

PSALUD PROBLEMA

SEGUNDA ÉPOCA • AÑO 13 • NÚMERO 26 • JULIO - DICIEMBRE DE 2019

*Juan Manuel Mendoza Rodríguez
Roselia Arminda Rosales Flores
José Arturo Granados Cosme*

Karla Ivonne Mijangos Fuentes

*Roxana Muñoz Hernández
Rodrigo Pimienta Lastra*

Bernardo Adrián Robles Aguirre

*Guadalupe Sara Barrueco Noriega
Silvia Tamez González
Luis Ortiz Hernández*

*Nayely Carrasco-Nuñez
Marisa Cabeza Salinas
María Luisa de Lourdes Pérez-González*

Omar Alejandro Olvera Muñoz

*Armando Ortiz Tepale
Elizabeth de Guadalupe Rojas Elena
María de Lourdes Patricia Femat González*

Ángel Mundo López

*Camila Pereira Abagaro
Roselia Arminda Rosales Flores
Carmen Gloria Muñoz Muñoz
Victoria Ixshel Delgado Campos*

Asociación entre condiciones de trabajo, estilos de vida y Síndrome Metabólico en conductores de taxi de la Ciudad de México

Afiliación a los Servicios de Salud en función del sexo, edad y actividad en dos municipios de Oaxaca.

Políticas Públicas en el tema de la discapacidad en la población indígena de 60 años y más

La vulnerabilidad ante el VIH. Estrategias alimentarias en la experiencia de vida

Burnout y factores psicosociales del trabajo en enfermeras de un hospital de la Ciudad de México

Efecto *in vitro* del aceite de romero (*Rosmarinus officinalis*) y aromaterapia sobre la actividad de la acetilcolinesterasa como terapia alternativa en el Síndrome de Alzheimer

Consecuencias del viraje neoliberal en la salud y el trabajo de profesionales de psicología

El campo de la salud mental: reformas paradigmáticas, medicalización y comunidad

La asistencia social en los albores del siglo XXI en México

Determinación Social de la Salud: algunas reflexiones a partir del trabajo académico en países latinoamericanos



Casa abierta al tiempo

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA

Universidad Autónoma Metropolitana

Dr. Eduardo Abel Peñalosa Castro

RECTOR GENERAL

Dr. José Antonio de los Reyes Heredia

SECRETARIO GENERAL

UNIDAD XOCHIMILCO

Dr. Fernando de León González

RECTOR

Dra. Claudia Mónica Salazar Villava

SECRETARIA

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 DIAGRAMACIÓN DCG **Rosalía Contreras Beltrán**



Salud Problema. Segunda época, Año 14, No.26, julio-diciembre de 2019, es una publicación semestral de análisis científico de la Universidad Autónoma Metropolitana, a través de la Unidad Xochimilco, División de Ciencias Biológicas y de la Salud, Departamento de Atención a la Salud, Maestría en Medicina Social, Prolongación Canal de Miramontes 3855, Col. Ex-Hacienda San Juan de Dios, Delegación Tlalpan, C.P. 14387, México, D.F., y Calzada del Hueso 1100, Col. Villa Quietud, Delegación Coyoacán, C.P. 04960, México, D.F., Tel. 53847402 y 7118. Página electrónica de la revista <http://saludproblema.xoc.uam.mx> y dirección electrónica: saludproblema@correo.xoc.uam.mx. Editora responsable: María del Carmen Piña Ariza. Certificado de Reserva de Derechos al Uso Exclusivo del Título No. 04-2008-081218364400-203, e ISSN 2007-5790, ambos otorgados por el Instituto Nacional del Derecho de Autor. Responsable de la última actualización de este número: María del Carmen Piña Ariza, Unidad Xochimilco, División de Ciencias Biológicas y de la Salud, Departamento de Atención a la Salud, Maestría en Medicina Social; Calzada del Hueso 1100, Delegación Coyoacán, C.P. 04960, México, Ciudad de México. Fecha de la última modificación: 28 de febrero de 2020. Tamaño del archivo 2.01 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.

D.R. © 2011 Universidad Autónoma Metropolitana.

Índice

6 EDITORIAL

10 AUTORES

ARTÍCULOS

- 15 Asociación entre condiciones de trabajo, estilos de vida y Síndrome Metabólico en conductores de taxi de la Ciudad de México**
Association between working conditions, lifestyles, and Metabolic Syndrome in taxi drivers in Mexico City
Juan Manuel Mendoza Rodríguez, Roselia Arminda Rosales Flores,
José Arturo Granados Cosme
- 28 Afiliación a los Servicios de Salud en función del sexo, edad y actividad en dos municipios de Oaxaca.**
Affiliation to health services by sex, age and activity in two municipalities of Oaxaca
Karla Ivonne Mijangos Fuentes
- 39 Políticas Públicas en el tema de la discapacidad en la población indígena de 60 años y más**
Public Policies on the issue of disability in the indigenous population aged 60 and over
Roxana Muñoz Hernández, Rodrigo Pimienta Lastra
- 55 La vulnerabilidad ante el VIH. Estrategias alimentarias en la experiencia de vida**
Vulnerability to HIV. Food strategies in the experience of life
Bernardo Adrián Robles Aguirre
- 78 Burnout y factores psicosociales del trabajo en enfermeras de un hospital de la Ciudad de México**
Burnout and psychosocial factors of work in nurses of a hospital in Mexico City
Guadalupe Sara Barrueco Noriega, Silvia Tamez González, Luis Ortiz Hernández

- 93 **Efecto in vitro del aceite de romero (*Rosmarinus officinalis*) y aromaterapia sobre la actividad de la acetilcolinesterasa como terapia alternativa en el Síndrome de Alzheimer**
*In vitro effect of rosemary oil (*Rosmarinus officinalis*) as inhibitor of acetylcholinesterase activity as an alternative therapy in Alzheimer's Syndrome*
Nayely Carrasco-Nuñez, Marisa Cabeza Salinas,
María Luisa de Lourdes Pérez-González

ENSAYOS

- 103 **Consecuencias del viraje neoliberal en la salud y el trabajo de profesionales de psicología**
Consequences of the neoliberal shift in health and the work of psychology professionals
Omar Alejandro Olvera Muñoz
- 109 **El campo de la salud mental: reformas paradigmáticas, medicalización y comunidad**
The field of mental health: paradigmatic reforms, medicalization and community
Armando Ortiz Tepale, Elizabeth de Guadalupe Rojas Elena, María de Lourdes Patricia Femat González
- 132 **La asistencia social en los albores del siglo XXI en México**
Social assistance at the dawn of the 21st century in Mexico
Ángel Mundo López
- 151 **Determinación Social de la Salud: algunas reflexiones a partir del trabajo académico en países latinoamericanos**
Social Determination of Health: some reflections from academic work in Latin American countries
Camila Pereira Abagaro, Roselia Arminda Rosales Flores, Carmen Gloria Muñoz Muñoz, Victoria Ixshel Delgado Campos

NOTICIAS

- 167 **XVI Congreso Nacional de Medicina Social y Salud Colectiva 2020, del 16 al 21 de noviembre, República Dominicana.**

- 168 **IX Congreso Iberoamericano de Investigación Cualitativa en Salud, CIICS 2020, del 11 al 13 de noviembre, Montevideo.**
- 169 **Primer Congreso ESOCITE-LALICS “*Democracia en cuestión, desigualdad en aumento, sustentabilidad en riesgo en América Latina y en el mundo: ¿qué propuestas de ciencia, tecnología e innovación?*”, del 21 al 24 de julio, Montevideo.**
- 171 **Primer Informe sobre Desigualdades en Salud en México. Secretaría de Salud / Observatorio Nacional de Inequidades en Salud.**
- 172 **Atención Primaria de Salud Integral e Integrada APS: I - Mx: La Propuesta Metodológica y Operativa. Secretaría de Salud / Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud.**

Editorial

La transformación del sistema de salud y la llegada del Coronavirus, Cov-2

Esta editorial se realiza a más de un año de gobierno de la 4ta Transformación, y en un momento donde aparecen en México los dos primeros casos del Coronavirus, Cov-2. La Secretaría de Salud manifiesta estar preparada para su atención, sin embargo, es una prueba de fuego frente a la actual reorganización del sistema de salud que ha supuesto retomar la conducción del Estado desde una perspectiva pública. La primera medida legal al respecto, anunciada desde las promesas de campaña, ha sido la desaparición finalmente del Sistema de Protección Social en Salud y del Seguro Popular aprobada el 24 de octubre de 2019 en la cámara de diputados, y la creación el 14 de noviembre del Instituto de Salud para el Bienestar (INSABI) por parte del Senado de la República.

En este sentido, el 29 de noviembre de 2019 se publicó en el Diario Oficial de la Federación (DOF) el decreto que reforma, adiciona y deroga diversas disposiciones de la Ley General de Salud, que entró en vigor el 01 de enero de 2020. Estas modificaciones legales tienen el objetivo de crear un modelo de salud pública dirigido a personas que carecen de seguridad social mediante el INSABI, desde donde se impulsarán las acciones orientadas a lograr una adecuada integración y articulación de las instituciones públicas del Sistema Nacional de Salud.

Los principales alcances del decreto, fundamentalmente contenidos en los artículos 77 bis 1 y 77 bis 6, son la creación del INSABI que garantiza la prestación gratuita de servicios de salud, medicamentos y demás insumos para todas las personas sin seguridad social —estimadas en 53 millones de habitantes— a fin de hacer realidad lo establecido en el artículo 4º de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Además, establece que los recursos humanos y materiales de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud (CNSS) serán transferidos al INSABI, sustituyendo el Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos por el Fondo de Salud para el Bienestar, destinado a enfermedades de gastos catastróficos, necesidades de infraestructura en los estados con mayor marginación social, y los recursos para abasto de medicamentos, insumos y exámenes clínicos.

Adicionalmente, el Gobierno Federal, conforme a lo que se establezca en el Presupuesto de Egresos de la Federación (PEF) destinará anualmente recursos para estos objetivos, cuyo monto no podrán ser inferiores al ejercicio fiscal anterior. El INSABI, canalizará al Fondo de Salud para el Bienestar recursos del Gobierno Federal y de las entidades federativas.

En cuanto a la administración y operación de los servicios, la legislación establece que se definirán criterios de regionalización para alcanzar progresivamente la universalización de los servicios de salud. Al respecto, el INSABI está facultado para diseñar y administrar las acciones necesarias, cuando así lo hayan convenido voluntariamente con los gobiernos de los estados, mediante la celebración de acuerdos de coordinación, a través de sus servicios estatales de salud.

Durante los dos primeros meses de este año, se realizaron convenios de coordinación entre el INSABI y 23 estados. No obstante 9 estados, en su mayoría de la bancada del Partido de Acción Nacional (PAN), no firmaron el acuerdo. Como se puede ver, el gobierno federal está en el camino de concretar su Plan Nacional de Salud, no sin pocas dificultades, por ejemplo, se ha hecho evidente la corrupción imperante en administraciones anteriores, las prácticas poco transparentes de compra y distribución de medicamentos entre ellos se puede mencionar el caso de 3 proveedores que controlaban el 88% del presupuesto asignado.

Todo esto ha derivado en consecuencias severas para el caso de los medicamentos, como los presentados en mayo de 2019 con los antiretrovirales para personas con VIH-SIDA y en agosto de 2019 para el metotrexato para cáncer; Otros temas problemáticos son los siguientes: 317 obras inconclusas y la falta de infraestructura básica por mal uso de recurso donde podemos citar equipos y medicamentos embodegados y caducados; deudas de algunos estados con el Seguro Popular por un monto de 54 mil millones de pesos; la subrogación de servicios de la política anterior, con serias consecuencias que pesan en la recomposición en marcha de recuperación de lo público, como es el caso de la Fundación de Cáncer de mama (FUCAM) fundación privada que daba servicio al Seguro Popular.

En el presente número, los trabajos seleccionados conforman una diversidad de temas relacionados con la salud colectiva que amplían los conocimientos sobre las condiciones de trabajo, el acceso a servicios de salud, los impactos de políticas públicas, las estrategias de vida frente a procesos de salud-enfermedad y las prácticas profesionales y de salud mental en contextos neoliberales.

El primero de ello denominado “Asociación entre condiciones de trabajo, estilos de vida y Síndrome Metabólico en conductores de taxi de la Ciudad de México” de Juan Manuel Mendoza Rodríguez, Roselia Rosales Flores y José Arturo Granados Cosme, que se ocupa de analizar las condiciones de vida, trabajo, y salud de operadores de taxi de la Ciudad de México concluyendo que el principal factor de riesgo para el elevado nivel de los componentes del síndrome metabólico es el consumo de alcohol.

El segundo trabajo de investigación se refiere a la “Afilación a los servicios de salud en función del sexo, edad y actividad en dos municipios de Oaxaca” de Karla I. Mijangos Fuentes, el cual describe la afiliación de los servicios de salud en función del sexo, edad y actividad de los pobladores de los municipios de Tlacolula de Matamoros y Ocotlán de Morelos en el Estado de Oaxaca, en una muestra de adultos entre 18 y más años, encontrándose en ambos municipios diferencias estadísticamente significativas, especialmente en mujeres, que muestran una mayor afiliación al seguro popular mientras que los hombres al tener un trabajo estable y remunerado tienen seguridad social.

El trabajo “Políticas Públicas en el tema de la discapacidad en la población indígena de 60 años y más” de Roxana Muñoz Hernández y Rodrigo Pimienta Lastra, indica que no existe prácticamente ninguna protección a esta población como lo establece la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad en el Medio Rural e Indígena, según la Encuesta Intercensal de 2015 del Instituto Nacional de Estadística y Geografía.

Bernardo A. Robles Aguirre en la investigación antropológica realizada a través de entrevistas semiestructuradas “La vulnerabilidad ante el VIH. Estrategias alimentarias en la experiencia de vida” demuestra que ante los problemas de salud que representa el SIDA, la experiencia cotidiana de comer es un comportamiento imprescindible y necesario, un aspecto nodal e insustituible no sólo para vivir, sino también para una buena salud, su conocimiento permite identificar la forma en cómo se construye e interpreta el mundo.

La investigación “Burnout y factores psicosociales del trabajo en enfermeras de un hospital de la Ciudad de México” de Guadalupe Sara Barrueco Noriega, Silvia Tamez González y Luis Ortiz Hernández realizado en 2005 a través de una encuesta representativa de un hospital de la Ciudad de México utilizando el Maslach Burnout Inventory en versión española y el Modelo de Demanda Control, demostró que las enfermeras auxiliares, jóvenes y solteras, tienen mayor riesgo de padecer burnout.

Finalmente, se introdujo una investigación “Efecto in vitro del aceite de romero (*Rosmarinus officinalis*) y aromaterapia sobre la actividad de la acetilcolinesterasa como terapia alternativa en el Síndrome de Alzheimer” de Nayely Carrasco-Nuñez, Marisa Cabeza y María Luisa de Lourdes Pérez-González, la cual combina la búsqueda bioquímica con los efectos para la población, al estudiar los efectos del aceite de romero in vitro y la aromaterapia en sus efectos acetilcolinestárásicos sobre el Alzheimer. Además de probar este efecto in vitro, demostró que de los aceites que se expenden en 4 farmacias de la ciudad de México, solamente uno importado logró alcanzar los estándares para este objetivo, es decir en su mayoría no son auténticos.

En los ensayos, presentamos el de Omar Olvera Muñoz “Consecuencias del viraje neoliberal en la salud y el trabajo de profesionales de psicología” que se refiere a los cambios en salud y trabajo de los psicólogos producto de la implementación de las reformas neoliberales en México, vinculadas a la flexibilidad laboral, configurando condiciones laborales precarias y desgaste profesional en proveedores de servicios psicológicos.

En un campo similar, el trabajo “El campo de la salud mental: reformas paradigmáticas, medicalización y comunidad” de Armando Ortiz Tepale, Elizabeth de Guadalupe Rojas Elena y María de Lourdes Patricia Femat González revisa las condiciones histórico sociales en las que se ha intervenido de manera medicalizada y farmacológica los trastornos del paciente psiquiátrico con importantes implicaciones políticas, éticas y profesionales, aunque hayan tratado de superar las prácticas manicomiales y hospitalarias mediante la reinserción social del paciente con base en enfoques comunitarios.

El ensayo “La asistencia social en los albores del siglo XXI en México” de Ángel Mundo López hace una revisión del desarrollo histórico del tema, mostrando que durante el neoliberalismo, el debilitamiento del Estado se utilizó para desarrollar una línea de privatización para la realización de obras filantrópicas que explota la sensibilidad pública, y que ocasiona el debilitamiento de los servicios y las responsabilidades estatales como es el caso de la Teletón y otras obras de caridad para atender necesidades sociales obligación del Estado.

Finalmente el ensayo “Determinación Social de la Salud: algunas reflexiones a partir del trabajo académico en países latinoamericanos” de Camila Pereira Abagaro, Roselia Rosales Flores, Carmen Gloria Muñoz Muñoz y Victoria Ixshel Delgado Campos, realiza una reflexión acerca de cómo se utiliza la categoría conceptual Determinación Social de la Salud en la academia de tres países de América Latina Brasil, Chile y México, además de señalar algunos retos para una formación crítica en salud en contextos donde prevalecen políticas de corte neoliberal, en la búsqueda de iniciar una discusión que articule teoría y práctica.

Carolina Tetelboin Henrion

Autores

JUAN MANUEL MENDOZA RODRÍGUEZ

Médico Cirujano, Maestro en Medicina Social y Doctor en Ciencias en Salud Colectiva por la Universidad Autónoma Metropolitana (UAM). Profesor Investigador de tiempo completo de la Licenciatura de Promoción de la Salud del Colegio de Ciencias y Humanidades. Responsable del Laboratorio de Fisiología Clínica en Investigación Sociomédica de la Universidad Autónoma de la Ciudad de México (UACM). Líneas de investigación: determinantes sociales de enfermedades crónico degenerativas, fenomenología, hermenéutica del proceso salud-enfermedad y filosofía e historia de la Medicina.

manuel.mendoza@UACM.EDU.MX

ROSELIA ARMINDA ROSALES FLORES

Médica Cirujana, Maestra en Medicina Social y Doctora en Ciencias en Salud Colectiva por la Universidad Autónoma Metropolitana (UAM). Profesora Investigadora de tiempo completo de la Licenciatura de Promoción de la Salud del Colegio de Ciencias y Humanidades. Responsable del Laboratorio de Fisiología Clínica en Investigación Sociomédica de la Universidad Autónoma de la Ciudad de México. Líneas de investigación: determinación social del proceso salud enfermedad, condiciones laborales y de salud, régimen de política social y prácticas en salud.

roselia.rosales@uacm.edu.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 titular C del Departamento de Atención a la Salud, en la Maestría en Medi-

cina Social y el Doctorado en Ciencias en Salud Colectiva de la Universidad Autónoma Metropolitana. Líneas de investigación: cultura, sexualidad y VIH-SIDA en varones homosexuales.

jcosme@correo.xoc.uam.mx

KARLA IVONNE MIJANGOS FUENTES

Licenciada en Enfermería por la Universidad de la Sierra Sur. Especialista en Enfermería Pediátrica por la Universidad Popular Autónoma del Estado de Puebla. Máster en Investigación y Rol Avanzado en Enfermería por la Universidad de Navarra y estudiante del Doctorado en Ciencias Sociales en la Universidad Autónoma del Estado de México (UAEM). Docente en la Universidad de la Sierra Sur, Universidad la Salle de Oaxaca, y Universidad de Guanajuato. Coordinadora del comité científico en Sociedad de Diplomados de Alta Especialidad Clínica y Miembro de la Junta Directiva de International Nursing Network. Líneas de investigación: representaciones sociales sobre salud/enfermedad, docencia universitaria, enfermería de práctica avanzada y enfermería basada en la evidencia.

kaivo8416@gmail.com

ROXANA MUÑOZ HERNÁNDEZ

Maestra en Sociología del Trabajo por la Universidad Paris VII. Doctora en Estudios Organizacionales por la Universidad Autónoma Metropolitana. Profesora Investigadora de tiempo completo en la Universidad Autónoma Metropolitana. Miembro del Sistema Nacional de Investigadores (SNI), nivel 1. Líneas de investigación: análisis de la inclusión en las organizaciones sociales, públicas y privadas y en las políticas públicas para las personas con discapacidad.

rmunoz@correo.xoc.uam.mx

RODRIGO PIMIENTA LASTRA

Actuario y Maestro en Ciencias con especialidad en Estadística Experimental. Doctor en Ciencias Sociales. Profesor Investigador de Tiempo Completo en la Universidad Autónoma Metropolitana. Miembro del Sistema Nacional de Investigadores (SNI) Nivel II. Cuenta con varios libros publicados y más de 80 artículos a nivel nacional e internacional. Líneas de investigación: migración interna y envejecimiento de la población mexicana.

plrd6334@correo.xoc.uam.mx

BERNARDO ADRIÁN ROBLES AGUIRRE

Licenciado, Maestro y Doctor en Antropología Física por la Escuela Nacional de Antropología e Historia (ENAH). Realizó un posdoctorado en la Universidad Autónoma Metropolitana (UAM) Unidad Xochimilco. Actualmente es becario posdoctoral en el Instituto de Investigaciones Antropológicas de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), bajo la dirección de la Dra. Rosa María Ramos Rodríguez. Miembro del Sistema Nacional de Investigadores. Líneas de investigación: estudio del cuerpo y la experiencia de vivir con enfermedades.

brwrpiec@gmail.com

GUADALUPE SARA BARRUECO NORIEGA

Cirujana dentista y Maestra en Ciencias en Salud de los Trabajadores por la Universidad Autónoma Metropolitana (UAM). Diplomados en Diagnóstico y tratamiento de lesiones de la mucosa bucal (UAM, 2003), Odontogeriatría Médica (Universidad Nacional Autónoma de México e Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado) y Farmacología Clínica Odontológica (Colegio Odontológico Metropolitano y de Provincias, 2010). Estomatología en el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) Unidad de Medicina Familiar N° 94. Ponente Na-

cional e Internacional en temas relacionados en odontogeriatría.

sabarrueco@hotmail.com

SILVIA TAMEZ GONZÁLEZ

Médica Cirujana por la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) y Maestra en Medicina Social por la Universidad Autónoma Metropolitana (UAM). Profesora Investigadora en la Universidad Autónoma Metropolitana. Coordinadora del Servicio Social en la Industria UNAM (1978-1981). Autora de más de 50 artículos científicos y capítulos de libro. Autora del libro: Flexibilidad Industrial y accidentes de trabajo de la industria automotriz y textil (1980-1990).

stamez2@yahoo.com

LUIS ORTIZ HERNÁNDEZ

Técnico en Dietética, Licenciado en Nutrición, Maestro en Medicina Social y Doctor en Salud Colectiva por la Universidad Autónoma Metropolitana (UAM). Profesor investigador del Departamento de Atención a la Salud en la Licenciatura en Nutrición Humana y en el Doctorado en Ciencias Biológicas y de la Salud de la UAM-Xochimilco. Tutor del programa de Posgrado en Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM). Miembro del Sistema Nacional de Investigadores (SNI-II). Líneas de investigación: a) desigualdades sociales en salud, alimentación y nutrición. b) Daños a la salud asociados con la discriminación por racismo, homofobia y estigma por peso. c) Evaluación del estado de nutrición y actividad física en escolares y adolescentes. d) Promoción de hábitos saludables utilizando enfoques centrados en la persona.

lortiz@correo.xoc.uam.mx

NAYELY CARRASCO-NUÑEZ

Química Farmacéutica Bióloga. Estudiante de la Maestría en Ciencias Farmacéuticas de la Univer-

sidad Autónoma Metropolitana (UAM). Premio a la mejor experiencia de Servicio Social “Dr. Ramón Villareal” por la UAM (2016). Participante de Concurso en Farmacología 2016, Colegio Nacional de Químicos Farmacéuticos de Colombia y Asociación Colombiana de Ciencia Cosmética. Línea de investigación: Química Medicinal. nayelyqfb@outlook.com.

MARISA CABEZA SALINAS

Profesora Investigadora de Fisiología, Bioquímica, Ciencias Biomédicas y otras disciplinas tanto a nivel licenciatura como en Maestría y Doctorado, en la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) y en la Universidad Autónoma Metropolitana (UAM). Autora de numerosas publicaciones y libros, tanto en revistas nacionales como internacionales. Miembro del Departamento de Sistemas Biológicos como Profesor Titular. Pertenece al Área de Farmacocinética y Farmacodinamia. Actualmente desarrolla investigaciones acerca del mecanismo de acción de diferentes moléculas esteroidales para tratar la hipertrofia prostática benigna, el cáncer de esta glándula, o la endometriosis.

marisa@correo.xoc.uam.mx

MARÍA LUISA DE LOURDES PÉREZ-GONZÁLEZ

Química Fármaco Biólogo por la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), Mestre en Fármacos e Medicamentos por la Universidade de Sao Paulo (USP) y Doctora en Ciencias Biológicas y de la Salud por la Universidad Autónoma Metropolitana (UAM). Maestra en Ciencias. Profesora Investigadora Titular A de la UAM Xochimilco en el Doctorado en Ciencias Biológicas y de la Salud. Responsable del Programa *Cosmética Social* de la UAM Xochimilco, el cual se encarga de educar-reforzar y difundir el uso racional de cosméticos para la prevención de

enfermedades. Miembro del comité directivo de la Sociedad de Químicos Cosmetólogos de México A.C.

lgarzon@correo.xoc.uam.mx

OMAR ALEJANDRO OLVERA MUÑOZ

Licenciado en Psicología por la Universidad Nacional Autónoma de México, Especialista y Maestro en Medicina Social por la Universidad Autónoma Metropolitana (UAM), y estudiante del Doctorado en Ciencias en Salud Colectiva de la UAM. Diseñador instruccional en la Universidad Univer Milenium. Líneas de investigación: estudios de género y sexualidad, salud mental en varones no heterosexuales y formación de profesionales de la psicología.

psic.omar.olvera@hotmail.com

ARMANDO ORTIZ TEPALE

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

aortizt@correo.xoc.uam.mx

tepalepsicol@gmail.com

ELIZABETH DE GUADALUPE ROJAS ELENA

Licenciada en Psicología por la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), Maestra en Psicología Social de Grupos e Instituciones por la Universidad Autónoma Metropolitana (UAM) y Doctora en Ciencias Antropológicas. Profesora Investigadora Asociada “D” de Tiempo Completo

del Departamento de Educación y Comunicación de la UAM Unidad Xochimilco. Miembro del Área de Investigación “Estudios de Familias” de la UAM Unidad Xochimilco. Colaboradora del proyecto de investigación “Las familias, relaciones, interacciones y contextos”.

erojas@correo.xoc.uam.mx

samyliz32@yahoo.com.mx

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

lula.femat@gmail.com

ÁNGEL MUNDO LÓPEZ
Licenciado en Sociología, Maestro en Políticas Públicas y Doctor en Ciencias Sociales por la Universidad Autónoma Metropolitana (UAM) Unidad Xochimilco. Profesor Investigador de la licenciatura en Política y Gestión Social de la UAM Xochimilco. Ha participado a nivel posgrado en la Escuela de Administración Pública de la Ciudad de México y en la FLACSO México en la EPyGEDS. Es par evaluador de los Comités Interinstitucionales para la Evaluación de la Educación Superior (CIEES). Coautor, junto con la Doctora Myriam Cardozo, de la Guía de Orientación para la Evaluación de Políticas y Programas de Desarrollo Social, y ha publicado diversos artículos sobre política social. En la Administración

Pública se ha desempeñado como Subdirector de Diseño, Monitoreo y Evaluación del Programa SaludArte de la SEDU-CdMx, así como Ayudante de Consejero Ciudadano en el Consejo de Evaluación de la Política de Desarrollo Social de la Ciudad de México (Evalúa-CdMx).

amundo@correo.xoc.uam.mx

CAMILA PEREIRA ABAGARO

Licenciada en Derecho por la Universidad Católica de Pernambuco, con concentración en el área de Derecho Laboral por la Orden de Abogados de Brasil. Maestra en Ciencias en Salud de los Trabajadores y Doctora en Ciencias en Salud Colectiva por la Universidad Autónoma Metropolitana (UAM). Actualmente, realiza investigación postdoctoral y es profesora colaboradora en el Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva en la Universidade Federal de Pernambuco, Brasil. Líneas de investigación: Salud de los trabajadores; Historia oral, trabajo y salud; Perspectiva de género y salud; Derechos humanos y salud.

camila.abagaro@gmail.com

ROSELIA ARMINDA ROSALES FLORES

Licenciada en Medicina, Maestra en Medicina Social y Doctora en Ciencias en Salud Colectiva por la Universidad Autónoma Metropolitana (UAM). Profesora Investigadora de la Universidad Autónoma de la Ciudad de México (UACM) en la licenciatura de Promoción de la Salud del colegio de Ciencias y Humanidades. Línea de principal investigación: Condiciones laborales y de salud, Régimen de política social, práctica sociales y procesos de salud-enfermedad.

roselia.rosales@uacm.edu.mx

CARMEN GLORIA MUÑOZ MUÑOZ

Maestra en Comunicación por la Universidad Austral de Chile y Doctora en Ciencias en Salud Colectiva por la Universidad Autónoma Metro-

politana (UAM) Xochimilco. Académica de la Facultad de Medicina de la Universidad Austral de Chile. Líneas de investigación: participación, políticas sociales y procesos de salud-enfermedad-atención de personas mayores, con énfasis en condiciones de vida y trabajo.

cgmunoz@uach.cl

VICTORIA IXSHEL DELGADO CAMPOS

Licenciada en Nutrición y Maestra en Medicina Social por la Universidad Autónoma Metropolitana (UAM) Xochimilco. Candidata a doctora en Ciencias Sociales y Humanidades del Depar-

tamento de Estudios Institucionales por la UAM Cuajimalpa. Actualmente, es titular de la Secretaría Particular de la Secretaría de Salud del Gobierno de la Ciudad de México. Líneas de investigación: estudio de la determinación social de la salud. En específico, sobre aspectos relacionados con la responsabilidad política de los Estados en la garantía del derecho a la alimentación y la salud, a las formas diversas y complejas de participación social en las políticas públicas y locales y al análisis de los sistemas de salud y de las políticas públicas sanitarias.

ixshel_dc@hotmail.com

Asociación entre condiciones de trabajo, estilos de vida y Síndrome Metabólico en conductores de taxi de la Ciudad de México

Juan Manuel Mendoza Rodríguez* • Roselia Arminda Rosales Flores**
José Arturo Granados Cosme***

RESUMEN

Objetivo: analizar la relación entre los estilos de vida y las condiciones de salud en operadores de taxi en la Ciudad de México. **Material y métodos:** se realizó un estudio transversal que aborda la asociación entre indicadores de estilos de vida, y condiciones de salud de los operarios. Se aplicó un cuestionario para evaluar el estilo de vida y las condiciones de trabajo. Para conocer las condiciones de salud de los operadores, se elaboraron historias clínicas y se tomaron medidas antropométricas y biométricas para caracterizar el perfil patológico del grupo. **Resultados:** se encontró que el consumo excesivo de alcohol está asociado de manera significativa con el número y los valores elevados en las mediciones de los componentes del Síndrome Metabólico, siendo la práctica de riesgo con mayor impacto en su diagnóstico. **Conclusiones:** El estudio sugiere la necesidad de dar información precisa sobre el padecimiento, así como de las alternativas más adecuadas para prevenirlo y tratarlo. El mejor tratamiento del Síndrome Metabólico se basa en la prevención, control de factores de riesgo y cambios de estilos de vida, con el objeto de disminuir sus complicaciones.

PALABRAS CLAVE: Síndrome Metabólico, estilos de vida, condiciones de trabajo, condiciones de salud.

Association between working conditions, lifestyles, and Metabolic Syndrome in taxi drivers in Mexico City

ABSTRACT

Objective: To analyze the relationship between lifestyles and Metabolic Syndrome in taxi drivers in Mexico City. **Material and methods:** a cross-sectional study was conducted to analyse the association between lifestyle indicators and health conditions of taxi drivers. A questionnaire was applied to evaluate

* Profesor Investigador de Tiempo Completo del Colegio de Ciencias y Humanidades, en la Licenciatura de Promoción de la Salud.

** Profesora Investigadora de Tiempo Completo del Colegio de Ciencias y Humanidades, en la Licenciatura de Promoción de la Salud.

***Profesor Investigador Titular "C" del Departamento de Atención a la Salud de la Universidad Autónoma Metropolitana, en la Maestría en Medicina Social y Doctorado en Ciencias en Salud Colectiva.

Fecha de recepción: 11 de octubre de 2019.

Fecha de aceptación: 18 de febrero de 2020.

luate lifestyle and working conditions. To know the taxi drivers health conditions, clinical histories were elaborated, anthropometric and biometric measures were taken to characterize the pathological profile of the group. **Results** : The excessive consumption of alcohol and tobacco was significantly associated with the number and high values in the measurements Metabolic Syndrome components, that were the risk practices that most related to Metabolic Syndrome diagnostic. **Conclusions**: The study suggests the need to provide accurate information about the condition of patients, as well as the most appropriate alternatives to prevent and treat it. The best treatment of the Metabolic Syndrome is based on the prevention, control of risk factors and lifestyle changes, in order to reduce its complications.

KEYWORDS: Metabolic Syndrome, Life Style, Working Conditions, Health Status.

Introducción

Los estilos de vida (EV) son una de las variables consideradas importantes para evaluar el estado de salud (Dahlgren y Whitehead, 1991; Backett y Davison, 1995), pueden ser caracterizados a partir de ciertos patrones de comportamiento determinados por tres elementos: las características personales individuales, las interacciones sociales y las condiciones de vida (Tafani y Caminati, 2013). Otros autores consideran al estilo de vida “un constructo que se ha usado de manera genérica, como equivalente a la forma en que se entiende el modo de vivir” (Guerrero y León, 2016:14). También se ha planteado que los EV resultan de la responsabilidad del individuo o de una mezcla de ésta y la administración pública (Zhu, et al., 2004; Mariner, 2016). Desde esta aproximación se proponen dos modalidades de EV: (1) aquellos con dos dimensiones que califican como: a) sobriedad, definida por comportamientos que implican no fumar, consumir alimentos saludables o abstinencia del alcohol y b) actividad, definida por la participación en deportes y ejercicio regular o mantenimiento de un bajo índice de masa corporal y (2) aquellos caracterizados por comportamientos totalmente contrarios al anterior: consumo de alcohol, consumo de alimentos no

saludables y despreocupación por la apariencia física, por lo que son considerados EV no saludables. Los EV también pueden hacer referencia a la forma en que las sociedades organizan el acceso a la información, la cultura y la educación (Duque, 2007; Herrera, 2010).

En general, los autores coinciden en que el estilo de vida no es responsabilidad sólo del individuo, sino que las prácticas saludables dependen de la existencia de condiciones de vida para realizarlas y éstas últimas son expresiones de los determinantes sociales en salud. A los EV se les identifica con aquellas costumbres, hábitos, conductas y comportamientos de los individuos y grupos de población que pueden mejorar o disminuir su calidad de vida y desarrollo humano, que un estilo de vida sea considerado saludable o no, está en relación con el balance entre factores de riesgo y factores protectores (Li, et al., 2010; Suwazono et al., 2010). Sin embargo, no hay que olvidar que la conducta y los hábitos tienen lugar en un contexto en el cual las experiencias, aspiraciones y estrategias de afrontar situaciones, sucesos, opciones, coacciones, concepciones culturales, sociales y los factores de personalidad, son también

importantes y restringen o amplifican el margen de libertad en la toma de elecciones personales.

La desigualdad en el ingreso, las crisis económicas, los procesos de flexibilización laboral y el desempleo, así como el incremento de las formas de ocupación informal, redefinen las condiciones sobre las cuales los individuos pueden o no asumir conductas saludables (Suwazono et al., 2010; Kaiser Bauer & Sousa, 2016; López, et al., 2015), haciendo que las opciones de EV actuales sean más demandantes, esto asume características especiales en los trabajadores que ven notablemente incrementadas sus cargas y exigencias (Noriega y Villegas, 1989), posibilitando la aparición de sintomatología diversa, entre ellas fatiga, cansancio y estrés (Ledesma, et al., 2017), así como padecimientos tales como obesidad y sobrepeso, dislipidemias, hipertensión y niveles elevados de glucosa en sangre (Aguilar, et al., 2007; Hinestroza y Giraldo, 2009; Rodríguez, et al., 2017; Rosales, Mendoza y Granados, 2018), que constituyen componentes del Síndrome Metabólico (SM).

Las condiciones de trabajo pueden generar EV no saludables. Asimismo, el perfil ocupacional en conductores se ha asociado a un mayor riesgo de desarrollar SM (Rodríguez, et al., 2017; Abasto et al., 2018), y mortalidad cardiovascular (López, et al., 2018). Por otra parte, en la población general se ha estudiado la influencia de la actividad física y los hábitos alimentarios sobre el mayor riesgo de SM (Morales, Pacheco y Morales, 2016; Salonen et al., 2015).

Según la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de Medio Camino 2016 (Instituto Nacional de Salud Pública, 2016), en México la prevalencia de sobrepeso en adultos era de 32.4%, y la de obesidad de 32.4%. Asimismo, la hipertensión arterial mostró una prevalencia de 31.5%, la de diabetes

mellitus de 12.3%, y de hipercolesterolemia de 40.7%.

De acuerdo a la Norma Oficial Mexicana NOM-008-SSA3-2010 (Secretaría de Salud, 2010), para el manejo integral de la obesidad, se determina la existencia de obesidad en adultos cuando existe un índice de masa corporal mayor de 27 y en población de talla baja mayor de 25, y sobrepeso, al estado premórbido de la obesidad, caracterizado por la existencia de un índice de masa corporal mayor de 25 y menor de 27, en población adulta general y en población adulta de talla baja, mayor de 23 y menor de 25. En contraste, los criterios de la OMS (1999) para el diagnóstico del SM contemplan valores de IMC mayor de 30. Otros parámetros utilizados para determinar la presencia de obesidad son el perímetro de la cintura o la índice cintura cadera, como es el caso de los criterios del EGIR (Balkau & Charles, 1999), el IDF (International Diabetes Federation, 2006), y el ATPIII (National Institutes of Health, 2002).

El objetivo de este trabajo es analizar la exposición a riesgos y las exigencias labores, así como los EV de operarios de taxi y su relación con el SM.

Métodos

Se diseñó un estudio cuantitativo, observacional, descriptivo y transversal. El universo estuvo compuesto por 300 conductores de taxi de un sitio en el oriente de la Ciudad de México. La muestra para estimación de una media poblacional se obtuvo considerando un intervalo de confianza (IC) de 95% y un margen de error de 3%. La muestra ajustada requerida estimando un 15% de pérdidas fue de 78. En el estudio participaron 79 conductores de taxi, quienes dieron su consentimiento informado para la aplicación de los instrumentos.

El levantamiento de datos se llevó a cabo de junio a agosto 2017. Se aplicó un cuestionario que comprendió 3 rubros: 1) estilos de vida y características sociodemográficas 2) condiciones de trabajo a partir del modelo teórico de Noriega y Villegas (1989) y 3) somatometría, signos vitales y valores sanguíneos de glucosa en ayuno, colesterol y triglicéridos. También se realizó la historia clínica completa con interrogatorio intencionado sobre padecimientos previos de enfermedades crónico-degenerativas. Para el reclutamiento de los informantes se ofreció consulta médica en su lugar de trabajo, después de informarles el objetivo del estudio y garantizarles la confidencialidad de sus datos personales, así como el uso exclusivo para los fines de la investigación. La determinación del perfil de lípidos y glucosa en ayuno se llevó a cabo en el lugar de trabajo de las 8 a las 10 am., se pidió a los participantes que contaran con 8 horas de ayuno al momento de la cita. Se realizaron tomas de sangre capilar con tiras reactivas PTS Diagnostics y se analizaron con el equipo CardioCheck PA. El llenado de los cuestionarios se realizó acudiendo al puesto de trabajo todos los días de la semana en horarios de 8-12 hrs., 14-18 hrs. y de 18-20 hrs. La participación fue voluntaria y el consentimiento informado se obtuvo una vez que fueron seleccionados los participantes mediante muestreo sistemático (k+4). Se obtuvo una tasa de no participación del 10% en la primera selección, por lo que se procedió a repetir el proceso de selección de participantes para alcanzar la muestra requerida.

Para evaluar la asociación entre el consumo de alcohol y SM, se consideró como consumo excesivo una cantidad mayor de 1000 ml/semana de bebidas destiladas o más de 3000 ml/semana de bebidas fermentadas (OMS, 2010). Se consideró la realización del ejercicio aeróbico cuando era practicado al menos cinco veces por semana durante 30 mi-

nutos o más (WHO, 2000); asimismo el hábito de fumar se tomó en cuenta cuando los participantes referían mantener el hábito al momento del estudio o haberlo iniciado en los seis meses previos. En relación a los hábitos dietéticos se consideraron el lugar de preparación de los alimentos (caseros, en la calle o comida rápida), el consumo de refrescos, así como de frutas y verduras.

El diagnóstico de SM se estableció con los criterios del Adult Treatment Panel –ATPIII– (National Institutes of Health, 2002) que toma en cuenta los siguientes criterios: perímetro de la cintura > 100 cm, triglicéridos \geq 150 mg/dl, c-HDL < 40 mg/dl, presión arterial \geq 130/85 mm Hg, glucemia basal \geq 110 mg/dl. La presencia de 3 o más de estos criterios es suficientes para el diagnóstico de SM.

El análisis estadístico se realizó en el programa Stata versión 14.0. Se obtuvieron estadísticas descriptivas para determinar la prevalencia de enfermedad y de los EV, así como las condiciones de trabajo. Posteriormente se verificó la igualdad varianzas entre grupos según diagnóstico de SM, condiciones de trabajo y EV mediante el test de Levene.

Resultados

Estadística descriptiva

Se evaluaron los cuestionarios y las historias clínicas de 79 operarios, todos del sexo masculino. Al momento del estudio la edad promedio es de 46 años, el 49.3% estaban casados o vivían en pareja, 55.7% tienen como actividad principal ser taxistas, mientras que el 46.8% tiene otra actividad secundaria. Respecto al acceso a servicios de salud, 41.7% refirieron estar afiliados al seguro popular, 15.2% al Instituto Mexicano del Seguro

Social (IMSS), y 10% al Instituto de Seguridad Social para los trabajadores del Estado (ISSSTE); asimismo 13.9% refirió utilizar los servicios de consultorios privados.

En relación a las condiciones de trabajo, su semana laboral consiste en un mínimo de 5 días, 48.1% de los conductores tienen una jornada de 10 horas o más, el 50.6% toma descanso menor de 1 hora después de 6 horas de trabajo continuo, y 37.9% trabaja más de 8 horas sin descanso, lo que los expone de forma permanente y continua a los riesgos y exigencias particulares de la actividad y a no tener un descanso adecuado. El 36.7% de los encuestados refiere insatisfacción laboral principalmente por las características del contrato laboral (son dueños del auto 62%, rentan el auto 37.9%) y por no contar con el reconocimiento de sus jefes (60.7%) y familias (31.6%).

Algunas de las exigencias de trabajo que se presentan de manera homogénea en la población estudiada son el sedentarismo, la iluminación, exposición a gases y cambios de temperatura.

En cuanto a iluminación y los cambios de temperatura, 22.7% de los conductores afirmó haber sufrido una situación grave por deslumbramiento, y malestar asociado a los cambios de iluminación y temperatura. En los riesgos químicos, que ha sido asociado a posible riesgo de adquirir una enfermedad respiratoria de tipo inflamatorio, 41.7% de los conductores respondió afirmativamente sentirse afectados por gases. En cuanto al riesgo ergonómico, el 35.4% de los entrevistados manifestó disconfort por la ventilación y por las posturas de manejo.

En relación a los indicadores de EV, se encontró una prevalencia de consumo excesivo de alcohol del 39.2% (el mayor porcentaje se concentró en

el grupo de edad de 20 a 40 años), 36.7% de tabaquismo (sobre todo en el grupo etario de 30-40 años), y un 41.7% en la práctica del ejercicio regular 3 o más veces por semana. Sobre las prácticas alimentarias no saludables, 21% de los conductores refirieron consumo de refrescos de forma cotidiana o al menos 3 veces por semana; ingesta de comida rápida al menos una vez al día 85%. El 19% de la población encuestada refirió consumir de 5 o más porciones de frutas o verduras diarias.

Respecto a las condiciones de salud, en el rubro de antecedentes familiares de enfermedad crónico-degenerativa se encontró una prevalencia de 44.3% para hipertensión arterial 68.3% para diabetes mellitus y de 22.7% para enfermedad cardiovascular.

El 38% del total de participantes manifestó tener algún diagnóstico previo en el momento del estudio, siendo las dislipidemias y la DM2 los principales padecimientos referidos; el 53% refirió no conocer su estado de salud al momento del estudio, por lo que solo el 9% de quienes no refirieron un diagnóstico previo conocía su estado de salud actual. Al verificar los hallazgos de la exploración física y los valores de muestras sanguíneas, se encontró una mayor incidencia de HTA y dislipidemias. De acuerdo con el interrogatorio de la historia clínica, la principal práctica de riesgo para la salud fue el hábito tabáquico (tabla 1). La prevalencia del SM en la población en estudio fue de 36.7%. El 24% de los que habían referido diagnóstico previo se encontraban controlados.

Al relacionar los EV con el número de componentes del SM se observó que el 52.1% de los operarios que mostraron de 3 a 4 componentes refirieron consumo excesivo de alcohol, mientras que este mismo número de componentes se ob-

Tabla 1. Antecedentes de enfermedad y estilos de vida en operadores de un sitio de taxis en la Ciudad de México

	N	%
Diagnóstico previo		
Hipertensión arterial	15	18.9
Diabetes mellitus tipo 2	22	27.8
Obesidad	8	10.1
Dislipidemias	38	48.1
Valores encontrados		
TA >139/85	32	40.5
Glucemia en ayuno >110 mg/dl	11	13.9
Dislipidemias	29	36.7
IMC >29	11	13.9
Antecedentes familiares		
Hipertensión arterial	35	44.3
Diabetes mellitus tipo 2	54	68.3
Enfermedad cardiovascular	18	22.7
Estilos de vida		
Consumo excesivo de alcohol	31	39.2
Tabaquismo	29	36.7
Ejercicio	33	41.7

Fuente: elaboración propia, 2018.

TA: Tensión arterial; IMC: Índice de masa corporal

servó en el 25.3% del grupo que no refirió consumo de alcohol. En el caso de los fumadores el 22.8% presentó de 3 a 4 componentes, en relación al 50.6% entre los no fumadores, y en el caso de aquellos que practicaban ejercicio regularmente se observó que el 34.7% presentaron 3 a 4 componentes, mientras que el mismo número de componentes se presentó en el 40.5% de los que no realizaban ejercicio (gráfico 1).

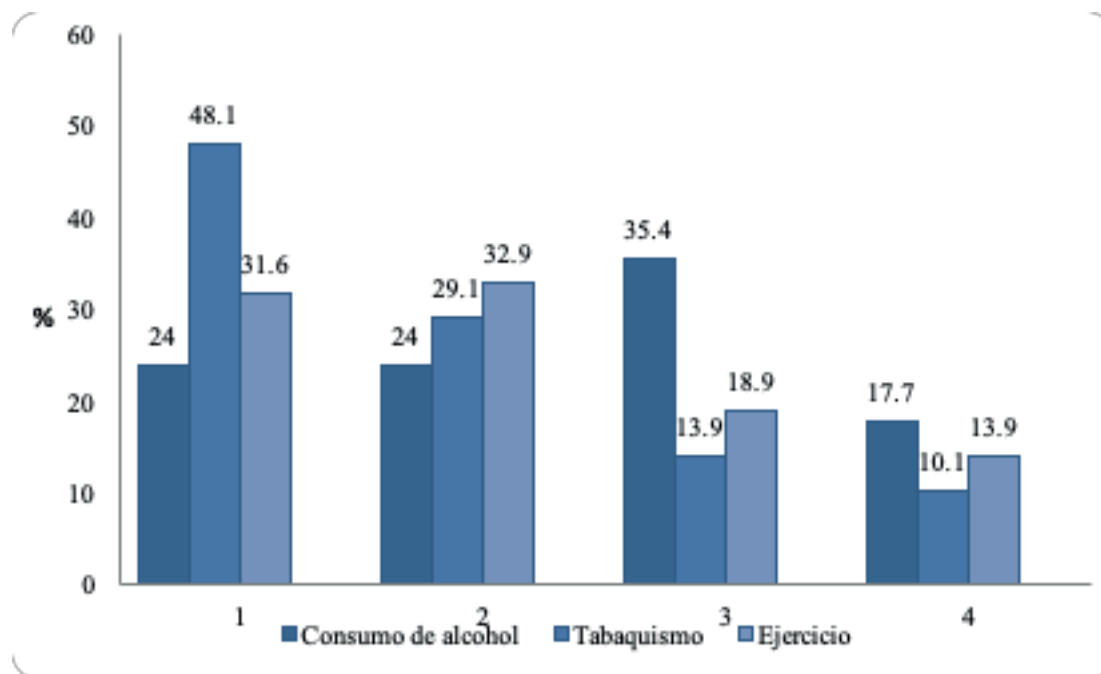
En las personas que presentaron sólo un componente, el de mayor frecuencia fue la TA >139/85 mm Hg (42%), seguido de las dislipidemias (35.4%). En este grupo, el 48.1% de los operadores refirieron tener el hábito de fumar.

Estadística no paramétrica

No se encontró diferencia significativa entre las varianzas respecto a los riesgos y exigencias laborales con algún componente del SM. Tampoco hubo diferencia significativa al analizar los EV con la edad, el ingreso, las condiciones de trabajo o el SM.

El test de Levene mostró una diferencia significativa de la media de tensión arterial sistólica (TAS) entre los grupos diagnosticados con y sin SM ($p=0.01$), pero no para los otros componentes o la edad (tabla 2). Tanto el consumo de alcohol

Gráfico 1. Número de componentes del Síndrome Metabólico en relación al consumo de alcohol, tabaquismo y ejercicio en operadores de un sitio de taxis de la Ciudad de México



Fuente: elaboración propia, 2018.

como el hábito de fumar se asociaron significativamente con el diagnóstico de SM ($p < 0.05$).

El análisis de los EV en relación con los valores de tensión arterial, somatometría y marcadores sanguíneos, sin tener en cuenta el diagnóstico de SM, mostró que en el grupo que refirió consumo excesivo de alcohol las medias de la TAS y la tensión arterial diastólica (TAD) fueron significativamente mayores ($p < 0.05$) (tabla 3). El hábito de fumar se correlacionó significativamente con niveles elevados de triglicéridos ($p < 0.01$) (tabla 4). No se encontró diferencia significativa en el caso del ejercicio.

Al analizar los valores de tensión arterial, somatometría y marcadores sanguíneos en relación a

los estilos de vida y la presencia de SM, el consumo excesivo de alcohol se relacionó con mayores niveles de TAS ($p < 0.05$), en el grupo con SM, mientras que hubo mayor probabilidad de valores elevados de glucosa en ayuno en el grupo sin SM ($p < 0.05$). En el caso del grupo de fumadores, aquellos sin SM tienen mayor probabilidad de valores elevados de triglicéridos ($p < 0.05$), mientras que los fumadores con SM tienen mayor probabilidad de presentar niveles elevados de TAS ($p < 0.05$). Los operadores con SM que refirieron ejercicio regular tuvieron mayor probabilidad de presentar valores menores a 100 cm de circunferencia de la cintura, respecto de aquellos sin SM. Se encontró que los niveles elevados de glucosa en ayuno se relacionan significativamente con la práctica regular del ejercicio en los participan-

Tabla 2. Signos vitales y valores biométricos en relación con la prevalencia de Síndrome Metabólico en operadores de un sitio de taxis en la Ciudad de México

	Total (n = 79)	p	Con Síndrome Metabólico (n = 29)	Sin Síndrome Metabólico (n = 50)
Edad ($\bar{X} \pm DE, IC95$)	42.92 \pm 13.1 38.79 - 47.06	0.16	40.65 \pm 13.86 40.78 - 52.94	46.86 \pm 10.97 35.05 - 46.25
TAS	129.76 \pm 17.2 122.79 - 136.76	0.005	144 \pm 19.29 133.31 - 154.69	121.53 \pm 8.51 118.1 - 124.97
TAD	82.41 \pm 10.93 78.96 - 85.86	0.13	92.13 \pm 11.2 85.92 - 98.33	76.80 \pm 5.63 74.53 - 79.08
IMC	29.32 \pm 4.73 25.66 - 29.37	0.14	32.44 \pm 3.12 30.71 - 34.17	27.51 \pm 4.60 25.66 - 29.37
Glucosa en ayuno	117.8 \pm 48.6 106.8 - 128.8	0.26	121.7 \pm 42 1106.1 - 137.5	115.15 \pm 52.6 91.16 - 139.14
Triglicéridos	316.82 \pm 184.06 258 - 336.1	0.06	250.8 \pm 153.98 165.52 - 336.1	354.92 \pm 191.84 277.43 - 432.41
C-HDL	49.76 \pm 7.74 47.32 - 52.21	0.9	47.98 \pm 7.84 43.64 - 52.33	50.79 \pm 7.64 43.64 - 52.33
Perímetro de la cintura	100.20 \pm 11.96 96.42 - 103.98	0.06	107.86 \pm 7.67 103.61 - 112.11	95.78 \pm 11.85 90.99 - 100.57

Fuente: elaboración propia, 2018.

TAS: Tensión arterial sistólica; TAD: tensión arterial diastólica; IMC: Índice de masa corporal; C-HDL: Colesterol unido a lipoproteínas de alta densidad.

Los resultados se representan en media \pm DE, IC95.

tes que no presentaban SM y refirieron consumo excesivo de alcohol ($p < 0.001$) o hábito de fumar ($p < 0.05$) (tabla 5).

Discusión

En este estudio el consumo de alcohol y el hábito de fumar resultaron estar asociados de mane-

ra estadísticamente significativa con los valores elevados en las mediciones de los componentes del SM, por lo que podemos plantear que en los operarios de taxi que fueron encuestados y consultados, estos componentes de los EV resultaron ser prácticas de riesgo. El consumo de alcohol se relacionó con un mayor porcentaje de diagnósticos, y con niveles elevados de tensión arterial, por

Tabla 3. Consumo de alcohol y componentes del Síndrome Metabólico en operadores de un sitio de taxis de la Ciudad de México

	Sin consumo de alcohol	Con consumo de alcohol	p
TAS	124.8±10.8 116.9–125.2	136.6±22 128.6–143.7	<0.05
TAD	79.6±7.3 76.5–82.6	86.4±13.9 79.6–93.2	<0.05
Circunferencia de la cintura	99.5±13 84.2–105	101.0±10.5 96–106	0.08
Triglicéridos	294.7±173.6 223–366	348±199 250–445.5	0.2
C-HDL	49.2±7.8 46–52.5	50.5±7.8 46.6–54.3	0.8
Glucosa en ayuno	121.5±42.8 103.8–139.2	131.3±79.5 92.4–170.3	0.2

Fuente: elaboración propia, 2018.

TAS: Tensión arterial sistólica; TAD: tensión arterial diastólica; IMC: Índice de masa corporal; C-HDL: Colesterol unido a lipoproteínas de alta densidad.

Los resultados se representan en media± DE, IC95.

Tabla 4. Tabaquismo y componentes del Síndrome Metabólico en operadores de un sitio de taxis de la Ciudad de México.

	Sin tabaquismo	Con tabaquismo	p
TAS	138±19.7 129.1–146.8	122±9.5 117.7–126.	<0.05
TAD	86.2±11.6 80.9–91.5	78.8±9 74.8–82.8	0.5
Circunferencia de la cintura	105±10.6 100.2–109.8	95.61±11.6 90.5–100.7	0.2
Triglicéridos	236.7±132 117–296.3	393±196.6 306.4–479.8	<0.001
C-HDL	49±9.2 44.8–53.2	50.5±6.1 47.7–53.2	0.2
Glucosa en ayuno	129.4±54.3 104.8–154	122±66.3 92.7–151.2	0.8

Fuente: elaboración propia, 2018.

TAS: Tensión arterial sistólica; TAD: tensión arterial diastólica; IMC: Índice de masa corporal; C-HDL: Colesterol unido a lipoproteínas de alta densidad.

Los resultados se representan en media± DE, IC95.

Tabla 5. Estilos de vida y con ponentes del Síndrome Metabólico en operadores de un sitio de taxis de la Ciudad de México.

Tabaquismo		Consumo excesivo de alcohol		Ejercicio	
<i>Con SM</i>	<i>Sin SM</i>	<i>Con SM</i>	<i>Sin SM</i>	<i>Con SM</i>	<i>Sin SM</i>
↑ <i>TAS</i>	↑ Triglicéridos	↑ <i>TAS</i>	↑ Triglicéridos	↓ Circunferencia de la cintura	↓ Glucosa en ayuno
			↑ Glucosa en ayuno		

Fuente: elaboración propia, 2018.

TAS: Tensión arterial sistólica; *TAD*: tensión arterial diastólica; *SM*: Síndrome metabólico.

lo que juegan un papel definitivo en el establecimiento del SM en el grupo estudiado. Lo anterior se relaciona con que el consumo excesivo del alcohol es una condición común en los participantes con diagnóstico de SM, por lo que se explica el mayor número de componentes en aquellos que refirieron este tipo de práctica.

Estos datos son consistentes con otros estudios en los que se ha encontrado relación entre los componentes del SM y el consumo de alcohol (Wiel, 2004; Núñez, et al., 2009) y también con el tabaquismo, ya sea considerándolos de manera separada (Bermúdez, et al., 2010; López, et al., 2017; Al-Khalifa, Mohammed y Ali, 2017) o en conjunto (Slagter, et al., 2014; Paredes, et al., 2015).

Dado que la prevalencia de tabaquismo es mayor en el grupo que presentó de 1-2 componentes, mientras que la prevalencia de consumo excesivo de alcohol es mayor en el grupo que presentó de 2-3 o de 3-4 componentes, es pertinente desarrollar estrategias diferenciadas; por un lado, es necesario un abordaje y prevención del SM y promoción de la salud, a través del mejoramiento

de las condiciones de trabajo. Por otro lado se requiere un abordaje dirigido principalmente a la disminución de la ingesta de alcohol, ya que en este último grupo se encontraron asimismo valores elevados de triglicéridos y perímetro de la cintura > 100 cm.

La tensión arterial resultó ser el componente más afectado por la práctica de estilos de vida no saludable, principalmente el consumo de alcohol y el hábito de fumar. No obstante que el ejercicio no tuvo una relación estadísticamente significativa con este o algún otro de los componentes del SM, se recomienda no minimizar el efecto que puede en la prevención y el control de las enfermedades.

Asimismo, aunque la práctica regular del ejercicio haya tenido una asociación fuerte y significativa con valores bajos de glucosa en ayuno sólo en el grupo sin SM y con consumo excesivo de alcohol y el hábito tabáquico, no puede desestimarse el impacto del mismo en los operadores que cumplen con los criterios diagnósticos de SM, sobre todo por los efectos benéficos que puede tener a largo plazo en el control de la enfermedad, en par-

ricular la disminución del perímetro de la cintura, como se observó en el grupo estudiado. Es necesario llevar a cabo un análisis más detallado sobre la práctica del ejercicio y su relación con otros estilos de vida y el SM.

La práctica de EV saludables en los operadores del sitio de taxis se relaciona con un menor número de componentes del SM, por lo que es necesario tenerlos en cuenta en las estrategias de promoción de la salud. Aunque cabe determinar cómo el ejercicio puede contribuir a la disminución en el número de componentes del SM, se recomienda promover su realización, además de limitar la ingesta de alcohol y eliminar el hábito de fumar. Es necesario profundizar más sobre los patrones de consumo alimentario que pueden representar un factor de riesgo para el control de la glucosa sanguínea y lípidos, así como también en el efecto de los riesgos y las exigencias laborales sobre los componentes del SM, ya que son factores que son características del propio proceso de trabajo.

Aunque no se encontró asociación entre las condiciones de trabajo, los EV y el SM, es importante apuntar que, en la población estudiada, los EV observados adquieren un cierto patrón o forma de

expresión que está determinado por los riesgos y exigencias propios de la operación del taxi.

Se sugiere llevar a cabo un estudio de seguimiento para determinar si hay una relación entre el consumo de alcohol por un lado y el ejercicio aeróbico por otro, con las dislipidemias y la variación en la circunferencia de la cintura. También es necesario indagar con mayor profundidad sobre las circunstancias personales en la reproducción de EV, ya que el estrés laboral y las exigencias laborales pueden influir sobre estos, y por lo tanto en los valores biométricos y somatométricos.

Es necesario trabajar en conjunto con la población estudiada para generar estrategias encaminadas a disminuir la prevalencia de SM, así como la promoción de prácticas que permitan mejorar los niveles de salud actuales. La promoción de prácticas saludables y la educación para la salud debe fijarse como una de las estrategias de intervención en el grupo de estudio, para que los operadores puedan tener mayor control sobre los padecimientos, principalmente porque este resultó ser muy bajo (23%) al momento del estudio, además de que se encontró un alto porcentaje de participantes que desconocían su estado de salud actual.

Referencias bibliográficas

Abasto, D.; Mamani, Y.; Luizaga, J.; Pacheco, S. y Illanes, D. (2018). “Factores de riesgo asociados al síndrome metabólico en conductores del transporte público en Cochabamba-Bolivia”, *Gaceta Médica de Bolivia*, vol. 41, Núm. 1:47-57.

Aguilar, J.; Irigoyen, M.; Ruiz, V.; Pérez, M., Guzmán, S., Velázquez, M. y Cervantes, L. (2007). “Prevalencia de sobrepeso y obesidad en operado-

res mexicanos del transporte de pasajeros”, *Gaceta Médica de México*, vol. 143, Núm. 1:21-25.

