conferencias y diálogos magistrales con destacadas figuras del campo político, académico y social, además de talleres de formación, paneles y mesas. En el marco de esta actividad se realizará una feria internacional del libro de ciencias sociales y humanidades y un ciclo internacional de cine, entre otros eventos especiales.

Para mayor información consulta: <https://conferenciaclacso.org>