Al-khalifa, I.; Mohammed, S., y Ali, Z. (2017). “Cigarette Smoking as a Relative Risk Factor for Metabolic Syndrome”, *Endocrinology and Metabolism*, vol. 6, Núm. 6:178-182.

Backett, K. y Davison, C. (1995). “Lifecourse and lifestyle: the social and cultural location of health

- behaviours”, *Social Sciences and Medicine*, vol. 40, Núm. 8:629-638.
- Bermúdez, V.; Acosta, D.; Aparicio, D.; Finol, F.; Canelón, R.; Urdaneta, A.; et. al. (2010). “Hábito tabáquico y enfermedad cardiovascular”, *Revista Latinoamericana de Hipertensión*, vol. 5, Núm. 2:19-27.
- Dahlgren, G. y Whitehead, M. (1991). *Policies and Strategies to Promote Social Equity in Health*. Stockholm, Sweden: Institute for Futures Studies.
- Duque, M. (2007). “Cultura y salud: elementos para el estudio de la diversidad y las inequidades”. *Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo*, vol. 9, Núm. 2:127-142.
- Guerrero, M. y León, S. (2010). “Estilo de vida y salud”, *Enducere*, vol. 14, Núm. 48:13-19.
- Herrera, M. (2020). *Estratificación social y estilos de vida culturales*. España: Fundación Centro de Estudios Culturales.
- Hinestroza, J. y Giraldo, J. (2009). “Riesgo cardiovascular en conductores de servicio público intermunicipal, 2008”, *Revista Médica de Risaralda*, vol. 15, No. 2:13-25
- De Salud Pública (2016). Encuesta Nacional de Nutrición y Salud de Medio Camino. México: INSP/SSA. http://transparencia.insp.mx/2017/auditorias-insp/12701_Resultados_Encuesta_ENSANUT_MC2016.pdf. (consulta 8 de mayo de 2019).
- International Diabetes Federation (2006). The IDF consensus worldwide definition of the metabolic syndrome. <https://www.idf.org/e-library/consensus-statements/60-idfconsensus-worldwide-definition-of-the-metabolic-syndrome>. (consulta 25 de julio de 2019).
- Kaiser, M.; Bauer, J. y Sousa-poza, A. (2017). “Does unemployment lead to a less healthy lifestyle?”, *Applied Economics Letter*, vol. 17, Núm. 12:815-819.
- Ledesma, R.; Poó, F.; Úngaro, J.; Cirese, A.; Enev, A.; Nucciarone, M. y Tosi, J. (2017). “Trabajo y salud en conductores de taxis”. *Ciencia & Trabajo*, vol. 19, Núm. 59: 113-119.
- Li, Y.; Yatsuya, H.; Iso, H.; Tamakoshi, K. y Toyoshima, H. (2010). “Incidence of metabolic syndrome according to combinations of lifestyle factors among middle-aged Japanese male workers”, *Preventive Medicine*, vol. 51, Núm. 2:118-122.
- López, A.; Gil, M.; Quemaldelos, M.; Campos, I.; Estades, P. y González, R. (2018). “Valoración del riesgo cardiovascular en varones conductores profesionales del Área Mediterránea Española y variables asociadas”, *Ciencia & Trabajo*, vol. 20, Núm. 61:1-16.
- López, M.; Artazcoz, M.; Martínez, J.; Rojas, M. y Benavidez, F. (2015). “Informal employment and health status in Central America”, *BMC Public Health*, vol. 15, Núm. 698:1-12.
- López, M.; Hernández, M.; Miralles, J. y Barrueso, M. (2017). “Tabaco y diabetes: relevancia clínica y abordaje de la deshabilitación tabáquica en pacientes con diabetes”, *Endocrinología, Diabetes y Nutrición*, vol. 64, Núm. 4:185-236.
- Mariner, W. (2016). “Beyond lifestyle: Governing the social determinants of health”, *American Journal Law Medicine*, vol. 42, Núm. 2-3:284-309.
- Morales, I.; Pacheco, V. y Morales, J. (2016). “Influencia de la actividad física y los hábitos nutricionales sobre el riesgo de síndrome metabólico”, *Enfermería Global*, vol. 15, Núm. 44:209-221.
- National Institutes of Health (2002). “Expert Panel on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults. Executive Summary of the Third Report of the National Cholesterol Education Program (NCEP) Expert Panel on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults (Adult Treatment Panel III)”. Belgium: IDF. Final Report.
- Noriega, M. y Villegas, J. (1989). “El trabajo, sus riesgos y la Salud”. En: Noriega, M. (Coord.). *En defensa de la salud en el trabajo*. México: SITUAM, 5-12.

- Núñez, J.; Martínez, M.; Bes, M.; Toledo, E.; Beunza, J. y Alonso, A. (2009). "Alcohol Consumption and the incidence of hypertension in a mediterranean cohort: the SUN study", *Revista Española de Cardiología*, vol. 62, Núm. 6:633-641.
- OMS (1999). Definition, Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus and its Complications: Report of a WHO Consultation. Part 1: Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus, 1999.
- OMS (2010). Recomendaciones mundiales sobre la actividad física para la salud. Suiza: OMS, 2010.
- Paredes, R.; Orraca, O.; Marimón, E.; et al. (2015). "Influencia del tabaquismo y el alcoholismo en el estado de salud de la población pinareña", *Revista de Ciencias Médicas*, vol. 19, Núm. 1:46-56.
- Rodríguez, C.; Jojoa, J.; Orozco, L. y Nieto, O. (2017). "Síndrome metabólico en conductores de servicio público en Armenia, Colombia", *Revista de Salud Pública (Colombia)*, vol. 19, Núm. 4:499-505.
- Rodríguez, C.; Jojoa, J.; Orozco, L. y Nieto, O. (2017). "Síndrome Metabólico en conductores de servicio público de Armenia, Colombia". *Revista de Salud Pública (Colombia)*, vol. 19, Núm. 4: 499-505.
- Rosales, R.; Mendoza, J. y Granados, J. (2018). "Condiciones de vida, salud y trabajo en conductores de taxi en la Ciudad de México". *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, vol. 56, Núm., 279-286.
- Salonen, M.; Wasenius, N.; Kajantie, E.; Lano, A.; Lahti, J.; Heinonen, K.; et al. (2015). "Physical activity, body composition and Metabolic Syndrome in Young Adults", *PLOS ONE*, vol. 10, Núm. 5: e0126737.
- Secretaría de Salud (2010). Norma Oficial Mexicana NOM-008-SSA3-2010. Para el manejo integral del sobrepeso y la obesidad. DOF 4 de agosto de 2010.
- Slagter, S.; Vliet, J.; Vonk, J.; et al. (2014). "Combined Effects of Smoking and Alcohol on Metabolic Syndrome: The LifeLines Cohort Study", *PLOS ONE*, vol. 9, Núm. 4: e96406. doi: 10.1371/journal.pone.0096406. eCollection 2014.
- Suwazono, Y.; Okubu, Y.; Kobayashi, E.; Kido, T. y Nogawa, K. (2003). "The influence of total number favourable working conditions and lifestyle on mental health in Japanese workers in a large company", *Stress Health*, vol. 19, Núm. 2:119-126.
- Tafari, G. y Caminati, G. (2013). "Factores de riesgo y determinantes sociales de la salud", *Revista de Salud Pública (UNC)*, vol. 17, Núm. 4:53-68.
- WHO. (2000). International Guide for Monitoring Alcohol Consumption and Related Harm. World Health Organization.
- Wiel, A. (2004). "Diabetes mellitus and Alcohol", *Diabetes Metabolism Research and Reviews*, vol. 20, Núm. 4:263-267.
- Zhu, S.; St-onge, M.; Heshka, S. y Heymsfield, S. (2004). "Lifestyle behaviors associated with lower risk of having the metabolic syndrome", *Metabolism*, vol. 53, Núm. 11:1503-1511.

Afiliación a los servicios de salud en función del sexo, edad y actividad en dos municipios de Oaxaca

Karla I. Mijangos Fuentes*

RESUMEN

Las determinantes socioeconómicas, políticas y ambientales socavan el acceso de las personas a una atención y servicio de salud. El objetivo de esta investigación fue describir la afiliación a servicios de salud en función del sexo, la edad y la actividad entre los pobladores de los municipios de Tlacolula de Matamoros y Ocotlán de Morelos en el Estado de Oaxaca México. Se realizó un estudio descriptivo transversal usando los datos obtenidos de la encuesta intercensal 2015_INEGI. La muestra se compuso por adultos entre 18 y más años. Los datos se procesaron y analizaron a través del procesador SPSS v.24.0, mediante estadística descriptiva y análisis paramétrico (Chi-cuadrada). En ambos municipios se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la afiliación de los servicios de salud en función del sexo, la edad y la actividad entre ambos municipios, siendo más diferenciado en las mujeres ($p < .000$). La mayoría de los habitantes se encuentran afiliados al seguro popular, siendo más pronunciado en las mujeres; sin embargo, los hombres se ven más favorecidos a tener un trabajo estable y remunerado, por consiguiente, las mujeres se ubican en trabajos donde no reciben un sueldo, ni son beneficiadas por servicios de salud, tal es el caso de las mujeres que se dedican a los quehaceres del hogar.

Palabras clave: afiliación a servicios de salud, condiciones sociodemográficas, pobreza, género.

Affiliation to health services by sex, age and activity in two municipalities of Oaxaca

ABSTRACT

Socio-economic, political and environmental determinants undermine people's access to health care and service. The objective of this research was to describe the affiliation to health services based on sex, age and activity among the residents of the municipalities of Tlacolula de Matamoros and Ocotlán de Morelos in the State of Oaxaca Mexico. A descriptive cross-sectional study was conducted using data obtained from the 2015_INEGI intercensal survey. The sample was composed by adults between 18 and

* Licenciada en Enfermería y especialista en Enfermería Pediátrica. Máster en Investigación y Rol Avanzado en Enfermería. Estudiante de Doctorado en Ciencias Sociales en la Universidad Autónoma del Estado de México.

Fecha de recepción: 30 de octubre de 2019.

Fecha de aceptación: 18 de febrero de 2020.

older. The data was processed and analyzed through the SPSS v.24.0 processor, using descriptive statistics and parametric analysis (Chi-square). In both municipalities, statistically significant differences were found in the affiliation of health services according to sex, age and activity between both municipalities, being more differentiated in women (p .000). The majority of the inhabitants are affiliated to the popular insurance, being more pronounced in the women; however, men are more favored to have a stable and paid job, therefore, women are placed in jobs where they do not receive a salary, nor are they benefited by health services, such is the case of women who are engaged to household chores.

Keywords: affiliation to health services, sociodemographic conditions, poverty, gender.

Introducción

Las determinantes socioeconómicas, políticas y ambientales socavan el acceso de las personas a una atención y servicio de salud. Tal y como lo afirma la Organización Mundial de la Salud, la exclusión, pobreza y marginación no sólo se identifican como factores asociados a la falta de equidad, sino como uno de los principales determinantes para el progreso, desarrollo y cobertura de la salud entre todas las naciones (2005, en Fajardo, 2015).

En este sentido, Castel (1995) ve en la exclusión formas de discriminación negativa que obedecen a las normas de una sociedad dada; esto corresponde a un status y a un orden social. Al respecto, García (2014) exhorta a no utilizar el término de exclusión como toda situación de desequilibrio social, sino como resultado y efecto último de una serie de condiciones que la anteceden.

En tanto, la pobreza definida por Anta apunta a

Un estado, una condición en la que siempre puede observarse la carencia de uno o más bienes, pero no necesariamente implica marginación. En

tanto que la marginación debe entenderse como un fenómeno que afecta a las localidades y no necesariamente a las personas que viven en ellas, es decir la marginación evidencia el acceso diferenciado de la población al disfrute de los beneficios del desarrollo (1998, en García, 2014: 128).

Como señala Anta, la pobreza contempla un estado de carencia en uno o varios bienes, por tanto, este factor debe estudiarse como un problema unido a desigualdades e inequidades, incluyendo la exclusión desigual para el acceso a los sistemas de salud. En el caso de México, 43.6% de su población está en pobreza, en tanto que 7.6% de sus pobladores se encuentra en pobreza extrema (CONEVAL, 2016).

Al respecto, y de acuerdo al informe *Panorama Social de América Latina 2018 de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe* (CEPAL), a México le costaría 16 años para poder alcanzar la meta de reducción de pobreza. Estos datos fueron consensuados a partir de los indicadores: activos financieros y de acceso a la vivienda propia; los cuales describen que en México 46% de la población no cuenta con una casa propia, en tanto que los activos financieros se localizan

en un nivel bajo (CEPAL, 2018). Datos que son alarmantes para alcanzar las metas de desarrollo e igualdad de oportunidades entre los mexicanos.

En este tenor, para los investigadores de la pobreza en México cobran relevancia los estudios que analizan y comparan las consecuencias de este factor con la salud de las personas, pero sobre todo emanados de las desigualdades caracterizadas por la variable sexo que se observan en estos contextos de pobreza. Tal y como apunta Tepichin (2011b) la división sexual del trabajo, la incorporación de las mujeres al mercado laboral, el protagonismo de éstas en las estrategias de sobrevivencia, la migración, la capacidad de agencia y participación política, la violencia, el uso del tiempo, el rol cultural del cuidado de los hijos y del hogar, entre otras características que se suman y relacionan con indicadores de pobreza y, que han sostenido la permanencia, cronicidad y transformación de las enfermedades; mismas que ya no son posibles de mirar como consecuencias directas de un factor biológico y/o epidemiológico, sino como efectos, sí de la pobreza, pero también de los nuevos roles que hombres y mujeres ejercen actualmente, los cuales limitan el acceso a la atención de la salud y el tiempo que éstos le dedican a acciones de autocuidado y cuidado de la familia y del hogar.

En una aproximación más cercana al fenómeno de estudio, Oaxaca mantiene el 70.4% de su población en situación de pobreza, 43.5% en pobreza moderada y 26.9% en pobreza extrema (CONEVAL, 2016). Esta información coincide con el informe anual elaborado por la Secretaría de Desarrollo Social (SEDESOL), el cual enuncia que Oaxaca es el primer Estado con mayor pobreza a nivel nacional (Coello, 2018).

Por tanto, estos datos cobran interés, cuando se estudia el comportamiento de cada uno de los indicadores de pobreza, por ejemplo, la carencia social y el rezago educativo en Oaxaca corresponden al 27.3% de la población, en tanto, la carencia por acceso a los servicios de salud equivale a 15.9% de las personas; por el contrario, quienes no tienen acceso a la seguridad social asciende a 77.9% de las personas (CONEVAL, 2016). Finalmente entre la medición individual de los indicadores, se apunta que la carencia por calidad de los espacios en la vivienda se ubica en un 26.3%, la falta de acceso a los servicios básicos 62% y el escaso acceso a la alimentación en 31.4% (CONEVAL, 2016). Una posible explicación a estos resultados subyace, tal y como afirma Coello (2018) en que existe una falta de transparencia por parte de los Gobiernos Federal y Estatal para el uso de los recursos que combaten la pobreza y en la fiscalización, por ende, estos factores influyen negativamente para la erradicación de la pobreza en el Estado.

Cabe mencionar que, la población con ingreso inferior a la línea de bienestar mínimo corresponde a 40.2%, en tanto, la población con ingreso inferior a la línea de bienestar alcanza una proporción igual a 72.7% (CONEVAL, 2016). Cifras que revelan un severo problema social y económico, pero también de salud, porque muchas de las familias oaxaqueñas, ni siquiera cuentan con el ingreso mínimo para adquirir alimentos.

Sobra decir que, Oaxaca es uno de los Estados con mayores índices de pobreza, pero también con mayor población rural e indígena que corresponde al 16.3% del total nacional. Esto se traduce que, 3 de cada diez oaxaqueños de tres años y más habla alguna lengua indígena, es decir sólo el 14.3% no habla el idioma español (INEGI, 2015).

Esta última condición, genera aún mayores desigualdades entre los oaxaqueños.

Asimismo, Oaxaca está compuesto geográficamente por 570 municipios y ocho regiones, entre ellas se mencionan: Istmo, Costa, Cañada, Papaloapan, Mixteca, Sierra Sur, Sierra Norte y Valles Centrales. Los valles centrales, se reconocen por su cercanía a la Ciudad de Oaxaca; teniendo como base esta premisa, se esperaría que los municipios de los valles centrales, fueran los que tuviesen un mayor acceso a los sistemas de salud, sin embargo, dicha región, también cuenta en su extensión territorial con comunidades ampliamente marginadas y situadas en zonas casi inaccesibles. En el caso de los municipios de Ocotlán de Morelos y Tlacolula de Matamoros se localizan a una distancia de 30 a 45 minutos de la Ciudad, en Ocotlán, en 2016 se hablaba de 21 mil 676 habitantes, en tanto, para el caso de Tlacolula correspondía a 22 mil 545 personas (CONEVAL, 2016).

Para el caso de Ocotlán, en 2015, se describía un rezago social medio. En relación con el acceso a los servicios de salud, sólo 26.2% de la población representaba una carencia de ellos (SEDESOL, 2015). Según datos derivados de SEDESOL (2015), Tlacolula también se localiza en un grado medio de rezago social, y sólo el 38.8% de la población presenta carencia por acceso a los servicios de salud.

Con base en todo este bagaje teórico y demográfico, se llega a la discusión que, para el estudio del comportamiento en el estado de la salud de los oaxaqueños, se deben añadir, aparte de las variables de causalidad biológica y psicológica, variables asociadas a factores socioeconómicos y ecológicos, mismas que permitan explicar el acceso a los sistemas de salud, así como el propio estado

de salud de dichas poblaciones diferenciadas entre mujeres y hombres. A partir de todas estas premisas, el presente trabajo plantea la siguiente pregunta: ¿Existen diferencias significativas para el acceso a los servicios de salud en función del sexo, la edad y la condición de actividad entre los pobladores de dos Municipios del Estado de Oaxaca?

Metodología

El presente trabajo corresponde a una investigación cuantitativa descriptiva de corte trasversal. La comparación entre los municipios de Ocotlán de Morelos y Tlacolula de Matamoros se hizo a través de la fuente y base de datos correspondiente a la Encuesta intercensal 2015_INEGI. Los datos obtenidos a través de esta encuesta se analizaron por medio del procesador SPSS v.24.0, utilizando estadística descriptiva con frecuencias absolutas y porcentajes de la muestra estudiada. Para establecer la correlación de la muestra en la afiliación a los servicios de salud en función del sexo, la condición de actividad y la edad, se utilizó el análisis paramétrico de chi-cuadrado para probar la significación de la diferencia ($p < 0.05$).

Resultados

Los resultados de la estadística descriptiva refieren a una población de 5 416 para el caso de Ocotlán y 7 035 para Tlacolula. En ambas comunidades existe más mujeres que hombres; y su población se caracteriza como joven adulta, debido a que el 60.6% (Ocotlán) y 66.9% (Tlacolula) de su población se concentran en la categoría de 18 a 45 años que corresponde con la edad productiva de las personas. Con relación al Municipio de Ocotlán, se destaca que el 56.1% de su población se encuentra afiliado al seguro popular, a diferen-

cia de Tlacolula donde prevalecen más personas no afiliadas a los servicios de salud (39%), en tanto, sólo el 30.5% es captada por el seguro popular. Finalmente, en la variable condición de actividad, en ambos municipios, la mayor parte de su población que corresponde con la edad productiva, se mantiene trabajando 49.4% (Ocotlán) y 55.9% (Tlacolula). Sin embargo, cobran relevancia los datos correspondientes a la etiqueta quehaceres del hogar que se pronuncia como la segunda actividad más desarrollada por la población femenina

de ambos Municipios. Para mayor observación y análisis de los datos, se muestra la tabla 1, la cual describe más detalladamente a la población de estudio.

Municipio de Ocotlán de Morelos

Edad de 18 a 45 años: a través de las tablas cruzadas, se puede observar que hay 1 157 hombres y 619 mujeres. Así, 594 hombres (38.4%) y 293 mujeres (16.8%) que están trabajando tienen se-

Tabla 1. Descripción de la muestra estudiada

	Ocotlán de Morelos N= 5 416		Tlacolula de Matamoros N= 7 035	
	N	%	N	%
Edad				
18-45 años	3 283	60.6	4 703	66.9
46-65 años	1 409	26.0	1 631	23.2
≥ 66 años	724	13.4	701	10.0
Sexo				
Hombres	2 507	46.3	3 183	45.2
Mujeres	2 909	53.7	3 852	54.8
Afiliación a los servicios de salud				
Seguro Popular	3 041	56.1	2 146	30.5
Otros seguros*	867	16.0	2 142	30.4
No afiliado	1 508	27.8	2 747	39.0
Condición de actividad: entonces, la semana pasada				
Trabajo	2 675	49.4	3 930	55.9
Estudiante	303	5.6	315	4.5
Quehaceres del hogar	1 600	29.5	1 710	24.3
Limitación física	160	3.0	151	2.1
No trabajo	416	7.7	453	6.4
Otra actividad	262	4.9	476	6.7
* Otros seguros: IMSS; ISSSTE; ISSSTE estatal; Pemex; Defensa o Marina; seguro privado; otra institución; no especificado.				

Fuente: elaboración propia, con datos de la Encuesta Intercensal_INEGI (2015)

guro popular (ver tabla 2). Asimismo, llama la atención que, entre los 153 hombres estudiantes, 62 de ellos (4.01%) no están afiliados, en comparación con las mujeres, que sólo 49 de ellas (2.81%) no cuentan con algún servicio de salud, y el resto de las mismas (4.13%) es captada por el seguro popular, principalmente. Finalmente, se observa que 868 de las mujeres se dedican a los quehaceres del hogar, en comparación con los hombres (n= 4). Cabe mencionar que 613 de dichas mujeres pertenecen al seguro popular, pero es muy alarmante que 181 de ellas (10.4%) no estén afiliadas a ningún servicio de salud. También cobra importancia que, hay una mayor presencia de hombres (n=16) que presentan alguna limitación física, o no trabajan (n=124); siendo alarmante que existe una cifra cuantiosa, tanto para hombres como mujeres quienes no trabajan y tampoco están afiliados (n=36 hombres; n=15 mujeres) (ver tabla 2).

Edad de 45 a 65 años: Hay 639 hombres y 770 mujeres; de los hombres (n=478) y las mujeres (n=255) quienes trabajan, éstos se encuentran afiliados al seguro popular principalmente. Asimismo, los datos despuntan a las mujeres hacia los quehaceres del hogar (n=469), no obstante, solo 38.8% de ellas tienen seguro popular. Finalmente, las estadísticas siguen apuntando a los hombres hacia una mayor prevalencia de limitaciones físicas y a la condición de no trabajo; es decir, a mayor edad mayor limitación física, menor posibilidades de trabajo y mayor aumento en la no afiliación de los hombres (ver tabla 3).

Edad de 66 y más años: existe un total de 325 hombres y 399 mujeres. Al respecto, se observa que aún persiste una cifra cuantiosa de mujeres y hombres que trabajan en estas edades, pero se distingue que la no afiliación en las mujeres va

en aumento (n=46, 5.01%). Otro dato relevante, es que el trabajo del hogar sigue desarrollándose mayormente por las mujeres (n=244 versus n=3) quienes también están afiliadas por el seguro popular; o en su defecto no tienen acceso a ninguno de estos servicios. En los últimos datos se observa, que el aumento de mujeres de 66 y más años hacia la limitación física y el no trabajo se ve agravado, pero no sólo por la condición de salud, sino por el aumento en la carencia del acceso a los servicios de salud.

Municipio de Tlacolula de Matamoros

Edad de 18 a 45 años: existe un total de 2 173 hombres y 3 852 mujeres. A diferencia de Ocotlán, en Tlacolula se ven menos favorecidos tanto hombres (31.2%) como mujeres (11%) para el acceso a los servicios de salud. Asimismo, en Tlacolula los hombres estudiantes son más en cantidad (n=162) que las mujeres (n=152), pero a diferencia de Ocotlán, aquí tanto hombres como mujeres estudiantes no cuentan con acceso a los servicios de salud (3.91%; 1.76%) respectivamente. Finalmente, la categoría de limitación física y la de no trabajo, favorecen a la población masculina, no obstante, tanto hombres y mujeres presentan una alta proporción a la no afiliación a los servicios de salud, en comparación con el municipio de Ocotlán (ver tabla 3).

Edad de 45 a 65 años: existe una población de 718 hombres y 913 mujeres. En estos resultados llama la atención que existe una mayor proporción de mujeres que se dedican al hogar (n=464) y que no están afiliadas (n=197, 21.5%), en comparación con las mujeres que trabajan (n=325) y no están afiliadas (n=107, 11,7%); sin embargo, también los hombres que trabajan se ven poco favorecidos hacia la afiliación (n=228, 31.7%). Con

Tabla 2. Acceso a los servicios de salud en función del sexo, la edad y la condición de actividad: Ocotlán de Morelos

Edad	Condición de actividad	Afilación Hombres			Afilación Mujeres			Total H 2 507	Total M 2 909
		Seg. Pop.	Otro Seg.	No Afil.	Seg. Pop.	Otro Seg.	No Afil.		
18-45 ^a	Trabajo	594 (38.4)	196 (12.7)	367 (27.7)	293 (16.8)	126 (7.24)	200 (11.4)	1157	619
	Estudiante	49 (3.17)	42 (2.72)	62 (4.01)	72 (4.13)	28 (1.60)	49 (2.81)	153	149
	Quehaceres del hogar	2 (0.12)	1 (0.06)	1 (0.06)	613 (35.2)	74 (4.25)	181 (10.4)	4	868
	Limitación física	10 (0.64)	1 (0.06)	5 (0.32)	6 (0.34)	0	3 (0.17)	16	9
	No trabajo	81 (5.24)	7 (0.45)	36 (2.33)	33 (1.89)	3 (0.17)	15 (0.86)	124	51
	Otra actividad	58 (3.73)	3 (0.18)	28 (1.8)	20 (1.13)	5 (0.27)	19 (1.07)	89	44
Valor P*		<i>df 16 p .000</i>			<i>df 16 p .000</i>			n= 1 543	n= 1 740
46-65 ^a	Trabajo	254 (39.7)	87 (13.6)	137 (21.4)	122 (15.8)	62 (8.05)	71 (9.22)	478	255
	Estudiante	0	0	0	1 (0.12)	0	0	0	1
	Quehaceres del hogar	5 (0.78)	4 (0.62)	3 (0.46)	299 (38.8)	65 (8.44)	105 (13.6)	12	469
	Limitación física	7 (1.09)	3 (0.46)	6 (0.93)	6 (0.77)	0	1 (0.12)	16	7
	No trabajo	36 (5.63)	6 (0.93)	26 (4.06)	12 (1.55)	2 (0.25)	4 (0.51)	68	18
	Otra actividad	39 (6.09)	15 (2.33)	11 (1.69)	8 (1.01)	11 (1.42)	1 (0.12)	65	20
Valor P*		<i>df 16 p .000</i>			<i>df 14 p=.000</i>			n= 639	n= 770
≥ 66 ^a	Trabajo	74 (22.7)	17 (5.23)	29 (8.92)	24 (6.01)	2 (0.50)	20 (5.01)	120	46
	Estudiante	0	0	0	0	0	0	0	0
	Quehaceres del hogar	2 (0.61)	1 (0.30)	0	143 (35.8)	42 (10.5)	59 (14.7)	3	244
	Limitación física	47 (14.4)	8 (2.46)	8 (2.46)	32 (8.02)	4 (1.00)	13 (3.25)	63	49
	No trabajo	61 (18.7)	24 (7.38)	21 (6.46)	21 (5.26)	6 (1.50)	22 (5.51)	106	49
	Otra actividad	14 (4.3)	15 (4.61)	4 (1.1)	3 (0.75)	7 (1.75)	1 (0.25)	33	11
Valor P*		<i>df 14 p.000</i>			<i>df 16 p .000</i>			n= 325	n= 399
Total n= 5 416 <i>df 18 p .000</i> *Valor $p < 0.005$; †prueba chi- cuadrado.									

Fuente: elaboración propia, con datos de la Encuesta Intercensal_INEGI (2015)

Tabla 3. Acceso a los servicios de salud en función del sexo, la edad y la condición de actividad: Tlacolula de Matamoros

Edad	Condición de actividad	Afilación Hombres			Afilación Mujeres			Total H 3 183	Total M 3 852
		Seg. Pop.	Otro Seg.	No Afil.	Seg. Pop.	Otro Seg.	No Afil.		
18-45 ^a	Trabajo	403 (18.5)	649 (29.8)	679 (31.2)	261 (6.77)	511 (13.2)	425 (11)	1731	1197
	Estudiante	29 (1.33)	48 (2.20)	85 (3.91)	33 (0.85)	51 (1.32)	68 (1.76)	162	152
	Quehaceres del hogar	3 (0.13)	4 (0.18)	5 (0.23)	404 (10.4)	226 (5.86)	380 (9.86)	12	1010
	Limitación física	8 (0.36)	6 (0.27)	8 (0.36)	6 (0.15)	1 (0.02)	4 (0.10)	22	11
	No trabajo	33 (1.51)	16 (0.73)	59 (2.71)	19 (0.49)	18 (0.46)	41 (1.06)	108	78
	Otra actividad	67 (3.06)	11 (0.49)	60 (2.75)	34 (0.86)	19 (0.47)	29 (0.73)	138	82
Valor P*		<i>df 18</i> <i>p .000</i>			<i>df 18</i> <i>p .000</i>			n= 2 173	n= 3 852
46-65 ^a	Trabajo	138 (19.2)	155 (21.5)	228 (31.7)	102 (11.1)	116 (12.7)	107 (11.7)	521	325
	Estudiante	0	0	0	0	0	0	0	0
	Quehaceres del hogar	3 (0.41)	0	0	187 (20.4)	80 (8.76)	197 (21.5)	3	464
	Limitación física	10 (1.39)	2 (0.27)	6 (0.83)	5 (0.54)	4 (0.43)	7 (0.76)	18	16
	No trabajo	18 (2.50)	4 (0.55)	43 (5.98)	12 (1.31)	8 (0.87)	8 (0.87)	65	28
	Otra actividad	46 (6.37)	35 (4.86)	30 (4.14)	21 (2.26)	44 (4.8)	15 (1.61)	111	80
Valor P*		<i>df 16</i> <i>p .000</i>			<i>df 16</i> <i>p=.000</i>			n= 718	n= 913
≥ 66 ^a	Trabajo	37 (12.6)	19 (6.50)	42 (14.3)	22 (5.37)	10 (2.44)	26 (6.35)	98	58
	Estudiante	0	0	0	0	0	1 (0.24)	0	1
	Quehaceres del hogar	2 (0.68)	0	3 (1.02)	101 (24.6)	39 (9.53)	76 (18.5)	5	216
	Limitación física	15 (5.13)	5 (1.71)	20 (6.84)	11 (2.68)	6 (1.46)	27 (6.60)	40	44
	No trabajo	53 (18.1)	16 (5.47)	29 (9.93)	33 (8.06)	16 (3.91)	27 (6.60)	98	76
	Otra actividad	23 (7.87)	17 (5.81)	11 (3.75)	7 (1.7)	6 (1.46)	1 (0.24)	51	14
Valor P*		<i>df 14</i> <i>p.000</i>			<i>df 14</i> <i>p .016</i>			n= 292	n= 409
Total n= 7 035 <i>df 18</i> <i>p .000</i> *Valor $p < 0.005$; †prueba chi- cuadrado.									

Fuente: elaboración propia, con datos de la Encuesta Intercensal_INEGI (2015)

respecto a la categoría de limitación física, hay más hombres ($n=18$) que mujeres ($n=16$) con esta condición. Finalmente, hay una mayor frecuencia de hombres sin trabajo ($n=65$) y no afiliados ($n=43$, 5.98%), que mujeres sin trabajo ($n=28$) y no afiliadas ($n=8$, .87%) (Ver tabla 3).

Edad de 66 años y más: hay 292 hombres y 409 mujeres; de los 98 hombres, 14.3% trabaja y no está afiliado, así mismo, de 58 mujeres el 6.35% trabaja y no está afiliada. Asimismo, se observa que hay más mujeres dedicadas al hogar y que no están afiliadas ($n=76$, 18.5%). La limitación física afecta más a las mujeres de este municipio ($n=44$ limitación) y tampoco están afiliadas ($n=27$, 6.60%). Empero, sigue habiendo más hombres ($n=98$) en condiciones de no trabajo que mujeres ($n=76$) (ver tabla 3).

En general, con la prueba chi-cuadrada se observa que existe una diferencia estadísticamente significativa ($p .000$), tanto a nivel global como estratificado por edad en la afiliación de la población a los servicios de salud, en función de la condición de actividad y el sexo, tanto para el Municipio de Ocotlán como el de Tlacolula (ver tabla 2 y 3).

Discusión y conclusiones

A partir de los datos obtenidos en este estudio, se establece que ambos municipios se encuentran ubicados en la categoría de afiliación al seguro popular y/o no afiliación. En el caso de Ocotlán existe una mayor proporción de mujeres que se encuentran afiliadas al seguro popular. Partiendo de estos hallazgos cuantitativos y comparándolos con los datos históricos acumulados, se dice que las mujeres utilizan los recursos y programas federales de manera más eficiente que los hombres, porque ellas reconocen que es un recurso

económico y en especie que les ayuda a reducir la situación de pobreza de sus hogares, por consiguiente, ellas lo usan pensando en el bienestar de los miembros de sus familias (Tepichin, 2010a).

Como apunta Tepichin (2010a) estos programas sociales (Prospera, Diconsa, comedores comunitarios, etcétera) para el mejoramiento y prestación de servicios, se han promocionado ampliamente entre las mujeres, justificando el trabajo no pagado de éstas, el cual consiste en el rol de cuidado de la familia y la comunidad, propiciando que absorban los costos sociales del ajuste. Al respecto, se observa que en Ocotlán el 54.3% y en Tlacolula el 43.8% de las mujeres se dedican a los quehaceres del hogar, mismos que no son remunerados y subsumen a las mujeres en un amplio estado de pobreza.

Estos resultados son semejantes a los obtenidos por Gómez (2002), en donde se observó que existe una sobrerrepresentación femenina en ocupaciones no cubiertas por la seguridad social como el trabajo en el sector informal y el empleo a tiempo parcial, por ende, Gómez (2002) refiere que el acceso a los beneficios del seguro de salud por parte del trabajo, es más limitado para las mujeres. Así, se resume que estos programas buscan mejorar las condiciones de vida y reducir la desigualdad de ingresos sin una perspectiva de género, por ende, dejan la búsqueda de la equidad en el tintero (Tepichin, 2010a).

De forma similar, los resultados de Tlacolula favorecen más a las mujeres hacia estos tipos de programas, no obstante, la diferencia entre ambos municipios, es que en Tlacolula en mayor porcentaje, tanto hombres y mujeres se ven poco favorecidos para el acceso a los servicios de salud. Al respecto, Gómez (2002) en su estudio desarrollado en Perú y Ecuador, observó que en

los lugares de menor ingreso o de estratos más pobres, el acceso a los servicios de salud por parte de las mujeres dejó de ser mayor que la masculina. Esto tiene relación con la ubicación geográfica de las comunidades, en las cuales, el difícil acceso excluye a las poblaciones para recibir la atención médica. En el caso de Tlacolula, pese a que la distancia con la zona conurbada es muy próxima, el municipio cuenta con muchas comunidades indígenas que se encuentran ubicadas en zonas altamente marginadas, en donde el primer contacto con un servicio de salud se ubica a más de tres horas.

A esto se suma, que las unidades médicas más cercanas a estas zonas marginadas presentan un gran desabasto de medicamentos, de material de curación básico y de recursos humanos. Como señala Carrillo (2010):

Generalmente una clínica o consultorio médico atiende a rancherías aledañas para cuyos habitantes los medicamentos no alcanzan (...) por tanto, los habitantes de dichas comunidades afirman que se privilegia la aplicación a niños y ancianos, en tanto que a los hombres y mujeres jóvenes y adultos se les trata con alternativas comunitarias basadas en la herbolaria (en Navarrete, 2014: 95).

En relación al beneficio y uso de estos programas de salud, Gómez (2002) señala que existen múltiples diferencias caracterizadas por el sexo, no sólo haciendo alusión a la función reproductiva, sino en función de las enfermedades asociadas a la longevidad del ser humano, que en este caso se ve más pronunciado en las mujeres, quienes ostentan una esperanza de vida mayor al hombre, debido a que éstos desarrollan trabajos que los posiciona en mayor exposición para situaciones de riesgo, lesión, accidente o muerte. Por tanto,

resulta lógico que las mujeres usen los servicios de salud más frecuentemente que los hombres.

Finalmente, los datos obtenidos demuestran que, en ambos municipios existe una mayor limitación física y condición de no trabajo en hombres más que en mujeres, sin embargo, los hombres de Ocotlán muestran mayor tendencia a la limitación física que los del Municipio de Tlacolula (3.78%; 2.51%) respectivamente, así como una condición poco favorable para el trabajo en hombres de Ocotlán (11.8%) versus hombres de Tlacolula (8.51%). No obstante, la escasa afiliación a los programas de salud se ve más alarmante en las mujeres que en los hombres, sobre todo, la situación se agrava conforme se va avanzando en la edad.

Al respecto, las estadísticas nacionales e internacionales afirman que la esperanza de vida es más alta en las mujeres que en los hombres, eso explica porque la mayor parte de hombres de ambos municipios presentan altos porcentajes de limitaciones físicas a tempranas edades, y porque muchas mujeres de 66 años y más aún permanecen laborando. Estos datos no son nuevos, como señala Caro y Navarrete (2014) desde la década de los sesenta, la participación económica de las mujeres en los mercados laborales se ha visto aumentado, sin embargo, su presencia la ubicamos en los sectores del comercio, la elaboración de productos y los servicios. Por ende, gran parte del empleo femenino se concentra dentro de la precariedad laboral, lo que las posiciona en una condición de vulnerabilidad constante.

Como afirma Navarrete,

en cuanto a la vulnerabilidad en el ámbito laboral. Los pueblos indígenas deberían poder revalorar los saberes comunitarios con la finalidad de des-

plegar competencias capaces de insertarlos en la lógica de la productividad mundial, porque los saberes ancestrales son parte del conocimiento dep-

urado por las comunidades, conocimiento altamente pertinente para la resolución de problemas contemporáneos (2014: 98).

Referencias bibliográficas

- Barreto, S.; Kalache, A. y Giatti, L. (2006). “¿El estado de salud explica la disimilitud de género en el uso de la atención médica entre los adultos mayores?”, *Canalla. Saúde Pública, Río de Janeiro*, vol. 22, Núm. 2: 347-55.
- Castel, R. (1995). “De la exclusión como estado a la vulnerabilidad como proceso”, *Archipiélago*, vol. 21: 27-36.
- Coello, R. (2018). Pobreza ataca a la población en Oaxaca (México), Nota de Hispantv nexa latino. <https://www.hispantv.com/noticias/mexico/390853/informe-sedesol-pobreza-poblacion-oaxaca> (consulta 9 de septiembre de 2019).
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). (2018). Panorama Social de América Latina 2018. Santiago de Chile: Publicación de las Naciones Unidas. https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/44395/11/S1900051_es.pdf (consulta 9 de septiembre de 2019).
- Consejo Nacional de evaluación de la Política de Desarrollo Social. (2016). Medición de la pobreza. México: CONEVAL. www.coneval.org.mx (consulta 9 de septiembre de 2019).
- Fajardo, D.; Gutiérrez, J. y García, S. (2015). “Acceso efectivo a los servicios de salud: operacionalizando la cobertura universal en salud”, *Salud pública de México*, vol. 57, Núm. 2: 180- 6.
- García, H. (2014). “Un recorrido por los conceptos de pobreza, marginación, exclusión social y vulnerabilidad”. En: Navarrete, E. y Caro, L. *Poblaciones vulnerables ante la salud y el trabajo*. México: el Colegio Mexiquense A.C., 15-48.
- Gómez, G. (2002). “Género, equidad y acceso a los servicios de salud: una aproximación empírica”, *Panam Salud Pública/Pan Am J Public Health*, Vol. 11, núm. 5/6: 327-34.
- Instituto Nacional de Información Estadística y Geografía. (2015). Encuesta Intercensal Nacional. México: INEGI. <https://www.inegi.org.mx/programas/intercensal/2015/> (consulta 9 de septiembre de 2019).
- Navarrete, E. y Caro, L. (2014). *Poblaciones vulnerables ante la salud y el trabajo*. México: Colegio Mexiquense. A.C., 9-213.
- Secretaría de Desarrollo Social (SEDESOL). (2015). Informe anual sobre la situación de pobreza y rezago social 2017: Ocotlán de Morelos, Oaxaca. Oaxaca: Diario Oficial de la Federación. http://diariooficial.gob.mx/SEDESOL/2017/Oaxaca_068.pdf (consulta 9 de septiembre de 2019).
- Tepichin, V.; Tinat, K. y Gutiérrez, L. (2010a). *Los grandes problemas de México: relaciones de género. México: el Colegio de México*, 9-315.
- Tepichin, V. (2011b). *Género en contextos de pobreza*. México: Colegio de México. A.C., 9-231.

Políticas Públicas en el tema de la discapacidad en la población indígena de 60 años y más

*Roxana Muñoz Hernández** *Rodrigo Pimienta Lastra***

RESUMEN

La política pública sobre discapacidad de la población de 60 años y más en las poblaciones indígenas es prácticamente inexistente, en la academia, en los medios de comunicación, en los gobiernos estatales y federal es un tema olvidado en sus agendas. En México no se ha garantizado la aplicación de la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad en el medio rural e indígena. En este trabajo con datos de la Encuesta intercensal de 2015 realizada por el Instituto Nacional de Estadística y Geografía se muestran la ausencia de políticas públicas enfocadas a este sector de la población, analizando las condiciones de desigualdad vital, existencial y de recursos en las que viven.

PALABRAS CLAVE: discapacidad, salud, indígenas, adultos mayores, desigualdad y políticas públicas.

Public Policies on the issue of disability in the indigenous population aged 60 and over

ABSTRACT

Public policy on disability of the population aged 60 and over in indigenous populations is practically non-existent, in the academy, in communication media, in state and federal governments is a forgotten topic in their agendas. In Mexico, the application of the Convention on the rights of persons with disabilities in rural and indigenous areas has not been guaranteed. In this work with data from the 2015 Intercensal Survey conducted by the National Institute of Statistics and Geography, the absence of public policies focused on this sector of the population is shown, analyzing the conditions of vital, existential and resource inequality in which they live.

KEYWORDS: disabilities, health, indigenous, senior's citizen, inequality and public policies.

* Doctorado en Estudios Organizacionales. Profesora Investigadora de Tiempo Completo en la Universidad Autónoma Metropolitana. Miembro del Sistema Nacional de Investigadores Nivel I.

** Doctor en Ciencias Sociales. Profesor Investigador de Tiempo Completo en la Universidad Autónoma Metropolitana. Miembro del Sistema Nacional de Investigadores Nivel II.

Fecha de recepción: 10 de diciembre de 2019.

Fecha de aceptación: 18 de febrero de 2019.

Introducción

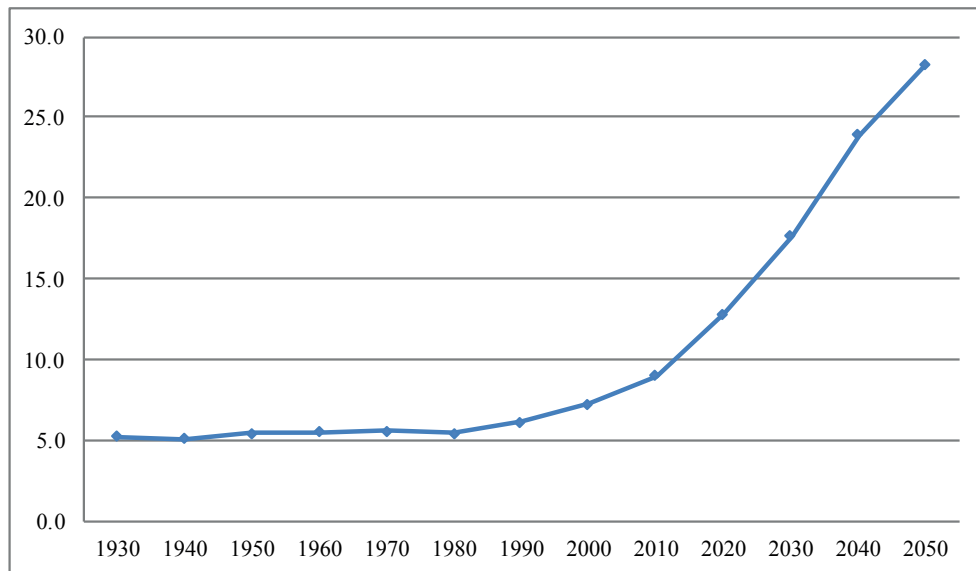
La población indígena con discapacidad de 60 años y más (en adelante Adultos Mayores, AM) puede presentar una mayor vulnerabilidad por las condiciones de desigualdad en que se encuentra como consecuencia de la falta de acceso a la salud, educación, trabajo, vivienda y justicia. Esta situación presenta un reto para el diseño de políticas públicas enfocadas a promover la inclusión social de todas las personas con discapacidad (PCD) incluyendo las zonas rurales e indígenas, en el marco de los compromisos adquiridos para implementar la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad ratificado por México en 2008.

Las proyecciones de población (ver gráfica 1) para 2020 en México para la población de AM se calcula cercana a los veinte millones de personas

y para 2050 de 30 millones. El panorama actual y futuro para las familias con personas de la tercera edad en el medio urbano y rural e indígena plantea la necesidad de actualizar y dinamizar las políticas públicas para este sector de la población (Muñoz, 2011).

La Encuesta Inter censal 2015 del INEGI nos informa que la población total de AM en México es de 12.5 millones, de los cuales el 25% son indígenas es decir 3.125 millones. Entre la población indígena de AM predominan las mujeres (52.1%) con respecto a los hombres (47%). La mayor parte de la población indígena AM viven en localidades de 100 mil y más habitantes (48.5%), en localidades entre 15 mil y 99,999 habitantes (13.4%) y el resto vive en localidades menores de 15 mil habitantes. Son jefes (as) del hogar donde

Gráfica 1. Porcentaje de la población mexicana de 60 años y más, 1930 - 2050



Fuente: Cálculos propios con información censal del INEGI de 1930-2010

Fuente: Se construyó con datos del Population Division of the Department of Economic and Social Affairs of the United Nation Secretariat, World Population Prospects: The 2008 Revision, <http://esa.un.org/unpp>, Thursday, January 21, 2010; 9:10:31 PM.

viven (39.1%), de los cuales habitan en un hogar nuclear (49.3%), un hogar ampliado (20.4%) y unipersonal (28.2%), viven solos.

La población indígena de AM en 2015, está asentada principalmente en el Estado de México (12.2%), Ciudad de México (10.3%), Veracruz de Ignacio de la Llave (7.9%), Jalisco (6.5%), Puebla (5.0%) y Guanajuato (4.5%), como puede observarse en la gráfica 2.

Es importante destacar el asentamiento mayoritario de la población indígena de AM en el Estado de México y la CDMX para el diseño de las políticas públicas para este sector de la población. El asentamiento en el Estado de México y en la CDMX se debe entre otros factores a las migraciones internas de las comunidades indígenas de los diferentes estados a las ciudades. La población de AM indígenas se ha incrementado en las grandes ciudades por diversos motivos como, por ejemplo, acompañar a sus hijos migrantes, tener un mejor acceso a los programas sociales, participar en el mercado informal para vender sus artesanías en los tianguis, así como integrarse en el medio rural-urbano de las ciudades, entre otros.

El objetivo de este trabajo es tener una mejor comprensión de las políticas públicas en el tema de la discapacidad para la población indígena de AM. Hacemos énfasis en la desigualdad vital, existencial y de recursos de la población indígena con discapacidad apoyados en el marco teórico sobre la desigualdad de Goran Therbon y con los datos empíricos de la Encuesta Intercensal del INEGI de 2015

El artículo está integrado por dos partes. En la primera abordamos los tres componentes de las políticas públicas propuesto por Huenchan Na-

varro (2003) en el tema de la discapacidad y sus limitaciones en el nuevo marco político institucional, haciendo énfasis en los AM con discapacidad de las comunidades indígenas. En la segunda presentamos los principales focos de atención de las políticas públicas para la población indígena de AM, con el apoyo del marco teórico de Göran Therborn sobre la desigualdad con los datos empíricos de la encuesta intercensal de 2015 del INEGI. Finalmente presentamos las conclusiones y la bibliografía.

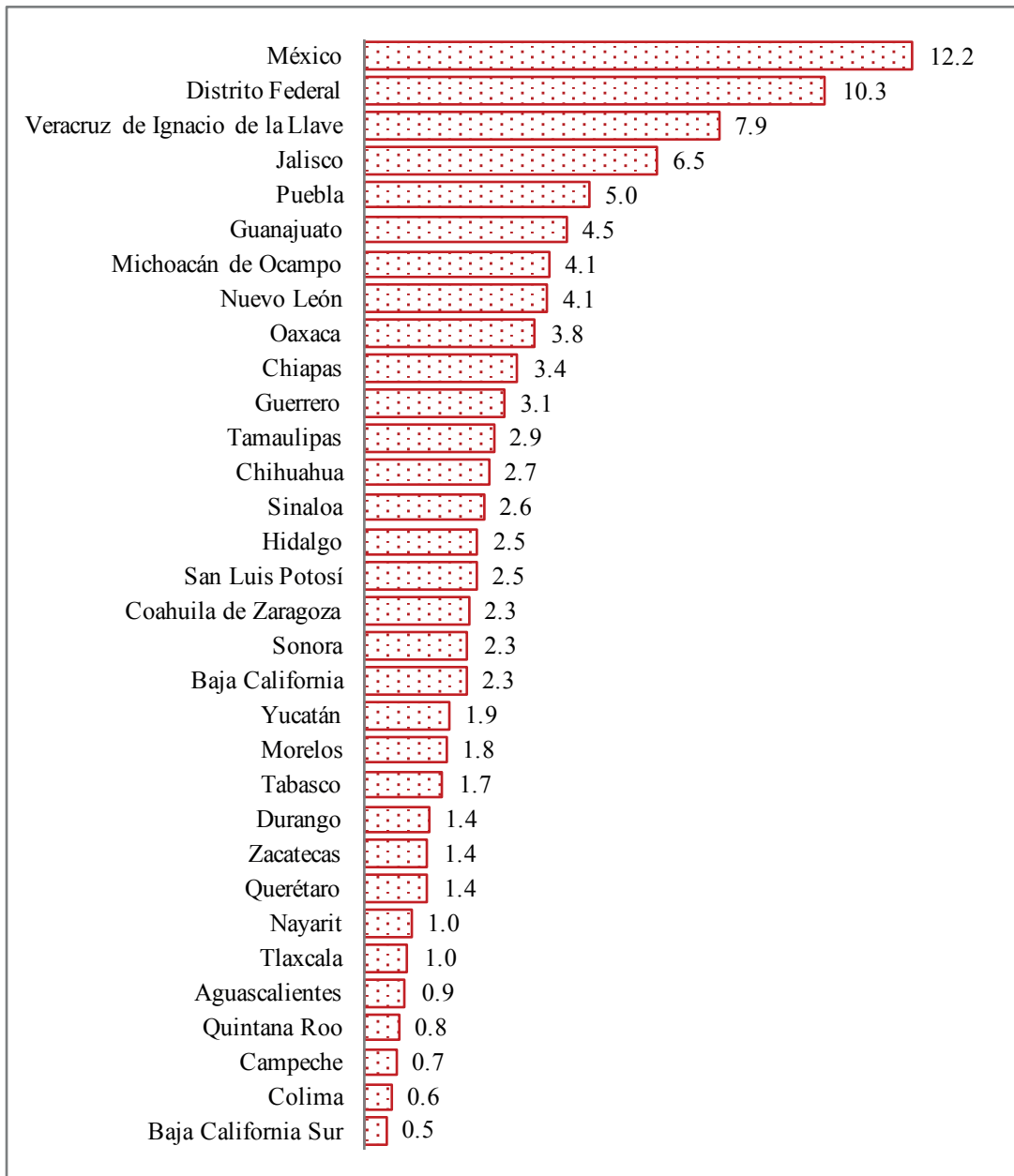
A continuación, presentamos las carencias que presentan las políticas públicas en el tema de la discapacidad con base en el Plan Nacional de Desarrollo 2019-2024 y la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad. El sustento teórico es la propuesta de Huenchan Navarro (2003) sobre los componentes ideales de las políticas públicas.

Primera parte

Las políticas públicas en el tema de la discapacidad para la población indígena de AM

Las políticas públicas en el tema de la discapacidad son acciones organizadas por el Estado frente a las repercusiones sociales, económicas y culturales de la discriminación múltiple e inequidad que enfrentan las PCD. Los componentes ideales de una política pública, según Huenchan Navarro (2003) para atender los retos que enfrentan las PCD son tres: una base institucional, un sustento legal e intervenciones concretas como los planes, programas y proyectos.

En México, la base institucional corresponde al Consejo Nacional para el Desarrollo y la Inclu-

Gráfica 2. Distribución porcentual de la población indígena de 60 años y más por estado

Fuente: Cálculos propios con datos del INEGI: Encuesta Intercensal 2015

sión de las Personas con Discapacidad (CONADIS) que tiene entre sus objetivos el de coordinar, diseñar y evaluar las políticas públicas, entre otros. Sin embargo, desde el inicio de 2019, no se ha nombrado titular de esta dependencia, recién-

temente el CONADIS se ha sectorizado a la Secretaría del Bienestar. Esta situación afecta a los más de siete millones de PCD física y/o mental y sus familias que viven en las zonas urbanas, rurales y comunidades indígenas.

Más de 400 activistas, expertos en el tema, el colectivo #Artículo33 y las redes de organizaciones de la sociedad civil (OSC) que trabajan con PCD en el medio urbano y rural e indígena (Muñoz, 2018) han manifestado su inconformidad, #InclusiónNoSóloPensión, por medio de cartas y conferencias de prensa para demandar la sectorización de CONADIS a la Secretaría de Gobernación para que se atienda el tema de la discapacidad desde la perspectiva de los derechos humanos.

El sustento legal está representado por la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad (Convención) aprobada por las Organización de las Naciones Unidas en 2006 y ratificada en México en 2008 como instrumento vinculante (Astorga, 2009). La Convención es el instrumento legal rector que rige a todas las leyes que regulan las acciones en el tema de la discapacidad como la Ley general para la inclusión de las PCD publicada en México en 2011.

La Convención establece el enfoque social de la discapacidad, es un concepto que evoluciona y que resulta de la interacción entre las personas con deficiencias y las barreras debidas a la actitud y el entorno que evitan su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás. (ONU, 2006: Preámbulo).

En relación a la salud y la rehabilitación, la Convención establece que los Estados parte proporcionaran a las PCD programas y atención de la salud gratuitos o a precios asequibles de la misma variedad y calidad que a las demás personas, incluso en el ámbito de la salud sexual y reproductiva y programas de salud pública dirigidos a la población. (Art 25. Salud).

Así como la ampliación de los servicios y programas generales de habilitación y rehabilitación

para las PCD y la formación inicial y continua para los profesionales de la salud que trabajen en estos servicios (Art 26. Habilitación y Rehabilitación). La Convención fue ratificada hace once años por el Estado mexicano, sin embargo, estos dos artículos, entre otros, no se han cumplido, situación que afecta a las PCD en el sector urbano y rural e indígena.

Las intervenciones concretas corresponden a los Consejos de Coordinación Interinstitucionales con la colaboración de CONADIS y diversas secretarías y de algunas OSC. Las organizaciones que se encuentran en el área rural e indígena han participado poco, porque las reuniones de CONADIS se llevaban a cabo en la CDMX.

Las directrices de estas acciones se encuentran en el Programa Nacional para el Desarrollo y la Inclusión de las PCD que define las políticas públicas que se pretendan impulsar de acuerdo con el Plan Nacional de Desarrollo que corresponde al ejecutivo federal. En el Plan Nacional de Desarrollo 2019-2024 se establece el Programa de Pensión para el bienestar de las PCD que:

apoya a niñas, niños y jóvenes de hasta 29 años que tienen discapacidad permanente, así como a PCD de 0 a 64 años que vivan en comunidades indígenas. Más de la mitad de las PCD se encuentran además en situación de pobreza. Con este programa el gobierno de la república busca la vigencia efectiva de los derechos de niñas, niños, jóvenes e indígenas con discapacidad. El monto del apoyo económico es de 2 mil 250 pesos bimestrales y se entrega en forma bimestral mediante depósito directo en tarjeta bancaria (Presidencia de la República, 2019: 37).

El Programa para el bienestar de las personas AM otorga

un apoyo universal a mujeres y hombres de más de 68 años en todo el país. La mayor parte se encuentra en pobreza y sin acceso a un sistema de protección social que les garantice una vejez digna y plena. Según datos oficiales solo 23 por ciento de las mujeres y 40 por ciento de los hombres tienen acceso a una pensión contributiva. Pero lo más grave es que 26 por ciento de las personas adultas mayores no tienen pensión contributiva ni apoyo de programas sociales. El apoyo económico se entrega de manera directa -sin intermediarios- mediante el uso de una tarjeta bancaria. En las comunidades indígenas del país, la edad mínima para inscribirse en el programa es de 65 años. Para 2019 el monto de apoyo económico es de mil 275 pesos mensuales y se entrega en forma bimestral mediante depósito directo en tarjeta bancaria (Presidencia de la República, 2019: 37).

Si bien hay un aumento del presupuesto para las PCD de parte del gobierno federal en las comunidades indígenas. Lo cierto es que en algunos casos puede ser excluyente, debido a que en las comunidades rurales e indígenas no hay bancos. Por lo que tienen que pagar su pasaje para llegar a otras localidades, dónde con frecuencia los discriminan, para hacer uso de su tarjeta bancaria. Por otro lado, en las familias que tienen una persona con discapacidad múltiple física y /o mental, la pensión solo les alcanza a cubrir el 10% de los insumos como medicamentos, sillas de ruedas entre otros. La pensión es necesaria pero no es suficiente, se necesita su inclusión de las PCD en los programas federales de acceso a la salud, la educación, el trabajo, la vivienda y la justicia.

En la segunda parte vamos a ubicar los focos de atención de las políticas públicas en el tema de la discapacidad con el apoyo del marco teórico de Goran Therborn que clasifica los diferentes tipos

de desigualdad que interactúan entre sí, en la población indígena de AM. Los datos empíricos nos los proporciona la base intercensal de 2015 del INEGI, también recurrimos a los datos empíricos de 2010 y 2014 para completar la información.

Segunda parte

Focos de atención para las políticas públicas en el tema de la discapacidad para la población indígena de AM

Entre las reflexiones teóricas sobre la desigualdad se encuentra la desarrollada por Göran Therborn (2013 y 2015) a partir de datos empíricos. El autor se apoya en las aportaciones del economista Amartya Sen (2001), en particular su noción de capacidad para definir cuál es el tipo de igualdad por el que deberíamos de luchar. “Dicha capacidad implica supervivencia, salud (y asistencia para las personas con discapacidad) libertad y conocimiento (educación) para elegir el camino personal, así como los recursos para llevarlo a cabo” (Therborn, 2013:49). Esta noción ha sido desarrollada por Martha Nussbaum (2002) en sus investigaciones sobre la calidad de vida y bienestar de las personas. Las desigualdades son “distribuciones inequitativas de resultados y acceso a oportunidades entre individuos o grupos. Estas diferencias son injustas porque afectan aspectos cruciales de la vida de las personas que se encuentran en desventaja en virtud de su posición social: discapacitados, minorías raciales o étnicas, mujeres entre muchas otras” (Braverman, 2006:83).

La perspectiva de la interseccionalidad de las desigualdades elaborado desde el movimiento feminista por Creenshaw (Creenshaw 1991 y Walby et al 2012) centra su atención en cómo las desigualdades se articulan y se conectan.

El enfoque multidimensional de Therborn está centrado en la salud y la mortalidad, en los diferentes grados existenciales de la libertad, dignidad, respeto, así como en los recursos de renta, riqueza, educación y poder. La desigualdad es “la desigual capacidad de funcionar plenamente como un ser humano y de poder optar por una vida de dignidad y bienestar dadas las condiciones actuales de la tecnología y el conocimiento” (Therborn, 2013:58). El autor reconoce tres tipos de desigualdad que se refieren a las raíces, dinámicas e interrelaciones de los tres tipos de desigualdad. (Ver cuadro1).

1. Desigualdad vital, se refiere a la desigualdad socialmente construida entre las oportunidades de vida a disposición de las personas. Puede estudiarse evaluando las tasas de mortalidad, la esperanza de vida, la expectativa de salud y otros indicadores de salud infantil,
2. Desigualdad existencial, es la asignación desigual de los atributos que constituyen la persona, es decir, la autonomía personal, la dignidad, los grados de libertad, los derechos al respeto y al desarrollo de uno mismo, el reconocimiento. Denegaciones de la igualdad existencial entre las personas, a las que se les niega la capacidad de un funcionamiento digno.
3. “Desigualdad de recursos, que adjudica a las personas recursos desiguales para actuar. Los sistemas económicos se han basado en una desigualdad intrínseca, entre quienes tienen alguna propiedad y quienes (solo) trabajan y sus diferencias dependen principalmente del modo en que los primeros se apropian del producto de los últimos”. (Therborn, 2015:62)

Cuadro 1. Raíces, dinámica e interacciones de los tres tipos de desigualdad

Tipo de desigualdad	Raíces y dinámicas	Interacciones
Vital	Ecología Poblacional	Envía: impacto en la desigualdad de recursos
	Sistema de estatus	Recibe: impacto mayúsculo de la desigualdad existencial y la desigualdad de recursos
	Conocimiento médico	
Existencial	Sistema familiar-sexual-de género	Envía: impacto mayúsculo en la desigualdad vital y la desigualdad de recursos
	Relaciones etno - raciales	Recibe: impacto mayúsculo de la desigualdad de recursos
	Sistema de estatus social	
De recursos	Sistema económico, político y cognitivo, ecología ;ecología y rendimiento	Envía: impacto en la desigualdad existencial Recibe: impacto de la desigualdad existencial y la desigualdad vital

Fuente: G. Therborn (2013:57).

Las tres dimensiones de la desigualdad se encuentran en la población indígena con discapacidad de AM como veremos a continuación, con el apoyo de los datos empíricos que nos aportan las estadísticas del INEGI.

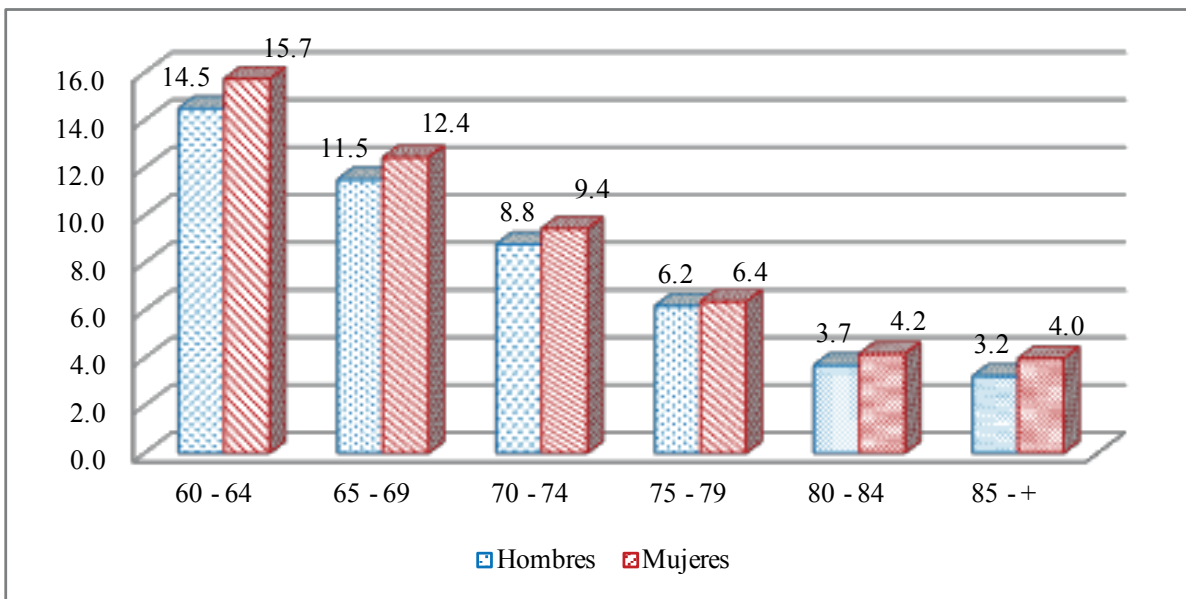
Desigualdad Vital

Según Therborn uno de los indicadores de la desigualdad vital es la tasa de mortalidad. A partir de los 65 años (ver gráfica 3) hay un descenso significativo de la población indígena de AM, sobre todo de la población masculina. Esta disminución poblacional está relacionada con el aumento de las enfermedades crónicas como la diabetes, la hipertensión, las discapacidades acumuladas y las enfermedades mentales como la demencia. De acuerdo con los datos del INEGI de 2015, las mujeres indígenas AM (19.9%) tienen una condición de viudez más alta que la de los hombres (6.2%).

Se estima que las mujeres viven más años que su cónyuge, lo que las hace vivir una vejez sin pareja. Esta situación aumenta su vulnerabilidad en términos de discapacidad, relaciones afectivas, apoyos económicos e inequidad de género.

La población indígena de AM, acude mayoritariamente para atender su salud, a los Centros de Salud de la SSA en 2015 (ver cuadro 2), se observa que la mayor parte de los AM (43.3%) acuden a los centros de salud u hospitales de los servicios de salud de los estados, le sigue el IMSS (27.5%), los consultorios, clínica u hospital privado (12.5%) y ISSSTE (6.3%). Es de notar que en los centros de salud con el esquema de financiamiento conocido como seguro popular que se gestionó a través de un órgano federal y se administró con organismos públicos descentralizados estatales (en este sexenio se ha integrado a la Secretaría del Bienestar), en el que se atendía a la mayor parte de la pobla-

Gráfica 3. Distribución porcentual de la población indígena por grupos de edad y sexo



Fuente: Cálculos propios con datos del INEGI: Encuesta intercensal 2015

ción indígena de AM solo contemplaba la atención médica de un espectro limitado de enfermedades y la calidad de su implementación era sumamente heterogénea entre entidades federativas.

La escasez de hospitales, clínicas y centros de salud con carencias de infraestructura, equipamiento y materiales en el sector rural e indígena agrava la vulnerabilidad de la población indígena de AM con discapacidad.

La ecología poblacional se refiere a los efectos ambientales en la salud y las enfermedades que han impactado en la población indígena. Como hemos visto al inicio del documento la mayor parte de la población indígena de AM viven en el Estado de México y la CDMX, en contextos urbanos, pero también rurales como lo comentan para el Estado de México los autores (Medrano et al 2011). En ambos contextos es fundamental crear una conciencia del cuidado del medio ambiente para evitar enfermedades asociadas a la contaminación ambiental y por los alimentos que siembran y cosechan.

El principal factor de riesgo en la enfermedad del Alzheimer es la edad, por lo que consideramos que aún cuando todavía no tenemos estadísticas sobre la prevalencia del Alzheimer en la población de AM indígenas en México, es importante destacar el crecimiento de esta discapacidad mental entre los mayores de 65 años:

Las estimaciones para México indican que la prevalencia del Alzheimer a partir de los 65 años se duplica a medida que avanza la edad. Las más afectadas son aquellas personas de entre 75 y 80 años, entre los que la prevalencia alcanzaría al 30%, y son las mujeres, quienes tienen mayor presencia en los servicios hospitalarios debido a esta causa. Entre 2000 y 2009 las defunciones por Alzheimer en el país tuvieron un considerable aumento (210%) En este último año, la tasa de mortalidad por Alzheimer en la CDMX fue de 2.9 defunciones por cada 100000 adultos (Huenchan y Rodríguez, 2015:26).

Cuadro 2. Centro de Salud u Hospitalización

Institución receptora	Porcentaje
IMSS (Seguro social)	27.5
ISSSTE	6.3
ISSSTE estatal, Pemex, Defensa o Marina	2.0
Centro de Salud u Hospital de la SSA (Seguro Popular)	43.3
Consultorio, clínica u hospital privado	12.2
Consultorio de farmacia	4.8
Otro lugar, no se atiende	3.9
Total	100.0

Fuente: Cálculos propios con datos del INEGI: Encuesta Intercensal 2015.

Desigualdad existencial

Pertenecer a un pueblo originario, de acuerdo con el Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación, genera conductas y prejuicios que limitan el ejercicio pleno de derechos y acceso a oportunidades para el desarrollo de vidas satisfactorias y dignas. Es decir, si además de presentar algún tipo de discapacidad física y /o mental se es integrante de un pueblo originario y se es AM, las posibilidades de acceder a las condiciones necesarias para una vida digna son escasas

La Encuesta Nacional Demográfica 2014 (ENADID) registro 6.8 millones de hablantes de lengua indígena, de ellos 484 000 son PCD lo cual significa que la prevalencia de la discapacidad en la población indígena del país (7.1%) es superior a la observada en el total de la población (6%). Dentro del grupo de las PCD, los AM representan el porcentaje más alto, en este rango de edad predominan las mujeres.

Se destaca que en términos de políticas públicas es importante tomar en cuenta las variaciones por tipo de discapacidad. Caminar, moverse, subir o bajar (851 271) es la discapacidad más importante entre la población indígena de AM (ver cuadro 3). Le sigue en importancia la discapacidad visual aún usando lentes (404,745). Oír, aún usando aparatos auditivos (308,885) se encuentra en tercer lugar. Es de notar que las siguientes discapacidades (hablar, conversar, vestirse, bañarse, comer, poner atención o aprender algo sencillo, y la limitación mental) que se relacionan con la discapacidad intelectual y psicosocial han sido las menos atendidas en términos de presupuestos y programas.

Otro aspecto a destacar es la discapacidad acumulada en de la población indígena de AM, por grupos de edad (ver Cuadro 4). Así vemos que, de la población total de AM, el 15 % presenta una o más discapacidades.

Cuadro 3. Tipos de discapacidad por edad avanzada, por grupos de edad en 2010

Grupos de Edad	Tipo de discapacidad						
	Caminar, moverse, subir o bajar	Visual aun usando lentes	Hablar, comunicarse o conversar	Oír aun usando aparatos auditivos	Vestirse, bañarse o comer	Poner atención o aprender algo sencillo	Limitación mental
60 - 64	72 557	49 113	922	15 791	1 323	2 098	1 239
65 - 69	97 784	56 816	1 833	25 043	1 858	2 923	1 204
70 - 74	150 643	66 967	3 238	43 903	4 308	4 872	2 790
75 - 79	155 196	69 514	4 504	56 894	7 232	5 567	4 004
80 - 84	156 770	66 260	6 389	63 195	14 942	8 582	4 548
85 - +	218 321	96 075	17 500	104 059	42 758	16 634	8 229
Total	851 271	404 745	34 386	308 885	72 421	40 676	22 014

Fuente: Cálculos propios con datos del INEGI: Muestra Censal 2010

Cuadro 4. Discapacidad acumulada por grupos de edad

Grupos de edad	Una	Dos	Tres	Cuatro y más	Total
60 - 64	9.3%	0.7%	0.1%	0.1%	10.2%
65 - 69	11.2%	1.3%	0.4%	0.1%	13.0%
70 - 74	16.7%	2.4%	0.4%	0.1%	19.6%
75 - 79	14.3%	2.7%	0.7%	0.2%	17.9%
80 - 84	12.6%	2.8%	1.0%	0.3%	16.7%
85 - +	14.4%	4.9%	2.1%	1.2%	22.6%
Total	78.5%	14.8%	4.7%	2.0%	100.0%

Fuente: Cálculos propios con datos del INEGI: Encuesta intercensal 2010.

Nota: De la población total de adultos mayores el 14.9% presenta una o más discapacidades.

Desigualdad de Recursos

Un indicador de la desigualdad de recursos siguiendo a Goran Therborn es la escolaridad que refleja los obstáculos, como la poca accesibilidad, la falta de personal calificado y la discriminación múltiple, que impide a la población indígena de AM su desarrollo en la esfera educativa. Estos factores se reflejan en las bajas cifras de escolaridad de la población indígena de AM. En 2015 (ver Cuadro 5) observamos que los AM del sexo masculino (80.7%) tienen una escolaridad acumulada de 0 a 6 años. Mientras que las mujeres en el mismo rango de edad alcanzan el 87%. Según datos del CONEVAL la educación, disminuyó en la población de AM al pasar de 68% en 2008 a 54.5% en 2018. Este es un foco de atención para las políticas públicas, sobre la escolarización de los AM de ambos sexos en el medio urbano y rural e indígena.

Acceder a la educación y lograr aprendizajes significativos son procesos afectados por las desigualdades materiales. Así vemos que las personas que hablan una lengua indígena tienen tasas

inferiores de acceso y terminación escolar, así como aprendizajes más bajos que los grupos no originarios. A esto se agrega que los niños (as), jóvenes indígenas y AM tienden a recibir una educación de calidad muy inferior a la de sus pares no indígenas, (COLMEX, 2018:38)

En 2015 la distribución del ingreso en múltiplos del salario mínimo de los AM (ver cuadro 6) nos muestra las carencias económicas de la población indígena de AM de ambos sexos. El salario mínimo en 2015 era de \$70.10 diarios, es decir \$2,103.00 mensuales.

En el año mencionado la población indígena de AM del sexo masculino (42.3%) recibieron menos de un salario mínimo. Las carencias son más profundas cuando se trata de mujeres de la misma edad (50.5%).

“La desigualdad de recursos está asociada con la condición de ser indígena. Cerca del 75% de la población indígena se consideraba pobre en 2012, con una tasa casi el doble de la población no indígena” (COLMEX, 2018: 96)

Cuadro 5. Escolaridad Acumulada en años de estudio por grupos de edad sexo, 2015

Sexo			de 0 a 6 años	de 7 a 9 años	de 10 a 12 años	de 13 a 15 años	16 más años	Total
Hombres	Gpos. de edad	60 - 64	21.2%	4.0%	1.9%	0.8%	2.5%	30.3%
		65 - 69	18.9%	2.3%	0.9%	0.5%	1.4%	24.0%
		70 - 74	15.6%	1.2%	0.5%	0.3%	0.8%	18.3%
		75 - 79	11.6%	0.6%	0.2%	0.1%	0.4%	12.9%
		80 - 84	7.0%	0.3%	0.1%	0.1%	0.2%	7.7%
		85 - +	6.4%	0.2%	0.1%	0.0%	0.1%	6.8%
		Total	80.7%	8.5%	3.8%	1.7%	5.3%	100.0%
Mujeres	Gpos. de edad	60 - 64	23.8%	2.9%	1.5%	0.7%	1.2%	30.2%
		65 - 69	20.5%	1.5%	0.9%	0.4%	0.5%	23.9%
		70 - 74	16.3%	0.8%	0.5%	0.2%	0.3%	18.1%
		75 - 79	11.4%	0.4%	0.2%	0.1%	0.1%	12.2%
		80 - 84	7.6%	0.2%	0.1%	0.1%	0.1%	8.0%
		85 - +	7.4%	0.1%	0.1%	0.0%	0.1%	7.6%
		Total	87.0%	5.8%	3.3%	1.5%	2.3%	100.0%
Total	Gpos. de edad	60 - 64	22.6%	3.4%	1.7%	0.7%	1.8%	30.2%
		65 - 69	19.7%	1.9%	0.9%	0.4%	1.0%	23.9%
		70 - 74	16.0%	1.0%	0.5%	0.3%	0.5%	18.2%
		75 - 79	11.5%	0.5%	0.2%	0.1%	0.2%	12.6%
		80 - 84	7.3%	0.2%	0.1%	0.1%	0.1%	7.9%
		85 - +	6.9%	0.1%	0.1%	0.0%	0.1%	7.2%
		Total	84.0%	7.1%	3.5%	1.6%	3.7%	100.0%

Fuente: Cálculos propios con datos del INEGI: Encuesta intercensal 2015.

Conclusiones

La inclusión, la igualdad y la no discriminación hacia la población indígena con discapacidad de AM aún son temas pendientes en nuestro país. Esta población ha enfrentado históricamente la invisibilidad, la exclusión, la imposición de normas y políticas públicas asistencialistas imple-

mentadas por los gobiernos, que se encuentran reforzada por las imágenes de las PCD que nos presentan los medios.

Por lo que respecta a los tres elementos de las políticas públicas en el tema de la discapacidad observamos carencias en cada uno de sus elementos. La sectorización del CONADIS a la Secretaria

Cuadro 6. Distribución del ingreso por trabajo en múltiplos del salario mínimo de los adultos mayores por grupos de edad y sexo, 2015

Sexo			de 0 a Menos de 1	de 1 a menos de 2	de 2 a menos de 3	de 3 a menos de 4	de 4 a menos de 5	5 y más	Total
Hombres	Gpos. de edad	60 - 64	13.7%	13.4%	7.2%	3.2%	1.9%	3.0%	42.5%
		65 - 69	11.6%	8.6%	3.6%	1.4%	0.8%	1.3%	27.3%
		70 - 74	8.5%	4.6%	1.7%	0.6%	0.4%	0.6%	16.4%
		75 - 79	5.2%	2.3%	0.7%	0.2%	0.1%	0.1%	8.7%
		80 - 84	2.2%	0.7%	0.2%	0.0%	0.1%	0.0%	3.4%
		85 - +	1.1%	0.4%	0.1%	0.0%	0.0%	0.0%	1.6%
		Total	42.3%	30.0%	13.6%	5.5%	3.3%	5.3%	100.0%
Mujeres	Gpos. de edad	60 - 64	20.2%	15.6%	6.0%	2.4%	1.4%	2.7%	48.3%
		65 - 69	14.4%	8.1%	2.7%	0.8%	0.5%	1.0%	27.4%
		70 - 74	8.6%	3.6%	1.1%	0.3%	0.1%	0.3%	14.0%
		75 - 79	4.5%	1.4%	0.3%	0.1%	0.1%	0.0%	6.6%
		80 - 84	1.8%	0.4%	0.1%	0.0%	0.0%	0.0%	2.5%
		85 - +	0.8%	0.2%	0.1%	0.0%	0.0%	0.0%	1.2%
		Total	50.5%	29.3%	10.2%	3.8%	2.2%	4.0%	100.0%
Total	Gpos. de edad	60 - 64	15.4%	14.0%	6.9%	3.0%	1.8%	2.9%	44.0%
		65 - 69	12.3%	8.5%	3.4%	1.2%	0.7%	1.1%	27.4%
		70 - 74	8.6%	4.3%	1.6%	0.6%	0.3%	0.6%	15.8%
		75 - 79	5.0%	2.1%	0.6%	0.2%	0.1%	0.1%	8.2%
		80 - 84	2.1%	0.7%	0.2%	0.0%	0.1%	0.0%	3.1%
		85 - +	1.0%	0.3%	0.1%	0.0%	0.0%	0.0%	1.5%
		Total	44.3%	29.8%	12.8%	5.1%	3.0%	5.1%	100.0%

Fuente: Cálculos propios con datos del INEGI: Encuesta intercensal 2015.

Nota 1. El salario mínimo en 2015 era de \$70.10 diarios, \$2,103.00 mensuales

Nota 2. Sólo el 24.7% de la población contestó la pregunta de ingreso (332,397) y de estos el 25.2% recibe una pensión o jubilación, 10.6% del total, muy por debajo del total de pensiones y jubilaciones a nivel nacional:

del Bienestar en lugar de a la Secretaria de Gobernación, si consideramos que la discapacidad es un problema de derechos humanos, ha mermado la base institucional de implementación de las políticas públicas para este sector de la población. Más de siete millones de PCD están excluidas de las principales actividades en la sociedad,

situación que les niega el ejercicio y disfrute de sus derechos humanos. Las consecuencias de lo anterior les afectan en diversos ámbitos como el de la salud, educación, empleo, vivienda, transporte público, cultural y recreativo entre otros. La adopción de un enfoque social y de derechos humanos de la discapacidad permitió promocio-

nar y exigir la inclusión de las PCD y combatir la discriminación a la que hace frente este sector de la población.

En el sustento legal, si bien contamos con la ratificación de la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad, por parte del gobierno mexicano desde 2008. Lo cierto es que han pasado once años y solamente el 30% de los estados han armonizado las leyes de las PCD de los estados con la Convención, situación que afecta a las PCD de los medios urbano y rural e indígena.

En cuanto a las intervenciones concretas el Plan Nacional de Desarrollo 2019-2024, establece las nuevas prestaciones federales para las PCD y para los AM. Las PCD de las comunidades indígenas de 0 a 64 años pueden acceder a la prestación de \$2250.00 bimestrales mediante depósitos en tarjetas bancarias. Lo mismo ocurre en el medio urbano para las PCD hasta los 29 años.

Para los AM de las comunidades indígenas la edad mínima para inscribirse en el programa de prestaciones sociales federales es de 65 años. El apoyo económico es de \$2530 bimestrales mediante depósito directo en tarjeta bancaria. En el medio urbano lo mismo ocurre para los mayores de 68 años que pueden acceder a la misma prestación.

Si bien la administración de las pensiones por medio de transferencias directas e individualizada a las comunidades indígenas con discapacidad es un programa prioritario y con mayores recursos en este sexenio. Lo cierto es que todavía faltan políticas públicas que incluyan a este sector de la población en los diferentes programas federales.

Las tres dimensiones de la desigualdad propuestas por Therborn nos han permitido tener una aproximación de los focos de atención de las po-

líticas públicas para este sector vulnerable de la población,

En la desigualdad vital, se observa el descenso de la población indígena después de los 65 años de edad. Esta situación está relacionada con el alto porcentaje de mujeres indígenas en estado de viudez (19.9%) en relación con los hombres ((6.2%). Con respecto a la atención a la salud, encontramos que la mayor parte de la población indígena de AM acudió a los centros de salud con el esquema de financiamiento del seguro popular (43.3%), que solo cubría un limitado espectro de enfermedades en 2015.

En la desigualdad existencial destaca la prevalencia de la discapacidad en la población indígena (7.1%) superior al total de la población (6%). En la población indígena con discapacidad el mayor porcentaje corresponde a los adultos mayores y a las mujeres. Podríamos decir que en población indígena tenemos la condición de la feminización de la discapacidad por el alto porcentaje de las discapacidades motriz, visual, auditiva y mental que corresponden a las mujeres.

La desigualdad de recursos se relaciona con los salarios mínimos que percibe la población indígena de AM. En 2015, 42.3% de los hombres recibieron menos de un salario mínimo y el 50.5% de las mujeres en el mismo rango de edad. Según datos de Conejal los AM vulnerables por ingresos aumento de 4,3% a 8.3% entre 2008 y 2018.

Se destaca el bajo nivel de escolaridad de la población indígena de AM en particular de las mujeres. La falta de educación primaria en este sector se agrava por falta de maestros especializados en atender a las PCD, con dominio de las lenguas indígenas y sin el conocimiento del manejo en aula de los diferentes tipos de discapacidades.

Las tres desigualdades presentadas interactúan entre sí, así vemos que los bajos ingresos percibidos por la población indígena de AM (menos de un salario mínimo) se relacionan con los bajos niveles de escolaridad, la mayor parte de los adultos mayores se encuentran en el nivel de 0 a 6 años de educación primaria, especialmente las mujeres. La alta prevalencia de la discapacidad (7.1%) está relacionada con las altas tasas de viudez entre las mujeres indígenas (19.9%) en comparación con la de los hombres (6.2%).

Las políticas públicas en el tema de la discapacidad para la población indígena de AM están reza-

gadas en cuanto a las propuestas que se derivan de la Convención sobre los derechos de las PCD a la salud (Art 25. Salud) y la habilitación y rehabilitación (Art 26 Habilitación y Rehabilitación) entre otros. Se ha avanzado muy poco en asegurar el acceso a la población indígena de AM con discapacidad a programas de salud pública gratuitos que tengan en cuenta las cuestiones de género. Incluidos los servicios destinados a prevenir la aparición de nuevas discapacidades. Así también hay carencias en el apoyo a la formación inicial y continua para los profesionales de la salud que trabajan en los programas de habilitación y rehabilitación.

Referencias bibliográficas

- Astorga, G. (2009). “La participación de las personas con discapacidad y sus organizaciones en el proceso hacia la Convención de las Naciones Unidas”. En: Brogna, P. *Visiones y revisiones de la discapacidad*. México: Fondo de Cultura Económica, 256-329.
- Braverman, P. (2006). “Health Disparities and Health equity: Concepts and Measurement”. *Annual Review of Public Health*, vol. 26, Núm. 1: 167-194.
- COLMEX. (2018). Desigualdades en México 2018. <https://desigualdades.colmex.mx/informe-desigualdades-2018.pdf> (consulta 21 de octubre de 2019).
- Crenshaw, K. (1991). “Mapping the Margins: Intersectionality, Identity Politics and Violence against Women of color”. *Stanford Law Review*, vol. 43, Núm. 6: 1241-1299.
- Huenchan, N. S. (2003) [CD-ROOM]. Políticas de vejez en América Latina: una propuesta para su análisis. Ponencia presentada en el *Simposio Viejos y Viejas, Participación, Ciudadanía e Inclusión Social*, 51 Congreso Internacional de Americanistas, Santiago de Chile, del 14-18 de julio.
- Huenchan, N. S. y Rodríguez, V. R. (2015) [CD-ROOM]. Necesidades de cuidado de las personas mayores en la Ciudad de México. *Diagnóstico y lineamientos de política. Documento de Proyecto*. Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).
- INEGI. (2014). La discapacidad en México, datos al 2014. http://internet.contenidos.inegi.org.mx/contenidos/Productos/prod_ser/contenidos/espanol/bvinegi/productos/nueva_estruc/702825090203.pdf (consulta 16 de febrero de 2019).
- INEGI. (2015). Encuesta Intercensal 2015. Base de datos, Módulos: Características de las personas y Características de la vivienda, Estados Unidos Mexicanos, Aguascalientes: Instituto Nacional de Estadística y Geografía, México. <https://www.inegi.org.mx/programas/intercensal/2015/> (consulta 18 de julio de 2019).
- INEGI (2015). Encuesta Intercensal 2015. Características generales, Aguascalientes: Instituto Nacional de Estadística y Geografía. México. <https://www.inegi.org.mx/programas/intercensal/2015/> (consulta 25 de julio de 2019).

- INEGI. (2015). Encuesta Intercensal 2015. Síntesis metodológica y conceptual, Instituto Nacional de Estadística y Geografía, México. <https://www.inegi.org.mx/programas/intercensal/2015/> (consulta 6 de agosto de 2019).
- Medrano, R. M. (2011). “Adultos mayores rurales: su situación económica en tres comunidades (Texcoco, Estado de México)”. *Iztapalapa, Revista de Ciencias Sociales y Humanidades*, Núm. 71, año32: 61-84.
- Muñoz, H. R. (2011). “Las políticas públicas de la vejez en México 2010” *Iztapalapa, Revista de Ciencias Sociales y Humanidades*, Núm. 71, año32: 35-84.
- Muñoz, H. R. (2018). “Incidencias de las organizaciones de la sociedad civil en el ejercicio de los derechos humanos de las personas con discapacidad”. *Revista Argumentos*, núm. 88:95-112
- Nussbaun, M. y Sen, A. (2002). “La Calidad de Vida, Fondo de Cultura Económica. México D.F. 1998”, *Polis Revista Latinoamericana, Desolación y nuevos vínculos sociales*. No. 2.
- ONU. (2006). Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad. <http://www.un.org>. (Consulta 10 de junio de 2019).
- Organización Mundial de la Salud. Banco Mundial (2011). Informe mundial sobre la discapacidad. <http://www.who.int/disabilities/world-report/2011/summary-es.pdf> (Consulta 11 de enero de 2019).
- Presidencia de la República mayo de 2019: Plan nacional de Desarrollo 2019-2024. <https://lopezobrador.org.mx/wp-content/uploads/2019/05/PLAN-NACIONAL-DE-DESARROLLO-2019-2024.pdf> (Consulta 29 de noviembre de 2019).
- Secretaría de Desarrollo Social, Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (2002): Ley de los Derechos de las personas Adultas Mayores. México.
- Sen, A. (2001) La desigualdad económica. Fondo de Cultura Económica. México
- Therborn, G. (2013). Los campos de exterminio de la desigualdad. Fondo de Cultura Económica. México.
- Therborn, G. (2015). La desigualdad mata. Alianza Editorial Madrid.
- Walby, S., Armstrong, J. y Strid, S. (2012). Intersectionality: Multiple Inequalities in Social Theory. *Sociology*, Núm. 46, vol. 2: 224-240.

La vulnerabilidad ante el VIH. Estrategias alimentarias en la experiencia de vida.

Bernardo Adrián Robles Aguirre*

RESUMEN

El Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) continúan representando uno de los principales problemas de salud que enfrenta la sociedad actual. En el presente estudio centraremos nuestro interés en conocer cómo se desarrollan las estrategias alimentarias en el reconocimiento y enfrentamiento con el diagnóstico de VIH. Identificar qué valor le atribuyen y registrar si esto, facilita u obstaculiza el proceso de aceptación e incorporación del VIH en la vida cotidiana. Para lo anterior, se realizaron entrevistas semiestructuradas a nueve personas y se orientaron a recuperar la experiencia del VIH. Los resultados muestran que los hábitos alimentarios, no se refieren únicamente a los productos que los informantes comían en los horarios correspondientes, sino que también, se debe considerar los factores de urbanización, así como los gustos y preferencias alimentarias de cada informante, por ello, es un ámbito que reúne importantes contradicciones en la incorporación de la condición de seropositivo, y en la adherencia al medicamento, así, aunque la experiencia cotidiana de comer es un comportamiento imprescindible y necesario que constituye el aspecto nodal e insustituible no sólo para vivir, sino también para una buena salud, es un elemento importante para identificar la forma en cómo se construye e interpreta el mundo.

PALABRAS CLAVES: estrategias alimentarias, vida cotidiana, VIH, entrevistas semiestructuradas.

Vulnerability to hiv. food strategies in the experience of life

ABSTRACT

Human Immunodeficiency Virus (HIV) and Acquired Immunodeficiency Syndrome (AIDS) continue to represent one of the main health problems facing today's society. In the present study we will focus

* Doctor en Antropología por la Escuela Nacional de Antropología e Historia (ENAH). Programa de Becas Posdoctorales en el Instituto de Investigaciones Antropológicas de la Universidad Nacional Autónoma de México (IIA-UNAM)

Fecha de recepción: 07 de diciembre de 2019.

Fecha de aceptación: 25 de febrero de 2020.

our interest in knowing how food strategies are developed in the recognition and confrontation with the diagnosis of HIV. Identify what value they attribute and record if this facilitates or hinders the process of acceptance and incorporation of HIV into everyday life. For the above, semi-structured interviews were conducted with nine people and they were oriented to recover the experience of HIV. The results show that the eating habits do not only refer to the products that the informants ate at the corresponding times, but also, the urbanization factors, as well as the tastes and food preferences of each informant, therefore, should be considered. It is an area that brings together important contradictions in the incorporation of the seropositive condition, and in the adherence to the drug, as well, although the daily experience of eating is an essential and necessary behavior that constitutes the nodal and irreplaceable aspect not only for living, but also for good health, it is an important element to identify the way in which the world is constructed and interpreted.

KEYWORDS: food strategies, daily life, HIV, semi-structured interviews.

Introducción

La infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) continúa siendo una problemática relevante de salud pública a escala mundial (OMS, 2019) y aunque su diagnóstico trasciende a todos los grupos etarios, sexo y otras condiciones sociales, su presencia en varones en edad productiva es significativa como una causa de morbimortalidad (Aguilar y Paredes, 2017). A esto, debemos agregar la pobreza multidimensional como un factor que permite el incremento en la incidencia anual de nuevos casos, así, el empobrecimiento, la migración y el deterioro de las condiciones de vida de miles de familias mexicanas han evidenciado que hay sectores de la población que, si bien no se encuentran en condición de pobreza extrema, pueden ser consideradas como vulnerables debido a que disponen de insuficientes recursos para enfrentar y superar los efectos de las cambiantes circunstancias económicas o del propio ámbito familiar (Leyva *et. al.*, 2009 y CONAPO, 2000), en este sentido, el VIH y el Sida, han sido identificados como factores de vulnerabilidad en este

grupo poblacional (Velásquez y Bedoya, 2011 y Urzúa y Zúñiga, 2008).

La vulnerabilidad es una “noción multidimensional en la medida que afecta tanto a individuos, grupos y comunidades en distintos planos de su bienestar, de diversas formas y con diferentes intensidades” (Busso, 2001: 8) y hace referencia a: la inseguridad, la indefensión y la exposición a riesgos¹ y *shocks* provocados por eventos socioeconómicos extremos y la disponibilidad de recursos y de estrategias desarrolladas por comunidades, hogares e individuos para hacer frente a situaciones de adversidad (Chambers, 1989 y Bayón y Mier, 2010), causando sinergias negativas que tienden a un agravamiento progresivo (Kaztman, 2000).

¹ El concepto de riesgo atiende de manera directa los factores por los que se considera que los actores sociales se encuentran en una mayor probabilidad de adquirir el virus; el bajo acceso a la información, a los conocimientos, a servicios de salud y a redes sociales de apoyo, evidencia el marco de vulnerabilidad social estructural en que se encuentra la mayoría de los sujetos sociales amenazados por el VIH (Collignon - Goribar, 2009: 4).

Así, los sectores de la población que viven con bajos recursos económicos y con una deficiente atención en materia de salud pública, se han convertido en los grupos con mayor posibilidad de estar en situación de vulnerabilidad para contraer el VIH, de forma que más del 90 por ciento de las personas que viven con este virus, se encuentran en países en vías de desarrollo, en los que la falta de recursos se presentan con factores como la discriminación (Núñez, 2011), la violencia (Muñoz – Martínez, 2014), la migración (Zapata – Garibay *et al.*, 2014), el retraso histórico y la baja cobertura de servicios médicos (Granados – Cosme, 2015), esto ha propiciado pensar al VIH como una “enfermedad de la pobreza” (Herrera y Campero, 2002).

Actualmente se considera que el VIH es una infección crónica y controlable gracias a los avances de los tratamientos antirretrovirales (Shernoff, 2006 y Reis y Gir, 2010), sin embargo, continúa representando una presión importante al sistema de salud, especialmente por los costos de los medicamentos antirretrovirales y las complicaciones asociadas a estos. Por lo anterior, sigue siendo de fundamental importancia la prevención de nuevos casos y mejorar la calidad de vida de quienes ya han sido afectados.

En el Informe Anual de ONUSIDA (2018), se reporta que cada año, poco más de dos millones de personas contraen el VIH, en este contexto y aunque las muertes relacionadas con el SIDA también han logrado disminuir, las proyecciones internacionales consideran que aún falta tiempo para que pueda ponerse fin a la epidemia, situación que se prevé para el 2030 (ONUSIDA, 2020).

La vulnerabilidad frente al VIH se expresa también en los significados que se construyen alrededor de las vías de transmisión, particularmente la

sexual. Al día de hoy, el VIH continúa siendo una enfermedad valorada negativamente, un estigma (Aggleton y Parker, 2003) que obliga a muchos a vivirla bajo el anonimato, provocando con ello, un bajo índice de prevención y promoviendo la cadena de transmisión, asimismo, el temor fundado a ser rechazado, conduce a las personas a experimentar la enfermedad en silencio, lo que debilita las redes sociales que constituyen el soporte social necesario para enfrentarla, en este contexto, es común encontrar estrategias de aislamiento social afectando con ello la esfera familiar, escolar y laboral (Mora - Rojas *et al.*, 2017 y Tobón y García, 2019).

En un principio, las personas que vivían con VIH eran consideradas como un colectivo marginado, debido a ello, retrasaban su ingreso al tratamiento antirretroviral, por lo que frecuentemente eran diagnosticados presentándose en un proceso de desgaste avanzado o con alguna enfermedad oportunista que disminuía las posibilidades de sobrevivencia. Actualmente y gracias a la Guía de Manejo de Antirretrovirales de Personas que viven con VIH (2019), esto se ha modificado y cada vez es más frecuente un diagnóstico oportuno, sin embargo, el VIH no afecta exclusivamente a la persona que lo padece, ya que, además, se inserta en la sociedad en su conjunto.

En este contexto, el VIH modifica y reconstruye la vida cotidiana, así como los espacios de convivencia, de tal forma que se adhiere en el día a día de cada sujeto, reinterpretándose a partir de la forma en cómo se identifica, tanto en lo interno como en lo externo. Así el VIH, resignifica y redefine las relaciones sociales y la trayectoria individual, cuestionando permanentemente el devenir, la incertidumbre, la zozobra y la ansiedad que se experimenta diariamente.

El VIH se construye sobre percepciones inconclusas y regularmente desconocidas sobre la forma en cómo se adquiere, se reproduce o se desarrolla en la vida cotidiana, por lo que los temores comunes al SIDA, generan que se identifique como algo capaz de diezmar a cualquier sociedad. Aunado a lo anterior, debemos considerar que la población en su conjunto juega un papel importante en el proceso de conocimiento, asimilación, rechazo, aceptación o resignación de saberse seropositivo y aunque se han hecho esfuerzos considerables para disminuir estas percepciones, se continúa identificando a este sector como “grupo de riesgo”², potencialmente dañino, lo que se traduce en mantener en el anonimato el diagnóstico positivo durante el mayor tiempo que sea posible pues, como especifica Lizárraga (2003: 173), “hablar de “grupos de alto riesgo” es vestir con nuevas prendas la estigmatización”.

Así el VIH se convirtió en un virus “infeccioso” y “pandémico” que podía invadirlo todo, incluso a los que no portaran el estigma de las conductas asociadas a los contagiados (Izazola *et al.*, 1999; Magis *et al.*, 2000 y Lizárraga, 2003), ya que los grupos sociales con mayores grados de vulnerabilidad correspondían a aquellos que eran estigmatizados (homosexuales) y cuyos derechos eran los menos respetados antes de la aparición del SIDA (Leyva y Caballero, 2009).

En dicha perspectiva, para el imaginario colectivo, es urgente aislarlo y erradicarlo, haciendo eco las prácticas descritas por Foucault (2000), que incluyen la reclusión social (Flores - Sarazúa *et al.*, 2006), moral y física de sus afectados o la ex-

traterritorialidad, condensándose en ellos, el miedo a revelar el VIH desde dentro y ocultarlo en el silencio.

Grupo de estudio y criterios de inclusión

Siguiendo la metodología de algunos autores (Banks, 2010; Flick, 2004; Geertz, 1992; Glaser y Strauss, 1967; Hamui, 2011; Oliva *et al.*, 2001; Robles, 2011A y 2011B, Taylor y Bogdan, 1996 y Varguillas y Ribot, 2007), se realizó un estudio de corte cualitativo aplicando entrevistas semiestructuradas a nueve personas que viven con VIH. Se hizo una definición de informantes clave, considerando como tales a varones residentes de la Ciudad de México o su zona conurbada del Estado de México, que refirieran haber contraído el VIH por prácticas sexuales de alto riesgo; diagnosticados en diferentes temporalidades, que al momento de la entrevista estuvieran bajo el esquema de Terapia Antirretroviral Altamente Activa (TARAA) y mostraran un seguimiento médico idóneo, esto es, asistiendo mensualmente a las citas médicas (cuando menos en los últimos seis meses), que mantuvieran su monitoreo de carga viral, así como otros datos de laboratorio en indetectable. Estas condiciones permitieron encontrar sujetos en una situación de relativa tranquilidad, de mayor adaptación al diagnóstico y al tratamiento, de forma tal que se favoreciera una recuperación reflexiva de su experiencia frente al diagnóstico y su relación con las actividades cotidianas.

Las entrevistas se aplicaron después de uno a dos encuentros con los informantes claves para establecer un mejor contexto para reproducir la experiencia. Éstas se efectuaron en espacios cerrados en donde el entrevistado definió sentirse más cómodo. Se les informó el propósito del estudio, así como el papel de su participación, se le garanti-

² El concepto grupos de riesgo nació en la práctica médica al comienzo de la epidemia cuando se detectaron los primeros casos de enfermedades atípicas en personas “de raza negra y hombres que tenían sexo con otros hombres, provocando mayor estigmatización y discriminación en grupos que históricamente ya estaban señalados y segregados” (Infante *et al.*, 2006: 146).

zó mediante un consentimiento bajo información previa, el resguardo confidencial de sus datos y el uso de su testimonio exclusivamente con fines científicos, se les pidió explícitamente su autorización para que las entrevistas fueran audiograbadas y tuvieron una duración de entre 40 y 120 minutos por sesión. Todos los informantes fueron reclutados en la unidad de atención médica en que llevaban el seguimiento de su diagnóstico. Posteriormente, se transcribió y analizó desde una perspectiva interpretativa del discurso. Se identificaron categorías discursivas significativas, según el énfasis observado en los informantes y se interpretaron a la luz de un marco teórico que se constituyó en “la mirada” con que fueron leídas.

Por último, se identificaron regularidades discursivas y se corroboró su solidez testimonial al referirla a la particularidad de cada caso. Se seleccionaron los fragmentos más contundentes que expresaran la regularidad discursiva y que dieran cuenta de una reconstrucción de la experiencia del diagnóstico de VIH al momento actual, esto con la finalidad de distinguir posibles fases constitutivas de un proceso adaptativo, las frases que nos interesa destacar fueron marcadas en negritas.

Desarrollo

Para acercarnos a la complejidad de vivir con VIH, centraremos nuestro interés en conocer cómo se desarrollan las estrategias alimentarias en el reconocimiento y enfrentamiento con el diagnóstico de VIH, identificar qué valor le atribuyen y registrar si esto, facilita u obstaculiza el proceso de aceptación e incorporación del VIH en la vida cotidiana, para lo anterior, se recuperaron y analizaron las experiencias en torno al diagnóstico positivo y los cambios generados en las prácticas alimentarias, ya que estos, son procesos que configuran los “estilos de vida colectivos”, enten-

diendo que los estilos de vida son “conductas influenciadas por las oportunidades definidas por el medio social en que las personas viven” (Álvarez, 2009: 74).

A partir de lo anterior, el análisis se realizó considerando los Determinantes Sociales en Salud (DSS), pues “comprenden los comportamientos, estilos de vida, los ingresos, la posición social, la educación, el trabajo, las condiciones laborales, el acceso a servicios sanitarios adecuados y los entornos sobre la salud” (Liscano *et al.*, 2015: 121), asimismo, “busca evidenciar las causas de las enfermedades como producto de la exposición a factores de riesgo, sujetas a la vulnerabilidad diferencial del individuo y al tiempo de exposición a nivel de lo empíricamente observable” (Morales – Borrero *et al.*, 2013: 801), además de que tienen “una *dimensión material*, manifestada en su expresión orgánica, biológica y social y una *dimensión subjetiva* que se refiere a la interpretación y a la forma en cómo se viven y enfrentan estos procesos desde la intersubjetividad colectiva” (López *et al.*, 2008: 324), encontrando así que las desigualdades sociales tiene su expresión en las condiciones de salud (Álvarez, 2009), donde también interviene la clase social y el género (Torres, 2019).

En este sentido y retomando los conceptos de construcción social (Berger y Luckmann, 1999 y Schütz, 1995), consideramos que vivir con VIH, es como especifica Grimberg (2003: 44) “una experiencia a la vez individual y colectiva cuya conformación y sentido debe contextualizarse en los modos, las condiciones y las trayectorias de vida de los sujetos” y que depende de los saberes y las prácticas que socialmente se le han atribuido a este padecimiento, así como de las formas particulares en que cada sujeto asimila su diagnóstico (Grimberg, 1999 y 2000). Esto se articula por me-

dio de los múltiples escenarios por los que tiene que transitar el sujeto en su vida cotidiana, en la sexualidad, en las relaciones familiares, laborales y en su espiritualidad; de forma tal que la modalidad en que enfrentan la enfermedad, determina la búsqueda de atención médica y la eficacia de ésta. Así, se entrevistó a nueve informantes clave a quienes se les asignó un nombre ficticio, algunas de sus características se muestran en el Cuadro 1.

Para poder llevar a cabo esta investigación fue necesario contactar a pacientes que estuvieran diagnosticados como seropositivos y que participaran en protocolos de atención dentro del centro de salud especializado, ya que, como especifican algunos autores (Delgadillo, 2007 y Flores *et al.*, 2008, entre otros), estar informado sobre un diagnóstico positivo permite construir estrategias de atención y cuidado más permanentes y

Cuadro 1. Características generales del grupo de estudio

Nombre	Nivel de escolaridad	Ocupación	Año de diagnóstico	Institución donde se valoró su DX.	Institución donde actualmente son atendidos
Benjamín	Secundaria	Guardia de seguridad en banco	1996	Hospital de Especialidades del Centro Médico General Siglo XXI	
Caín	Carrera trunca de Ingeniería Civil	En proceso de jubilación del IMSS	2012		
Adolfo	Secundaria	Conductor de transporte en empresa de televisión	1985	Hospital General de Zona Parque Venados, IMSS	Hospital de Especialidades del Centro Médico General Siglo XXI
Iván	Ingeniero Civil, con especialidad en finanzas y estadística	Jubilado	1995	CONASIDA	
Fernando	Contaduría y trabajo social	Contador	2009	Hospital General de Zona Parque Venados IMSS	
Milton	Preparatoria	Lavado de alfombras	2010	Hospital de Especialidades del Centro Médico General Siglo XXI	
Diego	Cirujano dentista	Jubilado, repartidor de comida casera	1988	Hospital General de Zona Parque Venados IMSS	Hospital de Especialidades del Centro Médico General Siglo XXI
Felipe	Derecho	Abogado	2000	Clínica particular en Oaxaca	
Vicente	Preparatoria	Cajero de banco	2006	Departamento de Oncología Hospital General Siglo XXI	Hospital de Especialidades del Centro Médico General Siglo XXI

Fuente: Elaboración propia con base en entrevistas semiestructuradas.

sólidas para con ellos mismos. Asimismo, estar consciente de la enfermedad puede proporcionar un sentido de responsabilidad, autocuidado y autoprotección, lo cual es relevante para la correcta ingesta de medicamentos antirretrovirales.

Las estrategias alimentarias en los discursos de la experiencia

El VIH es una enfermedad que afecta todo el organismo, por tanto es de resaltar que el tipo de ingesta de alimentos es fundamental para determinar el estado nutricional y clasificar los hábitos alimentarios de los entrevistados (Benavente, 2011), si bien, una alimentación balanceada³ no cura la enfermedad, sí contribuye a aminorar la progresión de la misma, retardando la aparición de complicaciones orgánicas (Domínguez *et al.*, 2011) ya que “la pérdida significativa de peso, la desnutrición, los cambios en la composición corporal, y las alteraciones metabólicas asociadas al uso de la terapia antirretroviral (TARV) constituyen comorbilidades comunes en las personas que viven con VIH/sida” (Linares *et al.*, 2013:2202), con base en lo anterior, observamos como específica Torres (2002), que los hábitos alimentarios no se referían únicamente a los productos que los entrevistados comían o a los horarios en los que se consumían, sino que también se debía considerar los factores sociales, culturales, económicos y de urbanización, así como los gustos y preferencias alimentarias de cada participante, por lo que se enfatiza, como anotan Duch y Mèlich (2009), que la experiencia cotidiana de comer es un comportamiento irremediable e ineludible que constituye el aspecto elemental e insustituible no sólo para vivir, sino también es necesario como un acto social y cultural que construye y fortalece redes de convivencia.

³ Cuyo contenido energético diario sea de 2,000 kilocalorías (González *et al.*, 2019).

Así, la alimentación juega un papel importante dentro del grupo de estudio debido a que la desnutrición y la pérdida de peso ocasionan una importante disminución en las defensas, ocasionando riesgos de contraer mayores infecciones y modifica la imagen corporal de cada sujeto, en este contexto, algunos autores reconocen que los pacientes que conviven con el VIH no siempre están informados acerca de cómo debe ser su alimentación y la importancia que tiene en su estado de salud (Bejarano-Roncancio *et al.*, 2011).

Por otra parte, fue necesario hacer algunas preguntas que pudieran darnos información sobre los consumos alimenticios que realizan y cómo llevan a cabo la preparación de sus comidas, de esta manera, tomamos como base la propuesta de Bejarano-Roncancio *et al.*, (2011), preguntando las fuentes de información sobre alimentación y nutrición, criterios de mayor importancia a la hora de seleccionar alimentos para el consumo, alimentos que consideran benéficos para la salud y las prácticas higiénicas que realizan para el consumo y preparación de alimentos, por último, debido a que todos los entrevistados reciben tratamiento antirretroviral, era importante contar con una adecuada valoración nutricional, puesto que los efectos secundarios pueden estar ligados al tipo de alimentación que consumen, pues se ha reportado que el tratamiento de la infección de VIH con terapia antirretroviral altamente activa puede desencadenar complicaciones metabólicas severas que incluyen lipodistrofia, dislipidemia y resistencia a la insulina, siendo factor de riesgo de enfermedad cardiovascular y diabetes tipo 2 (Massip *et al.*, 2015:136).

Los deterioros más comunes están en el sistema inmunitario, además de un importante déficit nutricional y una progresiva pérdida de peso (Ro-

bles y Osorio, 1998, y Maia y De Mattos, 2009). Así, fue importante incluir las estrategias de alimentación que cada participante ha ido creado a partir de su diagnóstico positivo, ya que se convierten en un acto cotidiano y necesario para la sobrevivencia colectiva (Aguilar, 2000).

En este contexto, reconocemos la alimentación como “la acción voluntaria y conciente que consiste en proporcionar al cuerpo una serie de productos nutritivos que, contenidos en los alimentos, son necesarios para la nutrición” (Marrodán et al., 1995: 50). En este sentido “la alimentación no sólo implica satisfacer una necesidad biológica, también es un proceso social y cultural en el que se desarrolla una serie de gramáticas y costumbres culinarias que forman parte del sistema alimentario de una sociedad y que se transmite de generación en generación” (Torres et al., 2004: 27).

Por tanto, la alimentación y la comida son fenómenos bio-psico-socio-cultural complejos, pues el comer no sólo implica un hecho biológico sino también social y cultural (Contreras y Gracia – Arnáiz, 2005), además de que “la comida, al lado de la sexualidad y del trabajo, es un punto neurálgico de la existencia humana en el que coinciden las estructuras individual y social, y se refuerzan mutuamente. Comer y respirar son las primeras relaciones activas que instaura el ser humano con su entorno” (Duch y Mèlich, 2009: 260) de esta manera, “el hecho alimentario es, esencialmente, multidimensional: transita entre el espacio ecológico, biológico, psicológico, socioeconómico o político” (Gracia – Arnáiz, 2010: 357). Por último definimos la dieta como “la serie de elementos comestibles que ingieren los organismos regularmente” (Marrodán et al., 1995: 50).

A lo largo de las entrevistas encontramos que el médico especialista les hizo alusión a que debían

mantener una alimentación controlada y específica⁴, sin embargo, no todos hacen caso de estas indicaciones, ya que algunos reconocen que no llevan un criterio específico al momento de seleccionar los productos para su consumo, ya sea porque delegan esa responsabilidad a alguien más, o porque no lo consideran importante en el momento de hacer las compras, no obstante, la mayoría procura no hacer consumo excesivo de grasas o cítricos.

Algunos refieren llevar comida preparada a sus lugares de trabajo, sin embargo, no se hacen cargo ni de la compra, ni de la organización o las prácticas higiénicas que se llevan a cabo para la preparación de los alimentos, ya que cuentan con su pareja o algún familiar que es quien se hace cargo de realizarla. Otros por estar jubilados, tienen la oportunidad de hacer sus comidas en casa, por último, sólo dos refieren comer en fondas o restaurantes, por lo que deben ajustarse a un menú específico.

En el caso de las prácticas higiénicas para el consumo, preparación e ingesta de alimentos, encontramos que la mayoría, desconocen si la elaboración de sus alimentos se realiza con pulcritud y limpieza, desinfectando las frutas y verduras o hirviendo el agua y aseando los utensilios de cocina. En este sentido, sólo tres refieren que, en el momento de la preparación, desinfectan frutas, verduras y legumbres con cloro o bactericida, por último, sólo uno refiere hace una limpieza general de todos los utensilios y usa agua purificada para hervir los alimentos (Cuadro 2).

4 Cabe señalar que “no existe un método que sea mundialmente aceptado para la evaluación nutricional de las personas que viven con VIH. Por tanto, el diagnóstico nutricional requiere de la integración de indicadores clínicos, dietéticos, antropométricos, bioquímicos y funcionales” (Linares et al., 2013: 2202).

Cuadro 2. Estrategias, criterios y prácticas en el uso y consumo de alimentos

Nombre	Fuente de información sobre alimentación y nutrición	Lugar donde frecuente comer	Criterios para la selección de productos alimenticios	Alimentos que consideran benéficos para la salud	Prácticas higiénicas para el consumo y preparación de alimentos
Caín	Médico especialista	Lleva comida al trabajo	Hermano hace las compras, antes su pareja	Sin restricción	Desconoce
Adolfo	Médico especialista, pero no sigue las indicaciones	Casa	Nada en específico	Sin restricción, sólo trata de no consumir grasas y cítricos	Sólo desinfecta los alimentos antes de la preparación
Benjamín	Médico especialista	Lleva comida al trabajo	Pareja hace las compras	Trata de no consumir grasas y cítricos	Desconoce
Iván	Médico especialista y los grupos de apoyo	Casa	Frescos y que no contengan mucha grasa	Trata de no consumir grasas y cítricos	Desinfecta los alimentos antes de la preparación, limpia cuchillos, tabla para picar y usa agua purificada en la preparación
Fernando		Come en fondas o restaurantes	Una semana va él y otra su amiga, toma en cuenta las preferencias de su amiga	Sin restricción	
Milton	Médico especialista	Lleva comida al trabajo	Hermano hace las compras, cuando está solo come fuera	Trata de no consumir grasas y cítricos	Desconoce
Diego	Médico especialista, pero no sigue las indicaciones	Casa	Pareja hace las compras	Trata de no consumir grasas y cítricos	Sólo desinfecta los alimentos antes de la preparación
Felipe	Médico especialista y los grupos de apoyo	Come en fondas o restaurantes	Frescos y que no contengan mucha grasa	Trata de no consumir grasas y cítricos	Desconoce
Vicente	Médico especialista	Lleva comida al trabajo	Hermano hace las compras	Sin restricción	

Fuente: Elaboración propia con base en entrevistas semiestructuradas.

Cuando **Caín** se enteró de su diagnóstico positivo, el médico le comentó que debía mantener una alimentación ordenada y regular, teniendo como mínimo tres ingestas al día, sin embargo, poco tiempo pudo conservar este ritmo, pues el trabajo le impedía poder llevar a cabo este régimen.

...al principio, cuando el médico me dijo de esto, pues *sí me comentó que cómo era mi alimentación y pues la verdad es que era muy desordenada...* me comentó que tenía que comer bien, que no me debía mal pasar, pero pues está difícil, porque luego en el trabajo, pues no es posible, o sea, *sí trato, bueno al principio como que lo intenté, pero pues al final nada...*

Una de las primeras estrategias fue salir a comer cada cinco horas, pero esto le fue complicado pues no le era posible ausentarse o se encontraba en guardia, por lo que comenzó a llevar comida preparada por su esposa, sin embargo, esto se modificó cuando se separó y estableció su residencia con su hermano.

...fue más fácil... porque mi esposa *cuando se enteró o bueno cuando le dije que el médico me dijo que no descuidara mi alimentación, pues se puso linda y me empezó a hacer de comer*, que unas verduras, que una pechuga asada y así, algunas cosas que eran con poca grasa como me decía el médico, así bien sabroso y luego, pues me llevaba la comida al trabajo...

Actualmente ha llegado a un acuerdo con su hermano, por lo que él paga los comestibles y su hermano realiza la compra; los fines de semana hacen un pago extra a la señora que les hace el aseo para que les prepare la comida de toda la semana y cuando ella se ausenta, el hermano es quien lleva a cabo esta actividad.

... lo que pasa es que por ejemplo antes era mi esposa la que cocinaba como te comenté, *pero ahora está la señora, que es la que va a limpiar todas las semanas, entonces ella hace, no sé, tres guisos y ya para toda la semana* y pues me llevo uno un día y otro el otro y así para no aburrirse...

En este sentido, la compra de productos es variada y no se restringen o se limita en la adquisición de víveres, sin embargo, en productos a base de carne de cerdo, café y alimentos picantes, su ingesta es limitada, por otra parte, dice desconocer qué tipo de prácticas higiénicas realiza su hermano o la persona que les ayuda cuando preparan alimentos, debido a que no le llama la atención este tipo de actividades.

...*Me prohibieron muchas cosas, pero trato de comerlas para que vaya un poquito mi cuerpo este... acostumbrándose, pero no del diario...* entonces como lo que es un poquito lo irritable, pero muy esporádicamente...pues el café por ejemplo, me lo tomo con este... leche. Este... lo picante, trato de ya no hacerlo. Este... las cosas grasosas, como la carne de puerco, a lo mejor si antes me comía cinco taquitos, pues a lo mejor ya sólo me como uno el fin de semana... así como lavar y desinfectar, pues creo que sí ¿No?, *la verdad es que nunca le he preguntado*, tal vez lo que todos hacen ¿No?, me parece que tal vez, es así, pero no me meto mucho en la cocina, igual y ahora en estos días, veo y te comento, pero se me va a olvidar (risas), igual esa la te debo...

Adolfo comenzó con una dieta estricta y trataba de llevar todas las indicaciones del médico, sin embargo, unos meses después la abandonó, pues consideró que no tenía razón para abstenerse de

algunos alimentos que lo hacen *sentir feliz y contento*, en este sentido, aunque no lleva a cabo las indicaciones que le prescribieron, tiene mucho cuidado de consumir en mínimas cantidades grasas, algunos cítricos y alcohol.

...fijate que al principio *el médico hasta me asustó, me dijo que no tenía que comer nada de grasa* y que nada de dulces, que mínimo como cinco o seis veces al día, que mucha agua y que tratara de no estresarme y pues al principio fue bien difícil, pues cómo haces para no estresarte si ya se pasó la hora de la comida, la verdad es que no pude... sólo fueron como dos o tres meses, porque la verdad es que me sentía deprimido, a mi hay comida que me hace sentir feliz, de verdad hay postres que sólo comerlos me ponen contento y pues ahora lo que hago es comerlos, muy poquitos, la verdad es que trato de no excederme...

Considera que lleva una buena alimentación y que sólo come un día de la semana carne de cerdo y evita los jugos de toronja, naranja y mandarina, toma café por antojo, pero lo rebaja con agua, pues ha tenido agruras y reflujos desagradables, los cuales considera están relacionados con estos productos.

...de todo, como de todo pero siempre poquito, por ejemplo, esta semana compré unas chuletas y le pediré a la semana que las haga el miércoles próximo, *como más o menos pollo dos días, dos días pescado, uno cerdo y todos los días muchas verduras, lo que sí evito son los jugos, esos me irritan mucho el estómago*, tomo café por ejemplo pero lo bajo siempre con agua porque ese siempre me ha hecho sentir dolores y acidez, así pero cañón, pero no me perdono el café, al menos uno al día...

Benjamín de joven siempre fue voraz y comía muy bien, sin embargo, después de un trasplante de riñón, su apetito disminuyó y ya no consume tantos alimentos como lo hacía antes. Cuando se enteró de su diagnóstico, el médico especialista ya le había suministrado una dieta especial, por lo que no fue consiente del cambio de alimentación.

...no, ¡Si te contara!, *yo de chavo, parecía pelón de hospicio*, como se dice normalmente, pues comía como si no fuera a comer nunca más... mi madre siempre se sorprendía de cómo comía, pero fijate que no sé que *habrá sido que después de la operación, como que se me quitó el hambre*... como tenía la dieta que me habían dado por lo del riñón la verdad es que no sentí el cambio así tan fuerte, la verdad es que estaba todo jodido, ya cuando me recuperé pues seguía con la dieta así que ni lo noté tanto...

Desde la intervención médica y hasta la fecha lleva comida casera al trabajo, pues la preparación debe tener poca sal y ser baja en grasas, pues así se lo solicitó el médico, y aunque hace algunos años, en una de sus revisiones médicas, le comentaron que ya podía tener una alimentación más variada, comenta que continúa con la misma dieta pues le ha parecido adecuada, los fines de semana acompaña a su esposa al supermercado, pero es ella quien selecciona, escoge y decide qué productos comprar, también en la preparación de los alimentos desconoce cómo se lleva a cabo, él sólo llega a proponer algún guiso para comer en la semana, incluyendo todas las semanas dos días pescados y mariscos.

...*todos los días llevo comida, no falta el día que es pollo o verduras cocidas o atún con ensalada*, trato de variarle... no, al principio me dijo el médico que llevara la dieta con muchas

restricciones; de azúcares y harinas e irritantes y no sé que más, al principio fue difícil pero ahora si es más fácil, fijate que sólo es cuestión de acostumbrarse... o sea yo lo que hago es acompañar a mi esposa, a veces, nos acompaña mi suegra y compramos para toda la semana... eso sí dos días no puede faltar filetes de pescado o tilapia, mojarra o luego el que esté más económico... así mejor porque pues como es ella quien se mete a la cocina, ***eso de la cocina yo no le entro***... sólo opino qué cosas comer de vez en cuando...

En el caso de la restricción de algún alimento, trata de comer con moderación y sin excesos y sólo dependiendo de cómo estén sus niveles de colesterol y triglicéridos, opta por disminuir el consumo de leche y sus derivados, azúcares y grasas.

En un principio el médico especialista le comentó a Iván que debía tener una dieta balanceada y restringir la ingesta de algunos alimentos, sin embargo, fue en los grupos de apoyo donde comenzó a poner mayor atención a su alimentación y se dio cuenta que una dieta adecuada podía mejorar su calidad de vida, actualmente hace la mayoría de sus comidas en casa y dice mantener un régimen claro y sin excesos y que sólo llega a comer fuera los fines de semana, ahí reconoce que descuida un poco su dieta y consume algunos productos de más, pero refiere que siempre sin abuso, pues cuando se satura, normalmente al día siguiente, tiene mareos, vómitos y náuseas.

...fue chistoso porque me acuerdo que cuando empecé a ir a los grupos de apoyo, ahí empecé a escuchar un montón de cosas que dije a chirrión, eso como que ya lo había escuchado y pues sí, me lo había dicho el médico, o sea, que tenía que cuidar lo que comía, que no tanto

o mejor nada de picante, que bajarle a la carne de cerdo, que cero café y algunas otras cosas como las zanahorias y las frambuesas, pero bueno esas de todos modos nunca las como... ah sí que los jugos de toronja, malísimos, por el efecto con el medicamento y porque dicen que adelgaza (risa)... ***normalmente en casa, porque me gusta mucho cocinar, es como desestresante***... me divierto mucho a veces invento algunas cosas, bueno no así la gran cosa, pero cambio de verduras o le pongo otras, depende de qué esté haciendo de comer... los fines de semana trato de salir, porque luego hay días que también te aburre estar así como haciendo comida siempre, ahí sí me destrampo un poco (risas), o sea como en restaurantes o así, me doy un lujito con vino...

Programa un día para hacer despensa y compra todos los productos que necesita para la semana, adquiere alimentos bajos en grasa, azúcares y sales, asimismo, siempre busca las frutas, verduras y leguminosas más frescas, y si son de marca las considera mejor que las que están en los mercados sobre ruedas, pues piensa que esos productos pueden estar más sucios y puede tener más riesgo de enfermarse por bacterias, hongos o gérmenes.

... voy los jueves, porque son los días que hay menos personas en el super, además aquí a un lado se pone un mercadito y aunque rara vez voy, a ***veces sí compro, sobre todo lo que veo más fresco que son las frutas, lo demás la verdad es que no me da confianza***, siento que está menos limpio y puede ocasionarme luego daño... no, afortunadamente nunca me he enfermado por eso, sólo por comer de más, pero por alguna comida, trato de ser como dicen especial con eso, si tiene más de dos días en el refri lo tiro, pues ya no me da confianza co-

merlo... depende de qué quiera comer, pero por ejemplo siempre prefiero comer los productos del super, creo que están más frescos, ***al menos los del mercado se asolean mucho y lo que no venden lo guardan para el otro día y así van...***

Para la preparación de alimentos, llegando del centro comercial lava y desinfecta frutas y verduras, pues considera que es importante tener todos los productos listos para comerse, en el momento de preparar los alimentos, los enjuaga para quitarle impurezas y malos olores que puedan tener, normalmente hace una limpieza total de todos los utensilios para cortar los alimentos y utiliza agua purificada para su preparación.

...te digo que soy medio especialón, o sea sí cuidó mucho que todo esté fresco, lavo todo regresando del super, porque luego igual y quiero una fruta y mejor que ya esté limpia, ***cuando cocino las lavo otra vez para quitarles todo el olor a refri, lavo la tabla de picar, desinfectándola con cloro, lavo bien los cuchillos y para todo uso agua del botellón, nunca de la llave,*** te lo digo porque una vez me dijo mi hermana “pero si de todos modos el agua hierve”, y pues sí, pero no sé cómo esté esa agua...

En los grupos de apoyo **Fernando** reconoció la importancia de una buena alimentación y ahí escuchó que era recomendable no consumir toronjas por los efectos que tiene con los medicamentos, asimismo, no toma café porque causa gastritis y evita la ingesta de carne de cerdo, porque reacciona negativamente con los medicamentos, sin embargo, aunque conoce todos estos elementos, refiere que en la práctica no es posible llevar a cabo una dieta como la que él quisiera mantener, ya que el trabajo lo absorbe y no puede comer en casa.

...al principio recuerdo que en el hospital me dieron el diagnóstico y luego me dijeron que debía tener una buena alimentación y no me acuerdo bien, sí fui, pero la verdad es que no le tomé importancia, porque lo importante era tomar los medicamentos ¿No?, así que ahí lo dejé, ***cuando llegué al grupo, ahí me dijeron que era muy importante y ya puse como que más atención,*** siempre es mejor que alguien te diga lo que hace para mejorar su dieta a alguien que sólo sigue la instrucción de un libro, por eso les hice más caso... pues me dijeron que la toronja, que el café, que el cerdo, unos porque causan complicaciones con el medicamento y otros por la gastritis y otros por la grasa... lo que pasa es que la verdad ***la única forma de llevar una dieta balanceada es si no sales de casa y estás al pendiente todo el tiempo de qué comes,*** cómo lo comes y qué tanto te hace daño y la verdad es que para eso, sólo si alguien me mantiene (risas), la verdad es que las dietas que te dan en el hospital es para alguien que no hace nada, ¿No crees?...

Actualmente, aunque no lleva una dieta estricta, sí trata de mantener una buena alimentación y dice que en el lugar donde cotidianamente come, le ha solicitado a la cocinera que la preparación de sus alimentos los realice con poco aceite y dos veces por semana sólo consume verduras cocidas.

...pues en estos lugares que te comento, en el vegetariano pues no hay problema, ahí como dos veces a la semana, en los otros sí, ***en uno hasta le he comentado a la señora que cocina que si me puede hacer comida especial, bueno no especial, especial, sólo con menos grasa o con poquito o nada de aceite,*** la verdad es que no lo hubiera comentado si no es que ella me lo sugirió un día, me encontró que estaba lim-

piando una pechuga y me dijo, que si quería la podía hacer con menos aceite y pues de ahí, nos hicimos amigos (risas)...

A **Milton** el primero en darle información sobre su alimentación fue el médico especialista, y al principio le recomendó que intentara no comer irritantes y que procurara no excederse en alimentos demasiados grasosos y salados, así como bebidas embriagantes, sin embargo, no hizo caso a las indicaciones y tuvo una indigestión estomacal, por esto tuvo que faltar al trabajo por dos días. Una vez pasado esta experiencia, trató de mantener un régimen alimenticio más adecuado.

...así el primero fue *el médico, me asustó mucho porque me dijo que podía tener muchas secuelas si no comía bien, o sea me pintó el panorama súper trágico y la verdad yo me espanté*... pero ya después, vi que era importante, pero no así como para morir (risas)... pues me dijo nada de grasas, nada de irritantes, que porque causa muchos problemas con los medicamentos, que nada de café, nada de alcohol, cero, que todos los medicamentos al momento, mucha agua...no, para nada al principio pues dije, ajá, sí haré caso, pero en una ocasión pues la verdad *es que se me olvidó y sí me fue como en feria, sentía que me moría*, que ya no iba a despertar bien, ¡Puff!, fue una ocasión horrible, la verdad es que sí me espantó mucho, con decirte que no me gusta faltar al trabajo, trato de ser muy responsable y esa ocasión sí tuve que faltar, no podía ni moverme... no una indigestión, pero machina...

En el caso de las restricciones para su alimentación, tiene una buena dieta, pues sólo evita consumir cítricos y grasas en exceso; cuando su hermano cocina, en varias ocasiones le ha solicitado que

prepare con menos aceite y que no compre carne de cerdo, sin embargo, esto le ha ocasionado algunas discusiones por lo que opta por no comer.

...así de restricción, pues no creo, a ver... *bueno sí, tal vez no como mucha carne de cerdo, pues es muy pesada* y luego sólo una pieza de jamón de cerdo o una chuleta si hace mi hermano, pero trato de mantener una buena alimentación, muy controlada, *eso sí nada de jugos, eso sí que me hace mal, yo creo que por los medicamentos, pero los tomo y no pasa ni dos horas y ya ando con unos retortijones, ¡Ah jijo!, durísimos...* no, para nada, decirle algo, luego acabamos del chongo, pues es muy temperamental y yo otro tantito, imagínate... no pues arde Troya, como dicen (risas), pero tratamos de llevarla tranquilo, mejor no le digo nada, porque además es también lo que a él, le gusta hacer, luego si me dice “voy hacer tal cosa” y es sólo para prepararme algo diferente pues sé que eso no lo voy a comer... pero nos llevamos bien, son de esas cosas que se tienen entre hermanos...

Aunque **Diego** tenía conocimiento de que debía tener una alimentación sin excesos, siempre se ha considerado una persona de buen apetito, por lo que no ha hecho caso a las indicaciones pues eso lo deprimiría y ese sería “un problema más preocupante” que su alimentación, pues comer siempre le ha resultado ser una forma muy eficaz de aminorar sus depresiones, angustias y pesares.

...la verdad es que desde que *el médico me comenzó a restringir los alimentos, la verdad me empecé a sentir mal, no así del organismo, sino de mi estado de ánimo*, la verdad es que siempre he pensado que a mi me conquistas por el estómago (risas), invítame a comer a un buen lugar o has una buena comida y mira, redondito (risa), entonces que el médico me

limite, ahora si que me das en mi punto más débil y tampoco es que me gusta comer mucho, digo, estoy un poco pasado de mi peso, pero no tanto tampoco, entonces ¡Imagínate!, en ese momento dije; no pues un problema más para preocuparme *y la verdad es que no le hice caso...* siempre le dije que hacía las indicaciones que me decía, para que no me fuera a regañar, sobre todo por eso...

Como la pareja de **Diego** es chef y hace desayunos para la venta, refiere que él sólo hace una lista básica de alimentos para la semana y su pareja se encarga de hacer la compra, preparar la comida y reconoce que siempre tiene una higiene muy estricta y rigurosa en la cocina, sin embargo, cuando se le preguntó en qué consistía no supo identificarla, pues pocas veces entra a la cocina cuando su pareja está preparando.

...no, yo ¡Olvídate!, una vez hice la compra y me regañó, no que eso no, que no sé qué, así que le dije, *sabes que papacito a la otra lo haces tú y así no me estás jorobando con que compre o no compre* tales cosas y la verdad es que desde entonces, muy bien, sólo me dice, voy de compras y ya sé que comprará todo lo que me gusta y alguna que otra porquería que me gusta, pues sabe que soy muy goloso... ¡No pues imagínate!, ¡Es chef!, *siempre impecable la cocina, hasta miedo da de entrar ahí* (risas), porque le gusta tenerlo todo arreglado... creo que siempre limpia todo, la verdad es que cuando él entra en la cocina, yo me encierro en el cuarto de la compu, porque es medio mamón para eso de la cocinada, además pues mira, no tenemos mucho espacio así como para estar los dos ahí, por eso, él se mete y yo salgo de ahí...

Cuando se entera de su diagnóstico positivo **Felipe** dejó de comer por unos días y sólo se alimentaba de algunos líquidos, dos semanas después

bajó cinco kilos y fue cuando el médico especialista le comentó que debía mejorar su alimentación y le dio una cita con un nutriólogo para que lo valorara, sin embargo, no fue con este médico por miedo a que lo trataran mal, lo estigmatizaran o rechazaran.

... cuando me avisaron, estaba que me llevaba la tiznada, *no quería saber de nada... no comía, pues no tenía nada de hambre, así no me entraba nada de nada*, estaba muy mal, con decirte que *como en dos semanas bajé como cinco kilos, así de un guamazo* y pues cuando fui a ver al médico me dijo “Órale, ¿Qué te pasó?” y pues ya me dio una cita con el nutriólogo, pero pues ahí sí nunca fui, no quería que se enterara nadie y como era un amigo del médico, que no estaba en el hospital, dije, no qué tal que éste se entera y para qué quieres, mejor no fui...

A partir de su diagnóstico ha cambiado por completo sus hábitos alimenticios, recuperó el apetito y lleva una alimentación más equilibrada; esto le ha permitido, entre otras cosas, tener un mayor rendimiento en el trabajo y considera que esto se debe a los grupos de apoyo, ahí le han ayudado a ver la vida con más optimismo, le recomendaron que hiciera ejercicio y que dedicara más atención a su alimentación, que tuviera tres o más comidas al día aunque no tuviera hambre y que dedicara mínimo seis horas al descanso.

...los grupos de apoyo son una maravilla, ya te había contado de ellos y además pues me ayudan a dar tips de cómo comer y qué tipo de dieta hacer, porque la verdad es que estaba un poco en la luna, o sea el médico sí me dijo, pero no le entendía tan bien, pero aquí si me dicen, no pues come mucha verdura por ejemplo y al día siguiente de verdad como por arte de magia me he sentido mejor, con más ganas de ir a tra-

bajar y bueno la verdad es que antes si era bien desordenado, tal vez en la mañana una torta de tamal, pero temprano es medio día, no creas que a las ocho, me malpasaba un buen...

Actualmente está interesado en aprender a cocinar, pues con ello podría tener una alimentación más equilibrada, ya que al día de hoy debe sujetarse a los menús de los restaurantes que frecuenta, sin embargo, ha llegado a un acuerdo con la cocinera de uno de los lugares donde come, para que sus alimentos los prepare con menos grasa y ha logrado entregarle una lista con algunas solicitudes que podría prepararle en la semana.

Vicente concertó una cita con un nutriólogo cuando se enteró de su diagnóstico positivo, pero nunca asistió pues no lo vio necesario, ya que como hace ejercicio, él considera que siempre ha tenido una buena alimentación y lleva una dieta adecuada.

...la cosa es que *desde que era chavo me gusta hacer ejercicio y llevaba algunas rutinas de ejercicio y pues obvio, tienes unas dietas, esas siempre las llevaba a cabo bien, sin problemas*, entonces sí me dijo que fuera con un nutriólogo, pero la verdad es que pensé en ir, pero una vez que me empezara a sentir mal y la verdad es que no ha sido necesario, sólo si empiezo a sentirme mal iré, pero de otra manera, ¿Para qué?...

Aunque sabe cocinar, esta actividad se la ha dejado a su hermano, sin embargo, reconoce que algunos productos nunca se consumen debido a que ninguno de los dos gusta de éstos, tales como café, carne de cerdo, embutidos y algunos cítricos, por último, desconoce qué tipo de prácticas higiénicas lleva a cabo su hermano para la preparación de los alimentos, debido a que él se ha desentendido de esta actividad.

...yo pongo la lana y él va a la comer o algún otro lugar, no fijate que desde pequeños mi mamá no nos daba cerdo, era como rara vez, así que yo creo que mi hermano no sabe ni cocinarlo (risas), *así que eso no se compra, ah lo que pasa es que siempre nos ha gustado el jamón de pavo y poquito, yo lo como rara vez, igual el café, pues no me gusta, soy más de té, ese sí, de jazmín o de azahar, esos me gustan y los compra*...no pues ni idea, no tengo certeza, pero creo que como todos, o sea limpiar y desinfectar la comida antes de prepararla y pues nada más ¿No?... o ¿Qué más tendría que hacer?...

Algunas conclusiones

A partir de las experiencias de vida de nueve personas que viven con VIH, se pudo observar cómo la salud y la enfermedad se identifica, construye, percibe y apropia de un modo subjetivo, ya que “lleva a analizar las visiones cotidianas de las personas sobre la enfermedad, las connotaciones ideológicas que los profesionales sanitarios adscriben a las enfermedades o la construcción y aplicación del conocimiento médico” (Bleda, 2005:151), el cual se expresa en el cuerpo y se desarrolla en un momento histórico determinado, a partir de interacciones sociales, biológicas y culturales (López *et al.*, 2008).

Asimismo, se observó cómo influyen los DSS, dentro de los procesos de salud – enfermedad reconociendo que están definidos por “el modo como el ser humano se apropia de la naturaleza en un momento dado, apropiación que se realiza por medio del proceso de trabajo basado en determinado desarrollo de las fuerzas productivas y las relaciones sociales de producción” (Laurell, 1982 :20), además de que “el nivel de salud no depende sólo de los recursos sanitarios de que se disponen, sino también de los factores sociales que lo deter-

minan, como la clase social a la que se pertenezca, el trabajo que se desempeñe, el entorno en el que se habite, o la variabilidad biológica” (Bleda, 2005:158).

En este contexto, los entrevistados refieren que por lo que en general, ocultan su diagnóstico a todos los elementos de su entorno social cercano por miedo a ser estigmatizados y rechazados, reconociendo tal y como apuntan Barbieri *et al.*, 2005; Granados – Cosme, 2014; Kübler–Ross, 1997; Lara y Mateos, 2003; Marzán y Varas, 2001; Orozco – Núñez *et al.*, 2015 y Sontag, 1996, que este tipo de etiquetas están íntimamente relacionadas con el virus y que son marcas de exclusión de las normas sexuales (Torres, 2019).

En el caso particular de las estrategias alimentarias, se encontró que los médicos especialistas son los primeros en recomendar una alimentación balanceada, sin embargo, no especifican a qué se refieren con ella. En este orden de ideas, algunos autores (Kang *et al.*, 2005 y Konstantinidis y Cabello, 2008), reconocen que los médicos pueden ser las primeras figuras causantes de estigmatización, negación y rechazo, debido principalmente, a la falta de sensibilidad, empatía y tacto, al momento de dar el diagnóstico, esto, puede derivar en una “ruptura” en la relación médico – paciente.

Por otro lado, aunque no todos tienen posibilidad de comprar, preparar y consumir sus alimentos en casa, los que tienen dicha oportunidad, comentan que no se restringen en su alimentación (**Caín, Adolfo, Iván y Vicente**), sin embargo, reconocen que no consumen todo tipo de alimentos ya sea por recomendación del médico especialista, el nutriólogo, o de los grupos de amistad y apoyo; en este sentido, tenemos ejemplos claros de restricciones en consumo de grasa, irritantes y algunas frutas y verduras tales como zanahoria, toronja

y frambuesa. Aquí, es importante reconocer que los fármacos antirretrovirales, en especial los no nucleósidos y los inhibidores de proteasa, tienen multitud de interacciones medicamentosas por su carácter inhibitor o inductor enzimático, en ocasiones con relevancia clínica (Lozano, 2011), por lo que el consumo de algunas frutas (la toronja, por ejemplo) inhibe la enzima metabolizadora citocromo 3A (CYP3A), elemento principal de los inhibidores de la proteasa (Frías *et al.*, 2007).

En todos los casos se observa un interés especial por generar acciones de cambio en la dieta cotidiana, de esta forma, se identifica, así como comenta Barragán (1999), que durante el desarrollo de las enfermedades y para prevenir cualquier mal mayor, algunos alimentos se consideran negativos y quedan fuera de la dieta diaria como en el caso de los productos con mucha grasa, los lácteos y algunos cítricos.

También encontramos que algunos llevan alimentos preparados en casa (**Caín, Benjamín, Milton y Vicente**), en este sentido, las comidas son preparadas por personas externas al grupo familiar (señora que hace el aseo), la pareja, algún familiar y en el último de los casos, por ellos mismos. En este sentido, se puede reconocer que el papel de protector y mediador recae en alguna persona cercana, esto se ha documentado en estudios como el de Cazenave *et al.* (2005: 51) cuando especifican que: “aunque toda la familia se ve afectada por esta enfermedad, en la mayoría de los casos, solo un individuo asume el cuidado, esta persona generalmente es un integrante de la familia”.

Algunos comen en fondas y restaurantes y han logrado solicitar al personal de estos lugares, la preparación de alimentos con poca grasa (Fernando y Felipe), situación que concuerda con Álvarez (2009: 74) cuando reconoce que “las personas

con mejores condiciones materiales de vida tienden a tener mayores recursos económicos y cognitivos para prevenir daños en su salud y a utilizar de manera más eficiente la información disponible sobre prevención de las enfermedades”.

Aunque la mayoría desconoció qué tipo de prácticas higiénicas se llevaban a cabo en la preparación de los alimentos, los que las realizaban, sólo atienden a desinfectar frutas y verduras al momento de la preparación (**Adolfo, Iván y Diego**), en este contexto, llama la atención que aunque reconocen estar interesados en llevar a cabo una alimentación balanceada, no la relacionan con una correcta higiene, esto es relevante ya que estudios como el de Caballero y Lengomín (1998: 22) mencionan que “superficies mal higienizadas y manipulaciones incorrectas, han sido asociados a brotes de enfermedades transmitidas por alimentos, causados entre otros por *Salmonella*, *Clostridium perfringens* y *Escherichia coli* 0157:H7. Las manipulaciones incorrectas se han reportado también en intoxicaciones por *Staphylococcus aureus*”, por lo tanto y como una de las estrategias para mejorar la adherencia al tratamiento, consideramos, basándonos en estudios previos (Chu *et al.*, 2013, Estany *et al.*, 2015 y Hartmann *et al.* 2013), que el empleo de cursos y talleres de cocina (tanto a pacientes, como a profesionales sanitarios) pueden ayudar a comer mejor y a aumentar la adherencia a los mensajes y recomendaciones dietéticas.

Por otra parte, se reconoció que los grupos de apoyo son importantes debido a que en estos espacios

pueden “compartir información y sentimientos acerca de su vulnerabilidad, lo que les permite ir reelaborando su propio proceso” (Flores *et al.*, 2008: 7). Y aunque no todos acuden (**Caín, Adolfo, Benjamín, Milton, Diego y Felipe**), los que han participado reconoce la importancia de asistir, pues pueden compartir anécdotas, descifrar dudas y comprar o intercambiar medicamentos, asimismo, les ha permitido conocer a más personas que se encuentran en situaciones similares a ellos y a partir de ello, resignifican su propia realidad.

Por último, identificamos que una vez que las familias registran y asimilan el impacto de convivir con un integrante seropositivo, los procesos de absorción son diversos; por una parte pueden actuar con miedo, rechazo o resentimiento, como también bajo un precepto de vigilancia, cobijo y cuidado (Castro *et al.*, 1997), puesto que como menciona Ornish (1999), el apoyo social, las relaciones tanto familiares, como de amistad y compañerismo, son importantes dentro de la vida cotidiana, ya que cuando uno se siente querido, alimentado, procurado y cercano a alguien, se tienen muchas más posibilidades de mejorar la calidad de vida y el estado de salud. Por tanto, concordamos con Schwartzmann (2003) cuando reconoce que la esencia de la calidad de vida se relaciona con la percepción tanto física como emocional y espiritual que tiene la persona sobre su estado de bienestar y que depende tanto de su contexto e historia personal como de sus valores, creencias y tradiciones.

Referencias bibliográficas.

- Aggleton, P. y Parker, R. (2003). "HIV and AIDS-related stigma and discrimination: a conceptual framework and implications for action". *Social science & medicine*, vol. 57, Núm. 1:13-24.
- Aguilar, P. y Paredes, C. (2017). "Evaluación del estado nutricional mediante el índice de masa corporal y el método de Chang en pacientes ambulatorios con VIH/SIDA en el Hospital Carlos Andrade Marín", *Revista Médica-Científica CAMBIOS HE-CAM*, vol. 16, Núm. 1: 36-39.
- Aguilar, P. (2000). "La antropología en el estudio y solución de problemas de alimentación y nutrición". En: *Olores y sabores de la comida mexicana*. México: Diario de Campo, CONACULTA – INAH, Suplemento No.9, 15 – 18.
- Álvarez, C. (2009). "Los determinantes sociales de la salud: más allá de los factores de riesgo", *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, vol. 8, Núm. 17: 69-79.
- Banks, M. (2010). *Los datos visuales en investigación cualitativa*. España: Ediciones Morata.
- Barbieri, A.; Machado, A. y De Castrom F. (2005). "Differential study of the beliefs concerning home care and death among relatives caring for patients with HIV/aids and cancer", *Psicologia, saúde e doenças*, vol. 6, Núm. 2: 157-163.
- Barragán, S. (1999). *Las múltiples representaciones del dolor: representaciones y prácticas sobre el dolor crónico, en un grupo de pacientes y un grupo de médicos algólogos*. México: Tesis de maestría en antropología social, ENAH.
- Bayón, C. y Mier y Terán, R. (2010). *Familia y vulnerabilidad en México. Realidades y percepciones*. México: Instituto de Investigaciones Sociales, UNAM.
- Bejarano-Roncancio, J.; Ramírez, M.; Saurith-López, V. y Sussman-Peña, O. (2011). "Conocimientos, actitudes y prácticas alimentarias en pacientes diagnosticados con VIH en tratamiento farmacológico", *Rev Fac Med*, vol. 59, Sup. 1: S3-11.
- Benavente, B. (2011). "Estado nutricional y hábitos alimentarios en pacientes con VIH", *Rev peru epidemiol*, vol. 15, Núm. 2: 15- 20.
- Berger, P. y Luckmann, T. (1999). *La construcción social de la realidad*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Bleda, G. (2005). "Determinantes sociales de la salud y de la enfermedad", *Barataria: revista castellano-manchega de ciencias sociales*, vol. 7: 149-164.
- Busso, G. (2001). "Vulnerabilidad social: nociones e implicancias de políticas para Latinoamérica a inicios del siglo XXI". Documento presentado en el Seminario Internacional "Las diferentes expresiones de la vulnerabilidad social en América Latina y el Caribe" (Santiago de Chile, 20 y 21 de junio), inédito.
- Caballero, T. y Lengomín, F. (1998). "Causas más frecuentes de problemas sanitarios en alimentos", *Rev Cubana Aliment Nutr*, vol.12, Núm. 1: 20-23.
- Caballero, S.; Estrada, E.; Chiesa, M.; Terán, G. y Rosas, A. (2016). "Patrón de conductas sexuales antes y después del diagnóstico de vih en población mexicana", *Psicología y Salud*, vol. 26, Núm. 2: 283-293.
- Castro, R.; Eroza, E.; Orozco, E.; Manca, M. y Hernández, J. (1997). "Estrategias de manejo en torno al VIH/SIDA a nivel familiar", *Salud pública Méx [online]*, vol.39, Núm. 1: 32-43. http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003636341997000100006&lng=en&nrm=iso
- Cazenave, G.; Ferrer, S.; Castro, B. y Cuevas, A. (2005) "El Familiar Cuidador De Pacientes Con SIDA Y La Toma De Decisiones", *Rev. Chil. Infectol*, vol.22, Núm. 1: 51-57.
- Chambers, R. (1989). "Vulnerability: How Do the Poor Cope", *IDS Bulletin*, vol. 20, Núm. 2.
- Collignon-Goribar, M. (2009). *Construcción social de la sexualidad y el SIDA en el México contemporáneo*. En Renglones, revista arbitrada en ciencias

- sociales y humanidades, núm.60. Tlaquepaque, Jalisco: ITESO.
- Consejo Nacional de Población (CONAPO).(2000): http://conapo.gob.mx/work/models/CONAPO/CRPD_2015/Documentos_Relacionados/FBP5/files/assets/basic-html/page75.html
- Contreras, J. y Gracia-Arnaíz, M. (2005). *Alimentación y cultura: Perspectivas antropológicas*. Barcelona: Ariel.
- Chu, Y.; Farmen, A.; Fung, C.; Kuhle, S.; Storet, K. y Veugelers, P. (2013). "Involvement in home meal preparation is associated with food preference and self-efficacy among Canadian children", *Public Health Nutr*, vol. 16, Núm. 1: 108-12.
- Delgadillo, M. (2007). "Análisis Procesual del Impacto del vih/sida y su Representación en Personas Seropositivas", *Psicología Iberoamericana*, vol. 15, Núm 2: 30-37.
- Domínguez, O.; Ortega, R.; Aguilera, Y. y Arias, M. (2011). "Estado de los conocimientos sobre alimentación y nutrición de las personas que viven con VIH/sida. Influencia en la prevención del síndrome de desgaste", *Revista Cubana de Alimentación y Nutrición*, vol. 21, Núm. 2: 263-274.
- Duch, L. y Mèlich, J. (2009). *Ambigüedades del amor*. Antropología de la vida cotidiana 2/2. Madrid: Editorial Trotta.
- Estany, Q.; Bonjoche, A.; Roura, E. y Núria, C. (2015). "Cambios en los hábitos alimentarios de los pacientes infectados por el VIH a través del asesoramiento gastronómico y talleres de adquisición de habilidades culinarias (Estudio ALÍCIA-FLS)", *Rev Esp Nutr Hum Diet*, vol. 19, Núm. 3: 184 - 186.
- Flick, U. (2004). *Introducción a la investigación cualitativa*. España: Ediciones Morata.
- Flores, P.; Almanza, A.; Gómez S. (2008). "Análisis del Impacto del vih/sida en la Familia: Una Aproximación a su Representación Social", *Psicología Iberoamericana*, vol. 16, Núm. 2: 6-13.
- Flores, E.; Borda, M. y Pérez, M. (2006). "Estrategias de afrontamiento en varones con SIDA, con antecedentes de politoxicomanía y en situación de exclusión social", *International Journal of Clinical and Health Psychology*, vol. 6, Núm. 2: 285-300.
- Foucault, M. (2000). *Los anormales*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Frías, G.; Hierro, S.; Jiménez, J.; Moreno, L. y Ruiz, R. (2007). "Farmacogenómica y sus aplicaciones clínicas", *Dermatología Rev Mex*, vol. 51, Núm. 3: 99-111.
- Granados, C. (2014). "Normalización y normatividad de la homosexualidad: Una definición desde el esclarecimiento de las funciones sociales de la medicina", *Salud Problema UAM – X*, año 8, Núm. 16: 88 -102.
- Granados, C. (2015). "Disidencia sexual y derecho a la salud. México diverso entre avances y retrocesos", *Salud Problema UAM – X*, año 9, Núm. 17: 66 -78.
- Guía de Manejo Antirretroviral de las personas con VIH (2019). Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH y el sida, Secretaria de Salud, versión electrónica: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/470115/Fragmento_Gu_a_de_Manejo_ARV.pdf
- Geertz, C. (1992). *La interpretación de las culturas*. España: Gedisa.
- Glaser, B. y Strauss, A. (1967). *The Discovery of Grounded Theory: strategies for qualitative research*. New York: Aldine.
- González, G.; Gómez, M. y García, E. (2019). "Consumo de alimentos, estilos de vida y estado nutricional de los pacientes infectados con VIH que son atendidos en un hospital de especialidades de la ciudad de Guayaquil", *Revista Cubana de Alimentación y Nutrición*, vol. 29, Núm. 1: 47-63.
- Gracia, M. (2010). "Alimentación y cultura en España: una aproximación desde la antropología social", *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, vol. 20, Núm. 2: 357-386.
- Grimberg, M. (1999). "Sexualidad y relaciones de género: una aproximación a la problemática de la

- prevención al VIH-SIDA en sectores populares de la ciudad de Buenos Aires”, *Cuadernos Médico Sociales CESS*, Núm. 75, 65-76.
- Grimberg, M. (2000). “Género y VIH-SIDA. Un análisis de los diferenciales de género en la experiencia de vivir con VIH”, *Cuadernos Médico Sociales CESS*, Núm. 78, 41-54.
- Grimberg, M. (2003). “Narrativas del cuerpo. Experiencia cotidiana y género en personas que viven con VIH”, *Cuadernos Médico Sociales CESS*, Núm. 17, 77- 99.
- Hamui, S. (2011). “Las narrativas del padecer: una ventana a la realidad social”, *Cuicuilco*, vol.18, Núm. 52, 51-70.
- Hartmann, C.; Dohle, S.; Siegrist, M. (2013). “Importance of cooking skills for balanced food choices”, *Appetite*, vol. 65: 125-31.
- Herrera, C. y Campero, L. (2002). “La vulnerabilidad e invisibilidad de las mujeres ante el VIH/SIDA: constantes y cambios en el tema”, *Salud Pública de México*, vol. 44, Núm. 6:554-564.
- Infante, C.; Zarco, Á.; Cuadra, S.; Morrison, K.; Caballero, M. y Bronfman, M. (2006). “El estigma asociado al VIH/SIDA: el caso de los prestadores de servicios de salud en México”, *Salud pública México*; vol. 48, Núm. 2: 141-150.
- Izazola, J.; Astrola, L.; Beloqui, J.; Bronfman, M.; Chequer, P.; Zacarías, F. (1999). “Avances en la comprensión del VIH/SIDA: una visión multidisciplinaria”. En: Izazola, J. (eds.) *El SIDA en América Latina y El Caribe: una visión multidisciplinaria*. México: Fundación Mexicana para la Salud, 21-44.
- Kang, E.; Rapkin, B.; Remien, R.; Mellins, C. y Oh, A. (2005). “Multiple dimensions of HIV stigma and psychological distress among Asians and Pacific Islanders living with HIV illness”, *AIDS & Behavior*, vol. 9, Núm. 2:145-154.
- Kaztman, R. (2000). “Notas sobre la medición de la vulnerabilidad social”, *BID-Banco Mundial-CEPAL-IDEDEC*, 5° Taller Regional: 275-301.
- Kontantinidis, A. y Cabello, G. (2008). “La notificación del diagnóstico y las primeras reacciones de personas infectadas por el virus del VIH. Un estudio cualitativo realizado en el área metropolitana de Monterrey, NL”, *Revista Perspectiva social*, vol. 10, Núm. 1, 87- 112.
- Kübler – Ross, E. (1997). *AIDS: The Ultimate Challenge*. United Kingdom: Touchstone Editors.
- Lara y Mateos, R. (2003). *Padecimiento y estilo de vida estigmatizados: el caso de algunos hombres que tienen sexo con hombres (HSH).seropositivos de escasos recursos del puerto de Veracruz*. México: Tesis de doctorado en antropología social, ENAH.
- Laurell, A. (1982). “La salud-enfermedad como proceso social”, *Cuadernos Médico Sociales*, Núm. 19: 1-11.
- Leyva, R. y Caballero, M. (2009). *Las que se quedan: contextos de vulnerabilidad a ITS y VIH/SIDA en mujeres compañeras de migrantes*. México: Instituto Nacional de Salud Pública.
- Leyva, R.; Quintino, F.; Infante, C. y Caballero, M. (2009). *Migración Internacional y vih/sida en México. El estado de la migración. Las políticas públicas de la migración mexicana a Estados Unidos*. México: Conapo, 249-264.
- Linares, G.; Santana, P.; Carrillo, F; León, S.; Sanabria, N.; Acosta, N. y Coniell, L. (2013). “Estado nutricional de las personas con VIH/Sida: su relación con el conteo de las células T CD4+”, *Nutrición hospitalaria*, vol. 28, Núm. 6: 2201-2211.
- Liscano, P. y Estrada, M. (2015). “Exploración y análisis a los determinantes sociales estructurales e intermedios de la pandemia del VIH-SIDA”, *Acta Odontológica Colombiana*, vol. 5, Núm. 1, 117-131.
- Lizarraga, X. (2003). *Una historia sociocultural de la homosexualidad. Notas sobre un devenir silenciado*. México: Paidós.

- López, A.; Escudero, J. y Moreno, L. (2008). “Los determinantes sociales de la salud: una perspectiva desde el Taller Latinoamericano de Determinantes Sociales sobre la Salud, ALAMES”, *Medicina Social*, vol. 3, Núm. 4: 323-335.
- Lozano, J. (2011). “Interacciones farmacológicas”, *Revista de Enfermedades Infecciosas en Pediatría*, vol. 24, Núm. 96: 125-131.
- Magis, C.; Bravo, E. y Rivera, P. (2000). “El Sida en México en el año 2000”. En: Uribe, P. y Magis, C. (ed.) *La respuesta mexicana al SIDA: mejores prácticas*. México: CONASIDA.
- Marrodán, S.; González, M. y Prado, M. (1995). “El conocimiento actual de la oferta alimenticia”. En: *Antropología de la nutrición*. España: Editorial Noesis, 49-95.
- Marzán, R. y Varas, D. (2001). “Las dificultades de sentir: el rol de las emociones en la estigmatización del VIH/SIDA”, *Forum Qualitative Social Research*, vol. 7, Núm. 4: 1-17.
- Massip, T.; Nicot, G.; Massip, J.; Valdés, A. y Pimienta, A. (2015). “Evaluación nutricional de personas con VIH/SIDA”, *Revista chilena de nutrición*, vol. 42, Núm. 2: 131-138.
- Mora, R.; Alzate, P. y Rubiano, M. (2017). “Prevención de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) en Colombia: brechas y realidades”, *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, vol. 16, Núm. 33: 19-34.
- Morales, B.; Borde, E.; Eslava, C. y Concha, S. (2013). “¿Determinación social o determinantes sociales?: Diferencias conceptuales e implicaciones praxiológicas”, *Revista de salud pública*, vol. 15, Núm. 6: 810-813.
- Muñiz, M. (2014). “Cultura organizacional de cuidados médicos, violencia institucional y desadherencia al tratamiento antirretroviral de las personas indígenas que viven con VIH-Sida en Los Altos de Chiapas”, *LiminaR*, vol. 12, Núm. 2: 46-66.
- Núñez, N. (2011). “Hombres indígenas, diversidad sexual y vulnerabilidad al VIH-Sida: una exploración sobre las dificultades académicas para estudiar un tema emergente en la antropología”, *Desacatos*, Núm. 35: 13-28.
- Oliva, L.; Bosch, S.; Carballo, M. y Fernández-Britto, R. (2001). “El consentimiento informado, una necesidad de la investigación clínica en seres humanos”, *Rev Cubana Invest Bioméd*, vol. 20, Núm. 2: 150-158
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2019). Panorama mundial VIH. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/hiv-aids>, última revisión, enero 2020.
- Orozco, N.; Alcalde, R.; Ruiz, L. Sucilla, P. y García, C. (2015). “Mapeo político de la discriminación y homofobia asociadas con la epidemia de VIH en México”, *Salud Pública Mex*; vol. 57, supl. 2: S190-S196.
- Ornish, D. (1999). *Love and survival*. United Kingdom: Vermilion.
- Programa Conjunto de Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA). <https://www.unaids.org/es> última revisión, enero 2020.
- Reis, R. y Gir, E. (2010). “Living with the difference: the impact of serodiscordance on the affective and sexual life of HIV/AIDS patients”, *Rev Esc Enferm USP*, vol. 44, Núm. 3: 759-765.
- Robles, B. (2011a). “La entrevista en profundidad: una técnica útil dentro del campo antropofísico”, *Cuicuilco*, vol. 18, Núm. 52: 39-49.
- Robles, B. (2011b). “La experiencia en el campo: algunas reflexiones”. En: Barragán, S. y González, Q. (coord.). *La complejidad de la Antropología Física*. México: INAH.
- Robles, G. y Osorio, J. (1998). “Nutrición y SIDA”. En: *SIDA hoy*. México: editorial Ser Humano, 43-56.
- Schutz, A. (1995). *La construcción significativa del mundo social*. Barcelona: Paidós.
- Schwartzmann, L. (2003). “Calidad de vida relacionada con la salud: aspectos conceptuales”, *Cienc enferm*, vol. 9, Núm. 2: 09-21.
- Shernoff, M. (2006). “Condomless sex: gay men,

- bare-backing, and harm reduction”, *Journal of Social Work*, vol. 51, Núm. 2:106-113.
- Sontag, S. (1996). “La enfermedad y sus metáforas y El Sida y sus metáforas”. Madrid: Editorial Taurus, 176 pp.
- Taylor, S. y Bogdan, R. (1996). “La entrevista en profundidad”. En: *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*. México: Paidós, 100-120.
- Tobón, B. y García, P. (2019). “Perfil emocional de las personas con VIH”, *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, vol. 22, Núm, 2: 1024-1046.
- Torres, C. (2002). “Cambios de hábitos alimentarios en el contexto urbano”, En: *Diario de Campo No. 47*. México: CONACULTA – INAH, 41-42.
- Torres, C. (2019). Biomedicina, vulnerabilidad, género y cuerpo en vínculos erótico-afectivos serodiscordantes en la Ciudad de México. *Debate Feminista*, vol. 57, año 29: 36-58.
- Torres, G.; Madrid, L. y Santoni, M. (2004). “El alimento, la cocina étnica, la gastronomía nacional. Elemento patrimonial y un referente de la identidad cultural”, *Scripta Ethnologica*, Núm. 26: 55-66.
- Urzúa, M.; Zúñiga, B. (2008). “Vulnerabilidad al VIH en mujeres en riesgo social”, *Revista de Saúde Pública*, vol. 24: 822-829.
- Varguillas, C. y Ribot de Flores, S. (2007). “Implicaciones conceptuales y metodológicas en la aplicación de la entrevista en profundidad”, *Laurus*, vol. 13, Núm. 23: 249- 262.
- Velásquez, V. y Bedoya, S. (2011). “Los jóvenes: población vulnerable del VIH/SIDA”, *Medicina UPB*, vol. 29, Núm. 2: 144-154.
- Zapata, R.; González, F. y Rangel, G. (2014). “Mortalidad por VIH/SIDA en la frontera norte de México: niveles y tendencias recientes”, *Papeles de población*, vol. 20, Núm. 79: 39-71.

Burnout y factores psicosociales del trabajo en enfermeras de un hospital de la Ciudad de México

Guadalupe Sara Barrueco Noriega* • Silvia Tamez González** • Luis Ortiz Hernández***

RESUMEN

Objetivos: estimar la prevalencia del síndrome de burnout y conocer su relación con factores psicosociales en enfermeras. El estudio fue realizado en 2005. **Material y método.** Se realizó encuesta en una muestra representativa de enfermeras (394), quedando integrada finalmente por 264 enfermeras de un hospital de la Ciudad de México. Para identificar este síndrome se utilizó el Maslach Burnout Inventory versión española (Gutiérrez, 2004) y para el estudio de los factores psicosociales se aplicó el Modelo de Demanda Control – Apoyo Social de Karasek y Theorell (Tamez, et al., 2003). Se estimó prevalencia y razón de productos cruzados con IC de 95%, se aplicó la prueba de significancia estadística de X^2 . **Resultados.** Existió mayor riesgo de despersonalización ($p=0.03$) y cansancio emocional ($p=0.04$) en enfermeras solteras y cansancio emocional y falta de realización personal en aquellas trabajadoras que no contaban con el suficiente material para realizar su trabajo ($p=0.00$).

El puesto de trabajo fue la variable más explicativa pues las enfermeras auxiliares reportaron una actividad menos creativa ($p=0.00$), poco control ($p=0.00$) y sobrecarga de trabajo ($p=0.00$). Al ajustar por variables socio-demográficas se observó que las enfermeras auxiliares tienen tres veces mayor probabilidad de presentar falta de realización personal en comparación con las enfermeras generales y especialistas ($OR\ 3.56, 1.07 - 1182$). **Conclusiones.** Los resultados cuestionan la sensibilidad del Maslach Burnout Inventory pues los casos detectados fueron muy escasos. De acuerdo con la literatura revisada, el principal hallazgo es que las enfermeras auxiliares, jóvenes y solteras, tienen mayor riesgo de padecer burnout. En futuros estudios es necesario controlar ingreso económico pues es probable que actuara como variable confusora.

PALABRAS CLAVE: burnout, desgaste profesional, enfermeras, factores psicosociales.

* Instituto Mexicano del Seguro Social Unidad de Medicina Familiar N. 38, Distrito Federal.

** Departamento de Atención a la Salud Universidad Autónoma Metropolitana Xochimilco.

*** Departamento de Atención a la Salud Universidad Autónoma Metropolitana Xochimilco.

Fecha de recepción: 08 de enero de 2020.

Fecha de aceptación: 25 de febrero de 2020.

Burnout and psychosocial factors of work in nurses of a hospital in Mexico City

ABSTRACT

Objective. To identify the prevalence of burnout's syndrome related to psychosocial factors, in nurses. This study was performed in 2005. **Material and method.** A survey in a representative sample (394) of Mexico City hospital was performed. For identifying of **burnout** there was used the Maslach Burnout Inventory (Spanish version), Gutiérrez (2004) and psychosocial factors was researched by Demand-Control-Social Support Model (Karasek and Theorell) (Tamez, et al., 2003). The prevalence was evaluated by Odds ratio IC 95% and the significance by *X Square* (X^2). **Results.** The risk of depersonalization ($p=0.03$) and emotional weariness ($p=0.04$) was an in single nurses; emotional weariness and lack of personal accomplishment in those who were not relying he sufficient work material ($p=0.00$).

The kind of job was the most explanatory variable because the auxiliary reported a less creative activity ($p=0.00$), little control ($p=0.00$) and major work's overload ($p=0.00$). Adjusted for demographic variables it was observed that the auxiliary nurses have three times major probability of presenting lack of personal accomplishment in comparison with the general and specialists nurses (OR 3.56.-1.07 - 1182) IC 95%. **Conclusions.** The results question the sensibility of the Maslach Burnout Inventory. In agreement with most of the reviewed literature, the principal finding is that the auxiliary, young and single nurses, have major risk of suffering this syndrome. In future studies it will be necessary to control the variable "revenue" since it is probable that it was acting like confusing variable.

KEY WORDS: burnout syndrome, professional wear, nurses, psychosocial factors.

Introducción

El burnout (BO) ha sido interpretado como consecuencia de exposición crónica a estrés en diversos trabajadores de los servicios que se encuentran en contacto directo con personas como los maestros, policías y muy especialmente en empleados de hospitales como médicos y enfermeras. Dicho síndrome se encuentra compuesto por tres dimensiones: cansancio emocional (CE), despersonalización (DP) y falta de realización personal (FRP). Al respecto, la bibliografía reporta prevalencias que van desde 8.4% a un 48% en personal de enfermería, en países como España, Chile, Estados Unidos y México (Enciclopedia de

Salud y Seguridad en el Trabajo, 1997; Bourbonnais, 1988; Pera, 2002; Del Río, 2003; Román, 2003; Ordenes, 2004; Albaladejo, et al., 2004; Gutiérrez, 2004 y Álvarez, et al., 2005).

Un estudio más reciente, realizado en 10 319 enfermeras hospitalarias en 303 hospitales de Pennsylvania (EUA), Ontáριο (Canadá), British Columbia, Inglaterra y Escocia para evaluar la relación entre la organización y trabajo hospitalario y calidad del cuidado prestado evidenció niveles elevados de insatisfacción profesional y burnout de enfermeros en los cinco países participantes.

El porcentaje de enfermeras con niveles de burnout superiores a las medias aceptables para profesionales varió de 54% de enfermeras de Pennsylvania a 34% en Escocia. La mayoría de los enfermeros en todos los países evaluó la calidad del cuidado prestado en sus unidades como regular y débil. El estudio concluyó que enfermeros que trabajan en hospitales que ofrecen poco apoyo administrativo para el cuidado de enfermería, relataron dos veces más insatisfacción profesional y presentaron niveles de burnout por encima de lo aceptable para estos profesionales (Grazziano, et al., 2010).

Muchos aspectos han sido estudiados para poder identificar los principales factores psicosociales asociadas al síndrome de burnout. Entre los aspectos identificados se encuentran edad (más de 41 años), servicio hospitalario (urgencias y oncología), jornadas de trabajo prolongadas, puesto de trabajo fijo, antigüedad en la profesión (15 años en promedio), poco reconocimiento de su labor, alto grado de insatisfacción con la gestión del centro de trabajo, uso del tiempo libre, incentivos y el nivel salarial (Albaladejo, et al., 2004; Ordenes, 2004 y Gutiérrez, 2004). Bourbonnais (1998) por su parte observó asociación entre tensión laboral, estrés psicológico y agotamiento emocional, con altas demandas psicológicas y baja libertad de decisión.

En coincidencia con lo anterior, en México, Gutiérrez (2004) reportó factores asociados al síndrome de burnout con área, puesto de trabajo y servicio. También encontró ciertos rasgos de personalidad que actúan como facilitadores del síndrome de burnout: ser sensible a los demás, altruista, humana, empática, idealista, con afrontamiento pasivo e identificación excesiva con los otros.

Otro estudio realizado en médicos y enfermeras reportó predictores del burnout en personal de salud: sobrecarga laboral, falta de participación en la toma de decisiones, necesidad de tomar decisiones críticas con información escasa o ambigua, riesgo de transmisión o afectación psíquica e introducción constante de nuevas tecnologías y conocimientos (Comisión Nacional del Sida, 2001).

En cuanto al estudio de condiciones de trabajo que pueden favorecer la presencia del síndrome de burnout, en la última década se han desarrollado un gran número de investigaciones realizadas bajo la propuesta de Karasek y Theorell (1990), basado en las características psicosociales del trabajo. Se trata del Modelo Demanda-Control-Apoyo social, que ha demostrado gran utilidad en la descripción y análisis de situaciones laborales que involucran la presencia crónica de estresores y que, por esas razones fue aplicado en esta investigación.

Con base en las anteriores consideraciones, el propósito central de este estudio fue medir la prevalencia del síndrome de burnout y su relación con factores psicosociales del trabajo en enfermeras de un hospital de la ciudad de México.

Objetivos específicos

1. Estimar la prevalencia del síndrome de burnout en enfermeras de un hospital de la Ciudad de México.
2. Identificar la relación entre la prevalencia del síndrome de burnout y factores psicosociales en enfermeras.

Justificación

Por su importancia, el síndrome de burnout ha sido motivo de múltiples investigaciones en otros países y se ha descrito como una respuesta de estrés crónico en trabajadores que laboran en el sector de los servicios y en contacto continuo con las personas. En este sentido, la actividad hospitalaria es una de las más estudiadas pues existe contacto continuo con personas enfermas lo que se traduce en una carga agregada a la atención de los pacientes. Por otra parte, las enfermeras son un grupo profesional frecuentemente afectado por este síndrome debido a que además del trato con pacientes su trabajo implica una serie de competencias muy complejas, que no gozan de reconocimiento social expresado en prestigio de la profesión y en una remuneración digna.

Material y método

En este estudio se seleccionó una muestra representativa del personal de enfermería de un hospital de tercer nivel de ginecología y obstetricia del Instituto Mexicano del Seguro Social. El total de la población fue de 1051 plazas ocupadas que laboraban en los turnos matutino, vespertino y nocturno con diferentes categorías. Para el cálculo del tamaño de la muestra se utilizó el programa *Epi Info* (STATCAL). La muestra fue sistemática, con arranque aleatorio y debido a la importancia que tienen los turnos y el nivel de demandas de acuerdo al servicio en alta, mediana y baja demanda, se formaron seis grupos considerando estos dos factores.

La clasificación se basó en información del personal de enfermería del hospital de acuerdo al tipo de pacientes, gravedad y número de procedimientos que se realizan en el servicio. Dado que las condiciones de trabajo son muy similares en los

turnos matutino y vespertino y para evitar tener demasiados estratos en la muestra estos turnos fueron considerados como un solo grupo. Se obtuvo una muestra de 357 enfermeras y se calculó además un 10% adicional por la no respuesta, lo cual arrojó una muestra de 394 enfermeras lo que equivale al 37% de la población total. De esta manera, aleatoriamente, en un listado de todo el personal de enfermería, se integraron seis grupos. Finalmente hubo una pérdida de casos y el grupo quedó integrado por 264 casos.

Los criterios de inclusión fueron: ser enfermera del centro de trabajo y aceptación voluntaria de participar. Los criterios de exclusión fueron: enfermeras ausentes por motivo de vacaciones, incapacidad o beca completa de estudios.

En cuanto a los requisitos éticos, a cada una de las participantes se les entregó una carta en la que se explicaban los objetivos del estudio y el uso que se les darían a los resultados, solicitando de esta manera, el consentimiento informado por medio escrito.

Desde el punto de vista metodológico, la variable dependiente fue el burnout. La literatura sobre el tema reporta que el instrumento más utilizado para evaluar el síndrome de burnout es el Maslach Burnout Inventory. Este síndrome tiene tres dimensiones: 1. Cansancio emocional: esta mide los sentimientos de sobreextensión o alargamiento emocional y agotamiento por el trabajo excesivo. 2. Despersonalización: mide una respuesta insensible e impersonal hacia los destinatarios del servicio, el tratamiento o la instrucción. 3. Falta de realización personal: mide los sentimientos de competencia y logros laborales. Estas dimensiones a su vez tienen tres niveles: alto, medio y bajo; para este estudio los puntos de corte fueron los siguientes (Grazziano, Ferraz-Bianchi, 2010):

Tabla 1. Diagnóstico del síndrome de burnout

Dimensión	Bajo	Medio	Alto
CE	≤ 16	17 a 26	≥ 27
DP	≤ 8	9 a 13	≥ 14
FRP	37 a 48	31 a 36	< 30

Fuente: Aranda, C. y Cols., 2003.

Las variables independientes consideradas en este estudio fueron en primera instancia socio-demográficas: se tomaron en cuenta edad, estado civil y carga doméstica; posteriormente laborales: categoría (rango laboral de las enfermeras), antigüedad laboral, turno, servicio, apoyo social e institucional, claridad en las actividades laborales, control de decisión y demanda de trabajo.

Instrumentos para la recolección de la información

Los instrumentos que fueron utilizados para esta investigación son: 1) Encuesta individual y 2) Guía de observación para la descripción del proceso de trabajo (Laurell, et al., 1989).

1) La encuesta individual está formada por dos partes:

a) La primera sección de este formulario contiene preguntas sobre variables socio-demográficas y sobre exigencias laborales que fueron elegidas después de un recorrido en el centro laboral. Para tal efecto, se usó el Modelo Demanda-Control Apoyo Social.

b) La segunda sección consta de información relacionada con la variable dependiente que es el Síndrome de burnout, por medio del inventario de burnout de Maslach (MBI), ver-

sión en español tomado de Gutiérrez (2004) y que es el instrumento más usado en este tipo de investigaciones en México. El cuestionario que investiga este trastorno consta de 22 preguntas, que tienen un puntaje que va del 0 al 6.

2) Para el estudio del proceso de trabajo se utilizó la Guía de observación propuesta por Laurell, et al. (1989), adaptada para el hospital, con el objetivo de conocer el proceso y las condiciones de trabajo e identificar las posibles relaciones entre el síndrome de burnout y las exigencias laborales.

El indicador para medir la prevalencia fue la razón de productos cruzados (Odds ratio) con un riesgo (Odds ratio) de 95% y un índice de confianza de 95% y se aplicó la prueba de significancia estadística de X^2 , promedios y cruce de variables. Las tasas de burnout fueron ajustadas por, edad, antigüedad, categoría y demanda de trabajo.

Dado que la variable más explicativa fue la categoría, pues las auxiliares registraron mayor exposición a exigencias (menor control sobre el trabajo, menor creatividad en la realización de la tarea y mayor sobrecarga de trabajo), se decidió controlar edad, estado civil, antigüedad y trabajo doméstico.

Asimismo, se decidió dicotomizar el burnout en

dos niveles: negativo y positivo, considerando como tal los niveles medio y alto, (Gutiérrez, 2004). Al igual que en el estudio realizado en Ciudad Juárez, en el que se indica que el 97% de las enfermeras están expuestas a padecerlo en sus tres niveles (Juárez y Col., 2015).

Resultados

1) En relación a las características socio-demográficas por categoría, se encontró que el 46% son enfermeras generales; en cuanto a la edad y categoría se observó una asociación entre las más jóvenes con las auxiliares con una significancia de $p=0.03$ ya que estas enfermeras presentaron un promedio de edad de 39.9 comparadas con las especialistas cuyo promedio ascendió a 43.8 (cuadro 1).

Respecto a la antigüedad y la categoría, los resultados mostraron que las auxiliares y las enfermeras generales tienen menor antigüedad (< de 5 años) en relación con las especialistas (16 años y más) con una significancia estadística de $p=0.00$ (cuadro 1).

De acuerdo a los factores psicosociales por categorías, la falta de material y equipo mostró resultados estadísticamente significativos ($p=0.000$) ya que las enfermeras generales reportaron más frecuentemente falta de material y equipo necesario para la realización de su trabajo en relación con las especialistas. Asimismo, la sobrecarga de trabajo fue mayor también en las enfermeras auxiliares comparadas con las especialistas ($p=0.00$) y el trabajo creativo se registró con menor frecuencia en las auxiliares frente a la categoría de especialistas ($p=0.00$) (cuadro 2). En relación al modelo de Demanda-Control-Apoyo Social, nuevamente encontramos que las auxiliares son las más afectadas pues mostraron menos capacidad

en la toma de decisiones durante la jornada laboral frente a las especialistas ($p=0.00$).

Por el contrario, para el caso del apoyo social, específicamente vinculado con la orientación por parte de los jefes mostró diferencias estadísticamente significativas entre los grupos ($p=0.01$) pues las enfermeras especialistas registraron recibir menos orientación en relación con las auxiliares y generales (cuadro 2).

El cuadro 3 muestra los resultados del cruce entre estado civil y presencia de hijos con las tres dimensiones del burnout y se observa que las solteras y las que no tienen hijos presentan mayor prevalencia de cansancio emocional y despersonalización ($p=0.040$ y $p=0.030$ respectivamente) para el caso de las solteras y solamente de despersonalización para las trabajadoras que no tienen hijos ($p=0.030$).

De acuerdo a lo anterior, en el modelo de análisis de datos en el que se ajustó por edad, estado civil, antigüedad y trabajo doméstico con el objeto de explorar con mayor precisión la presencia del síndrome de burnout, en las enfermeras auxiliares se observó que estas registraron tres veces mayor probabilidad de presentar falta de realización personal en comparación con las enfermeras generales y especialistas, con resultados estadísticamente significativos pues sin este ajuste el OR fue de 2.80 con un intervalo de 0.89-8.76 y después del ajuste mencionado esta cifra ascendió a OR 3.56 con un intervalo 1.07-1.82 (cuadro 5).

Discusión

El grupo de enfermeras incluidas en este estudio se encuentra dentro de los servicios de salud, los cuales han sufrido un creciente deterioro que se expresa en una diversidad de condiciones de tra-

Cuadro 1. Características sociodemográficas de acuerdo a categoría.

Categoría	n	Auxiliar		General	Especialista	p
		%	%	%	%	
Enfermera auxiliar	94	35.3				
Enfermera general	123	46.3				
Enfermera especialista	49	18.4				
Edad^a						
18-27años	10	3.8	7.4	2.4	0.0	0.030
28-37años	79	29.7	30.9	33.3	18.4	
38-47años	126	47.4	37.2	49.6	61.2	
48-57años	48	18.0	22.3	13.8	20.4	
58 o más años	3	1.1	2.1	0.8	0.0	
			X=39.98	X=40.64	X=43.86	
Estado civil						
Soltera	60	22.6	22.3	18.7	32.7	0.300
Casada o unión libre	179	67.3	69.1	70.7	55.1	
Viuda o divorciada	27	10.2	8.5	10.6	12.2	
Hijos < 18 años						
0	90	33.8	33.0	31.7	40.8	0.110
1	81	30.5	38.3	25.2	28.6	
3 o más	95	35.7	28.7	43.1	30.6	
Realizan trabajo doméstico						
1 actividad	43	16.2	12.9	18.2	19.6	0.350
2 actividades	73	27.4	28.0	24.8	37.0	
3 o más actividades	144	54.1	59.1	57.0	43.5	
Antigüedad						
< a 5 años	28	10.5	21.3	6.5	----	0.000
6-10 años	36	13.6	11.7	19.5	2.0	
11 a 15 años	52	19.5	54.3	52.0	71.4	
16 años o más	150	56.4				

Fuente: Encuesta individual en personal de enfermería del hospital "Luis Castelazo Ayala", diciembre 2005.

Cuadro 2. Factores psicosociales derivados del trabajo de acuerdo a categorías

	Población total		Auxiliar	General	Especialista	p
	n	%	%	%	%	
Apoyo social						
¿Sus compañeros son solidarios con usted?	264	89.8	89.2	91.8	89.8	0.800
¿Sus compañeros valoran su trabajo?	264	78.2	71.3	81.1	85.7	0.080
¿Su trabajo es importante para sus jefes?	264	80.5	81.7	79.5	83.7	0.080
Apoyo institucional						
Equipo necesario para realizar su trabajo	264	36.5	33.0	31.1	57.1	0.000
Material suficiente para realizar su trabajo	264	24.4	21.3	17.2	49.0	0.000
Demanda de trabajo						
Sobrecarga de trabajo	264	71.8	80.6	75.4	49.0	0.000
Control del trabajo						
Puede usted fijar el ritmo de su trabajo	264	67.3	64.5	68.3	76.6	0.340
¿Su trabajo le permite el aprendizaje de nuevos conocimientos?	264	92.5	89.4	92.7	98.0	0.170
Su trabajo le permite el desarrollo de habilidades	264	96.2	95.7	96.7	95.9	0.920
Su trabajo es creativo	264	82.3	77.7	81.3	97.9	0.000
Su trabajo es variado	264	79.3	73.4	81.3	87.5	0.110
Usted decide cómo hacer su trabajo	264	8.3	85.1	87.8	95.9	0.150
Usted toma parte en las decisiones de su trabajo	264	83.5	73.1	87.8	93.9	0.000
Claridad sobre sus actividades						
Tiene claro las actividades que debe realizar en su trabajo	264	94.7	93.6	93.5	100	0.180
Orientación por parte de su jefe	264	59.8	68.8	60.2	42.9	0.010

Fuente: Encuesta individual en personal de enfermería del hospital "Luis Castelazo Ayala", diciembre 2005.

Cuadro 3. Síndrome de Burnout de acuerdo a estado civil y presencia de hijos

Síndrome de Burnout	Estado civil			<i>p</i>
	Soltera %	Casada/unión libre %	Viuda/divorciada %	
Cansancio emocional (CE)	28.8	17.6	7.4	0.040
Despersonalización (DP)	13.6	4.0	7.4	0.030
Falta de realización personal (FRP)	23.7	13.8	11.1	0.150

Síndrome de Burnout	Presencia de hijos		<i>p</i>
	Sí %	No %	
Cansancio emocional (CE)	18.9	20.0	0.510
Despersonalización (DP)	5.0	15.0	0.030
Falta de realización personal (FRP)	14.1	25.0	0.070

Fuente: Encuesta individual en personal de enfermería del hospital "Luis Castelazo Ayala", diciembre 2005.

Cuadro 4. Síndrome de Burnout de acuerdo a factores psicosociales

Factores Psicosociales	Cansancio Emocional	<i>p</i>	Despersonalización	<i>p</i>	Falta de Realización Personal	<i>p</i>
Apoyo solidario compañeros	18.6	0.30	5.5	0.05	15.0	0.300
Su trabajo es importante para sus jefes	16.1	0.00	5.2	0.07	12.4	0.000
Creatividad en el trabajo	16.7	0.02	6.0	0.31	13.6	0.020
Su trabajo le permite el aprendizaje de nuevos conocimientos	17.7	0.04	6.2	0.35	14.1	0.010
Su trabajo le permite el desarrollo de nuevas habilidades	19.0	0.60	6.3	0.49	14.8	0.050
Su trabajo es variado	17.4	0.11	5.8	0.24	13.6	0.040
Control en la toma de decisiones	16.0	0.00	5.9	0.28	12.9	0.010
Usted decide como hacer su trabajo	17.2	0.03	6.9	0.41	14.3	0.070
Falta de material para trabajar	15.9	0.28	7.8	0.40	6.5	0.010
Sobrecarga de trabajo	23.4	0.00	7.5	0.24	15.5	0.580

Fuente: Encuesta individual en personal de enfermería

Cuadro 5. Tasas ajustadas de acuerdo a categoría y Burnout

Categoría	Cansancio emocional		Despersonalización		Falta de realización personal	
	S/ajustar	Ajustada	S/ajustar	Ajustada	S/ajustar	Ajustada
Or (IC 95%)						
Auxiliar	1.08 (0.45-2.63)	1.36 (0.51-3.63)	-----	-----	2.80 (0.89-8.76)	3.56(1.07-11.82)
General	0.93 (0.39-2.20)	1.16 (0.45-3.05)	-----	-----	1.99(0.60-5.88)	2.06(0.62-6.78)
Especialista	1.00	1.00	-----	-----	1.00	1.00

Fuente: Encuesta individual en personal de enfermería del hospital "Luis Castelazo Ayala", diciembre 2005.

Cuadro 6. Tasas ajustadas de acuerdo a demanda de trabajo y categoría.

Demanda	Cansancio emocional		Despersonalización		Falta de realización personal	
	S/ajustar	Ajustada	S/ajustar	Ajustada	S/ajustar	Ajustada
OR (IC 95%)						
Baja	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00
Media	2.04(0.97-4.30)	2.42(1.08-5.45)	0.26(0.06-1.30)	0.29(0.05-1.55)	0.48(0.20-1.18)	0.50(0.20-1.30)
Alta	1.28(0.57-2.87)	1.42(0.58-3.45)	1.08(0.37-3.12)	1.07(0.32-3.55)	1.23(0.58-2.64)	1.21(0.53-2.75)

Fuente: Encuesta individual en personal de enfermería del hospital "Luis Castelazo Ayala", diciembre 2005.

bajo deficientes derivadas, tanto de los componentes del proceso laboral como de la organización del trabajo. Todos estos factores conforman un ambiente de trabajo en el que la exposición a riesgos en general y particularmente para el burnout es muy frecuente tal y como lo muestra algunos resultados encontrados en esta investigación y en la literatura sobre el tema.

En este sentido, Karasek y Theorell (1990), mencionan que el trabajo de enfermería es considerado de alta demanda y bajo poder de decisión o control en consecuencia este tipo de actividad laboral es considerada de alta tensión. Sin embargo, en este trabajo se identificaron grupos de

enfermeras con mayor exposición a factores psicosociales adversos.

El grupo estudiado estuvo conformado por 66.5% enfermeras de 38 años y más; el 67.3% casadas o en unión libre, 66.2% con hijos y el 97.7% con doble jornada pues realizan labores del hogar. En lo que respecta a la situación laboral, un gran número de ellas fueron enfermeras generales (46.3%) y auxiliares (35.3%) con un tiempo de antigüedad de 11 años o más en el 56.4% de los casos (Cuadro 1).

Contrariamente a la información recogida en la observación del proceso de trabajo en el que se

registró bajo apoyo social, en la encuesta, ocho de cada diez refirieron contar con este, sin embargo, el 70% reportó que carecían de apoyo institucional. En lo que se refiere a demanda laboral, la mayoría señaló estar expuesta a sobrecarga de trabajo, no obstante que también afirmaron que su trabajo es creativo y que les permite el desarrollo de nuevas habilidades y que en general, tienen claridad en su trabajo. En cuanto al control, la mitad de ellas no tienen la capacidad de fijar el ritmo de su trabajo.

Llaman la atención algunos hallazgos sobre la asociación del síndrome de burnout con variables socio-demográficas como el estado civil ya que, de acuerdo con la bibliografía revisada, se encontraron niveles altos de cansancio emocional en las enfermeras solteras, coincidiendo con Álvarez y Cols. (2005), Hidalgo, R. y Díaz, G (1994), Gil-Monte y Peiró (1997). Las razones que estos autores dan para explicar este hecho se refieren a que las casadas tienen menos problemas que las solteras probablemente debido al apoyo socio-familiar recibido por el cónyuge y a la ausencia de pareja estable. Por su parte, la despersonalización presentó una distribución similar pues las solteras registraron mayor frecuencia de cansancio emocional que las casadas y las viudas. Aún más, contrariamente a lo esperado, se encontraron niveles de despersonalización en aquellas enfermeras que no tenían hijos.

El apoyo institucional con el que cuentan las enfermeras es deficiente, pues el 75.6% de las enfermeras entrevistadas refirieron no tener material suficiente para realizar su trabajo satisfactoriamente (Cuadro 2). En el trabajo realizado por Gutiérrez (2004), este aspecto se relacionó positivamente con niveles bajos de satisfacción laboral pues este autor refiere también que la falta de insumos en el personal de enfermería resultó

asociada con el síndrome de burnout. Asimismo, otros autores como Cabrera y Cols. (2004), señalaron que las trabajadoras que manifestaron no contar con suficiente material y equipo para desempeñar satisfactoriamente su trabajo tuvieron baja satisfacción laboral.

En cuanto a uno de los ejes de este trabajo que presume la existencia de una relación directa entre la exposición a factores psicosociales y la prevalencia del síndrome de burnout en el grupo estudiado se observó lo siguiente: en relación con los factores psicosociales, el primer hallazgo de importancia fue que las enfermeras que reportaron menos apoyo solidario de compañeros de trabajo fueron las únicas que presentaron despersonalización. Estos resultados son importantes ya que Grau (1999) también encontró que el deterioro de la calidad de los servicios donde labora el personal de enfermería se relacionó positivamente con despersonalización. Por su parte, algunos autores como Maloney y Bartz (Adali, 2003), mencionan que la falta de compañerismo se asoció con despersonalización. Resulta interesante el comentario de estos autores quienes consideran que el origen de la baja calidad de las relaciones humanas entre los trabajadores se encuentra en la ausencia de límites claros de responsabilidad en las funciones y obligaciones, falta de comunicación en el trabajo y falta de motivación (Grau y Cols., 1998).

En este estudio, también se observó que el cansancio emocional y la falta de realización personal se asociaron con la poca importancia que sus jefes dan al trabajo, con trabajo poco creativo y que no permite el aprendizaje de nuevos conocimientos y con poco control en la toma de decisiones. Esta situación fue similar a la reportada por Román (2003) y Albaladejo et al. (2004) quienes encontraron asociaciones significativas entre el

bajo reconocimiento personal y manifestaciones de burnout.

Asimismo, la falta de realización personal se relacionó positivamente con trabajo poco variado y que no permite el desarrollo de habilidades y con la falta de material (Cuadro 4). El cansancio emocional se asoció con sobrecarga de trabajo y bajo control en la toma de decisiones en el trabajo (Cuadro 4).

Los hallazgos sobre cansancio emocional, coinciden con los de Quiroz, et al. (1999) y Álvarez, Cols. (2003), quienes encontraron niveles bajos y medios de cansancio emocional cuando las enfermeras estaban expuestas a sobrecarga de trabajo, determinada, en gran medida por el número de pacientes que atender. Asimismo, Chiriboga y Bailey, citados en Adali (2003), encontraron que la sobrecarga de trabajo aumenta la posibilidad de aparición de cansancio emocional y el futuro desarrollo del síndrome de burnout.

En cuanto al control en el trabajo, el cansancio emocional también se asoció con bajos niveles de decisión en la forma de realizar el trabajo y con baja realización personal. Autores como Bourbonnais (1998) y Grau y cols. (1998) observaron que existe una fuerte asociación entre cansancio emocional en combinación con altas demandas psicológicas y bajo control sobre la actividad laboral y explican que este problema puede estar asociado también con exceso de problemas burocráticos y con poca creatividad en la tarea. Al respecto, en nuestro estudio éste último aspecto también correlacionó positivamente con la presencia de cansancio emocional y de realización personal.

Como se mencionó en la metodología, algunos de los resultados encontrados en la distribución del

burnout orientaron hacia la necesidad de hacer una exploración más detallada de otras variables para buscar una explicación más clara de dicha distribución. En esta búsqueda, la variable que mostró ser más explicativa fue la categoría escalafonaria. En cuanto a esta variable, se observa que las enfermeras auxiliares mostraron tener un trabajo menos creativo en comparación con las especialistas. Asimismo, en esta categoría se observó menor control en la toma de decisiones en su trabajo respecto a las especialistas lo que es lógico pues las auxiliares reciben órdenes y supervisión del médico, de la enfermera especialista, de la supervisora y de la enfermera general. Resultados parecidos se encuentran reportados en el trabajo de Vargas et. al. (2013), donde indican que la especialización tiene relación con la presencia del burnout.

En contraparte, las especialistas tienen menos orientación por parte de sus jefes en comparación con las enfermeras auxiliares. Por su parte las enfermeras generales son las que reportaron más frecuentemente no contar con material y equipo para la realización de su trabajo. La importancia de la categoría como variable explicativa de la asociación con el burnout obliga a pensar en la necesidad de diseñar estudios futuros en los que se pueda distinguir claramente entre demanda laboral y categoría pues muy probablemente esta última variable actúe como confusora en cuanto a las exigencias y que en realidad esté jugando el papel de indicador de nivel socioeconómico.

Estos resultados probablemente se relacionan con el hecho de que las enfermeras auxiliares son las que se encuentran más expuestas a sobrecarga de trabajo y doble jornada laboral, debido a que realizan con mayor frecuencia todo tipo de trabajo doméstico y, lógicamente, corresponden al personal de menor edad. Estas enfermeras también

están expuestas con mayor frecuencia a falta de control sobre su trabajo y reportan insistentemente que realizan trabajo poco creativo.

Por tal razón, considerando que las auxiliares también son las más jóvenes, con mayor proporción de solteras y sin hijos y que también realizan trabajo doméstico, se decidió hacer un análisis multivariado controlando estas variables. El resultado fue que las enfermeras auxiliares presentaron mayor riesgo de presentar falta de realización personal. Estos hallazgos sugieren que muy probablemente existen factores estrechamente ligados al estrato socioeconómico que, como se dijo anteriormente, en cierta medida pueden actuar como variables confusoras y que impiden observar relaciones más consistentes, lo que obliga a la incorporación del aspecto socioeconómico en futuros estudios.

En la perspectiva de actualizar algunos de los aspectos, en una revisión de bibliografía más reciente, varios de los aspectos arriba mencionados se confirman ya que, por ejemplo, en un estudio realizado en enfermeras de la CDMX en 2018, se observaron altos niveles de agotamiento emocional en 17.4% de la muestra y el 4.9% de las enfermeras mostraron bajos niveles de realización personal. El agotamiento emocional se relacionó con la atención de pacientes seriamente enfermos, y con el trabajo en el horario matutino. (Sánchez et al., 2018). En otro estudio realizado en enfermeros de un hospital de Ciudad Juárez, el factor que fue más importante para la presencia del Burnout fue el turno laboral, siendo también el matutino el que representa mayor riesgo de desarrollarlo (Juárez Elizalde, et al., 2015). Sin embargo, por su parte, Rodríguez, et al. (2016), encontraron una asociación mayor entre el turno nocturno y el BO.

En cuanto al género, en un estudio realizado en 15 hospitales en México, se encontró que el género femenino es el más afectado, pues del 91% del personal afectado, el 77% eran del sexo masculino, aunque habría que tener en cuenta que la enfermería es una de las profesiones más feminizadas (Colmenares de la Torre y et. al., 2018).

Conclusiones

Asimismo, a través de los resultados de la encuesta se pudo constatar que el trabajo de enfermería corresponde a la clasificación de alta tensión pues además de la exposición a factores psicosociales, también se observó una alta frecuencia de incapacidad de fijar el ritmo de trabajo.

Otro hallazgo de suma importancia fue el hecho de que las enfermeras auxiliares, quienes estuvieron expuestas a más exigencias laborales, también fueron las que presentaron mayor riesgo de sufrir falta de realización personal.

En cuanto a las variables socio-demográficas, a partir del análisis bivariado, resultó que ser soltera se asoció significativamente con presencia de cansancio emocional y con despersonalización. Un resultado que no coincide con la literatura revisada es que la ausencia de hijos se asoció significativamente con despersonalización.

Desde el punto de vista metodológico, en correspondencia con otros estudios recientes, es probable que la escala de Maslach para la medición de las tres dimensiones del burnout tenga algunos problemas de adaptación a la realidad mexicana pues, observando el criterio diagnóstico más aceptado que hace referencia a niveles altos de las tres dimensiones para considerarlo positivo, se observó poca sensibilidad del instrumento, la

cual mejoró al dicotomizar la variable uniendo los niveles medio y máximo de las dimensiones.

Por su parte, el Modelo Demanda-Control de Karasek y Theorell para el estudio de los factores

psicosociales fue un acierto pues permitió ubicar con mayor precisión aspectos centrales de la relación entre y daños a la salud ocasionados por la exposición a estrés crónico.

Referencias bibliográficas

- Adali, et. al. (2003). "Síndrome del Quemado en el personal de Enfermería psiquiátrica de hospitales griegos", *The European journal of psychiatry*, vol. 17, Núm. 3: 161-170.
- Albaladejo, R.; Villanueva, R.; Ortega, P.; Astasio, P.; Calle, M. y Domínguez, V. (2004). "Síndrome de burnout en el personal de enfermería de un hospital de Madrid", *Rev. Esp. Salud Pública*, vol.78, Núm. 4: 505-516.
- Alvarez, M. y cols. (2003). "Síndrome de burnout y su relación con síntomas emocionales en el personal de enfermería". *VII Reunión Nacional de Investigación en Salud en el Trabajo*. México: Centro Médico Nacional Siglo XXI.
- Alvarez, A.; Arce, M.; Barrios, A. y Sánchez, A. (2005). "Síndrome de burnout en médicos de hospitales públicos de la Ciudad de Corrientes", *Revista de posgrado de la VI Cátedra de Medicina*, Núm. 141: 27-30.
- Aranda, C. y cols. (2003). "Síndrome de burnout y factores psicosociales en el trabajo, en estudiantes de postgrado del Departamento de Salud Pública de la Universidad de Guadalajara, México", *Rev. Psiquiatría. Fac. Med. Bama*, vol. 30, Núm. 4:193-199.
- Bourbonnais, R. et al. (1998). "Job strain, psychological distress and burnout in nurses", *American Journal of Industrial Medicine*, vol. 34: 20-28.
- Blanco, G. (2004). "Estrés laboral y Salud en las enfermeras instrumentistas", *Revista de la Facultad de Medicina*, vol. 27, Núm.1: 29-35.
- Breilh, J. (1993). "Trabajo hospitalario, estrés y sufrimiento mental", *Revista Salud Problema*, Primera Época, Núm. 23: 21-37.
- Cabrera, C. y cols. (2004). "Satisfacción laboral de profesionales de la salud", *Rev. Med. IMSS*, vol. 42, Núm. 3: 645-650.
- Comisión Nacional del SIDA (2001). *Estrés laboral y burnout en los servicios de salud*.
- Del Río, O. (2003). "El síndrome de burnout en los enfermeros/as del hospital Virgen de la salud de Toledo", *Rev. Enferm Cardiol*, Núm. 28: 24-29.
- Enciclopedia de Salud y Seguridad en el Trabajo (OIT). (1997). *Asistencia Sanitaria*, 97.4
- Enciclopedia de Salud y Seguridad en el Trabajo (OIT). (1998). *Factores psicosociales y de organización*. Vol. II, parte V, 34.74.
- Gil, M. P. y Peiró, J. (1997). *Desgaste psíquico en el trabajo: el síndrome de quemarse*. Madrid: Síntesis.
- Gil, M. P. (2002). "Validez factorial de la adaptación al español del Maslach Burnout –Inventory- General Survey", *Salud Pública de México*, vol. 44, Núm. 1: 33-40.
- Gil, M. P. (2003). "El síndrome de Quemarse por el trabajo (Síndrome de Burnout) en profesionales de enfermería", *Revista Electrónica Intercão Psy*, año 1, Núm. 1: 19-33.
- Grau, J. y Chacón, M. (1999, en prensa). "Burnout en los equipos de salud: la disección de un mito", *Revista de Psicología y Salud Ed. Especial N.3*. México: Instituto de Investigaciones Psicológicas.

- Grazziano, E. y Ferraz-Bianchi, E. (2010). "Impacto del estrés ocupacional y burnout en enfermeros", *Rev. Electrónica Cuatrimestral*, Núm. 18.
- Gutiérrez, M. (2004). *Detección del Síndrome de Burnout en personal de enfermería del Instituto Nacional de Cancerología asociado a las variables sociodemográficas, laborales, recursos institucionales, exigencias derivadas de la organización del trabajo y rasgos de personalidad*. México: Tesis de Maestría en Salud en el Trabajo, Universidad Autónoma Metropolitana Xochimilco.
- Hidalgo, R. y Díaz, G. (1994). "Estudio de la influencia de los factores laborales y sociodemográficos en el desarrollo del síndrome de agotamiento profesional en el área de medicina especializada del INSALUD de Ávila", *Medicina Clínica*, vol. 103, Núm. 11:408-412.
- Juárez, E.; Haros, J.; et. al. (2015). "Factores de riesgo relacionados con el Síndrome de Burnout en el personal de enfermería de un Hospital de Ciudad Juárez, Chihuahua, México", *Culcyt*, vol. 57, Núm. 12: 289-296.
- Karasek, R. (1979). "Job demands, job decision latitude, and mental strain: Implications for job redesign", *Adm Sci Q*, vol. 24, Núm. 2: 285-308.
- Karasek, R. y Theorell, T. (1990). *Healthy work*. New York: Basic Books.
- Kortum, E. (2001/2002). "Factores psicosociales que influyen en el trabajo". Programa de Higiene del Trabajo. OMS. Red Mundial de Salud Ocupacional, No.2 The Global Occupational Health Network.
- Laurell, et al. (1989). *Manual: Conocer para cambiar. Estudio de la salud en el trabajo*. México: UAM-Xochimilco.
- Martínez, S. (1997). *El estudio de la integridad mental y su relación con el proceso de trabajo*. México: Series Académicos CBS No. 23, UAM-X: 143-186.
- Maslach y Jackson. (1981). "The measurement of experienced Burnout. *J Occup Behavior*, vol. 2:99-113.
- Noriega, M. (1989). *El trabajo sus riesgos y la salud. En defensa de la salud en el trabajo*. México: SI-TUAM, 5-12.
- Ordenes, N. (2004). "Prevalencia de Burnout en trabajadores del hospital Roberto del Río", *Rev. Chil Pediatr*, vol. 75, Núm. 5: 449-454.
- Pera, G. y Serra, P. (2002). "Prevalencia del síndrome del quemado y estudio de los factores asociados en los trabajadores de un hospital comarcal", *Gaceta Sanitaria Española*, vol. 16, Núm. 6:480-486.
- Quiroz, R. y Saco, M. (1999). "Factores asociados al síndrome burnout en médicos y enfermeras del hospital Nacional Sur Este de ESSALUD del Cusco (Perú)", *Revista Semestral de la Facultad de Medicina Humana –UNSAAC*.
- Rodríguez, L. y Méndez, D. (2016). "Síndrome de burnout en profesionales de enfermería de áreas críticas en un hospital de tercer nivel", *Gac Med Bilbao*, vol. 113, Núm. 3: 99-104.
- Román, J. (2003). "Estrés y Burnout en profesionales de la salud de los niveles primario y secundario de atención", *Revista Cubana Salud Pública*, vol. 29, Núm. 2:103-110.
- Sánchez, J., Flores, R., et. al. (2018). "Factores relacionados a la presencia del síndrome de burnout en una muestra de enfermeras del sector salud, Ciudad de México", *Revista Salud Pública y Nutrición*, vol. 17, Núm. 3: 1-8.
- Tamez, S., Ortiz, L., Martínez, S. y Méndez, I. (2003). "Riesgos y daños a la salud derivados del uso de videoterminal", *Salud pública Méx*, vol. 45, Núm. 3: 171-180.
- Vargas, G. A. (2014). "Which occupational risk factors are associated with burnout", *International Journal of Clinical and Health Psychology*, vol. 14: 28–38.

Efecto *in vitro* del aceite de romero (*Rosmarinus officinalis*) y aromaterapia sobre la actividad de la acetilcolinesterasa como terapia alternativa en el Síndrome de Alzheimer

Nayely Carrasco-Nuñez* • Marisa Cabeza Salinas* •
María Luisa de Lourdes Pérez- González*

RESUMEN

En los últimos años las plantas medicinales han adquirido gran relevancia por sus propiedades químicas, bioquímicas y organolépticas que les permiten ser un coadyuvante terapéutico alternativo. El *Rosmarinus officinalis*, mejor conocido como aceite de romero, es una planta cuyas propiedades a partir de la aromaterapia (aceites esenciales inhalados) le atribuyen terapéuticas específicas, tales como antioxidante, antiviral, antidepresivo, diurético, antiinflamatorio, gastrointestinal, entre otros.

El presente trabajo tiene como objetivo presentar el efecto del aceite de romero y de sus componentes (α -pineno y 1,8 cineol), como inhibidores de la actividad *in vitro* de la acetilcolinesterasa. Esta enzima cataliza la hidrólisis de la acetilcolina en las terminales colinérgicas, por lo cual, en algunas demencias, donde este neurotransmisor se encuentra disminuido, como en el Síndrome de Alzheimer, la inhibición de la actividad catalítica de esta enzima, podría ser una ruta alternativa para el control de esta enfermedad.

La concentración de α -pineno y 1,8 cineol necesaria para inhibir el 50 % de la actividad de la acetilcolinesterasa (CI_{50}), se determinó a partir de un gráfico de concentración *versus* actividad. Los resultados mostraron que el α -pineno es más potente que el 1,8 cineol y el aceite de romero, para inhibir su actividad, sin embargo, todos fueron eficaces para inhibir la actividad de esta enzima. Dados estos resultados, se propone el uso del aceite de romero como una terapia potencial para mejorar la cognición en los enfermos de Alzheimer. Sin embargo, este estudio demuestra que en México se distribuyen diferentes marcas de aceites de romero que no contienen los componentes auténticos de éste.

PALABRAS CLAVE: Síndrome de Alzheimer, aceite de romero, acetilcolinesterasa, terapéutica alternativa.

* Departamento de Sistemas Biológicos, Universidad Autónoma Metropolitana Unidad Xochimilco.

Dirigir correspondencia a: Dra. Marisa Cabeza Salinas marisa@correo.xoc.uam.mx

Fecha de recepción: 29 de enero de 2019.

Fecha de aceptación: 25 de febrero de 2020.

***In vitro* effect of rosemary oil (*Rosmarinus officinalis*) as inhibitor of acetylcholinesterase activity as an alternative therapy in Alzheimer's Syndrome**

ABSTRACT

Medicinal plants have acquired great relevance in recent years for their chemical, biochemical, and organoleptic properties that allow them to be an alternative therapeutic adjuvant. *Rosmarinus officinalis*, better known as rosemary oil, is a plant whose aromatherapeutic properties (inhaled essential oils) give it a potential such as antioxidant, antiviral, antidepressant, diuretic, anti-inflammatory, gastrointestinal, among others.

The aim of this study was to demonstrate inhibitory effect of rosemary oil and its components (α -pinene y 1,8 cineol) in *in vitro* acetylcholinesterase activity. This enzyme is present in cholinergic nerve terminals and is important in Alzheimer disease, because acetylcholine is decreasing in this syndrome. Thus, inhibition of this enzyme could be a therapeutic target to control this illness α -Pinene y 1,8 cineol concentration to constrain acetylcholinesterase activity by 50% (IC_{50}) was determined from plots of concentration *versus* enzyme activity. These data showed α -pinene was stronger than 1,8 cineol and rosemary oil to inhibit its *in vitro* activity. However, they were all effective in preventing the activity of acetylcholinesterase, so this oil has therapeutic potential to treat Alzheimer's disease. However, this study shows that in Mexico, different brands of Rosemary oils distributed that do not contain the authentic components of it.

KEYWORDS: Alzheimer disease, rosemary oil, α -pinene y 1,8 cineol, acetylcholinesterase, alternative therapy.

Introducción

El Síndrome de Alzheimer (EA) afecta a más de 47.5 millones de personas en el mundo, atribuyendo a esta enfermedad el 60% o 70% del deterioro mental más común en personas mayores de 65 años (World Alzheimer Report AD, 2010).

La EA es un proceso neurodegenerativo, lento y progresivo, caracterizado por un deterioro paulatino de las funciones cognitivas e intelectuales, que se traduce en pérdida de memoria e incapacidad del individuo afectado para realizar por sí mismo las actividades vitales rutinarias. Puede presentarse también un cuadro de ansiedad, irri-

tabilidad, depresión y/o alucinaciones (Alberca, 2007).

Los cambios más significativos que se observan en el cerebro de estos pacientes, son de naturaleza bioquímica, como el aumento de la proteína precursora de péptido amiloide (placas seniles), la hiperfosforilación de la proteína *tau* (ovillos neurofibrilares) y la reducción de acetilcolina (Álvarez et. al., 2008:196). Estudios de mapeo neuroquímico han sugerido que la mayor proyección colinérgica a la corteza, en los pacientes con Alzheimer, se encuentra deteriorada ya que existe

una amplia pérdida de neuronas colinérgicas en el núcleo de Meynert (2008:196; Ozarowski et. al., 2013:261). Algunas evidencias experimentales (Alberca, 2007; Meynert, 2008:196) sugieren que la prolongación de la disponibilidad de acetilcolina liberada en la hendidura sináptica neuronal, puede mejorar la función colinérgica en el EA. Estos datos han inspirado a los investigadores para la búsqueda de inhibidores del hidrólisis de acetilcolina, reacción catalizada por la acetilcolinesterasa (Meynert, 2008:196).

El cerebro humano contiene dos formas principales de colinesterasa: la acetilcolinesterasa (AChE) y la butirilcolinesterasa (BuChE). La AChE se localiza principalmente en las neuronas y la BuChE se asocia principalmente con las células gliales, así como células endoteliales y las neuronas (Meynert, 2008:196).

La mayoría de los fármacos aprobados por la FDA para controlar la EA, como la tacrina, donepezilo, rivastigmina, galantamina, contrarrestan el déficit colinérgico asociado con la disfunción cognitiva, inhibiendo la enzima AChE; sin embargo, estos fármacos pueden producir efectos adversos como hepatotoxicidad (tacrina;) e hiperactividad colinérgica periférica, debida a la hiperestimulación muscarínica, lo que provoca náuseas, vómitos, diarreas, calambres abdominales e hipersecreción glandular. Por esta razón muchos grupos de investigación siguen buscando alternativas para mejorar la terapéutica para esta enfermedad (Savelev et. al., 2003: 283).

Diferentes estudios epidemiológicos, han demostrado que realizar aromaterapia, utilizando algunos aceites esenciales a pacientes con severos problemas cognitivos como lo es el síndrome de Alzheimer tienen un efecto positivo mejorando la

atención disminuyendo su agitación y un resultado sedativo (Jimbo et. al., 2009:173; Ballard et. al., 2002:553; Smallwood et al. 2001:1010). Sin embargo, su efecto sobre el sistema nervioso no ha sido lo suficientemente esclarecido.

Se conoce que los aceites esenciales obtenidos a partir de las plantas de las especies conocidas como: *Salvia oficial*, *Salvia lavandulifolia*, *Hinojo*, *Bandera dulce*, *Aceite del árbol de té* y *Romero*., han demostrado tener una actividad neuroprotectora, manteniendo los niveles de acetilcolina en el surco sináptico. Este dato sugiere que su mecanismo de acción es a través de la inhibición de la actividad de la acetilcolinesterasa (Martínez, 2003; Perry et. al., 1996: 1063; Miyazawa et.al., 2001:205; Irie and Keung, 2003: 283; Savelev et. al., 2004:315; Joshi y Parle, 2006: 413; Miyazawa et al., 1997:677).

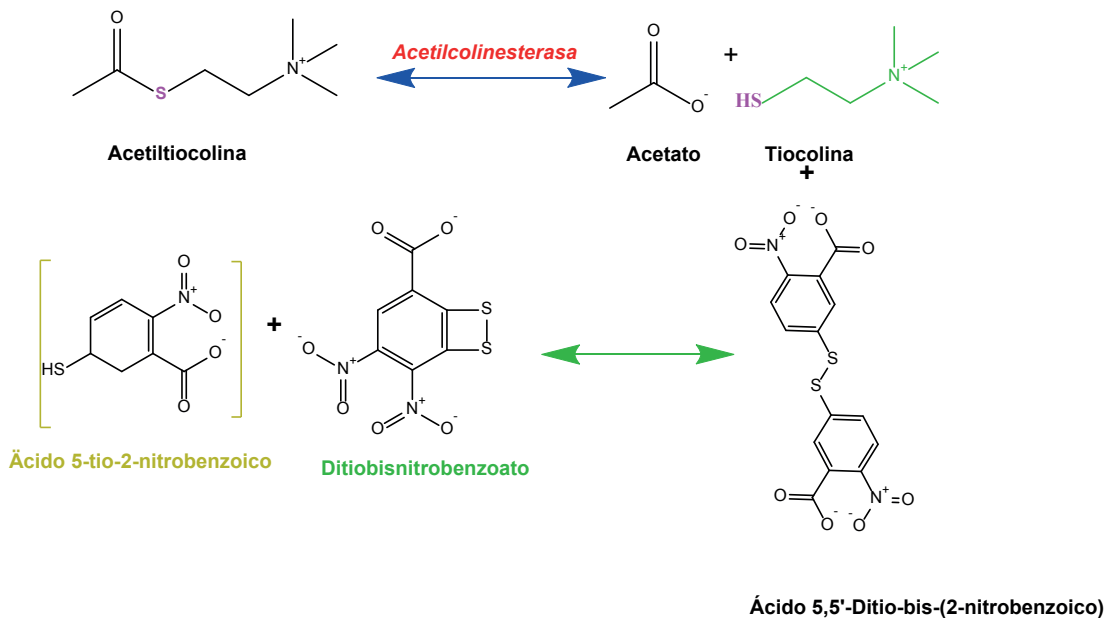
En 2008, Orhan y colaboradores (2008:663) demostraron que el aceite de *Rosmarinus officinalis l*, mejor conocido como *aceite de romero*, compuesto por un 44.4 % de 1,8 cineol y un 12.6 % α -pineno, presentan un efecto sobre la actividad *in-vitro* de la AChE.

Materiales y Métodos

Purificación del aceite comercial de romero

Se utilizaron 5 marcas comerciales de aceite de romero vendidas en 5 farmacias diferentes dentro de la Ciudad de México, sin certificado de autenticidad. Aunque el certificado de autenticidad para probar la originalidad de una sustancia no es requisito obligatorio para su venta, es una formalidad en la Industria Farmacéutica con beneficios tanto para quien vende para quien la compra. La certificación la realiza una entidad acreditada y

Figura 1. Hidrólisis *in vitro* de la acetiltiocolina en presencia de acetilcolinesterasa y DNTB



con personal técnico altamente cualificado. Este dato añade un valor adicional al incremento de competitividad en las organizaciones, que la propia adopción del modelo ISO 9001 ya proporciona con sus requisitos¹

En el presente estudio se demostró que solamente el aceite de romero importado y distribuido por Sigma-Aldrich®, México, con certificado de análisis, contiene 1,8 cineol y α - pineno, mientras que los vendidos y etiquetados en 5 farmacias de la Ciudad de México (con distintas marcas y sin certificado de análisis) como aceite de romero no contienen dichos componentes a pesar de que en México se produce y distribuye y se vende para distintos objetivos sin que contenga estos aceites esenciales. Por estas razones, en este trabajo se

¹ https://spanish.alibaba.com/trade/search?SearchText=fabricantes+de+aceites+esenciales&selectedTab=products&src=sem_ggl&mark=shopping&cmpg

utilizó solamente el aceite de romero importado de los Estados Unidos y distribuido por Sigma-Aldrich®, México (con certificado de autenticidad) con la finalidad de certificar su contenido.

Todos los aceites se sometieron al mismo tipo de destilación simple, utilizando un aparato de Quickfit. Se separaron las diferentes fracciones por su punto de ebullición; para el 1,8 cineol 176°C-177°C y para el α -pineno 155°C-156°C. La pureza de cada una de estas fracciones se comprobó por cromatografía en capa fina (HPTLC sílice gel 60 F₂₅₄, Merck, México), comparando el valor de los factores de retención (Rf) de cada una de las manchas obtenidas en el cromatograma, con un estándar de referencia, vendido por

Sigma-Aldrich® México. (Skoog, 2001) Estos cromatogramas se eluyeron un sistema de solventes de ciclohexano: acetato de etilo=1:1 y se

revelaron con una solución de ácido fosfomolibdico (Sigma-Aldrich®, México) al 2% en etanol, aplicada a la placa utilizando un aspersor.

El valor de los parámetros cinéticos (K_m y de V_{max}) de la acetilcolinesterasa se determinaron a partir de los gráficos de concentración de acetiltiocolina *versus* tiocolina formada, por el método de Lineweaver-Burck.

Para llevar a cabo la reacción de incubación (Figura 1), se colocaron en tubos diferentes concentraciones de acetiltiocolina como sustrato (Sigma-Aldrich®, México; $1,6 \times 10^{-5}$ M, $2,5 \times 10^{-5}$ M, $4,1 \times 10^{-5}$ M, $8,8 \times 10^{-5}$ M, $1,68 \times 10^{-4}$ M, $2,76 \times 10^{-4}$ M, $3,45 \times 10^{-4}$ M y $3,81 \times 10^{-4}$ M en acetona). La acetona se evaporó a sequedad y se agregó un mL de solución tampón Tris-BSA 0.1 M, conteniendo: 40 mM de $MgCl_2$, 100 mM de NaCl y albúmina sérica bovina al 1%. El pH de la reacción se mantuvo en 7.5 (óptimo para la actividad de la acetilcolinesterasa) (Ellman y Courthney, 1961: 88) y la reacción comenzó al agregar AChE en concentración de 0.345 UI/mL (Sigma-Aldrich®, México) previamente determinada para esta reacción. El tubo se mantuvo a baño María a una temperatura de 37°C por 1 min. Finalmente se añadieron 0.125 mL del colorante DTNB (Sigma-Aldrich®) preparado previamente a una concentración 3 mM en etanol absoluto. La producción de tiocolina se midió por la absorbancia producida por el color amarillo de las soluciones a una longitud de onda 412 nm.

Para determinar los valores de concentración inhibitoria 50 (CI_{50}) para el aceite de romero (Sigma-Aldrich®, México, con certificado de análisis), el 1,8 cineol y α - pineno, se prepararon tubos conteniendo diferentes concentraciones de estas sustancias (1:1 a 1:10000) disueltas en etanol, además de la acetiltiocolina en una concentración

de 378.1 μ M (K_m) y la AChE como se indicó en la sección 2.2.1; las condiciones de incubación y determinación del producto fueron las mismas descritas en 2.2.1. Los resultados obtenidos se graficaron por el método de Dixon; utilizando el Programa Sigma Plot 12®, con la finalidad de determinar gráficamente los valores de CI_{50} .

Resultados

Componentes del aceite comercial de romero

A pesar de que la preparación de aceites esenciales se rige por las normas mexicanas NMX-K-144; NMX-BB 014, NMXK-245 y NMX-K-459-S-1979², en México se distribuyen diferentes marcas de aceites de romero que no contienen los componentes auténticos de éste. Este hecho se evidenció en los destilados de los 5 aceites sin certificado de autenticidad utilizados en este experimento. Dichos aceites etiquetados y distribuidos en diferentes farmacias de la Ciudad de México como aceite de Romero, no contenían los compuestos de interés (1,8 cineol y α - pineno) ya que no se obtuvieron fracciones del destilado a la temperatura 176°C-178 °C correspondiente al punto de ebullición del 1,8 cineol ni al 163°C-166 °C, temperatura de ebullición del α -pineno.

Los factores de retención (R_f) de los estándares puros de 1,8 cineol y α - pineno fueron de =0.42 y 0.51 respectivamente, con el sistema de solventes utilizado. El destilado del aceite, con certificado de autenticidad, obtenido a una temperatura 176°C-178 °C (D1) y purificado por cromatografía en placa fina, mostró un comportamiento cromatográfico semejante al 1,8 cineol (R_f = 0.43)

² <https://www.quiminet.com/productos/aceite-esencial-de-romero1634462127/proveedores.htm>

y el obtenido a 163°C-166 °C (D2) Rf= 0.51, al estándar del α -pineno.

Estos resultados indican que el aceite que garantizó su pureza y que tiene un certificado de análisis, contiene los principales componentes 1,8 cineol y α -pineno.

Valores cinéticos de la acetilcolinesterasa

La Figura 2 muestra el gráfico obtenido por el método de Lineweaver-Burk, por el que se determinaron los valores experimentales de K_m y V_{max} de la AChE que correspondieron a 378 μ M y 47.62 mmol/min respectivamente.

Concentración inhibitoria 50 (CI₅₀) del aceite de romero, 1,8 cineol y α - pineno

Los valores de CI₅₀ del aceite comercial de romero, del 1,8 cineol y del α - pineno, fueron determinados a partir de la curva de Dixon, Figura 3. Los valores calculados se presentan en la Tabla 4.

Conclusiones

El romero es una planta cuyas propiedades químicas, bioquímicas u organolépticas permiten su utilización con fines terapéuticos. En el presente estudio se pudo comprobar que el aceite de romero fue tan eficaz como el 1,8 cineol y el α - pineno puros para inhibir la actividad *in vitro* de la acetilcolinesterasa.

Sin embargo, su potencia para producir dicho efecto fue menor que los otros componentes químicos. Este decremento de potencia, podría deberse a la presencia del etanol en el medio de incubación, que, aunque no fue un factor limitan-

te para la reacción, sí parece haber favorecido la formación de micelas capaces de obstaculizar la interacción de este aceite con la acetilcolinesterasa, impidiendo así el efecto inhibitorio de sus componentes, cuando éste se utilizó en concentraciones menores.

Savelev et. al. (2003: 283) demostraron que la combinación de 1,8 cineol/ α -pineno produce un efecto inhibitorio sinérgico sobre la actividad de la acetilcolinesterasa, por lo cual, en esta investigación, se esperábamos determinar un valor de CI₅₀ para el aceite de romero menor que para el 1,8 cineol y el α - pineno; sin embargo, esto no fue así, probablemente por el efecto del etanol.

Estudios previos sobre el efecto inhibitorio del aceite obtenido a partir de *Salvia lavandulaefolia officinalis*, (Ellman y Courthney, 1961:88) sobre la actividad de la AChE indican que el valor del CI₅₀ para éste fue de 0.00082 g/ml. Este aceite contiene un 17 % de 1,8 cineol y un 5 % de α - pineno y el resto corresponde a una mezcla de otros terpenos (alcanfor, beta-pineno, borneol, óxido de cariofileno, linalol y acetato de bornilo). En cambio, el aceite obtenido a partir de *Rosmarinus officinalis l.* que como *Salvia lavandulaefolia officinalis*, pertenece a la familia Laminaceae, contiene un 44.42 % de 1,8 cineol, 12.5 % de α - pineno y un 12.21 de ácido rosmarínico (Savelev et. al., 2004: 315; Orhan y col., 2008: 663), sin embargo, el valor del CI₅₀ obtenido para este aceite (1.24 g/mL) fue 1500 veces mayor que el reportado para el aceite de lavanda, lo que indica que los demás componentes de éste último también contribuyen a la acción inhibitoria de esta enzima.

Estas comparaciones son importantes debido a que ambos aceites podrían utilizarse por la vía tópica alrededor de la nariz de los enfermos con el

Figura 2. Representación lineal de Lineweaver-Burk, para determinar los valores de K_m y V_{max} de la acetilcolinesterasa (AChE) obtenidas experimentalmente.

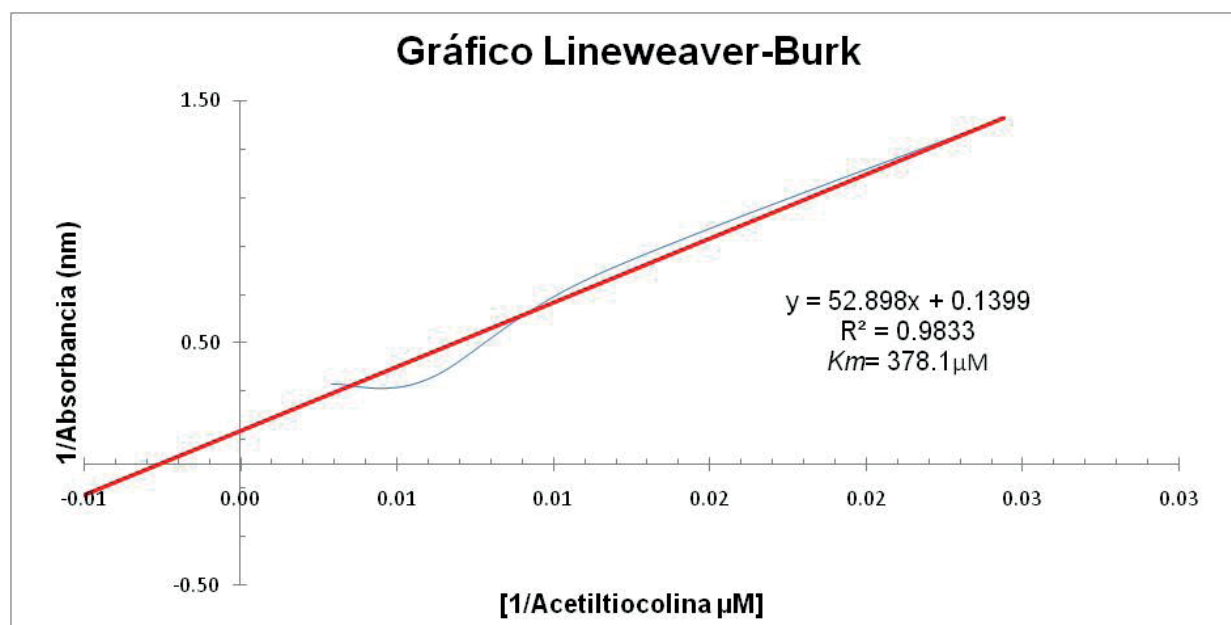


Figura 3. Efecto de los diferentes tipos de aceites esenciales sobre la actividad de acetilcolinesterasa

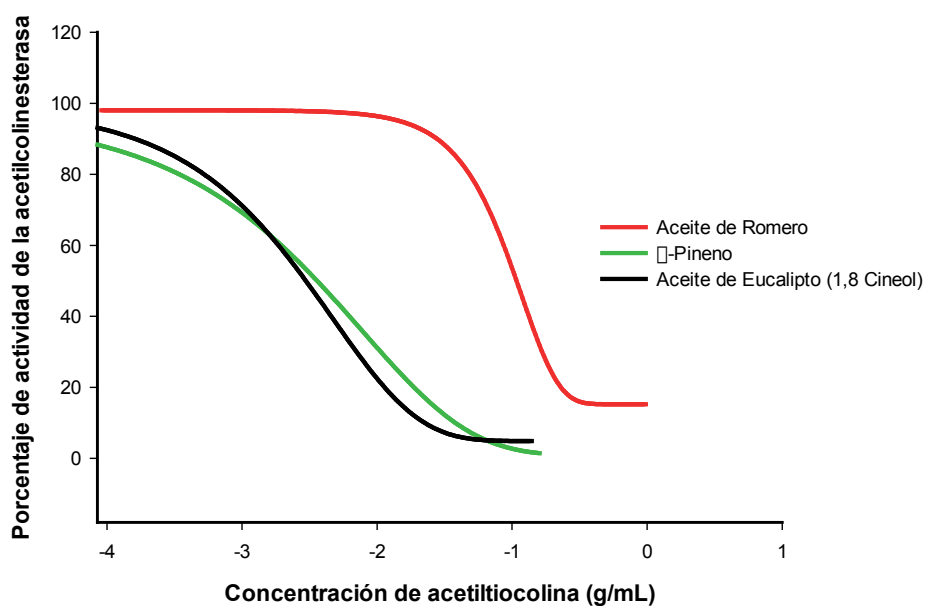
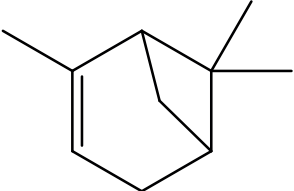
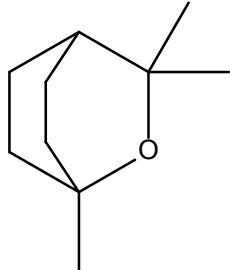


Tabla 1. Estructura y actividad biológica de los componentes del aceite de romero

Estructura molecular	Concentración inhibitoria 50 [g/mL] para la acetilcolinesterasa	Actividad Biológica Reportada
 <p>-Pineno</p>	0.0027	<p>Inhibidor de la acetilcolinesterasa. (Satomi et al. 2009: 43113)</p> <p>Antiespasmódico (Medicherla et al., 2016:3133)</p> <p>Anticancerígeno (González-Vallina et al. 2015: 1221)</p>
 <p>1, 8 Cineol o Eucaliptol</p>	0.00386	<p>Congestión nasal (Perry et al., 2000:895)</p> <p>Antioxidante (Napoli et al., 2015: 1075)</p> <p>Inhibidor de acetilcolinesterasa (Satomi et al. 2009: 43113)</p>
<p>Aceite comercial de romero (Rosmarinus officinalis L.)</p>	1.24	<p>Antioxidante (Perry, 2000: 895)</p> <p>Anticancerígeno (González-Vallina, 2015: 1221)</p> <p>Antiinflamatorio (Napoli et. al. 2015: 1075)</p>

Síndrome de Alzheimer, con la finalidad de por esta ruta acceder rápidamente a las neuronas colinérgicas y optimizar el nivel de acetilcolina en el surco sináptico, para mejorar el cuadro de síntomas que se presentan en esta enfermedad.

Estos datos indican que, en México, se requiere de una legislación más clara y de una vigilancia en materia de extracción y comercialización del mercado de aceites esenciales ya que su potencial uso terapéutico queda limitado al no presen-

tar las óptimas y necesarias condiciones para ello, afectando no solo sus propiedades en la acetilcolinesterasa con los pacientes con síndrome de Alzheimer, sino también aquellos que lo utilizan

con fines antivirales, antioxidantes, antidepresivo, diuréticos, antiinflamatorio, gastrointestinal, antiparasitario, anticonceptivos, preventivos cardiovasculares, entre otros.

Referencias Bibliográficas

- Alberca, S. y López-pousa, S. (2007). *Enfermedad de Alzheimer y otras demencias*. México: Panamericana, 17-27.
- Álvarez, M.; Pedroso, I.; Pedrón, A. y Álvarez, M. (2008). “Fisopatología de la enfermedad de Alzheimer”, *Revista Mexicana de Neurociencias*, vol. 9, Núm. 3: 196-201.
- Ballard, C.; O’Brien, J.; Reichelt, K. y Perry, E. (2002). “Aromatherapy as a safe and effective treatment for the management of agitation in severe dementia: the results of a double-blind, placebo-controlled trial with Melissa”, *Journal Clinical Psychiatry*, vol. 63 Núm. 7: 553-558.
- Ellman, G.; Courthney, D. y Featherstone, R. (1961). “A new and rapid colorimetric determination of acetylcholinesterase activity”, *Biochemical Pharmacology*, vol. 7: 88-95.
- Gandia, L.; Álvarez, R.; Hernández-Guijo, J.; González-Rubio, J.; Del Pascual, R.; Rojo, J.; et al. (2006). “Anticolinestéricos en el tratamiento de la enfermedad de Alzheimer”, *Revista de Neurología*, vol 42, Núm. 8: 471-477.
- González-Vallinas, M.; Reglero, G. y Ramírez de Molina, A. (2015). “Rosemary (Rosmarinus officinalis L.) Extract as a Potential Complementary Agent in Anticancer Therapy”, *Nutr Cancer*, vol. 67, Núm. 8: 1221-1229.
- Irie, Y. y Keung, W. (2003) “Rhizomaacorigraminei and its’s active principles protect PC-132 cells from the toxic effect of amyloid-beta peptide”, *Brain Research*, vol. 963: 282-289.
- Jimbo, D.; Kimura, Y.; Taniguchi, M.; Inoue, M. y Urakemi, K. (2009). “Effect of aromatherapy on patients with Alzheimer’s disease”, *Psychogeriatrics*, vol. 9, Núm. 4: 173-179.
- Joshi, H. y Parle, M. (2006). “Cholinergic basis of memory-strengthening effect of Foeniculum Vulgare Linn”, *Journal Medicinal Food*, vol. 9, Núm. 3: 413-417.
- Martínez, M. (2003). *Aceites esenciales*. Medellín: Tesis. Universidad de Antioquia, Facultad de Química Farmaceutica, 189-210.
- Medicherla, K.; Ketkar, A.; Sahu, B.; Sudhakar, G. y Sistla, R. (2016). “Rosmarinus officinalis L. extract ameliorates intestinal inflammation through MAPKs/NF-κB signaling in a murine model of acute experimental colitis”, *Food Functions*, vol. 13, Núm. 7: 3233-3243.
- Miyazawa, M.; Tougo, H. y Ishihara, M. (2001). “Inhibition of acetylcholinesterase activity by essential oil from Citrus Paradisi”, *Natural Products Letters*, vol. 15: 205-210.
- Miyazawa, M.; Watanabe, H. y Kameoka, H. (1997) “Inhibition of Acetylcholinesterase Activity by Monoterpenoids with an p-Menthane skeleton”, *Journal Agriculture Food Chemistry*, vol. 45, Núm 3: 677-679.
- Napoli, E.; et al. (2015). “Wild Sicilian rosemary: phytochemical and morphological screening and antioxidant activity evaluation of extracts and essential oils”, *Chemical Biodiversity*, vol. 12, Núm 7: 1075-1094.

- Orthan, I.; Sinem, A.; Murat, K. y Bilge, K. (2008). "Inhibitory effects of Turkish Rosmarinus Officinalis L. on acetylcholinesterase and butyl cholinesterase enzymes", *Journal Food Chemistry*, vol. 108: 663-668.
- Ozarowski, M.; et. al. (2013). "Leaf extract improves memory impairment and affects acetylcholinesterase and butyryl cholinesterase activities in rat brain", *Fitoterapia*, vol. 91: 261-271.
- Perry, N.; Court, G.; Bidet, N.; Court, J. y Perry, E. (1996) "European Herbs with cholinergic activities: Potency in dementia therapy", *International Journal of Geriatric Psychiatry*, vol. 11: 1063-1069.
- Perry, N.; Houghton, P.; Theobald, A.; Jenner, P. y Perry, E. (2000). "In vitro inhibition of human erythrocyte acetylcholinesterase by Salvia Lavandulaefolia essential oil and constituent terpenes", *Journal Pharmacy and Pharmacology*, vol. 52: 895-902.
- Redolat, R. (1998). "¿Es la plasticidad cerebral un factor crítico en el tratamiento de las alteraciones cognitivas asociadas al envejecimiento?", *Anales de Psicología*, vol. 14: 45-53.
- Satomi, D.; Masonori, H y Masakazu, M. (2009). "Acetylcholinesterase inhibitory activity and chemical composition of commercial essential oils", *Journal Agriculture Food Chemistry*, vol. 57: 43113-4318.
- Savelev, S.; Okello, E.; Perry, E. (2004). "Butyryl-and Acetyl- Cholinesterase Inhibitory Activities in Essential Oils of Salvia Species and Their Constituents", *Phitotherapy Research*, vol. 18: 315-324.
- Savelev, S.; Okello, E.; Perry, N.; Wilkins, R. y Perry, E. (2003). "Synergistic and antagonistic interactions of anticholinesterase terpenoids in Salvia Lavandulaefolia essential oil", *Pharmacology and Biochemistry Behavior*, vol. 75: 283-289.
- Skoog, A. (2001). *Principios del análisis instrumental*. España: Saunders Collage Publishing, 55-70.
- Smallwood, J.; Brown, R.; Coutler, F.; Irvine, E. y Copland, C. (2001). "Aromatherapy and behavior disturbances in dementia: a randomized controlled trial", *International Journal Geriatric Psychiatry*, vol. 16, Núm 10:1010-1013.
- World Alzheimer Report AD. (2010). <https://www.alz.co.uk/research/files/WorldAlzheimerReport2010.pdf>.

Consecuencias del viraje neoliberal en la salud y el trabajo de profesionales de psicología

Omar Alejandro Olvera Muñoz*

RESUMEN

En diversos países de América Latina, se han originado cambios en salud y trabajo producto de la implementación de las reformas neoliberales. En México, las modificaciones están relacionadas a la flexibilidad laboral, gestando una precarización del empleo y un incremento en la desigualdad económica. Asimismo, la situación laboral afecta a las condiciones sociales de producción y reproducción de los trabajadores, por lo que las altas demandas laborales ocasionan efectos en el proceso salud-enfermedad-atención de los profesionales de la salud. Ante este panorama, en el presente ensayo se busca reflexionar sobre cómo las políticas neoliberales instrumentadas sobre salud y trabajo en México, han configurado condiciones laborales precarias, las cuales constituyen las bases para el desarrollo del desgaste profesional en proveedores de servicios psicológicos.

PALABRAS CLAVE: desgaste profesional, neoliberalismo, profesionales de la psicología, reformas en salud, trabajo.

Consequences of the neoliberal shift in health and the work of psychology professionals

ABSTRACT

In several Latin American countries, changes in health and work have resulted from the implementation of neoliberal reforms. In Mexico, the modifications are related to labor flexibility, creating a precarious employment and an increase in economic inequality. Likewise, the employment situation affects the social conditions of production and reproduction of the workers, so that the high labor demands cause effects on the health-disease-care process of health professionals. Given this panorama, this essay seeks to reflect on how the neoliberal policies implemented on health and work in Mexico have shaped precarious working conditions, which constitute the basis for the development of professional attrition in providers of psychological services.

KEY WORDS: *burnout, neoliberalism, psychology professionals, health, work reforms.*

* Licenciado en Psicología por la FES-Zaragoza, UNAM.
Especialista y Maestro en Medicina Social por la UAM-Xochimilco.
Estudiante del doctorado en el programa Ciencias en Salud Colectiva de la UAMetropolitana-Xochimilco.

Fecha de recepción: 30 de agosto de 2018.
Fecha de aceptación: 18 de febrero de 2020.

Introducción

Actualmente, las condiciones laborales del personal de salud no son favorables. Ejemplo de ello son las elevadas demandas de trabajo, los bajos salarios o la incertidumbre en el contrato de trabajo son algunas de las situaciones que trajo consigo la flexibilidad laboral implementada bajo el modelo neoliberal. Además, ideológicamente, este modelo buscó incorporar nociones como mayor productividad y competitividad en los espacios de trabajo. Ante este panorama, autoras como Luz (2004) menciona que probablemente no existen, hoy en día, profesionales más estresados y sin descanso que aquellos dirigidos a la atención de la salud.

Desde esta línea argumentativa, el presente ensayo busca reflexionar sobre cómo las políticas neoliberales instrumentadas sobre el trabajo y la salud, han configurado condiciones laborales precarias, las cuales constituyen las bases para el desarrollo del desgaste profesional en proveedores de servicios psicológicos. Para ello, se desarrollará la información en tres apartados. En el primero de ellos, se habla sobre las reformas en salud en América Latina. En seguida, se muestra el contexto que produjo la implementación del modelo neoliberal en México y, en el tercer apartado, se exponen datos sobre el desgaste profesional que presentan los profesionales de la psicología en diversos espacios de trabajo desplegando algunas consideraciones finales sobre el tema abordado.

Las reformas en Salud

En América Latina, pueden distinguirse dos reformas en materia de salud, aunque estas “no necesariamente se hayan dado secuencialmente” (Laurell, 2015:22). La primera reforma, es atribuida al documento *Invertir en Salud* del Banco

Mundial (1993) en el cual, se examina la interacción entre la salud humana, las políticas sanitarias y el desarrollo económico. La segunda reforma, se focaliza en la propuesta del aseguramiento universal en salud.

En lo que respecta a la primera reforma, el Banco Mundial es esencial para el viraje a las propuestas neoliberales. Lo anterior, debido a que dicha instancia refiere que se requiere redefinir el papel del Estado y de los privados en materias de salud (Banco Mundial, 1993) para poder atender a las problemáticas que se atribúan a los servicios de salud posterior al recorte del gasto social sobre los servicios públicos de seguridad social.

A partir de lo mencionado, la reforma en salud tuvo varios cambios. No obstante, destacan nuevos discursos sobre salud, la apertura al ámbito de las ganancias privadas, rearticulación del sistema de salud bajo una lógica mercantil o la reducción de la responsabilidad social del Estado (Laurell, 2015).

La segunda reforma en materia de salud tuvo como eje fundamental el aseguramiento universal. Sin embargo, parte de su fuerza ideológica fue subsidiar el seguro a los pobres como justicia social (Laurell, 2015). En ese orden de ideas, se promete proporcionar seguridad social a toda la población sin enunciar los servicios que ampara. Por ello, llama la atención que documentos del Banco Mundial y el Fondo Monetario Internacional hablen de paquetes de servicios que garanticen su sustentabilidad financiera (Tsounta, 2009 citado en Laurell, 2015). En resumen, la propuesta del aseguramiento universal da mayor apertura a los privados y a paquetes de servicios diseñados a las capacidades de pago de la población.

Cabe puntualizar que, la implementación de las reformas en salud y de reajuste social del Estado tuvo sus particularidades en cada uno de los países que conforman América Latina.

El tránsito hacia el neoliberalismo en México

En México, el viraje hacia el modelo neoliberal se instaura en la década de los 80's cuando los gobiernos comienzan el desmantelamiento del Estado benefactor. En ese sentido, los inicios y consolidación del neoliberalismo mexicano pueden adjudicarse a dos gubernaturas del régimen político encabezado por el Partido Revolucionario Institucional (PRI).

En primer lugar, la implantación del modelo neoliberal empieza en el sexenio del presidente Miguel de la Madrid (1982-1988) mediante la aplicación de las estrategias elaboradas por organismos financieros internacionales como el Fondo Monetario Internacional y el Banco Mundial. Dichas estrategias incluían políticas de ajuste macroeconómico (la apertura comercial, la austeridad en el gasto público, una prudente gestión monetaria) y reformas de tipo estructural (el sistema fiscal para incrementar ingresos, la desreglamentación interna y externa y la privatización) (Revueltas, 1993).

Durante este sexenio, concretamente en 1983, comienzan a desmantelarse las instituciones públicas de educación, salud y seguridad social principalmente por la vía del desfinanciamiento. Lo anterior, desencadenó un proceso de detrimento de los servicios y constituyó la base para instrumentar la privatización de los fondos de pensiones u otras modalidades de privatización como la subrogación de servicios dando pie a la expansión de las instituciones privadas.

Años más tarde, en el gobierno de Carlos Salinas de Gortari (1988-1994) tuvo lugar la consolidación inicial del modelo neoliberal con la aceleración en la apertura económica externa que dio pie a la entrada del Tratado de Libre Comercio de Norteamérica (TLC) en 1994. Asimismo, entre los años 1984 y 1992 se impulsó la flexibilidad del trabajo primordialmente mediante la desaparición de contratos colectivos de diversas empresas (Vázquez, 2012).

Desde esta experiencia, a partir de 1992 el Estado mexicano buscó reformar la funcionalidad de los sindicatos hacia un corporativismo neoliberal. En otras palabras, se planteaba la necesidad de un sindicato que mantuviera la alianza con el Estado pero que fuera aliado y promotor de las empresas con la finalidad de aumentar la competitividad y productividad laboral (de la Garza, 2000).

Bajo este contexto, se han originado diversos cambios en la salud y el trabajo de la mayoría de la población mexicana. Algunas modificaciones están relacionadas a la flexibilidad laboral, gestando una precarización del empleo y un incremento en la desigualdad económica (Granados, 2017). Por lo anterior, Laurell (2017) refiere que se ha devastado el tejido social y la destrucción de la estructura productiva, ha llevado a falta de empleos, despidos masivos, deterioro de los contratos colectivos, reformas en la legislación laboral o precarización de diversas formas que impiden a los trabajadores acceder a un salario digno.

Además, en las últimas dos décadas con el fin de acumular más capital grupos importantes de trabajadores son terriblemente explotados o despedidos a causa de enfermedades (Noriega, et. al., 2001). En consecuencia, la situación laboral afec-

ta a las condiciones sociales de producción y reproducción de los trabajadores, por lo que uno de los abordajes fundamentales a esta problemática, es el estudio de las consecuencias de las formas de trabajo y de vida en el trabajador (Cuellar y Pulido, 2015).

El desgaste profesional en proveedores de servicios psicológicos

El desgaste profesional proviene del anglicismo Burnout, el cual ha sido definido como la respuesta frente al estrés laboral crónico que incluye agotamiento, despersonalización y falta de realización personal (Maslach y Jackson, 1981). Diversas investigaciones discuten sobre la traducción más adecuada del término Burnout para los países de habla Hispana (Villa, 2010; Martínez y Preciado, 2009). No obstante, el presente ensayo retomará el concepto de desgaste profesional como sinónimo del burnout, ya que este explica con mayor precisión el carácter dinámico y progresivo de la problemática abordada. Además, que sumarse a dicha discusión rebasaría el objetivo del presente documento.

Por otra parte, el desgaste profesional ha sido abordado desde perspectivas clínicas, psicosociales y socioculturales (Villa, 2010). Desde estos últimos abordajes, se considera que el desgaste profesional se presenta o aumenta por variables como el entorno socioeconómico, el mercado laboral, cambios demográficos en la clase trabajadora, la masificación en la atención o el rápido avance tecnológico.

En otras palabras,

[...] el desgaste profesional no es un trastorno individual; tiene su origen en el entorno de tra-

bajo y no en el trabajador, y es el resultado de un modelo económico que determina las formas de organización que asumen los servicios de salud destinados a la población y que define la posición de los profesionales de la salud en la estructura social (Villanueva, 2017:119).

El personal de salud como grupo de trabajo, lleva a cabo una serie de actividades que realizan en su espacio laboral y profesional, como parte de su actuar cotidiano en salud (Jarillo, Mendoza y Salinas, 2015). Este grupo de trabajo, incluye una gama de disciplinas entre las cuales se encuentra la psicología. Los proveedores de servicios psicológicos ante la flexibilidad laboral y precarización del trabajo generadas por las reformas neoliberales, se encuentran ante la incertidumbre laboral, las ampliaciones de jornadas, mayores cargas de trabajo, poco tiempo para sus espacios de producción o reproducción como clase trabajadora y bajos salarios por su desempeño profesional. Lo enunciado, va configurando la base para el desarrollo del desgaste profesional.

Como ejemplo de lo anterior, Benevides y cols. (2002) estudiaron la relación del burnout con los problemas psicológicos, socio-psicológicos y fisi-co-funcionales en una muestra de 203 profesionales de psicología. Concretamente, encuentran que los tres consecuentes tienen una mayor relación con el cansancio emocional. Asimismo, reportan que la falta de realización personal se relaciona con las consecuencias psico-sociales como irritabilidad o dificultades para controlar la ira.

Por otra parte, Moreno y cols. (2006) buscaron examinar la prevalencia del burnout en 454 psicólogos mexicanos e identificar las variables sociodemográficas asociadas a esta problemática. Entre sus hallazgos más relevantes, se apreciaron

diferencias significativas en la dimensión de agotamiento emocional de acuerdo con el número de horas de trabajo semanales. En otras palabras, los profesionales de la psicología que refieren menos horas de trabajo semanal presentan menores puntajes de agotamiento emocional.

En lo que refiere a esto último, Isaac y cols. (2013) estudiaron a 30 psicólogos del área médico-hospitalaria de dos hospitales de la Ciudad de México. Se halló agotamiento emocional en cerca de la mitad de los participantes, pero ninguna variable laboral resultó significativa para explicar la ausencia del síndrome. Por el contrario, plantean la existencia de factores que pueden proteger a las personas de padecer burnout, como las vacaciones o las actividades extralaborales. No obstante, cabe puntualizar que se requieren hacer análisis sobre los espacios donde laboran (público o privado), con el fin de identificar si se tiene acceso a periodos vacacionales sin la incertidumbre de la pérdida laboral o repercusiones económicas.

Finalmente, se cuenta con hallazgos sobre afectaciones físicas y psicológicas relacionadas al desgaste profesional. En ese orden de ideas, Ortiz y Ortega (2009) estudiaron la prevalencia y grado de afectación del burnout y su relación con la sintomatología asociada al estrés en una muestra de 126 psicólogos mexicanos. En ese sentido, encuentran que la mitad de la muestra presenta afectación por el síndrome, siendo las mujeres las más afectadas. Aunado a ello, la sintomatología física referida con mayor frecuencia fueron dolores de espalda o cuello, problemas gastrointestinales, dificultades con el sueño, cefalea, pérdida o exceso de apetito y resfriados o gripes. En lo que se refiere a la sintomatología psicológica, predominaron los reportes de fatiga generalizada, estado de apresuramiento continuo, sentimiento de can-

sancio mental, dificultad de memoria y concentración e irritabilidad.

Consideraciones finales

El viraje hacia el modelo neoliberal implementó políticas que han impactado a toda la sociedad. En este caso particular, los proveedores de servicios psicológicos se encuentran ante diversos cambios en las condiciones de trabajo por las políticas de ajuste que se vienen realizando en los centros de trabajo, deben atender una mayor cantidad de usuarios, lo cual aumenta la carga de trabajo. Al mismo tiempo, se enfrentan a la precarización laboral, incertidumbre en el contrato colectivo, bajos salarios y las jornadas ampliadas.

Por este motivo, el desgaste profesional como respuesta derivada de una interacción con la gente que ocurre en los prestadores de servicios a la salud, es un impacto generado por las políticas del modelo neoliberal. En ese sentido, los estudios revisados reflejan que los proveedores de servicios psicológicos presentan un desgaste laboral caracterizado primordialmente por cansancio emocional, afectaciones físicas y psicológicas.

Bajo este contexto, resulta relevante analizar el proceso salud-enfermedad-atención de aquellos proveedores de servicios relacionados con la atención a la salud y generar estrategias para poder abordar los efectos negativos generados por el desgaste profesional. Al mismo tiempo, se sugiere llevar a cabo mayores reflexiones sobre el impacto de las políticas de ajuste neoliberal a la salud y el trabajo en el personal la salud, de manera concreta para los proveedores de servicios psicológicos en los cuales se ha estudiado poco este fenómeno.

Referencias bibliográficas

- Banco Mundial. (1993). *Invertir en Salud*. Estados Unidos. Banco Mundial.
- Benevides, A.; Moreno, B.; Garrosa, E. y González, J. (2002). “La evaluación específica del síndrome de Burnout en psicólogos: el “inventario de Burnout de psicólogos”, *Clínica y Salud*, vol. 13, Núm. 3: 257-283.
- Cuellar, R. y Pulido, M. (2015). “Capital, fuerza de trabajo y salud”. En Tetelboin, C. y Granados, J. (coords.). *Debates y problemas actuales en Medicina Social. La salud desde las políticas y derechos, el trabajo, la formación y la comunicación*. México: Universidad Autónoma Metropolitana, 155-136.
- De la Garza, E. (2000). “Las cuentas pendientes del sindicalismo mexicano”, *El Cotidiano*, vol. 16, Núm. 100: 81-89.
- Granados, A. (2017). “Violencia estructural, masculinidad y salud. El sujeto del neoliberalismo”, *Salud Problema, Segunda época*, año 11, Núm. especial: 91-102.
- Isaac, B.; García, G.; Canto, V.; Méndez, J. y Mercedes, C. (2013). “Burnout en psicólogos de la salud: características laborales relacionadas”, *Psicología y Salud*, vol. 23, Núm. 2:217-226.
- Jarillo, E.; Mendoza, J. y Salinas, A. (2015). “La formación de recursos humanos para la salud”. En: Tetelboin, C. y Granados, J. (coords.). *Debates y problemas actuales en Medicina Social. La salud desde las políticas y derechos, el trabajo, la formación y la comunicación*. México: Universidad Autónoma Metropolitana, 85-113.
- Laurell, C. (2017). “Aportes sobre violencia, exclusión social y salud colectiva”. *Salud Problema, Segunda época*, año 11: 38-46.
- Laurell, C. (2015). *Impacto del Seguro Popular en el Sistema de Salud Mexicano*. México: CLACSO, 19-47.
- Luz, M. (2004). “Fagilidade Social e Busca de Cuidado Sociedade Civil de Hoje”. En: *Pinheiro, R.; Mattos, R. Cuidado as Fronteiras da Integralidade*. Rio de Janeiro Editorial: ABRASCO, 9-20.
- Martínez, S. y Preciado, M. (2009). “Consecuencias de las políticas neoliberales sobre el trabajo y la salud de académicos universitarios: el burnout como fenómeno emergente”, *Psicología y Salud*, vol. 19, Núm. 2:197-206.
- Maslach, C. y Jackson, S. (1981). “The measurement of experienced burnout”, *Journal of Occupational Behavior*, vol. 2: 99-113.
- Moreno, B.; Meda, R.; Rodríguez, A.; Palomera, A. y Morales, M. (2006). “El síndrome de burnout en una muestra de psicólogos mexicanos: prevalencia y factores sociodemográficos asociados”, *Psicología y Salud*, vol. 16, Núm. 1: 5-13.
- Noriega, M.; Velasco, R.; Pérez, L. y Franco, J. (2011). “La violación de los derechos laborales y de salud de los trabajadores en México”. En Chapela, M. y Contreras, M. (coords.). *La salud en México*. México: Universidad Autónoma Metropolitana, 277-301.
- Ortiz, G. y Ortega, M. (2009). “El síndrome de burnout en psicólogos y su relación con la sintomatología asociada al estrés”, *Psicología y Salud*, vol. 19, Núm. 2: 207-214.
- Revueltas, A. (1993). “Las reformas del Estado en México: del Estado benefactor al Estado neoliberal”, *Política y Cultura*, vol. 3: 215-229.
- Vázquez, G. (2012). *El viraje neoliberal de la política social y la búsqueda de alternativas en América Latina*. México: Universidad Autónoma de la Ciudad de México.
- Villa, F. (2010). *El desgaste profesional en trabajadores mexicanos de la salud: El papel de las expectativas laborales y el significado del trabajo (Tesis doctoral)*. Universidad Autónoma de Madrid, España.
- Villanueva, L. (2017). “Reflexiones sobre la violencia organizacional en los servicios de salud: del trabajo enajenado a la violencia obstétrica”, *Salud Problema, Segunda época*, Año 11: 111-122.

El campo de la salud mental: reformas paradigmáticas, medicalización y comunidad

Armando Ortiz Tepale* • Elizabeth de Guadalupe Rojas Elena** •
María de Lourdes Patricia Femat González***

RESUMEN

En este trabajo presentamos una revisión crítica sobre la forma en la que el Estado, la sociedad y las instituciones han dado respuesta al tratamiento de los trastornos mentales en el campo de la salud mental. Nuestro propósito es discutir las condiciones histórico sociales en las que se ha intervenido estos trastornos y las implicaciones políticas, éticas y profesionales en las formas de tratar al paciente psiquiátrico, es decir, mediante una implacable medicalización. En el siglo XX, las reformas psiquiátricas trataron de superar las prácticas manicomiales y hospitalarias mediante la reinserción social del paciente psiquiátrico y con base en enfoques comunitarios. Sin embargo, el hospital psiquiátrico ha sido el eje de atención predominante y, por ende, la atención a los trastornos mentales es eminentemente de carácter farmacológico, lo cual dificulta la posibilidad de superar la medicalización de los pacientes psiquiátricos.

PALABRAS CLAVE: reformas psiquiátricas, trastornos mentales, intervención comunitaria, políticas de salud mental.

The field of mental health: paradigmatic reforms, medicalization and community

ABSTRACT

This work presents a critical review on the mode that state, society, and institutions have cope with the treatment of mental disorders in the field of mental health. Our aim is to discuss the socio-historical conditions of treatment and the political, ethical, and professional implications. In XX century, psychiatric reforms attempted to overcome asylum and hospital practices through social reintegration of psychiatric patients, based on community approach. However, psychiatric hospital has been the predominant axis of mental health services, thus, the assistance in this field is eminently pharmacological, which hinder overcoming medicalization of psychiatric patients' life.

KEYWORDS: psychiatric reforms, mental disorders, community service, mental health policies.

* Profesor-investigador Asociado C de Tiempo Completo del Departamento de Educación y Comunicación de la Universidad Autónoma Metropolitana Unidad Xochimilco.

** Profesora-investigadora Asociado D de Tiempo Completo del Departamento de Educación y Comunicación de la Universidad Autónoma Metropolitana Unidad Xochimilco.

*** Profesora-investigadora Titular C de Tiempo Completo del Departamento de Educación y Comunicación de la Universidad Autónoma Metropolitana Unidad Xochimilco.

Fecha de recepción: 20 de diciembre de 2019.

Fecha de aceptación: 18 de febrero de 2020.

Introducción

En la segunda mitad del siglo XX, las reformas psiquiátricas promovieron superar las prácticas manicomiales y asilares como modelos de atención a la psicosis y, con base en esto, crear sistemas sectoriales, intersectoriales o universales de salud mental, mediante el diseño y puesta en marcha de políticas de salud en países desarrollados tales como Italia, Francia, España, Gran Bretaña, Estados Unidos y Canadá. En la actualidad, en varios países el hospital psiquiátrico es el eje de atención de los servicios de salud mental, donde predomina la perspectiva biomédica, las prácticas clínico-hospitalarias, la intervención en crisis y la evitación de estancias prolongadas. De acuerdo a la perspectiva de los organismos internacionales, el problema de superar el manicomio y el hospital psiquiátrico radica en la dificultad de integrar los servicios de salud mental en los tres niveles de atención en salud y en el establecimiento de servicios comunitarios. En la mayoría de los países, las políticas en salud mental son poco favorables para mejorar las condiciones médicas, sociales, políticas, civiles y humanas de los pacientes psiquiátricos. En México, las políticas y los servicios de salud mental favorecen la medicalización de la vida del paciente psiquiátrico, su abandono y estancia de por vida en instituciones asilares.

Reformas psiquiátricas paradigmáticas

Las reformas psiquiátricas en Europa, Estados Unidos y Canadá surgieron después de la Segunda Guerra Mundial. El descubrimiento de los neurólépticos, la introducción del psicoanálisis y las ciencias sociales en el hospital psiquiátrico, las características del sistema sanitario y las alternativas al manicomio diferenciaron los movimientos en cada país; lo común era superar el manicomio y establecer la zonificación, la continuidad

de cuidados y la integración de los tres niveles de atención en salud. En América Latina y el Caribe, las reformas y reestructuraciones de los servicios de salud mental se han realizado a partir de la década de 1990. La revisión de estas reformas y reestructuraciones permite comprender el sentido político y terapéutico de los servicios de atención en salud mental.

Después de la Segunda Guerra Mundial, en el ámbito social francés hubo una conciencia de transformar el manicomio porque en el conflicto bélico habían muerto alrededor del 40% de los pacientes psiquiátricos internados. A partir de los debates y discusiones suscitados en las Jornadas Nacionales de Psiquiatría de 1945 y 1947 en Francia, los especialistas propusieron estructurar los servicios públicos de ayuda y de cura disponibles con el fin de brindar una atención universal y de calidad, lo cual dio origen a la política de sector, esto es, la delimitación de áreas de atención, la continuidad de cuidados y la integración de los tres niveles de atención en salud (Desviat, 1994). Uno de los puntos cruciales y de defensa del sector fue la unidad e indivisibilidad de los procedimientos de prevención, profilaxis, cura y post-cura. Aunque se estableció la necesidad de abolir el internado, en la práctica se asumió la definición de procedimientos de tratamiento institucional, de ahí que se planificara la creación de nuevos departamentos y dispensarios articulados con los equipos hospitalarios. Y, además, se asumió la política de territorialización de la asistencia que posibilitara un mejor conocimiento de los programas y acercar las prestaciones a la población.

En Francia, la Comisión de las Enfermedades Mentales, creada por la Dirección de Salud Mental, retomó en la circular del 15 de marzo de 1960 la idea de la transformación de los asilos en hospitales, considerando la hospitalización como una

etapa del tratamiento psiquiátrico, el cual debe continuarse en los centros de prevención y cura; de esta forma, se avizoró intervenir en el entorno social del paciente, liberarlo de las sujeciones de su enfermedad y dejarlo al máximo de su autonomía (Desviat, 1994). Un principio esclarecedor de la reforma francesa fue la exploración de todas las posibilidades terapéuticas de la comunidad antes de crear establecimientos especializados (Hochmann, 1971).

Este principio orientó la política pública en salud mental sobre el uso de los recursos existentes en el contexto social, pretendió desarticular el hospital psiquiátrico como eje de atención y propició la asistencia descentralizada en zonas focalizadas en torno a una multiplicidad de servicios comunitarios.

Los tres principios fundamentales de la política de sector francés son: 1) la sectorización o zonificación, es decir, la delimitación de áreas de 50 a 100 000 habitantes; 2) la continuidad terapéutica, esto es, el mismo equipo en el conjunto de cada sector asegura el tratamiento, la toma a cargo del paciente en los diferentes servicios y etapas de tratamiento y 3) el eje de asistencia desplazado del hospital a los servicios extrahospitalarios, o sea, el paciente debe ser atendido, en lo posible, en su propia comunidad para evitar el efecto cronificante de la institucionalización (Desviat, 1994).

En el caso del Reino Unido, en 1943 los enfermos mentales fueron organizados en el hospital de Northfield por Wilfred Ruprecht Bion y John Rickman (Desviat, 1994). Los hospitales cuidaban tanto a la población civil como a los excombatientes con trastornos derivados de su experiencia en la guerra. En este periodo, además de los problemas provocados por el conflicto bélico, se evi-

denciaron las crisis sociales del país: indigencia, enfermedad, miseria y desempleo. Debido a la escasez de recursos materiales y humanos durante el periodo de guerra, la comunidad terapéutica, fundamentada en una perspectiva por superar las instituciones totales y parciales, ofreció una forma de organizar los recursos existentes para atender a la población. La psicoterapia institucional y la comunidad terapéutica, como modalidades de atención psiquiátrica, buscaron recuperar la experiencia del paciente suscitada por la enfermedad mental y por la intervención médica recibida (Desviat, 1994). La reforma psiquiátrica del Reino Unido respondió a un ejercicio de actuación de los involucrados junto al fortalecimiento de las políticas y servicios de salud y la prueba está en la Promulgación de la Ley de Creación del Servicio Nacional de Salud en 1948.

En 1954, en el Reino Unido se organizó una comisión para estudiar la legislación referente a la enfermedad y retraso mental, cuyas recomendaciones fueron brindar cuidado apropiado a la gente con trastornos mentales y en 1959 se estableció que los enfermos mentales deben ser tratados como el resto de los pacientes. De ahí que el Ministerio de Salud de este país fomentara la creación de unidades psiquiátricas en los hospitales generales y en los hospitales de día, lo cual ocasionó la disminución de los ingresos psiquiátricos. La importancia de las políticas y servicios de salud británicas radican en la planificación regionalizada y en la oferta de servicios completos, lo cual, a su vez, impide el riesgo de centralización de la administración en salud. Debido a que los servicios de salud en general y los servicios comunitarios locales dependían de los hospitales psiquiátricos, su cierre fue descartado. De hecho, las políticas de salud orientaron el fortalecimiento tanto de los servicios locales en hospitales gene-

rales y hospitales de día como de los programas de atención parcial y de los servicios residenciales locales.

En el caso de Italia, a finales de 1961 Franco Basaglia llegó al Hospital Psiquiátrico de Gorizia y tomó el cargo de director después de trece años de práctica psiquiátrica en una clínica universitaria (Desviat, 1994). Junto con un equipo de psiquiatras, primero, transformó el hospital en una comunidad terapéutica y, luego, propuso devolver a la sociedad al enfermo mental, desmontando el manicomio. En 1962, la fórmula de gobierno centro-derecha dio paso a gobiernos centro-izquierda, los cuales ensayaron reformas sociales en los ámbitos de la administración centralizada, escolares y sanitarios. El movimiento antiinstitucional se conformó en el campo de una coyuntura política y gubernamental que posibilitó el reclamo y la acción social.

Para Basaglia, la comunidad terapéutica era una etapa provisional que debía ser negada y la acción política ser llevada a cabo al exterior para interpelear los mecanismos de exclusión al enfermo mental (Desviat, 2007; Basaglia, [1968] 1972). La acción política fue posible gracias al sostén de las organizaciones de base, tales como los sindicatos y las organizaciones estudiantiles. El objetivo era negar y desmontar el manicomio, su ideología y sus prácticas. El movimiento antiinstitucional reconocía la enfermedad mental y la psiquiatría, pero se oponía y rechazaba el mandato de la sociedad y de las clases dominantes de que los psiquiatras aislaran y anulaban socialmente a los enfermos mentales.

Los efectos de este movimiento presentaron una paradoja: la destrucción del manicomio y de la psiquiatría celadora implicó construir servicios

alternativos con el fin de establecer nuevas formas de sociabilidad y de subjetividad para quienes necesitan atención psiquiátrica, en contraste, la ley 180 del Estado italiano significó el fin de la psiquiatría alternativa debido a que el conjunto de objetivos y de las prácticas que proponía se convirtieron en una prescripción jurídica de Estado. En Italia, el Partido Radical propuso un referéndum para la revocación de la legislación psiquiátrica italiana vigente desde 1904 (Desviat, 1994).

La Ley 180 fue aprobada en mayo de 1978 y asumió normativamente lo que constituye la condición de posibilidad de desinstitucionalización, el cierre del manicomio y la creación de los servicios psiquiátricos alternativos en la comunidad; estableció la prohibición de nuevos ingresos en hospitales psiquiátricos a partir de mayo de 1978 y de ningún tipo a partir de diciembre de 1981; promovió la creación de servicios psiquiátricos comunitarios por áreas geográficas; suprimió el estatuto de peligrosidad social del enfermo mental e incluyó la protección de sus derechos civiles.

Por último, la reforma psiquiátrica en España se conformó después de la dictadura, en un contexto de transición política hacia la reconstrucción democrática de la sociedad (Desviat, 1994). El modelo español abogó por una atención comunitaria alternativa al hospital psiquiátrico y la creación de estructuras intermedias, de rehabilitación y reinserción social y de programas conjuntos con servicios sociales. El marco político y la herencia del falangismo social establecieron las principales condiciones de una atención comunitaria caracterizada por la universalidad, la zonificación y la instauración de un sistema de atención primaria. De hecho, un primer antecedente de la reforma psiquiátrica española sucedió en la Segunda República (1931-1939), en particular, en

un proyecto de reforma orientado a transformar la legislación referente al internamiento de los enfermos mentales con base en la superación de las prácticas manicomiales. La Liga de Higiene Mental organizó misiones en pueblos y ciudades para sensibilizar a los poderes gubernamentales sobre los problemas de salud mental, utilizando espacios públicos como universidades, escuelas y casas del pueblo. Una generación de psiquiatras, involucrados en proyectos de renovación política, cultural y científica, elaboró una psiquiatría donde convergieron búsquedas de respuestas formativas, legislativas y asistenciales. Los intentos de reforma fueron obturados por la victoria franquista en la guerra civil en 1939.

Hasta 1971, en un ambiente politizado contra la dictadura, los psiquiatras residentes y los de los manicomios plantearon de nueva cuenta la necesidad de una reforma. No obstante, fue hasta la década de 1980 cuando comenzaron las reformas psiquiátricas en diputaciones y comunidades con gobiernos de izquierda. En 1977, los servicios asistenciales de salud mental se acotaban a los hospitales psiquiátricos, a las consultas de neuropsiquiatría, a un conjunto heterogéneo de centros de salud mental municipales y de la red benéfica estatal y a pocas camas en hospitales generales universitarios.

Las reformas psiquiátricas acontecidas en Francia, Reino Unido, Italia y España son ejemplos paradigmáticos de la transformación de los servicios de salud mental a partir de las políticas públicas y suponen brindar un trato distinto al enfermo mental alejado de las prácticas manicomiales. La materialización de estas reformas ocurrió debido a la convergencia de interés intelectual, político, económico y social. Sin embargo, cada reforma tuvo un desarrollo desigual debido a la ausencia o

insuficiencia de recursos sociales, psiquiátricos y comunitarios alternativos al manicomio o al hospital psiquiátrico.

El sistema de salud mental de Estados Unidos y Canadá

Por otra parte, el sistema de salud de Estados Unidos se ha caracterizado por la atención centrada en la capacidad adquisitiva del individuo y la falta de una política universal de salud. El ciudadano puede tener servicio médico gratuito si tiene más de 65 años o si el Estado lo reconoce como indigente. De hecho, el esquema de este país se caracteriza por el abandono de toda responsabilidad pública en salud. La atención sanitaria americana ha estado dominada por lo seguros, los cuales pagan a hospitales privados los servicios solicitados por sus clientes (Desviat, 1994). A principios de 2010, en este país se aprobó la reforma del sistema de salud, mediante la cual se busca expandir los servicios médicos a la sociedad como paso para una cobertura universal, controlar los costos crecientes del sistema de salud y mejorar el sistema de prestación de salud (Ganduglia, 2010).

En la historia americana temprana, las prácticas y discursos sobre el loco y la sinrazón eran muy similares a las de Europa. En la época colonial, los locos eran identificados con los criminales y los pobres; algunos eran depositados en zonas alejadas; en otros casos, eran encarcelados o se les enviaba a alberges o casas de caridad y aún otros más vagaban por el campo. La creación de asilos o manicomios se extendió por Estados Unidos mediante instituciones privadas. En 1869, la atención psiquiátrica se institucionalizó con la inauguración del Williard Asylum en Nueva York (Desviat, 1994). En 1909, se creó el Comité Nacional para la Higiene Mental, lo que después se

convirtió en la Asociación Nacional para la Salud Mental, un movimiento opositor a las formas custodiales de atención y defensor de un tratamiento en la comunidad. Salvo la creación en 1930 de una División de Higiene Mental en el Departamento de Salud Pública, hubo pocos cambios hasta después de la Segunda Guerra Mundial.

El 5 de febrero de 1963, el presidente John F. Kennedy propuso un programa nacional de salud mental para resaltar la importancia del cuidado al enfermo mental (Desviat, 1994). El tema central fue la asistencia comunitaria, materializada en el programa *Community Mental Health Centers Act of 1963*, mediante el cual se promovía la creación nacional de servicios para la prevención y diagnóstico de la enfermedad mental, la asistencia y el tratamiento de los enfermos mentales y su rehabilitación. Los principios orientadores del trabajo de los Centros de Salud Mental Comunitarios fueron la accesibilidad, información adecuada a la población de referencia sobre la existencia de los programas, gratuidad, disponibilidad, énfasis en la prevención de la enfermedad, búsqueda de las necesidades de toda la población y delegación de responsabilidades a la administración frente al enfermo y su familia. Sin embargo, el funcionamiento de estos centros era inviable debido a la carencia de un sistema nacional de salud y cobertura universal.

Las nociones de prevención, riesgo y población en riesgo y teoría de la crisis son los elementos conceptuales de la psiquiatría preventiva y comunitaria en Estados Unidos, es decir, un modelo construido a partir de categorías epidemiológicas y de salud pública (Caplan, [1964] 1980). La psiquiatría preventiva se refiere al cuerpo de conocimientos profesionales, tanto teóricos como prácticos, que pueden ser utilizados para planear

y llevar a cabo programas para reducir la frecuencia, la duración y el deterioro de las enfermedades mentales en una comunidad. Se ensayó un modelo de atención en salud mental que trascendiera la asistencia centrada en el sujeto enfermo, para proyectarse en la comunidad tratando de producir cambios positivos en asilos, escuelas, centros laborales y la sociedad. El objetivo era modificar los factores predisponentes a la enfermedad y posibilitar el bienestar o la información necesaria para lograrlo por medio de programas generales de promoción de la salud y la selección de grupos de riesgo. De hecho, la perspectiva de este modelo se sustentó en la noción de aportes básicos que consta del bienestar físico y de los aportes psicosociales y socioculturales.

A diferencia de los centros comunitarios, en 1967 se crearon los centros de intervención en crisis, los cuales son lugares alternativos a la hospitalización tradicional y situados en el hospital general, en los centros de salud mental comunitarios, en las estructuras preventivas o como intervenciones en poblaciones consideradas de riesgo (Desviat, 1994). El modelo de estos centros consiste en la identificación de grupos y sectores de la población en situaciones de riesgo, la evaluación de la persona, del contexto situacional y de los factores precipitantes, la planificación de la actividad terapéutica rápida en crisis, la intervención para ayudar a la persona a un conocimiento intelectual del significado durante y después de la crisis. La crítica a los centros de intervención en crisis radica en la sobreutilización de sus servicios, lo cual provoca una dependencia total del paciente ambulatorio hacia los servicios de atención psiquiátrica. Al carecer de un sistema universal de salud mental, los esfuerzos se ven copados por intervenciones rápidas y llegan a modificar o adecuar las aportaciones del psicoanálisis, terapias

sistémicas, conductistas y psicofarmacológicas. Lo que caracteriza al modelo norteamericano es un enfoque pragmático y una visión a corto plazo en la atención a la salud mental.

Por otra parte, en la década de 1960 Canadá experimentó cambios en su vida política y económica, la salud y la educación (Desviat, 1992). En 1962 el gobierno canadiense creó una comisión de investigación para evaluar el estado de los hospitales psiquiátricos, la cual emitió dos recomendaciones principales: prohibir la construcción de nuevos hospitales psiquiátricos y considerar la enfermedad mental como cualquier otra. De hecho, después de la Segunda Guerra Mundial, Québec había puesto en marcha un plan estatal de actuación social para enfrentar las desigualdades existentes en la sociedad, el cual comprendió la adopción de un régimen nacional y universal de cobertura ante la enfermedad.

El modelo sanitario de Québec se caracteriza por un sistema de salud comunitario descentralizado y financiado por recursos públicos y privados, la inclusión de la sociedad civil en la gestión de las prestaciones y un plan cuyos objetivos están orientados hacia las epidemias de la sociedad moderna. Aunque los problemas a resolver fueron la disminución de las desigualdades y el fomento de la prevención y la autonomía, la universalización no ha garantizado por sí sola la equidad. En consecuencia, se destinaron más recursos a las poblaciones más vulnerables, a quienes se les denominan grupos de riesgo.

La salud pública define como grupos de riesgo a un conjunto de personas que, por su condición biológica, conductual, social o económica, son más susceptibles a determinadas enfermedades o al desarrollo de estados de salud deficientes

(Desviat, 1994). Gracias a los estudios epidemiológicos y la creación de indicadores, al sistema de salud canadiense se le facilita identificar a los grupos de riesgo para realizar acciones apropiadas sin la espera de la demanda, como sucede, en contraste, con los modelos asistenciales tradicionales. A su vez, estas intervenciones facilitan la aceptación de la población y son más proclives a identificar sus necesidades sanitarias.

La desinstitucionalización canadiense estuvo sustentada en la descentralización y regionalización de los servicios, la interrupción de construcción de nuevos hospitales psiquiátricos, la edificación de servicios de hospitalización psiquiátrica en hospitales generales, la creación de redes alternativas y de una oficina en el Ministerio de Sanidad. El sistema de salud mental se caracteriza por su gratuidad, universalidad y accesibilidad, y el desarrollo de servicios complementarios de rehabilitación y prevención. Para Desviat (1994) la psiquiatría canadiense es de orientación psicodinámica, humanista y comunitaria, situada entre el sector francés y la psiquiatría comunitaria americana.

Reformas y reestructuraciones en América Latina

En 1990 se publicó lo que se conoce como Declaración de Caracas, un documento que consta de las bases conceptuales y las recomendaciones para América Latina y el Caribe relativas a la reestructuración de los servicios psiquiátricos. Los representantes de Brasil, Chile, Ecuador, España, Argentina, México, Panamá, República Dominicana, Uruguay y Venezuela acordaron modificar los servicios de atención psiquiátrica de sus países con el fin de superar las prácticas manicomiales (Desviat, 1994; OPS, 1990). Este documento

resalta que las necesidades de atención psiquiátrica y de salud mental en América Latina son de tal magnitud que demandan nuevas respuestas, las cuales deben ser creativas, diferentes y razonablemente osadas. La situación de los servicios de ese entonces era insatisfactoria y se avizoró que se agravaría aún más en la siguiente década. La Declaración proclamó la necesidad de promover medios terapéuticos y un sistema garante del respeto a los derechos humanos y civiles de los pacientes con trastornos mentales y de superar el hospital psiquiátrico al establecer modalidades de intervención alternativas en las redes sociales de la propia comunidad. Los efectos de esta iniciativa causaron movimientos de actualización legislativa y de sensibilización de la necesidad del cambio, reconocimiento y salvaguardia de los derechos de los pacientes y de la reforma de los modos de asistencia en casi todos los países de la región.

A principios de la década de 1990, las condiciones económicas de la mayoría de los países de América Latina y el Caribe estaban en declive, las cuales los encauzaron a un endeudamiento externo a la par de una inflación desmesurada y creciente. Los gobiernos de los países de la región habían sido incapaces de brindar respuestas al problema del subdesarrollo e incremento de la pobreza extrema y las necesidades sociales habían aumentado como efectos de las crisis económicas, agudizadas por el gasto social y el deterioro de los servicios sociales básicos. A este problema se sumaba el proceso acelerado de urbanización, desempleo, desintegración social, criminalización de sectores jóvenes, incremento de enfermedades con componentes psicosociales como las cerebrovasculares, cirrosis, suicidio, accidentes automovilísticos y desnutrición.

Los servicios de atención psiquiátrica de la región se caracterizaban por su dispersión y duplicación escasa de servicios, en su mayoría de tipo manicomial, sin relación alguna con el resto de los sistemas sanitarios. A esto se sumaba unas prestaciones sociales escasas o inexistentes y la ausencia de recursos sociales de apoyo comunitario. Los procesos de reforma ensayados en América Latina en la década de los setenta y ochenta se caracterizaron por responder a momentos coyunturales y, en consecuencia, fueron irrelevantes debido a la falta de asignación de recursos para el seguimiento de proyectos.

En 1990, la estrategia de la Organización Mundial de la Salud (OMS) propuso ampliar la cobertura de atención para que toda persona pudiera acceder a los servicios de salud, por lo cual, enfatizó la necesidad de cambiar el modelo de servicios, de uno medicalizado a otro que promueva las acciones universales de prevención y cuidado; se hizo hincapié en descentralizar y democratizar los servicios por medio de sistemas locales de salud y del desarrollo de atención primaria como forma de utilizar con mayor eficiencia los limitados recursos de la región. En América Latina, la psiquiatría colectiva de Brasil se convirtió en un caso paradigmático (Desviat, 1994; Amarante, 2009; Saraceno, 2003).

A raíz de la II Conferencia Nacional de Salud Mental, se presentó un proyecto de ley en el Senado brasileño que proponía la extinción progresiva de los manicomios y su sustitución por otros recursos asistenciales y la reglamentación del internamiento psiquiátrico voluntario (Desviat, 1994). La transformación de los servicios psiquiátricos en Brasil sucedió en un momento de transición política, de articulación de la sociedad civil posterior a los años de dictadura militar. La constitución democrática de 1988 consideró la salud

como un derecho de todos y un deber del Estado asegurar el acceso universal e igualitario a las medidas y servicios para la promoción, protección y recuperación de la salud.

En el contexto de la salud mental y la atención psicosocial brasileña, la crisis es vista como una situación social más que biológica o psicológica y, por este motivo, se trata de un proceso social (Amarante, 2009). La crisis es resultado de una serie de factores que involucran a terceros, sean familiares, vecinos, amigos e, incluso, desconocidos. Se trata de un momento que puede ser resultado de una disminución de la solidaridad de unos para con otros, de una situación de precariedad de recursos para poder tratar a las personas en su domicilio. Desde esta perspectiva, la reforma brasileña pretendió articular una red de relaciones entre sujetos que escuchan y cuidan, como médicos, enfermeros, psicólogos, terapeutas ocupacionales, asistentes sociales, entre otros, con sujetos que viven los problemas, tales como familiares y usuarios. En Brasil, los decretos ministeriales instituyeron varias modalidades de atención, entre las cuales están el hospital de día, los talleres terapéuticos y, en particular, los centros de atención psicosocial, los cuales buscan disponer de operadores de diversas categorías profesionales, tales como músicos, artistas plásticos y artesanos, con base en las posibilidades de cada servicio, unidad o de la creatividad de cada uno. Este tipo de servicios pueden ser considerados más territoriales cuando sean capaces de desarrollar relaciones con los recursos existentes en el ámbito de su comunidad como asociaciones civiles solidarias para la invención de estrategias de atención psicosocial.

El principio de intersectorialidad está presente en estos centros, es decir, se trata de estrategias que acompañan a los sectores sociales, incluyendo la salud en general, la salud mental, las políticas pú-

blicas y la sociedad como un todo. Estos servicios deben salir de su sede y buscar en la sociedad vínculos complementarios y amplificadores de los recursos sociales existentes. En suma, la idea de la reforma psiquiátrica brasileña es que las políticas de salud mental y atención psicosocial deben organizarse en red a partir de la formación de una serie de puntos de encuentro, trayectorias, cooperación, iniciativas y actores sociales involucrados.

A partir del Decreto 106 del 11 de febrero de 2000, en Brasil se instituyeron los servicios residenciales terapéuticos, lugares destinados a personas que habían sido internadas en instituciones psiquiátricas por un periodo de al menos dos años (Amarante, 2009). Hasta 2009, la expectativa era que la residencia se extendiera a todos aquellos que también tuvieran dificultades de vivienda o convivencia familiar. Esta medida supone una alternativa para las personas que han vivido internamientos prolongados, pero también para aquellas que nunca han pasado por un hospital psiquiátrico, lo cual evitaría el proceso de institucionalización del enfermo mental.

Una de las áreas relevantes de la reforma brasileña es la Estrategia de Salud de la Familia, surgida en 1994 bajo el nombre de Programa de Salud de la Familia (Amarante, 2009). El equipo básico de esta estrategia consta de un médico, un enfermero, un auxiliar de enfermería y de cuatro a seis agentes de salud, quienes deben vivir en el propio territorio de actuación del equipo. Cada equipo es responsable de la atención de 800 familias aproximadamente. Esta estrategia es considerada una de las formas de atención primaria en salud, cuyo foco es la familia y pretende revertir el modelo asistencial biomédico, centrado en la enfermedad y su tratamiento.

La estrategia de salud de la familia ofrece la posibilidad de promover, educar a la comunidad y desarrollar prácticas para pensar y tratar con la salud. Se considera que la mayoría de los problemas de salud pueden y deben ser resueltos en el ámbito de la red básica, esto es, por medio de medios más simples, sin muchas sofisticaciones tecnológicas de diagnóstico y tratamiento. En el caso de la salud mental, a nivel terciario las respuestas son estandarizadas, masificadas, elementales y priman las medicaciones sedativas, contenciones en cama y el aislamiento. En contraste, es en el nivel primario de la red básica donde las acciones deben ser más complejas: trabajar con la familia, las personas en crisis, los vecinos y los actores sociales en el territorio adonde viven.

La reforma psiquiátrica brasileña representa un caso paradigmático en América Latina y su énfasis en la enfermedad como proceso social ubica los recursos de la comunidad como los lados fuertes para promover la salud y prevenir las enfermedades. La intersectorialidad como estrategia evita, por una parte, la centralización administrativa de los servicios de salud mental y, por otra, permite que cada sector esté interconectado.

Tarea pendiente: superar el hospital psiquiátrico

En 2001, la OMS señaló la importancia de resolver los problemas de la salud mental en el mundo con base en la superación del hospital psiquiátrico como eje de atención por medio de servicios comunitarios, lo cual supone un cambio en las políticas de salud mental, la distribución de recursos, la formación de profesionales, la modificación de la legislación en materia de salud y el reconocimiento de los derechos humanos y civiles del paciente psiquiátrico. En este apartado

revisamos las recomendaciones de la OMS para ubicar la salud mental en el marco de la salud pública y los problemas relativos al realizar un cambio de paradigma.

En 2001, la OMS estimó que sólo una pequeña minoría de los 450 millones de personas que padecen un trastorno mental o del comportamiento está en tratamiento (OMS, 2001). En particular, en los países en desarrollo a las personas con enfermedades psiquiátricas se les abandona a su suerte a enfrentar sus padecimientos, razón por la cual muchas de ellas se convierten en víctimas y en objetos de estigmatización y discriminación.

Los trastornos mentales constituyen un problema de salud pública en todas las sociedades y representan el 12% de la carga global de las enfermedades (OMS, 2005; Saraceno, 2007). Del total de personas afectadas por trastornos mentales en el mundo, la OMS estima que 150 millones padecen depresión, 25 millones están afectadas por esquizofrenia, 38 millones sufren epilepsia, 90 millones tienen trastornos relacionados al consumo de alcohol o de drogas y cerca de un millón se suicida cada año. La incidencia de los trastornos mentales aparece con mayor frecuencia en la población joven en edad productiva.

Los enfermos mentales enfrentan la estigmatización y discriminación en la mayoría de los países; las familias soportan una proporción significativa de los costes económicos por la ausencia de redes integrales de apoyo de salud mental financiados por fondos públicos, lo cual agrava la carga emocional de cuidar a los miembros enfermos; la calidad de vida de los cuidadores disminuye, experimentan exclusión social y pérdida de oportunidades para vivir; los grupos en circunstancias adversas son los más vulnerables y los servicios

de salud mental están infrafinanciados, en particular, en los países en vías de desarrollo.

La OMS aseveró que la aparición de las enfermedades mentales está influenciada por factores biológicos, psicológicos y sociales, afecta a personas de todas las edades en todos los países, es causa de sufrimiento tanto para las familias y las comunidades como para los individuos y cada vez existen más evidencias científicas validadas internacionalmente para afirmar que estas enfermedades se asientan en el cerebro, por lo que para esta organización los conocimientos acerca de la salud mental y del funcionamiento de la mente proporcionan el fundamento necesario para comprender mejor el desarrollo de los trastornos mentales y del comportamiento.

El concepto de salud mental no es sólo la ausencia de trastornos mentales, sino una gama de factores relativos al desarrollo físico, mental, social y ambiental para garantizar en cierta medida el bienestar de los individuos y de la sociedad. Comprender los trastornos mentales y conductuales implica asumir un enfoque biopsicosocial, esto es, cambiar el paradigma científico y la opinión pública acerca de que los trastornos mentales sólo radican en afectaciones del cerebro o del sistema nervioso central, o del funcionamiento psicológico y de factores externos como la guerra, la pobreza, el racismo, entre otros.

La salud pública tiene como tarea integrar una visión biopsicosocial explicativa y de intervención para prevenir y atender a las personas con algún trastorno mental. Sin embargo, este enfoque integrativo está obturado porque el hospital psiquiátrico sigue siendo el eje de atención en salud mental en el mundo. Para la OMS, su cierre es definitivo si y sólo si se crean servicios comunitarios

de atención para las personas con algún trastorno mental. Desde este punto de vista, el cierre de los hospitales psiquiátricos debe realizarse a la par de la creación y puesta en práctica de servicios comunitarios de forma paulatina; crear servicios comunitarios sin cerrar los hospitales psiquiátricos, de acuerdo con la OMS, es un peligro para la viabilidad de los primeros porque se mantendría la visión y las prácticas hospitalarias y asilares como principales formas de atención sin dar paso al cambio de paradigma.

En 2001, la OMS emitió diez recomendaciones para reformar los servicios de salud mental: dispensar el tratamiento en la atención primaria, asegurar la disponibilidad de psicotrópicos; prestar atención en la comunidad, educar al público, involucrar a las comunidades, las familias y los usuarios, establecer políticas, programas y legislación nacionales, desarrollar recursos humanos, establecer vínculos con otros sectores, vigilar la salud mental en las comunidades y apoyar nuevas investigaciones biológicas y psicosociales.

El informe de la OMS sobre la salud de 2010 (OMS, 2010) enfatizó brindar una cobertura universal, evitar el recorte al gasto de asistencia sanitaria y buscar opciones que mejoren la eficiencia, como los prepagos de los servicios por un gran número de personas con la consiguiente mancomunación de los fondos para cubrir los costes de la asistencia sanitaria de todos los involucrados. El énfasis puesto en la cobertura universal y el problema de su financiamiento es relevante en una época de crisis económicas, políticas y sociales en el ámbito global.

La importancia de la cobertura universal radica en que la promoción y la protección de la salud son esenciales para el bienestar humano y para un

desarrollo socioeconómico sostenido; se asume que la salud para todos contribuye a mejorar tanto la calidad de vida como la paz y la seguridad en el mundo. Pero la promoción y preservación de la salud se encuentran más allá de los límites del sector sanitario porque las circunstancias en las que las personas crecen, trabajan y envejecen influyen en gran medida en la manera en la que ellas viven y mueren. La educación, la vivienda, la alimentación y el empleo tienen efectos sobre la salud de las personas, por lo que corregir las desigualdades en estos ámbitos disminuirá las que se producen en la salud.

De acuerdo con la OMS, hay tres obstáculos para lograr la cobertura universal: la disponibilidad de recursos, puesto que ningún país ha logrado garantizarla; la dependencia excesiva de los pagos directos de medicamentos con o sin receta y las cuotas de consultas y procedimientos cuando la gente necesita asistencia y, por último, el uso ineficiente e inequitativo de los recursos. La identificación de estos obstáculos simplifica el modo de solucionarlos debido a que los gobiernos de cada país llevan a cabo o postergan reformas sanitarias conforme a sus propias políticas, proyectos y programas y contextos sociales.

Las tendencias de la reforma sanitaria en el mundo han estado orientadas a la descentralización y a la reforma de los sistemas de financiación de la salud. El proceso de descentralización comenzó en los países industrializados y ha influenciado a los países en vías de desarrollo, lo cual implica cambios en el sistema político y económico como respuestas al fenómeno de la globalización, a la adecuación de las necesidades locales y a la transformación por conflictos civiles y desplazamiento de la población.

Las reformas de la financiación han estado orientadas a la mejora del acceso a la atención sanitaria, la equidad de los servicios y la promoción del uso de tecnologías con el fin de obtener mejores resultados a partir de la perspectiva coste-beneficio. Para los gobiernos, estas reformas representan un método para controlar el coste de las prestaciones sanitarias y para repartir el gasto en la población.

Las oportunidades que ofrecen las reformas son la integración de los servicios de salud mental en los de la salud en general y el incremento del presupuesto para los trastornos mentales; los riesgos incluyen la marginalización de los servicios, su fragmentación y exclusión debido a la descentralización, el incremento de los gastos sufragados por los pacientes y la exclusión del tratamiento de trastornos mentales por los seguros públicos y privados.

La salud mental de las sociedades está influenciada por factores macrosociales y macroeconómicos ajenos al sector salud. Las políticas gubernamentales influyen negativa o positivamente en la salud mental de la población al tomar en cuenta o ignorar que sus decisiones sobre el ámbito político, económico y social causan efectos en la salud mental. A esto se suman varios factores de riesgo favorecedores de trastornos mentales: la pobreza, la urbanización descontrolada, la delincuencia, el desempleo, entre otros.

En suma, todo proceso de reforma de servicios de salud mental está destinado a enfrentar, solucionar y postergar problemas en los ámbitos sociales, colectivos, políticos, ideológicos y económicos. La realidad social de cada región y país delimita la forma en la que se pueden llevar a cabo reformas sanitarias en general y de salud mental en particular. Si bien corresponde a los gobiernos llevar a cabo estas reformas conforme

a las recomendaciones basadas en la evidencia, éstas no pueden ser realizadas sin la participación de los involucrados: familiares, pacientes, profesionales, asociaciones civiles, entre otros.

La OMS (2005), en su conjunto de guías sobre servicios y políticas de salud mental, recomendó mejorar los servicios de salud mental con base en el conocimiento disponible sobre la comprensión, el tratamiento y la atención sanitaria de las personas que padecen trastornos mentales, considerando las reformas y las políticas gubernamentales en otros sectores. El conjunto de guías comprende las políticas, los planes y programas, la financiación, la legislación y derechos humanos, el fomento, la mejora de la calidad, la organización, la planificación y presupuestos de los servicios de salud mental.

Las tendencias de las reformas sanitarias orientan a descentralizar los servicios, esto es, la ubicación de zonas geográficas y la distribución de los servicios y los recursos a los sectores en situaciones adversas; en consecuencia, esto implica modificar la financiación sanitaria de acuerdo al contexto de cada país e integrar los servicios de salud mental en la atención sanitaria, en particular, en el nivel de atención primaria (OMS, 2005). Esta recomendación puede brindar atención en salud mental mediante los servicios sanitarios en general cuando algún país carezca gravemente de cuadros profesionales especializados, reducir el estigma social que implica padecer un trastorno mental y reducir los costos de atención.

Las políticas gubernamentales macroeconómicas pueden tener efectos positivos y negativos en la salud mental (OMS, 2005). La pobreza es considerada como un factor determinante de los trastornos mentales debido a que las personas experimentan estados de adversidad ambiental y

psicológica; la urbanización indiscriminada incrementa el riesgo de carecer de vivienda, de pobreza y de exposición a adversidades ambientales como la contaminación; la carencia de vivienda puede generar estrés y angustia en las personas y el desempleo es un desencadenante de depresión y comportamiento autodestructivo.

La legislación laboral puede favorecer un ambiente de trabajo seguro, pero el empleo por sí mismo no garantiza la salud mental. Los sistemas de seguridad social pueden proporcionar una cobertura adecuada para las discapacidades atribuidas a los trastornos mentales. Mediante las escuelas es posible llevar a cabo acciones de prevención y promoción en el campo de la salud mental. Puesto que las personas con trastornos mentales tienen una relación significativa con el sistema judicial penal, son necesarias las políticas preventivas de encarcelamiento inapropiado y la canalización de estas personas a los establecimientos para su tratamiento.

A partir de lo expuesto, la cronicidad de las enfermedades mentales y el empobrecimiento global de los pacientes no están determinados por la enfermedad en sí, sino por una cantidad de ámbitos sociales, políticos, familiares, morales y culturales que pueden ser modificados mediante la reforma de los servicios psiquiátricos. Estas recomendaciones sugieren que la atención al enfermo mental tiene sentido si es llevada a cabo por los actores y programas involucrados que constituyen, en conjunto, los factores de riesgo y protección. Debido a la institucionalización, la vulneración de los derechos humanos y el abandono que implica el orden manicomial y asilar, es necesario cambiar el paradigma de los servicios de salud mental, de la hospitalización a la asistencia comunitaria.

De acuerdo con los principios de asistencia, una perspectiva comunitaria tiene enormes beneficios, tales como evitar la violación de derechos humanos, establecer diagnósticos oportunos e intervenciones puntuales, brindar continuidad en la asistencia, contar con una amplia gama de servicios, incluir a los pacientes y familiares en los programas, establecer redes de apoyo e integrar los servicios de salud mental en la atención primaria. La atención comunitaria en salud mental tiene como fin rehabilitar a las personas con trastornos mentales.

La idea de habilitar implica realizar la siguiente interrogante: ¿cómo pueden rehabilitar los servicios de salud mental comunitarios lo que no está habilitado? Desde el punto de vista de la OMS, la rehabilitación está fundamentada en evitar la minusvalía y disminuir la discapacidad del paciente psiquiátrico. La rehabilitación tiene que ver con la familia y la comunidad, escenarios sociales donde la asistencia comunitaria ofrezca marcos de intervención para incluir a familiares, pacientes, comunidades, redes y profesionales en los cuidados al paciente.

Las ideas de empresa social, la rehabilitación psicosocial, los componentes de la asistencia, la integración de la salud mental en la salud pública son determinantes en la configuración de servicios intersectoriales y de inclusión en servicios de primer nivel de atención en salud. De hecho, los gobiernos deben ser los responsables de garantizar los servicios de salud mental y, de forma paralela al funcionamiento del hospital psiquiátrico, de poner en marcha planes y programas de intervención psicosocial o psiquiatría comunitaria con base en el diseño de políticas públicas para la prestación de este tipo de servicios que, de alguna manera, garanticen su viabilidad. El diseño de políticas de salud mental debe enfrentar y

solucionar problemas relativos al financiamiento, el diseño de políticas de salud mental, establecer bancos de información, identificar grupos vulnerables, respetar los derechos humanos e influir en la legislación en el ámbito.

Si las políticas de salud mental están orientadas a superar la psiquiatría asilar como eje de atención, el desarrollo de servicios comunitarios de salud mental debe ser paralelo al cierre paulatino de los hospitales psiquiátricos, donde éstos quedarían como una posibilidad de atención. De hecho, las políticas públicas deben garantizar que los servicios de salud mental sean integrados en los hospitales generales con vinculación a los servicios comunitarios.

Cabe resaltar que el cierre paulatino de los hospitales psiquiátricos y la creación de servicios de salud mental comunitarios implica la adquisición de fondos, el establecimiento de redes, la focalización de la población a atender y dado que la mayoría de los países en desarrollo carecen de profesionales formados académicamente en salud mental y servicios comunitarios, es imprescindible revisar los planes y programas de estudio de las universidades para que los profesionales de la salud mental orienten su quehacer en ese sentido.

Otro de los aspectos importantes es la concienciación de la población acerca de los trastornos mentales, donde los medios masivos de información pueden jugar un papel clave en la difusión de información sobre este ámbito. Además, los recursos comunitarios pueden ser elementos para propiciar el involucramiento de la población y un cambio de actitud y representación sobre los trastornos mentales y su tratamiento. Resolver los problemas de la salud mental puede pasar a la modificación de las prácticas y las representacio-

nes, pero con esto, también las estructuras sociales que las preceden y las determinan.

De hecho, en muchos países en desarrollo, los programas de asistencia a personas con trastornos mentales no son prioritarios; no se dispone de servicios psiquiátricos para la población en general y los únicos existentes están en los hospitales, los cuales están centralizados, de grandes dimensiones; el manicomio es una comunidad aparte; las leyes son anacrónicas y se carece de formación de cuadros de profesionales para el trabajo comunitario (OMS, 2001).

De acuerdo con un trabajo realizado en conjunto entre la OMS y *World Organization of Family Doctors* (WONKA), la integración de la salud mental en los servicios de atención primaria en salud puede ser una forma de eliminar problemas suscitados por la hospitalización, deshospitализación y manicomialización (OMS y WONKA, 2008). Algunos países como Argentina, Belice, Brasil, Chile, India, Irán, Arabia Saudita, Sudáfrica y Uganda han realizado programas piloto para integrar los servicios de salud mental en los de atención primaria, de manera que el paciente sea atendido en su misma comunidad y sea socialmente integrado.

En los países en desarrollo donde se han organizado nuevos servicios de salud mental, por regla general, se han constituido como parte de la atención primaria de salud debido a la falta de profesionales capacitados y recursos para prestar servicios especializados. La opción de utilizar todos los recursos comunitarios disponibles posee el atractivo de capacitar a los individuos, las familias y las comunidades para que hagan de la salud mental un objetivo de los ciudadanos más que de los profesionales. En general, la atención en salud mental no está recibiendo los apoyos necesarios

en los países en desarrollo. Incluso en países donde programas piloto han demostrado el valor para integrarla en la atención primaria de salud, ese enfoque no se ha hecho extensivo a la totalidad de sus territorios.

Los servicios de salud mental en México

La creación de los hospitales psiquiátricos en México y el cierre de El Manicomio General de la Ciudad de México, mejor conocido como La Castañeda, marcaron el inicio de la psiquiatría mexicana moderna. A pesar de la construcción de nuevas unidades hospitalarias y de las reformas psiquiátricas suscitadas en la década de 1950 y 1960, prevalecieron las corrientes organicistas y el orden manicomial y asilar. En la actualidad, los servicios de salud mental están adheridas a prácticas biomédicas y han evitado su reestructuración con base en las recomendaciones internacionales y las experiencias de otros países.

La historiografía de la locura, de las psicosis, de las enfermedades mentales y de la psiquiatría en México es escasa, en el sentido de que quienes se han abocado a esta tarea pertenecen a disciplinas ajenas al oficio de la historia y sus formas de hacerla corresponde a sus motivaciones y perspectivas particulares y circunstanciales, a saber: la historia construida por psiquiatras, quienes fueron funcionarios de alto nivel y destacaron los grandes logros políticos e institucionales de hospitales y manicomios, la historia revisionista y sustentada en el estudio de archivos y la descripción del funcionamiento de nosocomios y la historia fundamentada en una perspectiva que objetiva los intereses del sujeto que investiga (Sacristán, 2005). En términos del quehacer historiográfico, es evidente las limitaciones que este trabajo contiene, dentro de las cuales en este apartado sólo señalaremos algunos acontecimien-

tos importantes en la forma de atender la locura y los trastornos mentales en México. En particular, retomamos una lectura sobre la construcción del Manicomio General y otra sobre la transición psiquiátrica en México a partir de la instauración del hospital psiquiátrico como eje de atención en salud mental.

La historia mexicana refiere la existencia de dos hospicios para dementes: el de San Hipólito, fundado por Bernardino Álvarez en 1560 y el de La Canoa o Divino Salvador, fundado por José Sáyago en 1680 (Rodríguez, 1993; Calderón, [2002] 2008; Sacristán, 2005). Estos hospicios atendieron a locos, pervertidos, desenfrenados, mendigos y viajeros. Aunque hasta finales del siglo XIX fueron administrados por la iglesia católica, su funcionamiento perduró hasta la creación del Manicomio General en 1910 en la Ciudad de México.

La Constitución de 1867 prohibió que los hospicios quedaran en manos de particulares y órdenes y asociaciones religiosas, por lo que su administración pasó a ser responsabilidad de la Dirección General de Beneficencia Pública, una dependencia de la Secretaría de Gobernación. Años más tarde, cuando el presidente de México Porfirio Díaz giró instrucciones para construir el Hospital General de la Ciudad de México, se asistía a una especie de modernización de la atención médica y existía la voluntad de la administración pública por incorporar los avances científicos a la medicina mexicana.

En el II Congreso Médico Panamericano de 1886, el Dr. Samuel Morales Pereyra y el Dr. Antonio Romero, integrantes de la Junta General nombrada por el Secretario de Gobernación, el General Manuel González Cosío, proyectaron en una ponencia la edificación de un manicomio para la Ciudad de México (Rodríguez, 1993). El antece-

dente de este trabajo fue un documento titulado *El manicomio* de 1884, publicado por la Oficina Tipográfica del Ministerio de Fomento, cuyo contenido aborda la literatura sobre higiene mental y propone establecer un manicomio con base en las experiencias de Bélgica, Estados Unidos, Inglaterra y Francia. En esos años, México carecía de alienistas debido a la inexistencia de la especialidad en el país.

El contenido de *El manicomio* refería que el estudio de la locura estaba olvidado y retirado de la observación de especialistas y justificaba la conveniencia de colocar a los locos en sitios más o menos aislados, donde la caridad pública pudiera hacerse cargo de ellos (Rodríguez, 1993). Los miembros de la Junta General retomaron las ideas de Philippe Pinel sobre el tratamiento moral basado en la paciencia y la observación patológica, el cual brinda, por una parte, los principios generales para la construcción, la organización y la separación de los enfermos por tipo de afección y, por otra, establece la importancia del médico en la observación y dirección material de los enfermos; de Jean-Étienne Esquirol retomaron su experiencia sobre la dirección de los primeros asilos para enajenados y la importancia atribuida a la medicina mental.

La tesis central de la ponencia del Dr. Morales y del Dr. Romero giró en torno al problema de aislar o liberar a los enfermos mentales, esto último en dos modalidades: colocándolos a vivir con familias o ubicándolos en colonias de locos. La Junta rechazó estas dos modalidades porque, de acuerdo con las experiencias europeas y norteamericanas y las doctrinas psiquiátricas, el asilamiento se juzgaba como el primero y el más importante de todos los medios de tratamiento para los enajenados y, además, por su inviabilidad en el contexto mexicano debido al modo de ser so-

cial, las costumbres y la falta de educación de la sociedad. Entonces, el encierro del enajenado estaba justificado por una supuesta protección y una pretendida ineptitud social (Rodríguez, 1993).

La opción del encierro se justificó debido a los aparentes fracasos de creación de comunidades de locos o a colocarlos a vivir con familias en las experiencias europeas. Los autores referían que estos dos sistemas brindaban resultados de curación muy inferiores a los obtenidos por el sistema de reclusión completa en manicomios cerrados, el cual, en consecuencia, era el único adoptable en el contexto mexicano, procurando tener en el interior del manicomio suficiente extensión de terreno para desaparecer la idea del claustro, expandir el ánimo de los aislados y entregarlos al trabajo de horticultura y floricultura. A la ineptitud de la sociedad mexicana se sumó el conocimiento de los avances científicos, factores que justificaron el encierro de los locos.

La curación de la locura en esa época estaba caracterizada por una mezcla de eliminación de síntomas, control del padecimiento y reinserción social del paciente en el menor tiempo posible. La identidad de la locura y la peligrosidad son un hecho único indivisible y la necesidad de aislar al loco para reeducarlo era el dispositivo social propuesto por el régimen porfirista (Rodríguez, 1993). En cuanto a los recursos económicos destinados a los locos, la Junta General eligió la reclusión y la centralización de los servicios en una institución, en la que ellos estarían en buenas condiciones y contarían con cama, vestido y alimento.

El fracaso del manicomio comenzó el mismo día en que se inauguró debido a la falta de una planificación adecuada y lo que fue una institución calculada para albergar a 800 personas, recibió

hasta cinco veces esa cantidad. La ausencia de una planificación, el hacinamiento y la falta de mantenimiento fueron las causas más evidentes de la cronicidad y la institucionalización de los pacientes.

Hay cuatro acontecimientos determinantes en la instauración del modelo asilar del manicomio: la aplicación del positivismo en las ciencias y las actividades humanas, la tradición mexicana de recluir a los locos en hospicios regulados por la iglesia y el Estado, la ausencia de médicos alienistas y especialistas en el país y el encargo a la Junta General para estudiar y proyectar la construcción del manicomio sin considerar las modalidades terapéuticas existentes en el mundo. En conclusión, la construcción del Manicomio General de la Ciudad de México, conocido como *La Castañeda* (1910-1967), responde a la demanda de orden y progreso por el Estado.

Por otra parte, María Eugenia Ruiz-Velasco Márquez (2007), quien estudió la transición psiquiátrica en México, se preguntó sobre la forma en la que se concretó su aislamiento en la década de los años sesenta cuando predominaban las recomendaciones internacionales y las críticas a la psiquiatría y sus representantes; sus hallazgos señalan que en esa década hubo un retroceso en la psiquiatría mexicana en relación con las tendencias internacionales. De 1965 a 1995, predominaron los enfoques organicistas; de hecho, hubo pocos intentos de reforma psiquiátrica y los que emergieron, se caracterizaron por su irrelevancia. Además, había un rechazo relacionado con la transformación institucional por parte de las posturas psiquiátricas tradicionales de ese periodo.

Ruiz-Velasco (2007) identifica tres momentos en los que el Estado mexicano se ocupó en las soluciones de los enfermos: la creación del Manicomio

de La Castañeda, el cual se volvió un depósito para enfermos; la creación de los grandes hospitales asilares en 1968 en la zona suburbana de la Ciudad de México y la creación del Hospital Psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez” (HPFBA), una institución que ha brindado mejores condiciones de tratamiento, asumiendo las nociones de reintegración a la comunidad y convirtiéndose en un centro de enseñanza e investigación y, por último, la creación del Instituto Mexicano de Psiquiatría en 1980 y, desde el año 2000, Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz.

Las soluciones innovadoras al problema de la enfermedad mental generaron obstáculos al paso del tiempo debido a la inexistencia de monitoreo y transformación ante la demanda creciente y la oposición de incluir alternativas de tratamiento distintas a la perspectiva asistencial, manicomial y hospitalaria. Además, las propuestas asistenciales en la creación de hospitales asilares y del HPFBA han absorbido la mayor parte del presupuesto destinado a los servicios de atención psiquiátrica. En otras palabras, la política de centralización de este rubro ocasiona que los recursos sean asignados a ambientes hospitalarios asilares, lo cual deja de lado la oportunidad de utilizar los recursos en otras esferas.

A pesar de la existencia de otras modalidades de tratamiento, la psiquiatría mexicana se ha adherido al paradigma biomédico, una tendencia que descalifica por antonomasia otros enfoques provenientes de campos no médicos, como las ciencias sociales. De hecho, estas últimas son consideradas como amenazas a las prácticas actuales de los hospitales psiquiátricos porque cuestionan los efectos de las prácticas terapéuticas dominantes, la burocratización de los servicios de salud mental y la forma en la que el gobierno federal canaliza los recursos, entre otros ámbitos.

Las generaciones de especialistas en psiquiatría se educan en un campo que perpetúa el paradigma biomédico, a pesar de que los organismos internacionales refieren que los pacientes tienen un mejor pronóstico cuando se les brindan tratamientos psicosociales y farmacológicos en lugar de centrar la atención en los últimos. La psiquiatría en México presentó un retroceso en relación con las tendencias internacionales a partir de la década de 1960 y, en la actualidad, su adherencia biomédica son efectos de ese pasado que reducen a la psiquiatría a un enfoque asistencial que obstaculiza algún cambio de paradigma. Para comprender el estado de los servicios de salud mental en México, es necesario ubicarlo en el sistema de salud.

De acuerdo con la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE), el sistema de salud mexicano se caracteriza por ser un esquema centralizado y excluyente en la prestación de los servicios de salud (OCDE, 2005). La población mexicana rebasa los cien millones de habitantes, de los cuales, sólo cerca del 40% de la población cuenta con algún tipo de seguridad social como el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) y el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). La población carente de seguridad social puede acudir a los servicios que brinda la Secretaría de Salud regulada por el gobierno federal y un sector reducido cuenta con ingresos que le permiten adquirir servicios médicos en clínicas y hospitales privados de alto costo.

En la zona centro del país se encuentran las principales instituciones prestadoras de servicios de salud. En las ciudades y las zonas urbanizadas de los estados de la república se ubican los mejores servicios de salud, lo cual dificulta que la población dispersa en zonas marginadas y rurales pueda recibir asistencia médica especializada. Los

hospitales de alta especialidad se concentran en la Ciudad de México, mientras que los de primer y segundo nivel se ubican de forma dispersa en los estados de la república. Esta distribución territorial de los servicios provoca que la mayor parte de los recursos financieros se transfieran al centro del país, que la población de los estados tenga que viajar de sus lugares de origen a la ciudad, con el gasto económico, emocional y físico que esto conlleva y que los cuadros de profesionales de la salud prefieren brindar asistencia en las instituciones de la zona centro del país. Aunque a partir de la década de 1990, el Gobierno Federal ha llevado a cabo acciones para descentralizar los servicios de salud de manera que cada estado se responsabilice de sus recursos y tome sus propias decisiones, la burocracia del sistema de salud ha dificultado el proceso. Además, la ausencia de un esquema universal de salud es uno de los factores que obstaculiza brindar asistencia sanitaria a la población.

En particular, es necesario centrar la atención en los efectos de la Norma Oficial Mexicana NOM-025-SSA2-1994 para la prestación de servicios de salud en unidades de atención integral hospitalaria médico-psiquiátrica, publicada en el Diario Oficial de la Federación (DOF) el 16 de noviembre de 1995. Esta norma estableció la modernización de los modelos de servicios de atención psiquiátrica (DOF, 1995). De hecho, la perspectiva subyacente a esta norma implica mantener una perspectiva predominantemente biomédica.

La hospitalización, ya sea voluntaria o involuntaria, se brinda a aquellos usuarios que necesiten atención médica. Una vez que los usuarios son dados de alta, ellos pueden acudir a la consulta externa y a programas psicosociales brindados en los centros comunitarios con programas diseñados para esto. Los efectos de la Norma Oficial,

por un lado, excluyen los enfoques psicosociales, puesto que el modelo biomédico es el que predomina como parte de los procedimientos rehabilitadores en los hospitales, es decir, la psiquiatría hospitalaria engloba todo tipo de prácticas en la atención de usuarios en términos operativos y legales.

Evaluaciones de los servicios de salud mental en México a principios del siglo XXI

Los resultados de dos evaluaciones de los servicios de salud mental en México, publicados en 2004 y 2010 respectivamente, echaron por tierra la normatividad junto con los planes, programas, metas, estrategias y acciones del Gobierno Federal que en la década de los 90 propusieron reformar los servicios de salud mental en el país. El desplazamiento del paradigma psiquiátrico hospitalario y especializado por alternativas comunitarias ha quedado en letra muerta.

Cabe destacar algunos de los resultados derivados de la Evaluación de Servicios de Salud Mental en la República Mexicana, realizado en 2002 por expertos internacionales a solicitud del Dr. Julio Frenk, ante el Programa Regional de Salud Mental de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y su similar en la OMS. El objetivo de esta evaluación fue conocer y asesorar a las autoridades de la Secretaría de Salud de México sobre el Plan de Acción en Salud Mental 2001-2006, el Plan Maestro en Infraestructura para la Atención a la Salud Mental en el Estado de México y Distrito Federal 2001-2006, el Plan de Desarrollo de Infraestructura para la Salud y las experiencias innovadoras y algunos desarrollos de los servicios de salud mental en estados de la República Mexicana.

El programa de trabajo incluyó la visita a hospitales psiquiátricos, hospitales generales, centros de salud, hogares de tránsito, casas de medio camino, centros comunitarios de salud mental y centros de rehabilitación. El programa focalizó las referencias relacionadas con las necesidades y los cuidados de las personas con trastorno mental severo debido a su gravedad, su tendencia a la larga evolución y ser origen de gran número de discapacidades.

Estos ámbitos ofrecen los mejores indicadores para evaluar si una red comunitaria de servicios de salud mental ha desarrollado la diversidad necesaria de componentes, si están cohesionados y si operan con la calidad mínima requerida (OPS y OMS, 2004).

En general, los resultados de la evaluación de los servicios de salud mental fueron desfavorables. Las críticas resaltaron la ambigüedad de los documentos informativos y de los planes estratégicos de los centros visitados y cuestionaron el concepto de niveles, donde los servicios de salud mental suelen tener sólo dos niveles de atención y dado que el tercero se reserva a hospitales con recursos altamente especializados, no son característicos de los hospitales psiquiátricos. De hecho, el tercer nivel es utilizado para clasificar actividades asistenciales relacionadas con la rehabilitación y la prevención terciarias. Sin embargo, se carece de una red amplia y sofisticada para clasificarlas de esa manera puesto que varias de las instituciones se basan en el conteo de camas (OPS y OMS, 2004).

En relación con los servicios comunitarios, éstos ofrecen un buen servicio ambulatorio a los pacientes, brindan apoyo a sus familiares, enseñan atención de la salud a escuelas y empleados públicos, toman medidas preventivas e insisten en la reducción del consumo de alcohol y de la violencia

familiar; sin embargo, en los centros de salud se excluyen las necesidades de las personas con trastornos mentales y de quienes tienen dificultades de aprendizaje (OPS, 2004). En el caso de los hospitales generales visitados, las únicas camas disponibles para enfermos psiquiátricos corresponden al sistema público de seguridad social. Y en el caso de Instituto Nacional de Psiquiatría, sus servicios de atención están orientados a enfermos neuropsiquiátricos, su infraestructura y recursos técnicos es buena, pero carece de integración en una red asistencial comunitaria (OPS y OMS, 2004).

En particular, los hospitales psiquiátricos muestran el lado más desfavorable de los servicios de salud mental (OPS y OMS, 2004). Por ejemplo, los pacientes con trastornos esquizofrénicos y afines están mal atendidos por el sistema sanitario existente, dominado por la deficiente atención y custodia y algunos de ellos se encuentran en condiciones deplorables. De acuerdo con el Plan Maestro en Infraestructura para la atención a la Salud Mental en el Estado de México y Distrito Federal 2001-2006, se previó cambiar los hospitales psiquiátricos por edificios nuevos, lo cual perpetuará el aislamiento de los pacientes y la estigmatización de los servicios psiquiátricos.

En este sentido, se sugiere que la hospitalización debe ser el último recurso y debe promoverse dentro de los hospitales generales. De acuerdo con esto, si se crea un sistema integral de establecimientos comunitarios, se prescindirá de hospitalizar a la gran mayoría de los pacientes. Además, los hospitales psiquiátricos del país tienen un diseño panóptico, la condición jurídica del paciente es clara, es decir, no se respetan sus derechos humanos ni civiles, hay una mezcla de categorías diagnósticas, existe un contexto de insuficiente especificidad en los programas terapéuticos, el número de reingresos es alto, los pro-

gramas de rehabilitación se reducen a la física y la reinserción social está limitada por la escasa interacción con organismos de la comunidad y la seguridad social.

Por otra parte, de acuerdo con el informe de 2010 de *Disability Rights International* (DRI) y la Comisión Mexicana de Defensa y Promoción de los Derechos Humanos (CMDPDH), el contexto de los servicios de salud mental en México es deplorable, la tendencia está centrada en fortalecer las prácticas hospitalarias asilares, lo cual desalienta la posibilidad de vincular las instituciones existentes con la comunidad y otros servicios de salud. DRI y la CMDPH visitaron veinte instituciones que internan a miles de niños y adultos en la Ciudad de México y en los estados de Jalisco, México, Oaxaca, Puebla y Veracruz. En la mayoría de estas instituciones los abandonados se consumen de por vida (DRI y CMDPH, 2010). La única excepción entre los lugares que fueron visitados es el HPFBA, un hospital que cuenta con recursos de personal considerablemente mayores a los de otras instituciones y que atiende a personas por periodos más cortos.

Cuando los pacientes son dados de alta del HPFBA, es enviada al sistema de albergues residenciales a puerta cerrada en la Ciudad de México si no pueden vivir independientemente o carecen de familia que cuide de ellos en la comunidad. Una vez ubicados en estos albergues, conocidos como Centros de Asistencia e Integración, los individuos se convierten en abandonados. Ya sea que estas instituciones se mantengan limpias o que se sometan a los pacientes a condiciones precarias, todas aíslan y segregan innecesariamente a las personas, violando así sus derechos humanos.

En México, la negación de la capacidad jurídica de las personas con discapacidad internadas en

instituciones imposibilita a los individuos a buscar la aplicación de sus demás derechos. El artículo 19 de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad establece la obligación de todos los gobiernos de alejarse de las instituciones para garantizarle a toda persona con discapacidad una oportunidad de vivir en la comunidad. El informe de investigación de DRI señala que México está avanzando en la dirección opuesta: aunque el gobierno de México es líder mundial en conseguir el reconocimiento internacional de los derechos de personas con discapacidad, el sistema de salud mexicano segrega a miles de personas por el resto de su vida en instituciones de estancia prolongada.

Reflexiones finales

Este trabajo muestra que las posibilidades de reforma psiquiátrica están determinadas por varios factores entrelazados como la estructura del sistema de salud y los servicios de salud mental, las leyes sobre salud mental, el reconocimiento de los derechos humanos y civiles de las personas con trastornos mentales, la disponibilidad de recursos para su financiamiento, la formación de profesionales de la salud mental médicos y no médicos, el desarrollo socioeconómico y cultural de cada país, la sensibilización moral de la sociedad y los significados que el Estado y los gobiernos asignan a la salud mental ya que la definición que le atribuyen ha influenciado significativamente en los modos de afrontar los trastornos mentales.

Sin embargo, con base en la revisión de la literatura hay un tema poco abordado: los factores psicosociales que mantienen, sustentan, posibilitan u obstaculizan las transformaciones de las prácticas y discursos relativos a las enfermedades mentales, para lo cual se requiere sustentar la mirada investigativa desde alguna teoría que enlace

los fenómenos psicológicos con los sociales en un terreno específico dado. La tendencia a superar el hospital psiquiátrico y sus prácticas está orientado a una perspectiva comunitaria, sin embargo, las acciones en este campo han sido insuficientes debido a la medicalización implacable de la

vida del paciente psiquiátrico y, además, hay una cuestión insuficientemente esclarecida: las prácticas y discursos producidos en torno al paciente psiquiátrico para reinscribirlo e integrarlo en la comunidad.

Referencias bibliográficas

- Amarante, P. (2009). *Superar el manicomio. Salud mental y salud psicosocial*. Buenos Aires: Topía.
- Basaglia, F. ([1968] 1972). “La institución de la violencia”. En Franco Basaglia *et al.* *La institución negada. Informe de un hospital psiquiátrico*. Barcelona: Barral, 127-169.
- Calderón, G. ([2002] 2008). *Las enfermedades mentales en México*. México: Trillas.
- Caplan, G. ([1964] 1980). *Principios de psiquiatría preventiva*. Buenos Aires: Paidós.
- Desviat, M. (1994). *La reforma psiquiátrica*. Madrid: Dor.
- Desviat, M. (2007). “Crítica a la razón psiquiátrica”, *Archipiélago. Cuadernos de crítica de la cultura*, Núm. 76: 29-37.
- Diario Oficial de la Federación 16 de noviembre de 1995: Norma Oficial Mexicana NOM-025-SSA2-1994, para la prestación de servicios de salud en unidades de atención integral hospitalaria médico-psiquiátrica. <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/025ssa24.html> (consulta 1 de abril de 2011).
- DRI y CMDPH (2010). Abandonados y desaparecidos: segregación y abuso de niños y adultos con discapacidad en México. <http://www.disabilityrightsintl.org/> (consulta 1 de abril de 2011).
- Ganduglia, C. (2010). “La reforma del sistema de salud de los Estados Unidos de América”, *Medicina*, vol. 70, Núm. 4: 381-385.
- Hochmann, J. (1971). *Hacia una psiquiatría comunitaria*. Tesis para una psiquiatría de los conjuntos. Buenos Aires: Amorrortu.
- OMS (2001). Informe sobre la salud en el mundo 2001. Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas. Ginebra.
- OMS (2005). El contexto de la salud mental. Asturias: Editores Médicos.
- OMS y WONKA (2008). Integrating Mental Health into Primary Care. A Global Perspective. Singapore.
- OMS (2010). Informe sobre la salud en el mundo: la financiación de los sistemas de salud: el camino hacia la cobertura universal. Ginebra.
- OPS (1990). Declaración de Caracas. Adoptada por aclamación por la Conferencia: Reestructuración de la atención psiquiátrica en América Latina. Caracas. http://www.oas.org/dil/esp/Declaracion_de_Caracas.pdf (consulta 1 de abril de 2012).
- OPS Y OMS (2004). Evaluación de servicios de salud mental en la República Mexicana. México.
- OCDE (2005). Estudios de la OCDE sobre los sistemas de salud: México. México: Secretaría de Salud.
- Rodríguez, C. (1993). “Del espacio mental al espacio físico. Justificación de la construcción de “La Castañeda””. En: Gabriel Araujo Puallada, Alicia Izquierdo Rivera y Raúl René Villamil Uriarte (Coords.), *Tramas. Subjetividad y procesos sociales*. México: Universidad Autónoma Metropolitana-Unidad Xochimilco, 25-38.
- Ruiz-Velasco, M. E. (2007). *Psicosis, subjetividad y respuestas institucionales*. Tesis doctoral en Cien-

- cias Sociales con Especialidad en Psicología Social de Grupos e Instituciones. México: Universidad Autónoma Metropolitana-Unidad Xochimilco.
- Sacristán, C. (2005). "Historiografía de la locura y de la psiquiatría en México. De la hagiografía a la historia posmoderna", *Frenia*, vol. V, Núm. 1: 9-33.
- Saraceno, B. ([1995] 2003). *La liberación de los pacientes psiquiátricos. De la rehabilitación psicosocial a la ciudadanía posible*. México: Pax.
- Saraceno, B. (2007). La iniciativa para la reestructuración de la atención psiquiátrica en las Américas: implicaciones para el mundo. En Jorge J. Rodríguez (Ed.), *La reforma de los servicios de salud mental: 15 años después de la declaración de Caracas* (pp. 6-20). Washington, D. C: Organización Panamericana de la Salud.

La asistencia social en los albores del siglo XXI en México

Ángel Mundo López*

RESUMEN

El presente trabajo ofrece una aproximación a los cambios que ha experimentado la asistencia social en México desde el último cuarto del siglo XX. En este periodo los empresarios han instrumentado diversas estrategias para la apropiación de los recursos públicos y la obtención de otros beneficios, entre ellos el reconocimiento público, merced la realización de obras filantrópicas que ocasionan el debilitamiento de los servicios y las responsabilidades estatales.

PALABRAS CLAVE: políticas, asistencia social, fundaciones filantrópicas.

Social Assistance at the dawn of the 21st century in Mexico

ABSTRACT

This paper offers an approach to the changes that social assistance has undergone in Mexico since the last quarter of the 20th century. During this period, businessmen have implemented various strategies to appropriate public resources and obtain other benefits, including public recognition, through philanthropic works that weaken services and state responsibilities.

Keyword: Policies, social care, philanthropic foundations.

* Doctor en Ciencias Sociales por la Universidad Autónoma Metropolitana (UAM). Profesor investigador de la licenciatura en Política y Gestión Social de la UAM Xochimilco.

Fecha de recepción: 20 de diciembre de 2019.
Fecha de aceptación: 25 de febrero de 2020.

El Estado no siempre ha desempeñado las mismas tareas. Dado que las obligaciones gubernamentales se vinculan de manera directa con los campos público y privado, a decir de Nora Rabotnikof (2005), éstos nunca han permanecido estáticos, sino que dependen del momento histórico en el que nos encontremos. La asistencia social también ha visto modificar tanto al sujeto responsable de atender las necesidades básicas de los ciudadanos como los alcances de sus acciones, pudiendo representar tanto una obligación pública como un asunto meramente privado, lo que termina definiendo sus objetivos, ya sea que se perfile hacia el cumplimiento de un derecho, o que se convierta en una acción filantrópica o altruista, o un negocio.

Los orígenes de la asistencia social se ubican entre los siglos XVII y XVIII como parte de las acciones que desempeñaba “una parte de la aristocracia y de la gran burguesía católicas [que] inventaron la idea de <<asistencia social>>” (Sarasua en Adelantado, 2000: 352). Más adelante, en el siglo XIX, esta política se convertiría en la principal acción llevada a cabo por el Estado para establecer una red de protección para las personas más necesitadas. Tanto la red asistencial, y, posteriormente la red de seguridad social, fueron creadas y ampliadas a medida que avanzaba el siglo XX. Ya en el último cuarto del siglo pasado se comenzó a presentar una tendencia de lento y más tarde acelerado y continuo retraimiento de las funciones asistenciales por parte del Estado neoliberal, prefigurando una nueva modalidad de asistencialismo en el marco de la reproducción capitalista globalizada.

En este tenor, México ha desmantelado sus ya de por sí precarios sistemas de seguridad y protección social con el objetivo de cumplir con los requerimientos que impone la economía del libre mercado, socavando toda forma de solidaridad

social¹, para dar paso a una situación en la que cada persona se tiene que responsabilizar de su vida, salud y porvenir (adquirir una mayor formación para volverse más “empleable”, desembolsar recursos extraordinarios para adquirir asistencia médica de calidad, —o por lo menos expedita—, ahorrar para tener una mejor pensión al finalizar su etapa productiva, etcétera).

En esta tendencia, México ha comenzado a instaurar una forma de política social que autores como Teresa Incháustegui han denominado monetarizada,² y que, desde nuestro punto de vista han terminado por transformar a una de sus ramificaciones, la asistencia social, en algo que podemos denominar como filantropía fundacional o fundacionalización de la política asistencial,³ que se caracteriza por un tipo de acciones en la que los agentes privados, por medio de la creación de fundaciones realizan actividades que el gobierno ya no puede o quiere realizar, beneficiándose por la vía de las exenciones fiscales o por transferencias monetarias directas bajo el nombre de donaciones, con lo que la afectación al fisco es por partida doble: no sólo dejan de tributar, sino que a la vez obtienen recursos de ese mismo esquema tributario para desempeñar esas actividades.

1 En el esquema neoliberal, “casi todas las formas de solidaridad serían disueltas y reemplazadas por el individualismo, la propiedad privada, la responsabilidad personal y los valores de la familia” (Cordera y Tello, 1981: 24).

2 Se habla de monetarización porque en lugar de la prestación de servicios de calidad por parte del gobierno se ha optado por la entrega de apoyos monetarios (becas, pensiones, seguros de desempleo, etcétera) o en especie (útiles y uniformes escolares) que sólo paliar los efectos más perniciosos de la pobreza y la desigualdad.

3 Utilizamos el término filantropía fundacional bajo la tercera acepción de la palabra fundación que consigna la Real Academia de la Lengua Española, que es: “Persona jurídica dedicada a la beneficencia, ciencia, enseñanza, o piedad, que continúa y cumple la voluntad de quien la erige”.

Antecedentes. En busca de la asistencia social

Todas las acciones que el Estado realiza con la finalidad de garantizar la satisfacción de las necesidades de los sectores más desprotegidos se conocen coloquialmente como asistencia social. Dicen Núñez y Espinosa que se trata de un “mecanismo redistributivo del Estado que, como su nombre lo indica, asiste a los hogares cuyas dotaciones iniciales, sea de capital humano, físico o social, son en extremo bajas y no le permiten acceder exitosamente a los mercados” (2005). Por su parte, Guadarrama, retomando los postulados de Rawls y Walzer, afirma que la asistencia social “se sustenta en el reconocimiento de otras personas como seres humanos, hombres y mujeres que son como nosotros y por ello pueden ser asistidos en situación de necesidad” (1999: 118).

La asistencia social, que tiene orígenes muy remotos que algunos sitúan en el siglo XVII, en Inglaterra, con el establecimiento de las Leyes de Pobres de los años 1601, 1662 y 1782 (Montagut, 2008: 42).

En el caso mexicano, Guadarrama comenta que

La asistencia como responsabilidad del Estado y del cuerpo social tiene raíces en tradiciones morales vinculadas con la caridad y la beneficencia, emergiendo en su sentido moderno asociada al pensamiento de la Ilustración, que durante los siglos XVIII y XIX, generó nuevas formas de organización de la vida pública y social, formas que estuvieron estrechamente ligadas a la aceptación generalizada de los derechos individuales y del papel del Estado como salvaguarda del bienestar general de la sociedad (Guadarrama, 1999: 118).

En México, la asistencia social no emergió como un asunto compensatorio sino como un conjunto de derechos que el Estado debía garantizar. De esta manera podríamos echar por tierra el argumento que considera a la asistencia social como una atención residual de las personas, pues a decir de Judt, “en su momento, la Nueva Ley de Pobres y sus equivalentes extranjeros fueron sustituidas por la provisión pública como un *derecho*” (Judt, 2014: 38). En el mismo sentido, Sotomayor establece que las ideas “de la caridad, luego de la beneficencia y la filantropía, van evolucionando, madurando e institucionalizándose hasta lo que hoy es conocido como asistencia social, entendida ésta como una responsabilidad del Estado mexicano que va más allá de lo social y llega a lo ético” (Sotomayor, 2000: 188).

Para el caso mexicano, Guadarrama identifica cuatro etapas en las que se configura la historia de la política asistencial en nuestro país: la etapa colonial, la etapa de separación entre la asistencia pública y privada, la etapa de la Revolución y la etapa de integración (Guadarrama, 2006: 4).

En la etapa colonial, las actividades estuvieron permeadas por el pensamiento religioso, dice Guadarrama que “[a] partir de la colonización española y hasta los tiempos de la Independencia, los habitantes de la Nueva España asumieron el deber de ayudar a los pobres, mediante la *caridad* y a través de su participación con las órdenes y las asociaciones religiosas” (Guadarrama, 2006: 4). El financiamiento de las actividades cristianas de ayuda a los pobres se llevaba a cabo por medio de las limosnas y las aportaciones que realizaban los ciudadanos acaudalados, quienes eran impulsados por objetivos no necesariamente vinculados a la piedad y la compasión, sino como un medio

de obtener reconocimiento y prestigio,⁴ lo que, a decir de Couturier, fueron “los aspectos significativos de la filantropía colonial” (citado en Guadarrama, 2006: 7). De igual forma, el establecimiento de cofradías y montepíos fue una modalidad de ayuda que conciliaba la realización de obras de beneficencia con la obtención de intereses pecuniarios o generadoras de financiamiento para los “donantes [que] aumentaban el patrimonio de la iglesia y beneficiaban con sus favores a los pobres” (Guadarrama, 2006: 9).

Durante la segunda etapa, el período de la Reforma, se posibilitó que con la promulgación de la Ley Lerdo se diera paso a la desamortización de los bienes de la Iglesia, no obstante no se pudo llevar a cabo en su totalidad por dificultades económicas, o por la deliberada “falta de interés por los enfermos indigentes” por parte del gobierno (Brachet-Márquez, 2004: 243), ésta institución siguió ocupándose durante algunos años más de la administración de los hospitales; en palabras de Coatsworth,

[...] después de la expropiación de los bienes del clero por los gobiernos liberales en los años 1850, desapareció gran número de actividades de caridad mantenidas por la Iglesia, de modo que el efecto a corto plazo de traspasar las propiedades eclesiásticas al sector privado gravable parece haber sido una pérdida del bienestar de los pobres (Coatsworth: 1990: 93).

Dice Guadarrama que, con la llegada de las ideas de la Ilustración, la idea de la caridad dio paso a la concepción de la filantropía “o el cuidado de

4 Dice Coatsworth que los hacendados de la época colonial “eran ambiciosos a la manera característica; hasta los administradores de las propiedades de la Iglesia, ya que, después de todo, los ingresos eran para obras pías” (Coatsworth, 1990: 88).

nuestros semejantes necesitados haciendo manifiesto el interés por el hombre inserto en lazos comunitarios” (2006: 7). Por el lado de las organizaciones altruistas privadas, el espíritu de fraternidad fue el motor que impulsó sus acciones, las cuales contaban con un doble sentido: por una parte, tenían fines humanitarios y caritativos, por el otra “[incorporaban] ideas de prosperidad nacional y beneficio común más relacionadas con una orientación filantrópica y de interés comunitario” (Guadarrama, 2006: 12).

Durante la época porfiriana, los mayores esfuerzos del Estado en materia social estuvieron concentrados en el tema educativo, en tanto que, en materia de pobreza, el darwinismo social era el sistema por medio del cual la sociedad daba a cada individuo su lugar. La lucha por un salario justo por parte de los trabajadores suscitó un ácido debate entre las personas que abrevaban de ese darwinismo, aduciendo que “[l]os pobres tenían la culpa de su pobreza, por su pereza y sus vicios,⁵ y los obreros pronto se volverían iguales si se les pagaban los aumentos que solicitaban” (Brachet-Márquez, en Boltvinik y Damián, 2004: 244). Justo Sierra, en una colaboración para el periódico *El Imparcial*, señalaba que el pago de un salario justo era el equivalente a “confundir las fábricas con asociaciones de beneficencia” (citado en Brachet-Márquez, 2004: 244).

Quizás influidos por esas ideas negativas que pesaban sobre la asistencia social fue necesario legalizar las acciones de las asociaciones privadas. Por esta razón en el año de 1899, se promulgó la Ley de Beneficencia Privada; con ella, además, se

5 Dice Guadarrama que “los ciudadanos concebían la vagancia como una amenaza y pensaban que la indigencia podía ser fruto de la pereza, o del desorden, por lo que era importante que la ayuda se brindara solamente a los verdaderos necesitados” (2008: 8).

garantizaban “exenciones fiscales y franquicias a los impuestos. Esas medidas también fueron vistas como un privilegio importante que solamente podía ser autorizado por el presidente de la República” (Guadarrama, 2006: 13).

En la siguiente etapa podemos encontrar que de los años que corren de 1910 con el inicio de la lucha armada en México, hasta los años en los que se sientan las bases para el establecimiento de un Estado capitalista moderno en la década de los cuarenta, los principales esfuerzos sociales se concentraron en la atención de dos sectores: obreros y campesinos (Brachet-Márquez, en Boltvinik y Damián, 2004: 247), no obstante, ¿qué era lo que sucedía con las personas que no pertenecían a ninguno de estos sectores?

En un país en el que históricamente las desigualdades de clase han ocasionado una férrea segmentación de la sociedad, el acceso a la educación fue considerado un privilegio al que solamente un pequeño grupo podía acceder; por esta razón, la asistencia social también tuvo una vertiente educativa, como el caso de algunos colegios “que funcionaron como albergues para indios [en donde] la enseñanza contemplaba, además de las primeras letras, el aprendizaje de algún oficio” (Guadarrama, 2006: 8).

Con la promulgación de la Constitución de 1917, y la elevación de la educación a rango de garantía social, se comenzaron a realizar cada vez mayores esfuerzos para ampliar su cobertura, primeramente, a través de campañas de alfabetización, posteriormente con mayores apoyos, aunque los recursos decrecían conforme aumentaba el nivel educativo del que se tratara.

En esta etapa nació la concepción de la asistencia social como una obligación del gobierno desde fi-

nales de los años veinte del siglo pasado, dándose a la vez los primeros pasos para su institucionalización. En el año 1929, durante el mandato del presidente Emilio Portes Gil, se creó el programa *La Gota de Leche*. Este programa tuvo el propósito de otorgar alimento a los niños de la periferia de la ciudad de México (Mundo, 2007: 82).

Durante la década de los cuarenta, “el Gobierno Federal creó la Subsecretaría Especializada en la Asistencia Pública, que actuó de manera conjunta con la Secretaría de Salubridad en la atención a los grupos sociales con mayores rezagos (Mundo, 2007: 81). Es en esta década que Guadarrama ubica la última etapa en la conformación de la asistencia privada, ya que es también a partir de este momento que se configuran “nuevas formas de brindar protección social a los mexicanos, especialmente con el establecimiento de los sistemas de seguridad social y de asistencia pública” (Guadarrama, 2006: 18).

Durante el período conocido en México como Desarrollo Estabilizador, que comprende desde 1954 hasta 1970 (Tello, 2007: 357), se dio paso a la creación de muchas otras instituciones con un componente asistencial, entre las que podemos mencionar en 1962 a la Comisión Nacional de Subsistencias Populares (CONASUPO), (institución encargada de garantizar el abasto y la seguridad alimentaria por medio de la venta de productos altamente subsidiados que se compraban a los campesinos y ganaderos mexicanos por medio de los precios de garantía (Tello e Ibarra, 2012); al Instituto Nacional para el Desarrollo de la Comunidad (INDECO) (organismo responsabilizado de construir viviendas para las personas más pobres), así como la Comisión para la Regularización de la Tenencia de la Tierra (CORETT) (que tenía el propósito de regularizar los asentamientos irregu-

lares de millones de personas) (Brachet-Márquez, en Boltvinik y Damián, 2004: 253).

Para el año 1973 se creó el Programa de Solidaridad Social, que intentó incorporar a la seguridad social a toda la población tanto rural como urbana que no se encontraba protegida por ningún esquema de seguridad social. El saldo final en materia de sanidad de este período fue la universalización, tan sólo de los servicios de urgencias y de planificación familiar, en un momento en el que la explosión demográfica representaba un problema muy serio para el Estado mexicano ante el declive del crecimiento económico (Brachet-Márquez, 2004: 254).

Durante el período de 1976 a 1982, dice Brachet-Márquez, se construyó una ambiciosa estructura social que persiste hasta nuestros días, aunque ahora es utilizada por programas con distinta nomenclatura y con muy diversos objetivos y alcances. Esta estructura pertenecía a la Coordinación General del Plan Nacional de Zonas Deprimidas y Grupos Marginados (COPLAMAR), que, como su nombre lo indica, estuvo encargada de dar atención a las zonas con mayor marginación en el territorio nacional. Esta estrategia integró una serie de actividades en conjunto con otras dependencias públicas, como la estrategia CFE-COPLAMAR, IMSS-COPLAMAR o CONASUPO-COPLAMAR (Tello, 2007: 559).

Para el año 1977 se creó el DIF de la fusión de los institutos Nacional de Pediatría (INPI) y del Mexicano de Asistencia a la Niñez (IMAN), creados en 1970, y 1968, respectivamente. La sinergia obedece a que ambas instituciones proporcionaban prácticamente los mismos servicios; su programa primordial se encontraba en la entrega de raciones alimenticias a los niños de las zonas

marginadas, coloquialmente conocidas como desayunos escolares. El DIF, a decir de Sotomayor, surge de la “creciente demanda de servicios estatales complementarios de ayuda y asistencia” (Sotomayor, 2000: 188). Es por esta razón que el DIF se convertirá en cabeza de sector de la asistencia social.

Para el año 1980 se creó, como una iniciativa gubernamental, el Sistema Alimentario Mexicano (SAM), cuyos objetivos eran:

[...] buscar la autosuficiencia alimentaria. Ambicioso programa para reducir la pobreza y mejorar la nutrición de los grupos de la población de ingresos más bajos [...] para poder dirigir de manera eficaz y eficiente las acciones gubernamentales [...] se elaboraron metas concretas y cuantificadas de consumo que pudieran ser traducidas a metas de producción. La Canasta Básica Recomendable, su estructura y composición busca[ba] ser la expresión real de las necesidades nutricionales de la población (Tello, 2007: 557).

Lo anterior nos permite observar el enorme impulso que la asistencia social tuvo entre los años cuarenta y ochenta del siglo pasado, desafortunadamente, las recurrentes crisis económicas que experimentó el país condujeron a que desde 1982, los sucesivos gobiernos modificaran el panorama general en torno a la economía, teniendo repercusiones importantes en la política social, y más particularmente la asistencial.

Cambios en la política social en México en los 80s del siglo XX

Los años ochenta del siglo XX, representan el punto de inflexión en la sustitución de un para-

digma económico con una fuerte influencia del Estado que buscaba el desarrollo hacia adentro, por un modelo de corte neoliberal impuesto por el Fondo Monetario Internacional (FMI) y el Banco Mundial (BM), cuyos principios básicos se encuentran sintetizados en el documento conocido coloquialmente como Consenso de Washington,⁶ y que, como la experiencia se ha encargado de demostrar, ha traído consecuencias nefastas para la mayor parte de la población.

Es a partir de ese momento que la imposición de la “racionalización”, caracterizada por la contracción de los recursos del Estado, que se tradujo en menor presupuesto para programas medulares como el combate a la pobreza, la salud, la seguridad social, la educación pública, etcétera; también afectó actividades consideradas como ineludibles para un gobierno, como la seguridad pública y la nacional.

No se puede negar que en el México de los años setentas se cometieron excesos, pero, paradójicamente, pese a ellos, en esa época sí se presentó un fenómeno de “goteo” (una de las promesas no cumplidas del neoliberalismo), que trajo consigo, una reducción, aunque moderada, de la desigualdad, algo que no se ha vuelto a presentar en los numerosos años que el sistema neoliberal ha requerido para su “maduración”.⁷ Por el contrario,

⁶ Este documento establece 10 principios que establecen los límites de la acción de los gobiernos, así como sus prioridades, entre los que podemos nombrar la reducción del déficit por medio de la “racionalización” del gasto entendida como gastar menos, particularmente en áreas no consideradas estratégicas, entre las que se pueden encontrar las de tipo social (Tello e Ibarra, 2011: 97).

⁷ Una de las justificaciones que dan los defensores del modelo neoliberal ante la falta de resultados, es que a las reformas les hace falta “madurar”; bueno, si tres décadas no es suficiente tiempo para madurar, ¿cuánto tiempo será necesario?, quizás mucho más de acuerdo con su perspectiva, no obstante, habrá que recordar lo que dijo alguna vez Keynes:

de acuerdo con Urías, Ibarra y Mora, “[e]n 2012, México tenía 53.3 millones de personas en condición de pobreza (45.5 por ciento). Constituidos por 41.8 millones de personas que vivían en pobreza moderada (35.7 por ciento) y 11.5 millones en pobreza extrema (9.8 por ciento).

Aunado a esto coexistían 33.5 millones de personas vulnerables por carencias sociales (28.5 por ciento) y 7.2 millones de personas vulnerables por ingresos (6.2 por ciento). Es decir que cuatro de cada cinco mexicanos eran pobres o presentaban alguna vulnerabilidad” (2014: 108; véase también CONEVAL, 2014).

En el caso de la política social, la introducción de las recetas neoliberales ocasionaron el paso de un modelo basado en la solidaridad y en un intento de universalidad (incluida su vertiente asistencial), a un modelo focalizado, condicionado, en el que los pobres deben demostrar que lo son para hacerse acreedores a los servicios y beneficios que proporciona el gobierno; asimismo, debe cumplir con una serie de requisitos, muchas veces insostenibles e incosteables, para preservar los apoyos; lejos quedó la idea de generar cohesión social, ahora lo que se busca es generar capital humano, poniendo el énfasis en el individuo y no en la comunidad, pues, como sentenció la ex primera ministra de Inglaterra, “la sociedad no existe, lo que existen son los individuos”.

Franco denominó a esta faceta de la política social como “paradigma emergente” (Franco, 2006: 148 y 149), y pone el acento en el mercado como una forma de distribuir la riqueza, los diseñadores de programas sociales bajo este nuevo paradigma se pueden concentrar en dos modelos claramente identificables:

“en el largo plazo, todos estaremos muertos”.

- a. Fondos de Inversión Social, que se encargan de seleccionar “proyectos y asignan recursos de acuerdo a (sic) las solicitudes de las comunidades y de las organizaciones sociales y, sólo excepcionalmente, de organismos estatales” (Franco, 2006: 155).
- b. Redes de protección social, los cuales deben atender diversas cuestiones como, por ejemplo, “la *integralidad*, el *enfoque multidimensional de la pobreza*, la *centralidad de la familia*, la *corresponsabilidad*, el *tema de género*, el *principio del ciclo de vida*, la *focalización*, la *participación social* y la *inclusión de los temas de etnia y raza*” (Franco, 2006: 152 cursivas en el original).

Algunos de los problemas que se han identificado en los programas del primer tipo, es su inclusión en una dinámica abiertamente mercantil, en la que se pone a competir a las personas por los recursos. Además, cabe aclarar que este tipo de fondos son una clara muestra de una de las fallas de ese mercado al que tanto se idolatra, puesto que si el gobierno termina financiando los proyectos productivos es el resultado de que las reglas del libre mercado no funcionan, ya que como ha señalado Piketty, los bancos comerciales cuentan con una cartera de clientes claramente establecida, en donde existe un gran conglomerado de rechazados por lo que sólo ofrecen sus servicios a aquellas personas que son capaces de garantizar la recuperación de la inversión, es decir, los ricos (2014).

En el caso de las redes de protección social, Rolando Franco identifica algunos otros problemas, como por ejemplo, que desde una visión integral, como la que intentan establecer este tipo de programas, “no todo será igualmente importante, ni

podrá llevarse a cabo al mismo tiempo”; en lo que concierne a la multidimensionalidad del enfoque de pobreza adoptado, se puede caer en el error de considerar que todo es importante y, por ende, no hay ningún tema que adquiriera un carácter prelatorio (Franco, 2006: 156). Algunos de estos problemas han sido claramente identificados en el programa emblemático de este tipo de estrategias, el programa PROGRESA-OPORTUNIDADES-PROSPERA, que se instrumentó desde el sexenio de Ernesto Zedillo, y que a lo largo del tiempo experimentó diversas modificaciones que a la vez justificaron el cambio de nombre.

En el caso de la política asistencial, particularmente la instrumentada por el DIF, desde la entrada en vigor de las reformas neoliberales no presentó grandes cambios, en todo caso muchos de ellos continuaron operando, apegándose a cuatro líneas de acción:

- a. Programas de atención al mejoramiento nutricional;
- b. Promoción del desarrollo familiar y comunitario;
- c. Protección y asistencia a la población desamparada; y
- d. Asistencia a minusválidos (Esquivel y Sánchez-Mejorada, 1995: 133).

Algunos de los programas que integraban cada una de estas líneas de acción son los siguientes: en la primera línea tenemos los desayunos escolares, la entrega de las despensas y el sostenimiento de las cocinas populares; en el segundo grupo se

encontraban los servicios de asesoría, convivencia y talleres comunitarios (incluidos los cursos de capacitación para el trabajo); en la tercera línea de acción estaban ubicadas las casas hogar para varones o mujeres menores de edad, así como los albergues para personas en condición de indigencia, y, en la última línea se encontraban las terapias ofrecidas a las personas con alguna discapacidad.

Para la segunda mitad de los años noventa del siglo XX, los servicios asistenciales experimentaron cambios no menores, sustentados en la idea de la descentralización, considerada una estrategia que permitiría diseñar e instrumentar programas mucho más cercanos y más acordes a las problemáticas que experimentara la población en un determinado punto geográfico.⁸ A decir de Díaz, hablar de descentralización implica uno de los procesos “más significativos y complejos de una reestructuración estatal” (Díaz, 2014: 31).

La descentralización, a decir de Herrera y Jaime, tuvo la intención de “llevar la gestión de los servicios de bienestar a los niveles de decisión más cercanos al ciudadano, y por lo tanto más cercanos a la realidad social y económica sobre la que operan estos servicios, con lo que mejora la eficiencia en la asignación de los recursos y la calidad de las prestaciones” (Herrera y Jaime, 2005: 175). Para ilustrar de forma somera algunos de los cambios que implicó este proceso, la entrega de los desayunos escolares cambió, al trasladar su entrega de los centros de atención del DIF y de las cocinas populares a las escuelas públicas,

⁸ Para que un proceso descentralizador tenga éxito, se deben considerar varios factores, sin en cambio, en el caso de México, y de América Latina en particular, dichos procesos tuvieron un impulso “desde el centro y con un planteamiento de arriba abajo”. Véase: “Estudio Introductorio” (Díaz, 2014: 25).

siendo los mismos proveedores de cada uno de los insumos los encargados de hacer la entrega directamente en las escuelas públicas.⁹

En el caso del D.F., el DIF local, a raíz de su surgimiento en 1997, pero particularmente entre los años 2000 y 2006 (periodo que marca la instrumentación del PITDS), muchos programas institucionales fueron quedando en el olvido atrapados en la rutina, dándole prioridad a la entrega de apoyos económicos para sectores vulnerables de la población: adultos mayores de 70 años, personas con discapacidad y madres solteras (o como oficialmente se conoce al programa: niños en condiciones de pobreza y vulnerabilidad). Asimismo, en muchos de los casos, el personal de esta institución fue distraído de sus funciones para cumplir con compromisos políticos establecidos por el Jefe de Gobierno, pues, por poner un ejemplo, al comprometerse a cumplir con la entrega de placas vehiculares en un determinado plazo, los trabajadores fueron enviados a cumplir esa función (Mundo, 2007: 111).

Uno más de los cambios que experimentó el DIF-DF, fue la duplicación de sus funciones con la creación del Instituto de Asistencia e Integración Social del Distrito Federal, que, en los hechos, contaba con atribuciones similares a las del DIF local, como por ejemplo: “Coordinar y orientar, con base en las instrucciones y lineamientos que expida la Secretaría de Desarrollo Social, la instrumentación de las políticas en materia de asistencia social” (Estatuto Orgánico del IASIS, numeral II),¹⁰ una actividad muy cercana a la del DIF-DF: “Coordinar y realizar acciones en co-

⁹ Para un mayor ahondamiento en los cambios que experimentaron los programas del DIF consúltese Mundo (2007, capítulo IV).

¹⁰ Decreto de Creación del IASIS, 18/02/2001, <http://www.iasis.df.gob.mx/pdf/Decreto%20de%20Creacion.pdf>

laboración con asociaciones, sociedades civiles y demás entidades privadas, con la finalidad de complementar los programas que son objetivos del Sistema” (Estatuto Orgánico del DIF-DF, numeral XVI).

No fue sino hasta la administración 2006-2012, cuando en el D.F., el DIF-DF comenzó a recuperar cierta importancia en la estrategia social del gobierno capitalino con la introducción de programas como Niños Talento, Potencialidades y Va Seguro.

Con la llegada de la presente administración, la política social ha adquirido un nuevo matiz que, si bien ha traído consigo algunos aciertos (como la eliminación de las condicionalidades para acceder a los beneficios de los programas), infortunadamente también se acompaña de una especie de reduccionismo que ocasiona que la solución propuesta a todos los programas, independientemente de sus causas y consecuencias, opte por la entrega de transferencias económicas, como con los casos de Prospera, convertido en el programa de Becas Benito Juárez, las Becas para los Adultos Mayores de 70 años o Sembrando Vida.

La política asistencial en los albores del siglo XXI

Más arriba describimos las etapas de la asistencia social identificadas por Guadarrama, en donde la última habría iniciado desde finales de los años cuarenta del siglo pasado, no obstante, el establecimiento de los “sistemas de seguridad social y de asistencia pública”, ocasionaron que los sistemas asistenciales privados permanecieran en una especie de hibernación que duró hasta los años ochenta, lo que sentó las “condiciones para un surgimiento de la participación de los particulares en la asistencia [social]” (Guadarrama, 2006: 18).

En México, las controversias suscitadas entre los gobiernos respectivos de Echeverría y López Portillo con los empresarios fueron el pretexto perfecto para comenzar la andanada de ataques en contra del gobierno por parte de la iniciativa privada, generando “la desconfianza del sector privado en México, ante la acción y la fuerza del Estado mostrada a lo largo de la década de los años setenta, estaba bien arraigada. Además, la alternancia en el poder Ejecutivo en el año 2000 ocasionó

[...]la privatización de la asistencia que se estableció en el gobierno de Fox: teletones, asociaciones de asistencia privada, fundaciones filantrópicas etc., que se establecieron a partir de la deducción fiscal de donativos y que hace posible que una proporción equivalente al 1% del PIB en los ingresos fiscales que las grandes empresas debían ingresar como impuesto a las arcas públicas, se dirija a sus mismos bolsillos a partir de la creación de fundaciones diversas (Incháustegui, 2014).

La división del trabajo acordada [...] estaba dejando de operar. La política y la política económica y social dejaron de ser terreno y campo exclusivo del gobierno. Ahora también sería de los empresarios” (Cordera y Tello, 1981: 26).

Esta fue la punta de lanza para el surgimiento de las fundaciones que muchas empresas han establecido, en algunos casos de manera sumaria, con el objetivo, al menos retórico de ayudar a las personas más pobres ante la “ineficacia” del Estado para atender sus necesidades. Así, tenemos la Fundación Telmex, Fundación Televisa, Fundación Azteca,¹¹ Fundación Bimbo, Fundación

¹¹ Resulta, hasta cierto punto paradójico, que mientras que algunos estudiosos del tema de la desigualdad han llegado a encontrar ese rasgo pernicioso en el que los bancos comer-

Coca-Cola, Fundación GNP, etcétera. No obstante, fuera del plano discursivo estas fundaciones ven la prestación de servicios filantrópicos como una forma de obtener otros beneficios económicos (vía exención de impuestos, vía donativos del mismo gobierno).

Veamos el caso de la atención a las personas con discapacidad, que desde hace muchos años han conjuntado los servicios estatales con los servicios que ofrecen algunos entes privados (el caso más emblemático es el de la Fundación Teletón).

Fue en octubre del mismo año 2014 que la Organización de las Naciones Unidas, por voz de su comité de expertos, demandó al gobierno mexicano no brindar ayuda al Teletón, pues “al Comité le preocupa que buena parte de los recursos para la rehabilitación de las personas con discapacidad sean objeto de administración en un ente privado como Teletón. Además, observa que dicha campaña promueve estereotipos de las personas con discapacidad como sujetos de caridad”.

Teletón México, es una fundación creada hace

ciales no le prestan dinero a los pobres porque no pueden garantizar la devolución de los recursos prestados, en México el capitalismo ha encontrado una forma de sacar provecho de la misma clase social por medio de las tiendas que ofertan productos (incluidos los créditos de dinero en efectivo) por medio de cuotas semanales o abonos “chiquitos”, que ha sido denominado como el “negocio de la deuda”, lo que ha llevado a los dueños de este tipo de instituciones al crecimiento exorbitante de sus fortunas. En el caso de la Fundación Azteca, miembro del corporativo Grupo Elektra, que integra a las empresas Televisión Azteca, Banco Azteca, Unefón, Elektra y otras más, su dueño, Ricardo Salinas Pliego, ocupa la cuarta posición dentro de los hombres más acaudalados en México, con una fortuna que supera los ocho mil millones de dólares, producto de esta visión empresarial que lo llevó a enfocarse en las personas de menos recursos (García Ilse, 2015).

casi dos décadas, que, por medio de actos de colecta masivos, se aviene recursos para administrar o construir los CRIT (centros de rehabilitación infantil Teletón). Las colectas tienen su momento culmen en el primer fin de semana de diciembre de cada año, en donde en un acto televisivo, se van presentando distintas empresas que, ya sea de las ganancias obtenidas,¹² o de los recursos que ellos captan también haciendo colectas,¹³ hacen entrega de un donativo que va a parar al fondo general.

En añadidura tenemos que mencionar que no sólo las empresas privadas, sino también el gobierno, en cualquiera de sus niveles, no quiere dejar de ser (en esta era telegénica), una estrella más del espectáculo en el que se convierte la recaudación del Teletón, por lo que presidentes municipales, gobernadores o el mismo presidente de la República, aparecen en escena para anunciar el donati-

12 Convertirse en una empresa que “apoya” al Teletón puede implicar un incremento en las ventas y a partir de ahí, destinar una parte para hacer un donativo al Teletón.

13 Banamex, el banco oficial, posee una cuenta en la que las personas pueden ir a hacer un depósito (donativo) ya sea en ventanilla o en cajeros automáticos; también, las tiendas comerciales pueden solicitar a sus clientes que los centavos remanentes del cambio de alguna transacción sean donados al Teletón. El caso de Telmex, empresa socia de Televisa en este tipo de actos cuenta con una línea telefónica en donde los clientes de esta empresa de telecomunicaciones pueden escoger el monto que desean donar con cargo a su recibo; por último existe también el “boteo” o colecta callejera en donde cientos, quizás miles de personas (contratadas o voluntarias) portan alcancías con el logo de la fundación y solicitan donativos a los transeúntes o automovilistas (simbólica es la participación de Telmex, pues mientras que hasta hace algunos años se encontraba enfrentado con Televisa, su pleito no trascendió al campo de la fundación en este tipo de actos, lo que nos puede hablar, o bien de un acto de buen voluntad que en pro de las personas con discapacidad permite hacer a un lado sus diferencias mercantiles, o bien porque el beneficio que pueden recibir por este tipo de actos en cuestión fiscal permite establecer una tregua a sus enfrentamientos.

vo que, con cargo al erario se realiza para apoyar a “esta noble causa”.¹⁴

No conformes con lo anterior, fuera de las fechas del gran acto escénico televisivo, en distintos momentos los gobiernos continúan haciendo aportes a dicha fundación, como en el caso de Michoacán, quien, como resaltaba una nota del diario electrónico, Sin Embargo, esta entidad legisló para que anualmente le sean entregados 40 millones de pesos para construir y operar un centro Teletón (Sin Embargo, 2014a). De igual forma, el gobierno de Baja California se comprometió a desembolsar más de 120 millones de pesos, de un presupuesto multianual para la administración y operación de un centro similar, además de la dotación de un terreno que era propiedad del gobierno estatal, con una superficie de más de 29 mil metros cuadrados (García Imelda, 2015).

En los últimos años ha venido creciendo una corriente adversa a la fundación Teletón por considerar que ésta se utiliza como una forma de evadir o deducir impuestos sustanciales de las cuantiosas ganancias anuales que Televisa obtiene,¹⁵ tal y como lo menciona Incháustegui (Incháustegui, 2014). Pero alejándonos del terreno de la suposición por los presuntos beneficios fiscales que pueden estar involucrados en este tipo de opera-

14 Paradójicamente, en una solicitud de acceso a la información realizada por el autor de este artículo, la presidencia de la República aseguró que no hay ninguna partida presupuestal destinada a hacer donativos al Teletón.

15 Pese a que las modificaciones a las leyes impositivas de este país establecen un límite de deducibilidad de impuestos hasta por un monto que oscila entre el 4% y el 7%, de acuerdo con el asesor en finanzas personales Gianco Abundis, es menester que las personas que realicen algún donativo sean cuidadosas, puesto que “Alguien puede dar con las mejores intenciones a una asociación sin aparentes fines de lucro, y que en la práctica los recursos se desvíen para aumentar la riqueza de quienes presiden dichas asociaciones” (Martínez, 2015).

ciones, el principal cuestionamiento que debería hacerse se relaciona con los compromisos que los gobernantes o los gobiernos se ven obligados a sumir para ser ellos no los simples donantes que quieren participar en un espectáculo, sino ser los principales involucrados en la adquisición del predio, así como la construcción de la infraestructura para una entidad ajena al gobierno, por lo que, en este caso, ¿no sería más conveniente y menos oneroso para el gobierno operar los centros de rehabilitación o instaurar unidades de este tipo en la infraestructura sanitaria ya disponible?

De nueva cuenta tenemos que considerar que la respuesta debería ser afirmativa, pues un reportaje ha dado cuenta de que, en Baja California, específicamente en el municipio de Tecate, en un local perteneciente al gobierno estatal que se había construido recientemente para ofrecer servicios a discapacitados “el dinero ya no alcanzó para equipar el inmueble. El edificio inaugurado en noviembre del 2013 está vacío [...] Además de los Centros de Rehabilitación que existen en el estado, varias organizaciones civiles ayudan a personas con discapacidad y son pocas las que reciben apoyos del gobierno estatal” (García Imelda, 2015).

Aun así, a escasos días de que se celebrara el acto de recaudación de Teletón en este año 2019, el presidente abrió la puerta a la posibilidad de establecer un convenio con dicha fundación para la atención de las personas con discapacidad, aduciendo que, “independientemente si nos gusta o no nos gusta, si consideramos que fue bueno, fue malo, si fue auténtico o fue falso, lo que hay en el país son las clínicas del Teletón, son las que tienen más cobertura, que no descarto la posibilidad de utilizar esas clínicas mediante un acuerdo para que las instalaciones sean más utilizadas, porque

tienen muchas limitaciones por falta de recursos” (Gobierno de México, 2019).

Veamos un último caso relacionado con uno de los hombres más acaudalados de México, Ricardo Salinas Pliego, quien, por medio de una fundación vinculada a sus empresas instrumenta un proyecto filantrópico denominado Orquestas Esperanza Azteca. Pese a que dicho proyecto cuenta ya con algunos años de historia, al momento de escribir estas líneas su portal electrónico todavía se encuentra “en construcción”. Una investigación realizada por el portal Quinto Elemento, denomina a este modelo de actuación de esta fundación como una falsa filantropía, pues tan sólo aporta cinco centavos de cada peso invertido en sus proyectos filantrópicos, además de que en un lapso de diez años obtuvo donaciones por un monto aproximado de mil setecientos millones de pesos de parte de distintas administraciones gubernamentales tanto a nivel federal como estatal (Quinto Elemento, 2018). La situación se torna más preocupante si consideramos el Presupuesto de Egresos de la Federación considera una reducción de los recursos que el estado de Baja California Sur destinaba al programa Escuelas de Tiempo Completo, en favor de Fundación Azteca (MientrasantoEnMéxico, 2019).

Vemos así cómo el Estado ha venido descuidando las funciones que ataño realizaba en favor de entes privados que, no obstante, no dejan de señalar la conveniencia de que el Estado se abstenga de intervenir hasta en cuestiones asistenciales puesto que son los entes privados los que “saben hacer las cosas” de una manera, mucho más eficaz, aunque, como acabamos de ver, no necesariamente más eficiente.

Los ejemplos que acabamos de reseñar dan cuenta del estado en el que se encuentra la asistencia

social en el siglo XXI en nuestro país, uno en el cual los servicios estatales han sido debilitados o de plano eliminados para dar paso a un nuevo tipo de filantropía social que no desperdicia la oportunidad para hacerse de recursos de parte del Estado mismo, ya sea por la vía de la donación (en moneda o en especie) o de la condonación de los impuestos, lo que, al final de cuentas, representa recursos del erario que dejan de captarse.

Pero no son sólo las grandes empresas las que llevan a cabo este tipo de acciones, son también las personas físicas, generalmente hijos de personas que se han beneficiado (honrada o ilegalmente) de manera directa o indirecta de la función pública que los ha llevado a poseer enormes fortunas, lo que, utilizando la metáfora de Slavoj Žižek, representa el mejor ejemplo de lo que es un chocolate laxante: comer más del mismo elemento que te produce estreñimiento para combatir ese mal, tal y como sucede con George Soros, quien una buena parte de su jornada la dedica a ganar dinero por medio de la especulación de las transacciones financieras, y el resto se dedica a “compensar las injusticias que su actividad como financista había originado en la primera mitad” (Liaskovich, 2003).

Para el caso que nos ocupa podemos mencionar los casos de los hijos de dos de los políticos más cuestionables en la vida política nacional: Manlio Fabio Beltrones y Carlos Salinas de Gortari. En el caso del primero, su hija Sylvana Beltrones Sánchez, es:

[...] vicepresidenta de la Fundación Beatriz Beltrones –nombre de su abuela– que atiende a prevenir [sic] el cáncer de mama y cervicouterino. En octubre de 2012, organizó un desfile para recaudar fondos. Entre sus invitados, estaban Carlos Slim Domit, Arturo Elías Ayub con

su esposa, Johanna Slim; Emilio Gamba, Alberto Cinta y Silvia Rojo. En la ocasión, Manlio Fabio Beltrones dijo: <<Mi hija, mi mujer y yo sufrimos con el cáncer de mi madre que la llevó a la muerte [...] Cuando se tiene esa enfermedad, la agonía no es sólo de quien la padece, sino de la familia completa; queremos seguir trabajando con el propósito de que menos mujeres en Sonora tengan este problema>> (Flores, 2015).

En el caso del segundo político mencionado, su hijo, Emiliano Salinas Ocellli, creó una organización llamada Movimiento Inlak'ech por la paz A.C., la cual, “es un movimiento ciudadano que busca poner un alto a la violencia utilizando la fuerza de la paz y la unidad de las personas, expresando al mismo tiempo los valores y cultura que unen a todos como seres humanos y como mexicanos. Nuestro objetivo es organizarnos como sociedad para recuperar espacios de manos del miedo y de la delincuencia”,¹⁶ propósitos algo ambiciosos si se consideran las estrategias que se utilizan para cumplir tal fin: impartición de conferencias. No deja de resultar paradójico el objetivo de esta organización cuando fue durante la administración de su padre, que se suscitaron algunos de los actos más violentos de los que se tenga memoria, como los asesinatos del Cardenal de Guadalajara, Juan Jesús Posadas Ocampo, del candidato priista a la presidencia de la República, Luis Donald Colosio Murrieta, del secretario general del mismo partido gobernante, José Francisco Ruiz Massieu, así como el levantamiento armado en Chiapas que le declaró la guerra al Ejército mexicano suscitando una serie de batallas de aproximadamente una docena de días.

¹⁶ Véase: <http://inlakech.mx>

En estos ejemplos encontramos uno de los rasgos del fenómeno de concentración de la riqueza heredada, uno de los puntos que más preocupa al economista francés Tomas Piketty, quien ha llamado la atención de casos exorbitantes de concentración de la riqueza, de los cuales “emergerá un <<capitalismo patrimonial>> con crecimiento más lento que el actual, dominado por los herederos de los más ricos, los cuales impondrán sus normas y valores” (Cota, 2015).

Podemos decir, sin temor a equivocarnos que, en México, el escenario planteado por Piketty es un retrato hablado de una experiencia que se manifiesta día a día, en un escenario en el que los valores de los herederos de la riqueza (no importa si es producto de una actividad honrada o del aprovechamiento ilegal de la posición política de los padres de esos personajes como los que acabamos de reseñar) son el comportamiento hegemónico. En el caso de Emiliano Salinas, con motivo de un partido de fútbol disputado por la selección mexicana mencionó: “ayer la selección nacional de futbol (sic) demostró que a México no lo va a cambiar su gobierno, lo va a cambiar su gente. No hay otra forma”.¹⁷ Este llamado por parte del hijo del expresidente a que el cambio de México provenga de su gente y no del gobierno, representa la exaltación de los valores individuales (meritocracia) en los que se basa el neoliberalismo en una de sus manifestaciones: los modernos manuales de autoayuda, en donde se exalta que “el cambio está en uno”, algo que, como señala Ricardo Raphael, es la argumentación perfecta para culpar a la gente pobre de su situación de inmovilismo social, además de que justifica a la gente situada en la parte más alta de la pirámide social a decir “que la flojera y no la cuna son la razón de la inmovilidad: al menos lo primero pue-

¹⁷ <https://twitter.com/salinasmiliano/status72347890349229057>

de modificarse, mientras que lo segundo no tiene solución” (Raphael, 2014: 193), por lo que estas frases que provienen de alguien que se benefició directamente del gobierno por la vía de su progenitor representan una más de las desviaciones de lo que actualmente entienden por meritocracia.

Al fenómeno de acumulación de la riqueza de la cual hacen alarde los herederos de políticos o empresarios, se le ha denominado Mirreynato, el cual es un “régimen moral donde predominan la ostentación, la prepotencia, la impunidad, la corrupción, la discriminación, la desigualdad, el desprecio por la cultura del esfuerzo, el privilegio que otorgan las redes familiares y un pésimo funcionamiento del ascensor social” (Raphael, 2014: 38).

Es cierto, tendríamos que reconocer que no en todos los casos los hijos de las personas que se benefician del gobierno (legal o ilegalmente) hacen un uso de la riqueza heredada para ayudar a la sociedad,¹⁸ sin embargo, en los dos casos reseñados nos encontramos con actividades que el Estado, en otras condiciones (sin ajustes ni restricciones draconianas presupuestales) debería seguir desempeñando (lucha contra la violencia, atención del cáncer), sin embargo, es la sociedad civil (en su manifestación como fundación) la que lo suplente ante el debilitamiento sistemático del gobierno.

En el año 2014, diversos hechos ocasionaron poner la mirada en los servicios asistenciales: primeramente, en el mes de julio la controversia se hizo presente al acusarse a la administradora del albergue La Gran Familia, de Zamora, Michoacán, de proferir malos tratos hacia los niños que

¹⁸ El libro de marras de Ricardo Raphael detalla múltiples casos en los que los hijos de las familias acaudaladas han utilizado la riqueza (bien o mal habida) de sus progenitores para llevar a cabo actos de ostentación, desperdicio, derroche, etcétera.

tenía bajo su custodia,¹⁹ además del solapamiento del abuso de menores por parte del personal y de los mismos infantes sobre otros compañeros. La explicación más aceptable fue el hecho de que el albergue había rebasado sus propias capacidades, pues ahí vivían más personas de las que podrían haberse podido mantener en óptimas condiciones.

Los familiares de los menores internados debían realizar algunos pagos por la manutención, no obstante, el resto de los gastos eran financiados por medio de acopios que el personal realizaba, o bien, por medio de donaciones que el gobierno en sus tres niveles y hasta organismos internacionales realizaban (García, 2014). El albergue contaba con una historia de más de tres décadas de funcionamiento, por lo que, una de las primeras preguntas que surgen en este caso es: ¿no debió ser el gobierno el que se encargara de administrar el albergue para intentar evitar este tipo de problemáticas dado que era él mismo el que ayudaba en su mantenimiento? Si la respuesta a esta interrogante fuera negativa, entonces cabe otro cuestionamiento: ¿no debió haber realizado el gobierno un mejor trabajo de supervisión dado que había recursos públicos de por medio?²⁰ Desde nuestra perspectiva, la respuesta a ambas preguntas es afirmativa, no obstante, el debilitamiento del Estado ante el sometimiento de las políticas neoliberales es lo que puede explicar no sólo el incumpli-

¹⁹ Algunas versiones señalan que dentro del albergue se llevaban a cabo inhumaciones clandestinas, y la formación de familias completas entre los mismos internos. Los contratos que firmaban los padres al dejar bajo el resguardo del albergue a sus niños eran muy estrictos en donde se estipulaba tanto el pago que debían hacer por concepto de mantenimiento, así como las fechas de visita; el incumplimiento de un pago ocasionaba la pérdida de derechos sobre los familiares (Aguilar, 2014).

²⁰ En palabras del entonces procurador general de la República, Jesús Murillo: “Los primeros sorprendidos del tamaño del problema fuimos nosotros” (García D., 2014).

miento de las funciones asistenciales, sino hasta de las actividades mínimas de supervisión; esto sin restarle importancia a otro tipo de fenómenos como la corrupción o la desidia gubernamental que pueden estar presentes.

El otro caso que queremos analizar se suscitó en el mismo mes, y nuevamente se relaciona con la vida e integridad de los infantes, pero ahora de aquellos que son deportados por miles de EEUU, la mayor parte proveniente de Centroamérica que se ven obligados a viajar solos, pues sus padres han sido víctimas de las guerras entre cárteles de las drogas o bien, alguno de ellos se encuentra trabajando de forma ilegal en aquel país y no pueden hacer los trámites legales para propiciar la migración de sus hijos.

Estos niños realizan un viaje en extremas condiciones de vulnerabilidad en busca del sueño americano, teniendo que atravesar el territorio mexicano para alcanzar su objetivo, no obstante, al momento de cruzar hacia suelo estadounidense, si tienen la desgracia de ser detenidos por los servicios migratorios terminan siendo deportados sin tomar en consideración ni las condiciones ni las consecuencias que sufrirán los menores con estos actos al dejarlos en total desamparo, pues muchas veces su deportación no concluye en su país de origen sino en México.

En estos casos, nuevamente la falta de condiciones ante el retraimiento del Estado, ocasionan que la respuesta sea la misma que la del país del norte, es decir, vulnerar sus derechos y destinarlos al desamparo, pues tal y como lo mencionó el Secretario de Gobernación de este país: “<<Nos vamos a regir por las leyes vigentes>> de Estados Unidos, que indican que las personas detenidas por la Patrulla Fronteriza al intentar ingresar sin

documentos serán retiradas o devueltas, <<independientemente de su edad>>” (La Jornada, 2014). La pregunta vuelve a ser similar que, en el caso previo, ¿no debió el gobierno hacerse cargo de los menores de edad tomando en cuenta que México ha firmado de manera reiterada tratados internacionales en los que se compromete a salvaguardar los derechos de la infancia? Nuevamente, creemos que la respuesta a esta pregunta debe ser afirmativa; no obstante, en la mayor parte de los casos el Estado no cuenta con las condiciones necesarias para actuar, pues, de manera deliberada han reducido los recursos para este tipo de actividades.

Conclusiones

A lo largo de este trabajo hemos intentado describir cuáles han sido los principales cambios que ha presentado la política asistencial en nuestro país desde sus orígenes. De igual forma, nuestro principal intento ha sido intentar demostrar que la prestación de los servicios de asistencia social se encuentra permeado por el tipo de modelo económico y político en el que se encuentra inserto nuestro país dentro del contexto internacional con las peculiaridades que su adaptación a un contexto local puede conferirle.

En los últimos años, el modelo asistencial ha devenido en un modelo fundacional, en el que el Estado desvía (en el mejor de los casos legalmente) recursos (debilitando a sus propios servicios asistenciales) para otorgárselos por diversas vías a distintas empresas por medio de sus fundaciones, para que sean ellos los que otorguen este tipo de servicios, con una salvedad: las fundaciones y organizaciones privadas no tienen el mismo mandato que tiene el gobierno para otorgarlos, puesto que, aunque el éste oferte sus servicios desde una

perspectiva compensatoria y no de derechos, se encuentra obligado a atender a las personas que así lo requieren, en cambio, los servicios ofrecidos por los particulares en todo momento estarán permeados por la perspectiva eficientista que es lo que caracteriza a las organizaciones privadas respecto de las públicas, y no desde una posición de cumplimiento de derechos, por más que los representantes de las fundaciones afirmen lo contrario. Al respecto menciona Tony Judt, que “un servicio social proporcionado por una empresa privada no se presenta como un bien colectivo al que pueden acceder todos los ciudadanos” (2014: 118).

No conformes con esto, en diversas ocasiones los empleados o representantes de las empresas que controlan a dichas fundaciones, particularmente en los casos de Televisa y Teletón, en diversos espacios, como en los concursos que se organizan para ganar algo (adaptado a las necesidades de los mismos concursantes), señalan las virtudes que tienen ese tipo de programas para “cumplir” con lo que prometen a diferencia del gobierno, realizando un golpeteo sistemático contra éste, sin reparar que es ese mismo gobierno el que termina beneficiando a las empresas en las que laboran. El viejo dicho de José López Portillo ha sido reajustado a las circunstancias actuales, puesto que, ahora, las subvenciones y los recursos que

el gobierno transfiere a estas empresas de manera directa o a través de sus fundaciones sí son utilizados “para que se le pegue”²¹ al mismo gobierno al cual no se deja de denostar señalando su incapacidad, su ineficacia.

Si bien la obtención de beneficios (prestigio, exenciones fiscales, etcétera) de parte de los organismos privados por medio de la prestación de servicios asistenciales es un rasgo que ya estaba presente en las etapas de crecimiento de estos servicios en México, se ha adecuado a las modernas circunstancias.

Por último, no resulta menor el hecho de que la presente administración, a pesar de que se ha establecido como meta la separación del poder político del poder económico, sea la misma que termina considerando la posibilidad de establecer convenios con esas fundaciones, como sucede en el caso de las orquestas de la Fundación Azteca o de la Fundación Teletón, en detrimento de las instituciones del Estado mexicano.

21 Esta frase fue utilizada en un contexto en el que los señalamientos por parte de la prensa a los actos de corrupción del gobierno ocasionaron el retiro de la propaganda gubernamental (particularmente del semanario Proceso), uno de los principales soportes económicos de los medios de comunicación impresos, (SinEmbargo, 2013).

Referencias Bibliográficas

- Adelantado, J. (2000). *Cambios en el Estado del Bienestar*. Barcelona: Icaria-Antrazy.
- Aguiar, R. (17 de julio, 2014). “La Gran Familia’, un albergue con tintes de endogamia”. *Excelsior*. <http://www.excelsior.com.mx/nacional/2014/07/17/971396>
- Boltvinik, J. y Damián, A. (2004). *La Pobreza en México y en el Mundo*. México: Siglo XXI editores.
- Coatsworth, J. (1990). *Los Orígenes del Atraso*. México: Alianza Editorial.
- Cohen, E. y Franco, R. (2005). *Gestión Social. Cómo lograr eficiencia e impacto en las políticas sociales*. México: CEPAL-S. XII.
- CONEVAL (2014). *Medición de la Pobreza en México y en las Entidades Federativas 2012*. <http://www.coneval.gob.mx/Informes/Coordinacion/>

- Pobreza_2012/RESUMEN_EJECUTIVO_MEDIACION_POBREZA_2012_Parte1.pdf
- Cordera, R. y Tello, C. (1981). *La Disputa por la Nación*. México: S. XXI editores.
- Cordera, R. y Tello C. (2011). *La Disputa por la Nación*. México: Siglo XXI editores.
- Cota, R. (01 de marzo, 2015). “Piketty: un hito en el estudio de la desigualdad”. *Este País*. www.estepais.com/site/2015/piketty-un-hito-en-el-estudio-de-la-desigualdad/
- Díaz, A. (2004). *Gobiernos locales*. México: S. XXI editores.
- Esquivel, M. y Sánchez, M. (1995). “Condiciones de Vida y Política Social Para la Población de la Tercera Edad”, *Sociológica UAM-Azcapotzalco*, año 10, Núm. 29.
- Flores, L. (30 de marzo, 2015). “5 mujeres de oligarquía a la mexicana: las <<mirreynas>> del poder. *Sin Embargo*. <http://www.sinembargo.mx/30-03-2015/1296687>
- Fundación. (2019). En el Diccionario de la Real Academia Española.
- Franco, R. (2006). “Modelos de Política Social en América Latina en el Último Cuarto de Siglo”. En: Franco y Lanzaro. *Política y Políticas Públicas en los Procesos de Reforma en América Latina*. Argentina: FLACSO-CEPAL-Miño y Dávila editores.
- Gaceta Oficial del Distrito Federal 24 de septiembre de 2007 http://intranet.dif.df.gob.mx/transparencia/new/art_14/20/_anexos/ESTATUTOORGANICODIF-DF.pdf
- García, D. (16 de julio, 2014). “Por varios años, el albergue La Gran Familia recibió apoyo federal: PGR”. *Diario La Crónica*. <http://www.cronica.com.mx/notas/2014/845481.html>
- García, I. (10 de mayo, 2015). “Ricardo Salinas Pliego, el hombre que amasó su fortuna dando crédito para los pobres”. *Sin Embargo*. <http://www.sinembargo.mx/10-05-2015/1339421>
- García, I. (26 de febrero, 2015). “Todo para el Tele-
- tón”. Reporte Índigo. <http://www.reporteindigo.com/reportes/mexico/todo-para-el-teleton>
- Gobierno de México (2019). Versión estenográfica de la conferencia de prensa matutina. Martes 3 de diciembre, 2019. <https://www.gob.mx/presidencia/es/articulos/version-estenografica-de-la-conferencia-de-prensa-matutina-martes-3-de-diciembre-2019?idiom=es>
- González, J. (2014). *La Ontología Política del Proceso Estatal: Politicidades en Conflicto*. México: Tesis de doctorado, UAM-X.
- Guadarrama, G. (2006). *Tiempo, circunstancia y particularidades de la asistencia privada en el Estado de México*. México: Documentos de Investigación, El Colegio Mexiquense.
- Guadarrama, G. (2001). Entre la Caridad y el Derecho: un estudio sobre el agotamiento del modelo nacional de asistencia social. <http://www.redalyc.org/pdf/111/11100504.pdf>
- Guadarrama, G. (1999). “Presencia de la mujer en la asistencia social en México”. *Revista Economía, Sociedad y Territorio*, vol. II, Núm. 5.
- Hamilton, A., Madison, J. y Jay, J. (2001). *El Federalista*. México: FCE.
- Herrera, G. y Jaime, C. (2005). “Desafíos del Servicio Social en el Marco de las Nuevas Políticas Sociales”, *Papers Revista Sociológica*, Núm. 78: 169-194.
- Incháustegui, T. (26 de julio, 2014). “La infancia Residual”. *La Silla Rota*. <http://lasillarota.com/la-infancia-residual#.U9QFNPI5OSo>
- Judt, T. (2014). *Algo Va Mal*. México: Taurus.
- La Jornada (09 de julio, 2014). “Continuará EU deportando niños centroamericanos indocumentados”. *La Jornada*. <http://www.jornada.unam.mx/2014/07/10/mundo/026n1mun>
- Liaskovich, C. (7 de noviembre, 2003). “George Soros me recuerda a los chocolates laxantes”. Entrevista con Slavoj Žižek. *Clarín.com*. <http://edant.clarin.com/diario/2003/11/27/s-03601.htm>
- Martínez, E. (26 de mayo, 2015). “Donaciones, al-

- truismo deducible de impuestos”. *El Financiero, México*. <http://www.elfinanciero.com.mx/mis-finanzas/donaciones-altruismo-de-deducible-de-impuestos.html>
- Mientras Tanto en México (2019). Recortan recursos a Escuelas de Tiempo Completo en Baja California Sur y lo dan a orquestas de Fundación Azteca. México. <https://www.mientrastantoenmexico.mx/recortan-recursos-a-escuelas-de-tiempo-completo-en-bcs-y-lo-dan-a-orquestas-de-fundacion-azteca/?fbclid=IwAR00Ea5SzB8xE59hmPunhHo3fXpP0rIDW2SR5YxDJOQ8VAQpn45gPhV4jeU>
- Montagut, T. (2008). *Política Social. Una Introducción*. Madrid: Ariel.
- Mundo, Á. (2007). *Programas de Asistencia Social. Valoración de Tres Casos de Centros de Desarrollo Comunitario del DIF-DF*. México: Tesis para obtener el grado de Maestría, UAM-X.
- Núñez, J. y Espinosa, E. (2005). *Asistencia social en Colombia. Diagnósticos y propuestas*. Documento CEDE 2005-42. Julio de 2005. <https://core.ac.uk/download/pdf/6395230.pdf>. Consultado el 25 de febrero de 2020.
- Olmedo, R. (1987). *El DIF y la Descentralización. En La Administración Municipal y el Sistema para el Desarrollo integral de la Familia*. México: INAP, DIF.
- Quinto Elemento (2018). La falsa filantropía de Ricardo Salinas Pliego. <https://www.quintoelab.org/falsafilantropia/>
- Rabotnikof, N. (2005). *En Busca de Un Lugar Común*. México: UNAM.
- Raphael, R. (2014). *Mirreynato*. México: Temas de Hoy.
- Piketty, T. (2014). *La Economía de las Desigualdades*. México: S. XXI editores.
- SinEmbargo (17 de mayo, 2015). “El único empleo que crece en el país es el peor pagado, dice análisis del CEESP”. *Sin embargo*. <https://www.sinembargo.mx/17-05-2015/1347965>
- SinEmbargo (05 de octubre, 2014). “Comité de la ONU urge a México a no dar al Teletón; sugiere que usa a discapacitados”. *Sin embargo*. <http://www.sinembargo.mx/05-10-2014/1135490>
- SinEmbargo (04 de octubre, 2014). “Michoacán, supestando en quiebra, aprueba aportación anual de 40 millones para el Teletón durante 10 años”. *Sin embargo*. <http://www.sinembargo.mx/04-10-2012/387580>
- SinEmbargo (12 de abril, 2013). “La vigencia del “... no pago para que me peguen”. *Sin embargo*, <http://www.sinembargo.mx/opinion/12-04-2013/13720>
- Sotomayor, C. (2000). “La Asistencia Social en México en los Últimos 25 años del Siglo XX”, *Revista Jurídica de la Escuela Libre de Derecho de Puebla*, Núm. 2.
- Subirats, J. (2012). “Nuevos Tiempos, ¿Nuevas Políticas? Explorando Caminos de Respuesta”, *Revista del CLAD Reforma y Democracia*, Núm. 54.
- Tello, C. (2007). *Estado y Desarrollo Económico*. México: UNAM.
- Tello, C. y Ibarra, J. (2013). *La Revolución de los Ricos*. México: Facultad de Economía, UNAM.
- Toledo, E. (2003). El Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF). Expresión de una política social del Estado Mexicano. UJAT. http://www.publicaciones.ujat.mx/publicaciones/horizonte_sanitario/ediciones/2003_sep_dic/hsv2n3_asistencia_social_dif.pdf
- Urias, R.; Ibarra, Z. y Mora, J. (2014). “Pobreza y Desigualdad en México en el siglo XX y Principios del XXI”, *Revista Debate Económico*, vol. 3, Núm. 8.
- Vallespín, F. (2012). *La Mentira os Hará Libres*. Madrid: Galaxia Gutenberg.
- Žižek, S. (2012). *Primero Como Tragedia, Después Como Farsa*. Madrid: Akal.
- Žižek, S. (2010). *Viviendo en el Final de los Tiempos*. Madrid: Akal.
- Žižek, S. (2008). *Bienvenidos al Desierto de los Real*. Madrid: Akal.

Determinación Social de la Salud: algunas reflexiones a partir del trabajo académico en países latinoamericanos

*Camila Pereira Abagaro** • *Roselia Arminda Rosales Flores*** •
*Carmen Gloria Muñoz Muñoz**** • *Victoria Ixshel Delgado Campos*****

RESUMEN

El presente ensayo pretende realizar una reflexión acerca de la categoría conceptual Determinación Social de la Salud y su inserción en la dimensión académica en tres países de América Latina, además de señalar algunos retos para una formación crítica en salud, considerando el actual contexto económico, político y social. El documento es producto de un pensar colectivo que reúne investigadoras de los campos de la Medicina Social y la Salud Colectiva latinoamericana y su ejercicio profesional en coyunturas donde prevalecen las políticas de corte neoliberal. De modo que este ensayo constituye un paso inicial para discutir la articulación entre teoría y práctica en lo que se refiere a la enseñanza-aprendizaje de la Determinación Social de la Salud, en torno a la experiencia de las autoras en países como Brasil, Chile y México.

PALABRAS CLAVE: determinación Social de la Salud, trabajo académico, medicina Social, salud colectiva, neoliberalismo, América Latina.

Social Determination of Health: some reflections from academic work in Latin American countries

ABSTRACT

This essay intends to reflect on the conceptual category Social Determination of Health and its insertion in the academic dimension in three countries of Latin America. In addition to pointing out some challenges for a critical formation in health, considering the current economic context, political and social. The

* Investigación postdoctoral y profesora colaboradora en el Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva en la Universidade Federal de Pernambuco, Brasil.

** Profesora Investigadora de la Universidad Autónoma de la Ciudad de México (UACM) en la licenciatura de Promoción de la Salud del colegio de Ciencias y Humanidades

*** Académica de la Facultad de Medicina de la Universidad Austral de Chile

**** Titular de la Secretaría Particular de la Secretaría de Salud del Gobierno de la Ciudad de México.

document is the product of a collective thinking that brings together researchers from the fields of Latin American Social Medicine and Public/Collective Health and their professional practice in situations where neoliberal court policies prevail. It constitutes an initial step to discuss the articulation between theory and practice in what refers to the teaching-learning of the Social Determination of Health, around the experience of the authors in countries like Brazil, Chile and Mexico

KEYWORDS: social determination of health, academic work, social medicine, public/collective health; neoliberalism, Latin America.

Introducción

En el mes de noviembre de 2018, se realizó en la Ciudad de México el I Congreso Internacional de Determinación Social, Promoción de la Salud y Educación para la Salud. El evento, organizado por la Universidad Autónoma de la Ciudad de México (UACM), la Universidad Autónoma Metropolitana (UAM) y la Universidad Autónoma del Estado de México (UAEM), generó el marco para el encuentro de saberes, experiencias y reflexiones de estudiantes, académicos/as e investigadores/as del tema.

El congreso se planteó como un espacio de discusión y construcción de conocimientos sobre temas relacionados con los procesos de Determinación Social de la Salud, de la Promoción de la Salud y de la Educación para la Salud. Interesaba, en específico, en el tema de la Determinación Social de la Salud (DSS), lo relacionado con el derecho a la salud y otros derechos vinculados al proceso de salud-enfermedad, las prácticas sociales en salud, los sistemas de salud y sus reformas, los procesos políticos, económicos, sociales y culturales relacionados con la salud, el trabajo y las condiciones de salud.

Una de las actividades del congreso fue el panel “Determinación Social de la Salud en el siglo XXI: retos y desafíos”, que propició el (re)en-

cuentro de académicos/as de distintas generaciones formadas en el campo de la Salud Colectiva y de la Medicina Social en la Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco, en el programa del Doctorado de Ciencias de la Salud Colectiva, cuya formación crítica permitió el diálogo acerca de los ejes propuestos por el Comité Organizador y posibilitó una nutrida interlocución, que se extendió más allá del evento en sí mismo.

En esa dirección, el presente ensayo retomó algunos referentes conceptuales de la DSS discutidos en el referido panel y se enriqueció con la mirada de las autoras, cuya práctica profesional está contextualizada en distintos países de América Latina (Brasil, Chile y México) y, por tal razón, enfrentan desafíos relacionados a coyunturas donde prevalecen las políticas de corte neoliberal confirmando nuevas formas de organización social, que a su vez determinan el proceso de enseñanza-aprendizaje, con la reproducción de su respectiva ideología y valores dominantes (Giroux, 1985). Tal situación merece atención especialmente por las necesidades que se plantean con problemas de salud complejos y que requieren de profesionales multidisciplinares que los aborden y propongan soluciones transdisciplinarias.

La reflexión colectiva tuvo como punto de partida el pensamiento crítico, entendido como el andamiaje epistemológico contrahegemónico que posibilita la producción de discursos, investigación, planes, programas y políticas, fundamentados en la perspectiva de la DSS, categoría conceptual desarrollada en Latinoamérica a mediados de la década de los 70. En el próximo apartado se retomarán algunos referentes de la Medicina Social y la Salud Colectiva en la construcción de la categoría DSS, con el objetivo de, posteriormente, reflexionar acerca de determinadas experiencias y retos presentes en el contexto actual.

Algunos referentes de la Medicina Social y la Salud Colectiva para la categorización conceptual de la Determinación Social de la Salud

El presente apartado no pretende abarcar la riqueza conceptual acerca de la DSS desarrollada por las corrientes de pensamiento de la Medicina Social y Salud Colectiva mexicana y latinoamericana, sino que procura señalar referentes esenciales para las consideraciones vertidas en este ensayo, toda vez que reconocemos que la investigación acerca del proceso salud-enfermedad-atención impone una complejidad conceptual y práctica muy amplia.

De ahí que consideramos que los referentes seleccionados en relación a los contenidos de la DSS, de modo general, permiten encuadrar el campo de conocimiento y de acción de la Medicina Social y la Salud Colectiva y, en particular, de la categoría de la DSS en el proceso de enseñanza-aprendizaje.

El soporte conceptual que nutre la DSS tomó fuerza en razón de un profundo cuestionamiento del paradigma biomédico, insuficiente para elaborar

respuestas a los problemas de salud, relacionados a las condiciones económicas, políticas y social que se presenta a finales de los sesentas (Laurell, 1982). Para construir el marco teórico que lo consolida, aquel se basó en las ciencias sociales críticas (Lopez y Blanco, 2003). Breilh la indica como:

(...) una de las tres categorías centrales de la propuesta para una epidemiología crítica, enunciada desde mediados de la década del 70 y luego desarrollada y complementada por otros autores especialmente de la corriente latinoamericana. Junto con las categorías *reproducción social* y *metabolismo sociedad-naturaleza* han conformado el eje teórico de una propuesta de ruptura con el paradigma dominante de la salud pública (2013: 13).

Para comprender tal escisión, se evoca el hecho de que los problemas de salud-enfermedad-atención específicos de la mitad del siglo pasado en adelante demandaban reflexiones más complejas y articuladas que las propuestas por la salud pública y su paradigma biomédico. De tal suerte que la crítica a ese paradigma se centró en puntos específicos, precisamente en aquellos que demuestran su insuficiencia explicativa:

- Crítica al abordaje positivista, dicotómico, lineal y reduccionista, basado en el modelo de la historia natural de la enfermedad;
- Cuestionamiento del paradigma biomédico explicativo de la enfermedad, en el cual es considerada un fenómeno biológico individual, y la consecuente dificultad de la medicina para esclarecer enfermedades que emergían en “(...) los países industrializados, eso es, los padecimientos cardiovasculares y los tumores malignos” (Laurell, 1982: 1).

Fue a partir de esa apreciación crítica que la Medicina Social latinoamericana construyó una consistente plataforma teórica-conceptual, fundamentada en el hecho de que las condiciones sociales y económicas determinan la salud y la enfermedad. Garbois, J. et. al. (2017) retoman algunos/as autores/as y sus respectivas contribuciones para el campo: Laurell y Breilh, con la producción de enfermedades en el ámbito de la colectividad y la ampliación de la explicación del principio de la causalidad; Donnangelo, con el aporte explicativo acerca de las complejas relaciones sociales entre salud y enfermedad con respecto a la determinación sociohistórica de los sistemas de salud y las necesidades del capitalismo para mantener la fuerza de trabajo; Breilh, con la proposición del materialismo histórico y su cientificidad metodológica, como herramienta de transformación política; Tambellini-Arouca, con el énfasis en la relación entre trabajo y proceso de salud-enfermedad-atención, la categoría proceso de trabajo es incorporada como referente conceptual para dimensionar la determinación social del proceso salud-enfermedad por su papel en las relaciones entre el hombre y la naturaleza y entre los propios hombres.

En ese contexto, se resalta la importancia de recuperar la dimensión sociohistórica y compleja de la salud al incorporar la noción de procesos, que adquieren propiedades protectoras o perjudiciales para el proceso salud-enfermedad. Algunos de estos procesos tienen mayor importancia estratégica para la acción, ya sea para evitar facetas destructivas o fomentar facetas protectoras y son denominados procesos críticos (Breilh, 2003). Asimismo, las interpretaciones que desde la cultura se realizan sobre estas manifestaciones. Las prácticas sociales que se ponen en marcha para

simbolizarlas, entenderlas, explicarlas, ritualizarlas, promoverlas o resolverlas (López y Peña, 2006).

Para la construcción de la categoría conceptual de la DSS, el estudio del componente económico, expresado sobretudo en la investigación de las condiciones materiales de vida, ha producido conocimientos significativos y teoría (López, Blanco y Mandujano, 2007). En la dimensión política hay abundante literatura científica sobre todo documentando las implicaciones de las políticas sociales neoliberales en el proceso de salud-enfermedad-atención y revelando el discurso tecnocrático (Laurell, 1997; 2001; Tetelboin y Salinas, 1980; López y Jarillo, 2017), proponiendo cambios en el paradigma para la organización de los servicios de salud para garantizar el derecho a la salud en sentido amplio.

También cabe mencionar la relación del proceso salud-enfermedad-atención con la determinación cultural, ideológica y de género, entre otras, como lo han explicado investigadores/as del proceso de salud-enfermedad desde esas dimensiones, que siguen a teóricos como Bordieu, de quién se retoman las nociones de proceso de construcción de identidad a través de la diferenciación, distinción, oposición, alteridad y también de la sociología, con el concepto de las relaciones sociales y relaciones de poder que suceden en un momento histórico concreto (Granados, 2002).

Por otro lado, el informe difundido por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el año 2008, resultante del debate realizado por la Comisión sobre Determinantes Sociales en Salud, pareciera ratificar la forma en que “los procesos sociales macro condicionan los patrones de salud y enfermedad en lo micro” (Morales-Borre-

ro, Borde, Eslava-Castañeda y Concha-Sánchez, 2013: 800). Sin embargo, además de no constituir un debate novedoso para la Medicina Social y la Salud Colectiva latinoamericana (López, Escudero y Carmona, 2008), sus principios se difunden mirando la relación salud–sociedad desde un enfoque funcionalista, que propone no sólo una mirada poblacional y dicotómica causa–efecto, sino también que busca el equilibrio en la esfera de las decisiones individuales sobre los estilos de vida y en un análisis de contextos sociales sin la caracterización histórica y estructural que fundamenta la desigualdad social y de salud. Carente de un análisis profundo, ético y valórico (Representantes de la Sociedad Civil, 2007), la salud queda nuevamente entendida como una utopía, inatrapable, independiente de la lucha de poder económico, de los patrones de trabajo, y del modo de vida que se reproduce en la sociedad capitalista.

La distinción es importante, como lo ha señalado Breilh (2003), por las formas indistintas en que se ha utilizado la noción de *determinación*: aquellas que describen las características que definen un proceso, la segunda como las *relaciones de univocidad* y finalmente por el *devenir*. Pero, también es importante, la distinción entre determinación y causalidad, no solo en términos teóricos, sino además en sus implicaciones en la práctica (Mendoza y Jarillo, 2011).

Los ejes analíticos que guían este trabajo, por lo tanto, transitan por momentos históricos caracterizados por sus formas específicas de producción y consumo y su relación con los procesos de salud enfermedad y las prácticas sociales en salud para resolverlos. El eje transversal, es el régimen de política social y Estado, que adquiere importancia por las características particulares de la región y más puntualmente de los países a los que aquí se hace referencia.

Breves reflexiones acerca del desarrollo histórico de la categoría conceptual Determinación Social de la Salud y su inserción en el contexto actual

En el marco de los quehaceres académicos, la reflexión debe constituirse como tarea central, aún más de aquellos/as que trabajan los procesos de salud-enfermedad-atención desde una perspectiva crítica. Tal ejercicio conlleva la vigilancia epistemológica hacia el propio paradigma (Kuhn, 1971), es decir, una revisión de las teorías, métodos, normas y lenguajes que permiten construir generalizaciones simbólicas por las operaciones que realiza la comunidad científica o que se están construyendo, de tal forma que sirva para un análisis de lo que compone el paradigma en general y sus particularidades.

Por un lado, es importante esta revisión porque permite indagar en aquello que lo constituyó en su momento y su evolución transitando desde el materialismo histórico a la incorporación del pensamiento crítico de autores provenientes de teorías o miradas como Bourdieu (1997), Esposito (2006), Osorio (2006), Foucault (2012), entre otros. Además, conocer a partir de los desarrollos teóricos-metodológicos la incorporación de nuevos objetos de estudio y su desarrollo, abarcando un campo cada vez más amplio de problemáticas o bien, replantear teorías y metodologías para explicar aquellos fenómenos que, en el contexto actual, se consideran como retos y desafíos. Por otro lado, esta revisión epistemológica cobra trascendencia en el paradigma crítico porque esta corriente de pensamiento se centra en el acompañamiento de los procesos de la transformación de las condiciones de vida, trabajo y salud de las colectividades.

Cabe señalar que los contextos socioeconómicos y políticos de América Latina fueron preponderantes para el desarrollo teórico y metodológico de la perspectiva crítica presente en la Medicina Social y la Salud Colectiva en la construcción de la DSS. Se teorizó sobre la forma de organización de la sociedad para producir bienes y servicios y, a partir de ahí, se analizó el proceso salud-enfermedad y las prácticas para prevenir, atender y restablecer la salud. Así, se consideraron tres grandes momentos históricos del capitalismo en la región: Fase de expansión, Industrialización y Globalización (López y Peña, 2006). En cada uno fue necesario caracterizar las formas de organización social, la forma histórica que asumió el proceso de salud-enfermedad-atención, las representaciones sociales y significados de los grupos específicos y las prácticas sociales para investigarlas, explicarlas y/o resolverlas.

El desarrollo de las corrientes de pensamiento de la Medicina Social y la Salud Colectiva, entendidas como un campo científico (Almeida y Paim, 1999), integrado por un cuerpo de conocimientos cohesionados en planteamientos teóricos consolidados, ha tenido un disímil alcance y desarrollo en la región. Tensionados mayoritariamente desde lo contrahegemónico, los procesos sociales marcados por la violencia política y económica de las décadas de los 70 y 80 delinearon una política social que aisló a los sujetos de la solidaridad de base, del rol de la participación ciudadana y de la incumbencia en los problemas sociales que determinan salud-enfermedad, haciendo transitar el “sujeto social” a un “sujeto consumidor”. En este sentido, el capital ha respondido a la crisis que está en curso desde la década de los 70 mediante intensos procesos de reestructuración productiva en escala global para asegurar la expansión y viabilidad del sistema capitalista (Pereira-Abagaro, C. y Cuéllar R., 2019).

Por lo tanto, para pensar la inserción de la categoría DSS el contexto actual, es ineludible considerar esas transformaciones en las sociedades latinoamericanas a partir de la comprensión del momento histórico por el cual atraviesa el modo de producción capitalista. Un ejemplo es la actual situación del mundo del trabajo, que atraviesa una transición de paradigma, respecto a su organización, una fase nombrada de “uberización”, que se caracteriza por una total desprotección social de la clase trabajadora, al verse en la necesidad de negociar individualmente sus condiciones de trabajo y a su propia suerte (Pochmann, 2016).

Es en el escenario de la Sharing Economy (Slee, 2017), también nombrada como Gig Economy (Alves, 2018), que la “uberización” gana espacio y reorganiza el trabajo, caracterizado especialmente por: supuesta flexibilidad de horarios, aparente valorización del conocimiento individual, no subordinación y aparente poder en la toma de decisiones.

El momento histórico que se experimenta actualmente en los espacios urbanos, siguiendo a Breilh (2003), puede ser definido como un proceso crítico. Las formas de producción que lo caracterizan, de manera general, son aquellas que han acentuado la terciarización y la precarización laboral, situación en parte influenciada por el desarrollo tecnológico: mecanización, automatización y robotización de los procesos de trabajo, procesos en los cuales prevalecen los intereses del capital sobre el trabajo.

Tales condiciones laborales se caracterizan por la informalidad, inestabilidad en razón de la pérdida de los contratos colectivos por temporales e individualizados, que entre otras condiciones, han generado dificultades en la inserción laboral de jóvenes, aunque estén capacitados o sean profe-

sionales. Se suma a esa situación, los elevados índices de desempleo en la población en edad productiva lo que provoca migración, inestabilidad, inseguridad y violencia.

Esa reconfiguración del mundo – no sólo en el ámbito laboral, sino que en las relaciones sociales de modo general y en la prestación de servicios públicos – está asentada en políticas macroeconómicas y de profundización del modelo neoliberal. De modo que, reflexionar la DSS en el contexto actual demanda evidenciar los profundos cambios que están en curso en las sociedades contemporáneas, específicamente en América Latina, y considerarlos en este ensayo.

La Determinación Social de la Salud y su enseñanza-aprendizaje en algunos países latinoamericanos

Aunado a la reflexión acerca de la categoría conceptual DSS y el contexto actual, resulta necesario pensarla en el nivel de enseñanza-aprendizaje, en el entendido que este es uno de los procesos a través del cual se busca reproducir la ideología dominante (Giroux, 1985). Como parte de la resistencia contrahegemónica, el paso inicial en la enseñanza-aprendizaje de la DSS sería delimitar los problemas de los que -en general- se ocupa la Medicina Social y la Salud Colectiva en relación con esta categoría: 1) La distribución y frecuencia del proceso salud-enfermedad-atención y la determinación social, y 2) Las prácticas y las políticas en salud (Bertolozzi y De La Torre-Ugarte-Guanilo, 2012).

El estudio de estos objetos, cuando se realiza desde una perspectiva socio-histórica, significa que deben ser comprendidos en los contextos específicos en que se desarrollan, esto es, revelar esas

singularidades través de la forma cómo la sociedad se organiza para producir, consumir, la lógica de redistribución de la riqueza, las relaciones económicas de explotación y exclusión (López y Blanco, 2003) en las que tienen lugar los procesos de salud-enfermedad-atención.

Es pertinente relacionar la enseñanza-aprendizaje de la categoría DSS a partir de la concepción de los procesos de salud-enfermedad-atención en la actualidad y los retos que surgen para América Latina. En ese sentido, se presentan más preguntas que respuestas para la Medicina Social y la Salud Colectiva puesto que los problemas que les dieron origen, en cierta medida, aún persisten y se suman nuevos, no de menor tamaño, por lo que es importante que además de la enseñanza-aprendizaje, se potencialicen otras dimensiones del trabajo académico, que son aquellas que se refieren a la formación en salud de profesionales multidisciplinarios, la investigación científica, la divulgación y vinculación con otras universidades y con la comunidad.

En la formación en salud son importantes aquellas actividades y estrategias para desarrollar y consolidar el campo de conocimiento y de los profesionales del área. En este terreno, se puede decir que esa articulación se concreta en dos ejes de actuación: la enseñanza y la investigación, con matices que dependen de las tendencias históricas de los territorios en los cuales se desenvuelva tal trabajo. En esa dirección Freire indica:

Estudiar es desocultar, es alcanzar la *comprensión* más exacta del objeto, es percibir sus relaciones con los otros objetos. Implica que el estudioso, sujeto del estudio, se arriesgue, se aventure, sin lo cual no crea ni recre. También por eso es que *enseñar* no puede ser un sim-

ple proceso, como he dicho tantas veces, de transferencia de conocimientos del educador al aprendiz. Transferencia mecánica de la que resulta la memorización mecánica que ya he criticado. Al estudio crítico corresponde una enseñanza también crítica, que necesariamente requiere una forma crítica de comprender y de realizar la lectura de la palabra y la lectura del mundo, la lectura del texto y la lectura del contexto (2010: 52)

Los espacios en los que se construyen las ideas, se difunde el conocimiento científico y se producen los profesionales de manera formal, esto es, las universidades, con sus programas curriculares de pregrado y postgrado, cumplen un rol no sólo en la generación de propuestas para la política de salud, evaluación y monitoreo de las mismas, sino también en la formación de un espacio de pensamiento que en algunos países y universidades han acumulado un caudal crítico y de compromiso social en general y en torno a la salud.

En el caso de la enseñanza, casi siempre ha sido fructífero develar las bases de la sociedad capitalista y su funcionamiento, a través de autores que trabajan estos temas de manera clara y a la vez sencilla, como: Ernest Mandel, Richard Sennett, Zygmunt Bauman, David Harvey, Slavoj Žižek, entre otros. Tal ejercicio, ha posibilitado la articulación de la determinación social de la acumulación capitalista con el proceso salud-enfermedad de la clase trabajadora en específico y de la colectividad, de modo general.

La producción latinoamericana en el campo de la Medicina Social y la Salud Colectiva es la fuente primordial para el debate. En ese marco, otros autores relevantes resultan ser: Giovanni Berlinguer con el capítulo “El capital como factor patógeno” en *Medicina y Política* y Luc Boltanski con

Los usos sociales del cuerpo. Estos textos abren nuevos horizontes dentro del salón de clase en el proceso de enseñanza-aprendizaje a través del cuestionamiento de la realidad y del status quo, además de la articulación previamente referida.

En el ámbito de la investigación, la precisión en los puntos de partida de problemas específicos de la realidad en estudio sobre la cual se concretan el marco teórico y metodológico específicos desde la lupa preconstruida del pensamiento crítico, avanzando en nuevos territorios en relación a los dos campos de conocimiento y a nivel de concreción desde lo macro a lo local y particular. Por ejemplo, la investigación en el campo de salud de los trabajadores y el posicionamiento crítico acerca del estudio de los problemas de salud de las colectividades son ejes fundamentales. Se requiere que los profesionales con los resultados del trabajo académico hagan propuestas para la comprensión y resolución de las problemáticas. De ahí, la importancia de estar refiriéndonos a nuevas categorías conceptuales que fortalezcan la noción de la DSS.

Respecto a la divulgación y vinculación con otras universidades y con la comunidad, la organización de foros, congresos, seminarios que permitan el fortalecimiento y la comunicación de los principales referentes que dan cuenta de la DSS.

Un problema que se observa con relación a la formación de profesionales de salud es que ha priorizado la enseñanza en el campo médico y de la enfermedad. Desde la formalización de la profesión médica (Foucault, 2012; Donnangelo, 1976), los programas curriculares están diseñados para el estudio de la salud y la enfermedad con aras a la reproducción de la fuerza de trabajo, corrigiendo los problemas para que los trabajadores cumplan con sus roles y funciones.

El estudio del proceso salud-enfermedad-atención constituye un campo multidimensional y que demanda la articulación conceptual crítica, por lo tanto, es relevante realizar reflexiones sobre las capacidades (lo que deben saber y saber hacer para responder a necesidades sociales) de los profesionales vinculados a la salud desde este paradigma y el desarrollo de las experiencias laborales en este ámbito.

Los aportes de profesionales formados en paradigmas contrahegemónicos permiten reflexionar sobre los procesos de salud-enfermedad-atención desde una mirada compleja y transdisciplinar. El abordaje de problemas sociales relacionados con los procesos de salud-enfermedad-atención, con todas las imbricaciones y dimensiones que tienen, permite que los que se están formando planteen desde la perspectiva crítica, estrategias que aporten soluciones en los diferentes espacios laborales; novedosas, pero con visión crítica, humanística y científica.

A continuación, se destacan algunos antecedentes que abrieron espacios críticos de formación en salud en los países contemplados y se delimitan algunos elementos fundamentales de la política de salud y atención. No se pretende realizar, en este documento, una sistematización acerca de los espacios académicos en los cuales se retoma la categoría conceptual de la DSS en el proceso enseñanza-aprendizaje, sino que ubicar, de manera general, el momento en que se incorpora tal perspectiva en esos países.

Brasil

El Movimiento de la Reforma Sanitaria en Brasil fue fundamental para la ampliación del concepto de salud, elaborado a partir de la teoría de la determinación social del proceso salud-enfermedad,

y que quedó plasmado en la Carta Magna, la cual también constituyó el Sistema Único de Saúde (SUS). De modo que, es a partir de la promulgación de la Constitución Federal, en 1988, que se iniciará un proceso de incorporación de cambios en la formación de los/las trabajadores del SUS y, también, en la producción de servicios de salud, con la finalidad de cumplir los principios que lo rigen (Amaral, Pontes y Silva, 2014). En esa dirección:

El Sistema de Salud Brasileño, de acuerdo con la Constitución Federativa, desde la década de 1980, ha propuesto transformaciones orientadas a la promoción de la salud, en la lógica de la vigilancia, lo que implica cambios en el antiguo modelo de atención, centrado en la enfermedad y en aspectos biológicos. Así, las Instituciones de Enseñanza Superior (IES) pasan a ser estimuladas a innovar el proceso de enseñanza-aprendizaje para formar profesionales, cada vez más crítico-reflexivos, activos y protagonistas en la construcción de sus conocimientos, con vistas a promover transformaciones en las prácticas de salud y atender a las necesidades de la población (Martinez, Soares, de Fátima, et. al., 2019: 1700).

Este marco en el campo político-jurídico permitió la elaboración de las Directrices Curriculares Nacionales (DCN) que van a orientar la formación en salud, lo que propició, por ejemplo, la creación de la Licenciatura en Salud Colectiva (Brasil, 2017). Asimismo, se resalta la importancia de las Instituciones de Enseñanza Superior Públicas-Universidades Federales y sus programas de Posgrado en Salud Colectiva/Pública, Institutos de Medicina Social y Salud Colectiva/Pública y la Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ).

No obstante, pensar la DSS y su enseñanza-aprendizaje hoy en Brasil nos remite a los procesos recientemente experimentados desde el golpe parlamentario del 2016 en contra de la expresidente Dilma Rousseff, como la emergencia del gobierno de Temer que ejecutó una ruptura drástica en el proyecto de país que se construía y consolidaba, la prisión del expresidente Lula – mayor líder popular de izquierda en Brasil – y la elección de Jair Bolsonaro, cuyas consecuencias, incluso en el campo económico, están por verse.

Es en este contexto que el Sistema Único de Saúde (SUS) se encuentra bajo grave amenaza por el corte histórico en el presupuesto con la aprobación de la Enmienda Constitucional 95 (Paim, 2018), más conocida en su etapa de proyecto para modificar la Constitución Federal de 1988, como Propuesta de Enmienda Constitucional “Del fin del mundo” (Brasil 247, 2019). Tal medida congela gastos en educación y salud por 20 años, medida que afecta la población más pobre y vulnerable, que depende del sistema público de salud y educación, ya subfinanciados. El sector salud también sufre un fuerte ataque privatizador con la presencia cada vez más intensa del capital financiero en el país. La elección en Brasil, al final del 2018, de un programa político escaso de propuestas y, a la vez, saturado de conservadurismo, buscando cercenar libertades en el campo educativo y recortar políticas de salud ya consolidadas, constituye un marcado retroceso político, económico y social.

Respecto a la Política de Salud, el discurso que busca disociar el elemento social de lo sanitario expresa el desmonte de relevantes conquistas desde la redemocratización del país tras la dictadura civil-militar iniciada en 1964. Garbois, Sodré y Dalbello-Araújo mencionan que: “abordar los accidentes y las más variadas formas de violencia

como ‘causas externas’ al sector salud es reducir la capacidad política de todos los actores sociales para actuar antes complejas cuestiones sociales” (2017: 74).

Asimismo, reiteran que “En la perspectiva de las prácticas cotidianas de atención a la salud, y teniendo como presupuesto que todo acto en salud posee significación, adoptar la noción de ‘determinantes sociales de la salud’ refuerza la polaridad establecida entre el ‘ser biológico’ y el ‘ser social’” (2017: 74). Desde nuestra perspectiva, constituye un profundo repliegue analizar a los sujetos y a su proceso salud-enfermedad apartados de sus condiciones de vida y trabajo.

Chile

Actualmente, la formación de pregrado de las carreras del área sanitaria, insinúan tímidamente los referentes teóricos de la Salud Colectiva, con escaso capital humano formado en la materia y resistiendo el poder de la salud pública tradicional, que en algunos casos, relega su perspectiva a unidades o cursos aislados, en la medida que los marcos de cualificación de la educación superior en Chile cifran un marco amplio para la definición de sus equivalencias y contenidos de estudio.

Visto a la luz de 40 años de posdictadura en Chile, resulta evidente el fortalecimiento del rol del mercado no sólo en el área de la salud, sino también en educación y pensiones entre otras. Las estrategias mayormente implementadas se han concentrado por un lado en mitigar las desigualdades que genera la administración en las diferencias y por otro, en robustecer el cuerpo legal que obstaculiza transformaciones profundas sobre el tema de medicamentos (asociados a la producción, importación y venta monopolizada por las grandes cadenas), el aseguramiento universal de salud (y

no sólo de un grupo de enfermedades en desmedro de otras), el desmantelamiento del soporte público de la red sanitaria en el país (que ha tenido su más reciente crisis en el desabastecimiento de insumos en varios centros de alta especialidad) y la transferibilidad de recursos desde lo público a lo privado, bajo la lógica de compra de servicios.

Este escenario lejos de aplicar sólo al área de la salud, evidencia un patrón cuando se analizan otras reformas actualmente en discusión parlamentaria (u aprobadas recientemente), que mejoran el sistema para dos de los íconos del neoliberalismo pinochetista: las Administradoras de Fondos de Pensiones (AFPs) y las Instituciones de Salud Previsional (ISAPRES). La reforma tributaria se opuso a la demanda por el impuesto a la riqueza los proyectos de reforma laboral que profundizan la precarización laboral y en el mundo de la educación los proyectos de ley de Aula Segura y Admisión Justa, que legitiman por un lado la criminalización de la infancia y por otro profundiza la exclusión social bajo el discurso de la meritocracia.

El proceso reciente de reactivación de la demanda colectiva por transformaciones profundas en el país (iniciado el 18 de octubre de 2019) ha puesto en evidencia el cansancio con el sistema de libre mercado. Lejos de reflejar únicamente una respuesta al gobierno de derecha actual, confronta la credibilidad de las instituciones del estado, hasta hace un par de años consideradas dignas de respeto por gran parte de la ciudadanía (o por temor o por confianza). Este malestar general ha puesto como indiscutible la necesidad de redactar una nueva constitución, de manera participativa, democrática y de frente a la ciudadanía, como única forma de deshacer enclaves autoritarios y las trampas que dejó la de 1980.

Evidentemente, el proceso de hacer valer para Chile la lógica y los principios de DSS será apenas un primer paso que propiciarán estas macro transformaciones.

México

En México, se han fortalecido los programas de las Maestrías en Medicina Social y Salud de los Trabajadores y el Doctorado en Ciencias de la Salud Colectiva que buscan responder a los problemas de salud desde un enfoque axiológico, ontológico y epistemológico de la salud y sus respuestas. Tales propuestas se consolidaron dado el debate que había en la década de los 70 sobre mejorar la formación de pregrado en medicina incorporando la perspectiva de las Ciencias Sociales a los programas de estudio (Jarillo et. al., 1997) y los nuevos modelos pedagógicos que demandaban la transformación de la enseñanza-aprendizaje retomando autores como Freire, Althusser y Piaget (López, López, Jarillo et. al., 2017) en la formación de los profesionales de la salud (Garduño et. al., 2009).

Asimismo, la Maestría en Medicina Social ha sido, durante más de 40 años, un programa que ha formado a profesionales basados en una enseñanza crítica, científica y humanística con responsabilidad social y ética y que aborda los problemas desde marcos teóricos y metodológicos distintos a los tradicionales, lo que conlleva a la implementación de técnicas, instrumentos y prácticas diferentes.

Con relación al escenario político, México muestra un viraje de las políticas neoliberales. En julio de 2018, se realizó el proceso electoral para elegir al Presidente del Gobierno de México, a miembros del Congreso, así como también a alcaldes

locales. Después de más de 30 años de predominio de políticas neoliberales, ganó la elección presidencial un partido de izquierda social-demócrata encabezado por Andrés Manuel López Obrador. En la capital mexicana por primera vez en la historia ganó las elecciones una mujer perteneciente al mismo partido político que el Presidente, se trata del Movimiento de Regeneración Nacional (MORENA). Este viraje, supone el inicio de un conjunto de políticas orientadas a transformar la vida pública de México en una lógica de equidad, derechos humanos y redistribución de los ingresos.

Algunas de las dificultades planteadas para implementar las políticas sociales de bienestar devienen del contexto histórico caracterizado por el modelo político y económico neoliberal adoptado a fines del siglo pasado y la profunda descomposición del tejido social que atraviesa el país por la guerra contra el narcotráfico y la corrupción que había permeado todos los niveles de gobierno, procesos que pueden ser explicados desde las nociones de la Biopolítica y Necropolítica. En la primera, la política a través del ejercicio de poder público, decidía quién vivía y quién debía morir. Es decir, se decide a quién se entregan o tiene acceso a los elementos de vida. En la segunda, se puede matar a los sujetos sin castigo. En este caso, se puede pensar en los migrantes, en la desaparición de las personas, las fosas clandestinas, sin que haya ningún duelo, o explicación institucional de lo sucedido (Esposito, 2006; Agamben, 2004; Triana, 2012; Calveiro, 2012).

Actualmente se vive un giro en la política social, y particularmente la de salud. El paradigma planteado en la Ciudad de México, que se articula con la perspectiva del Gobierno Federal, busca garantizar el derecho a la salud en sentido amplio, reconociéndola como una metacapacidad que permite el desarrollo de las personas. Esta perspectiva co-

loca a la salud en dos dimensiones, por un lado, reconoce la determinación social de la salud y su articulación con otros derechos como el trabajo digno, la vivienda, la educación, la alimentación –por mencionar algunos- que de manera conjunta producen salud; y por otro lado, la importancia de garantizar servicios médicos y medicamentos idóneos en cada momento del curso de vida, entendida así como la atención médico-sanitaria. Desde este enfoque, se reconoce al Estado como el sujeto obligado de garantizar el derecho a la salud y coloca a las personas como sujetos de derecho.

El Gobierno de México ha reformulado la organización de los servicios de salud, conformándose el Instituto de Salud para el Bienestar (INSABI), la Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud, y la Subsecretaría de Salud Pública –próxima a definirse- que promueven la universalidad, gratuidad y la salud como un bien colectivo prioritario implementando políticas públicas transversales e intersectoriales (Gobierno de la Ciudad de México, 2019).

A manera de conclusión

En algunos países de América Latina, las corrientes de pensamiento de la Medicina Social y la Salud Colectiva han tenido un desarrollo diferente en la academia. En Chile, el trabajo de la década de los años 50, 60 y 70, con grupos encabezados por las ideas de Salvador Allende y otros sanitaristas, se vio brutalmente interrumpido con la dictadura cívico-militar.

A diferencia de Brasil, la postdictadura no logró reposicionar la articulación de lo social y lo biológico para el análisis de los problemas sanitarios. De manera general, la academia en Chile ha vivido desde entonces una colonización anglosajona

del saber, impulsado por la tendencia predominante de mirar Europa, Asia y Norteamérica como parámetro económico, cultural y académico.

No obstante este escenario, distinto respecto al desarrollo de la Medicina Social y la Salud Colectiva en Brasil y México, núcleos de investigación se abren en Chile. En los tres países, la transdisciplinariedad y la discusión acerca de derechos fundamentales, género, multiculturalidad y lo sanitario, todo desde la contrahegemonía, es imprescindible dado el contexto latinoamericano. Especialmente en razón de una tendencia hacia el afianzamiento de propuestas neoliberales y Estados de Excepción, cuyas explicaciones se centran en el desarrollo de los Estados Nación y las formas de organización social; políticas que aumentan la brecha de desigualdad.

En este sentido, los retos que se presentan demandan políticas sociales redistributivas en un momento histórico de reconfiguración del capitalismo en su etapa neoliberal. El discurso emprendedor vigente en gran parte de los países latinoamericanos evidencia la imperante desprotección y desaliento de la clase trabajadora en nuestras sociedades. En convergencia con lo ya dicho hasta el momento respecto a relación entre la DSS, el contexto actual en América Latina y el trabajo académico, se evidencia la necesidad de articular permanentemente el proceso de acumulación capitalista y la DSS para comprender su relación con el proceso de salud-enfermedad-atención.

Se hace hincapié en el elemento de la acumulación capitalista puesto que la comprensión de una sociedad históricamente determinada es lo que permite avanzar respecto también a la elaboración de la historicidad del proceso salud-enfermedad y sus expresiones, sobre todo, en momentos de

profunda crisis del capitalismo como se observa en la actualidad. Asumiendo esta particularidad, la Medicina Social y la Salud Colectiva responden y requieren de la sinergia para comprender la complejidad y del análisis a partir de la transformación de los momentos histórico-sociales. La estructura social y el poder-control económico y político son inseparables de lo sanitario.

En ese sentido, las evidentes contradicciones económicas, políticas y sociales en la región son el escenario de análisis de lo expuesto: avances y retrocesos ponen en evidencia la relevancia de decisiones en el ámbito político-jurídico, los efectos de las resistencias y de las cooperaciones entre la enseñanza-aprendizaje de la DSS y su investigación en el contexto de países latinoamericanos. Bajo esas circunstancias, se requiere reconocer la salud colectiva y la justicia sanitaria como objetivos que deben ser construidos con persistencia y lucha cotidiana puesto que son contrarios a los propósitos del sistema económico vigente. De modo que, la reflexión crítica acerca de la DSS, la acumulación capitalista y los problemas de salud continúa siendo una tarea apremiante.

Entre los nuevos elementos incorporados a la discusión bajo condiciones neoliberales, se encuentra el campo de los Derechos Humanos, en los cuales se inserta el derecho a la salud – objeto de estudio en el Doctorado en Ciencias en Salud Colectiva de la UAM Xochimilco – como un eje orientador, una herramienta fundamental y un propósito a ser concretado por los profesionales de la salud, el personal académico y de investigación en el campo de la Medicina Social y Salud Colectiva, una vez que la realización de este derecho transformará las condiciones de vida, salud y muertes de las poblaciones/colectividades.

Referencias bibliográficas

- Agamben, G. (2004). *El estado de excepción*. Valencia: Pretextos.
- Almeida-Filho N. y Paim J. (1999). “La crisis de la salud pública y el movimiento de la salud colectiva em Latinoamérica”, *Cuadernos médico-sociales*, Núm. 75: 5-30.
- Alves, G. (2018). “<Modelo UBER>, autoempreendedorismo e as misérias do trabalho vivo no século XXI: breves notas sobre alienação e autoalienação no capitalismo flexível”. En: Moretto, A.; Matos, F.; Macambira, J. y Cacciamali, M. (orgs.) *As transformações no mundo do trabalho e o Sistema Público de Emprego como instrumento de inclusão social*. Fortaleza: Instituto de Desenvolvimento do Trabalho, 85-103.
- Amaral, M.; Pontes A. y Silva, J. (2014). “O ensino de Educação Popular em Saúde para o SUS: experiência de articulação entre graduandos de enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde”, *Interface – Comunicação, Saúde e Educação*, Núm. 18, (Sup. 2): 1547-1588.
- Bertolozzi, M. y De la torre-Ugarte-Guanilo, M. (2012). “Salud Colectiva: fundamentos conceptuales”, *Salud Areandina*, vol. 1, Núm. 1: 24-36.
- Bourdieu, P. (1997). *Razones prácticas. Sobre la teoría de la acción*. Barcelona: Anagrama.
- Brasil. Diário Oficial da União 10 de agosto de 2017: Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Saúde Coletiva.
- Brasil 247. PEC do fim do mundo é promulgada. <https://www.brasil247.com/pt/247/poder/270711/PEC-do-fim-do-mundo-%C3%A9-promulgada.htm>.
- Breilh, J. (2003). *Epidemiología crítica, Ciencia emancipatoria e Interculturalidad*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Breilh, J. (2013). “La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva)”, *Revista Facultad Nacional Salud Pública*, vol. 31, (Sup. 1): 13-27.
- Calveiro, P. (2012). *Violencias de Estado: la guerra antiterrorista y la guerra contra el crimen organizado como medios de control global*. Buenos Aires: Siglo Veintiuno Editores.
- Donnangelo, M. (1976). *La medicina en la sociedad de clases*. São Paulo: Librería Dos Ciudades.
- Esposito, R. (2006). *Biopolítica y filosofía*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Foucault, M. (2012). *El nacimiento de la clínica, Una arqueología de la mirada médica*. México: Siglo Veintiuno Editores.
- Freire, P. (2010). *Cartas a quien pretende enseñar*. México: Siglo Veintiuno Editores.
- Garbois, J.; Sodré, F. y Dalbello-Araújo, M. (2017). “Da no a de determina a social   de determinantes sociais da saúde”, *Saúde Debate*, vol. 41, Núm. 112: 63-76.
- Garduño, M.; Jarillo, E.; López, O.; Granados, J.; Castro, J.; Tetelboin, C.; Rivera, J. y López, S. (2009). “La perspectiva médico-social y su contribución al quehacer científico en salud. 35 años de desarrollo en la UAM-Xochimilco”. En: Chapela, M. y Mosqueda, A. (Edit). *De la Clínica a lo Social, luces y sombras a 35 años*. México: Departamento de Atención a la Salud. Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco, 25-51.
- Giroux, H. (1985). *Teorías de la reproducción y la resistencia en la nueva sociología de la educación: un análisis crítico*. Cuadernos Políticos Núm. 44. México: Editorial Era, 36-65.
- Gobierno de la Ciudad De México. SSa udCdMx comunicación 8 de agosto de 2019.
- Granados, J. (2002). “Orden sexual y alteridad: la homofobia masculina en el espejo”, *Nueva Antropología*, vol. XVIII, Núm. 61: 79-97.
- Jarillo, E.; Arroyave, G. y Chapela, M. (1997). “La

- práctica profesional, las políticas internacionales de salud y el diseño curricular en medicina de la UAM.X”. En: Barruecos, L. (coord). *La construcción permanente del Sistema Modular*. México: UAM-X, 467-486.
- Kuhn, T. (1971). *La estructura de las revoluciones científicas*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Laurell, A. (1982). “La Salud-Enfermedad como proceso social”, *Cuadernos Médicos Sociales*, Núm. 19: 1-11.
- Laurell, A. (1997). *La reforma contra la salud y la seguridad Social*. México: Fundación Ebert.
- Laurell, A. (2001). “El contexto. La Reforma Social del Estado”. En: *Mexicanos en Defensa de la Salud y la Seguridad Social. Como Garantizar y ampliar tus Conquistas Históricas*. México: Temas de Hoy, 13-35.
- López, O; Blanco, J. y Mandujano, E. (2007). “Condiciones de vida y salud en la región rural-urbana del Distrito Federal”, *Estudios de antropología Biológica*, vol. XIII: 923-937.
- López, O. y Blanco, J. (2003). “Desigualdad social e inequidades en salud. Desarrollo de conceptos y comprensión de relaciones”, *Salud Problema*, Año 8, Núm. 14-15: 7-16.
- 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 Medicina Social*, vol. 3, Núm. 4: 323-335.
- López, O. y Peña, F. (2006). “Salud y Sociedad. Aportaciones del pensamiento latino-americano”, *Revista Medicina Social*, vol.1, Núm. 3: 82-102.
- López, O. y Jarillo, E. (2017). “La reforma neoliberal de un sistema de salud: evidencia del caso mexicano”, *Cad. Saúde Pública*, Núm. 33 (supl. 2): 1-13.
- López, S.; López, O.; Jarillo, E.; Garduño, M.; Granados, J.; Riverva, J. y Tetelboin, C. (2017). “Origen, rumbo y desafíos actuales de la Maestría en Medicina Social en México”. *Salud Problema*. Segunda época, año 10, Núm. 20: 84-99.
- Martinez, F.; Soares, A.; Ribeiro, H.; Fernandes, B. y Sanches, M. (2019). “Ensino em saúde. Aprendizagem a partir da prática profissional”, *Ciência e Saúde Coletiva*, vol. 24, Núm. 5: 1699-1708.
- Mendoza, J. y Jarillo, E. (2011) “Determinación y Causalidad en la Salud Colectiva. Algunas consideraciones en cuanto a sus fundamentos epistemológicos”, *Ciencia y Salud Colectiva*, vol 6: 847-854.
- Morales, B.; Borde, E.; Eslava, C. y Concha, S. (2013). “¿Determinación social o determinantes sociales? Diferencias conceptuales e implicaciones praxiológicas”, *Revista Salud Pública*, vol. 15, Núm. 6: 797-808.
- Osorio, J. (2006). “Biopoder y biocapital. El trabajador como moderno homo hacer”, *Revista Argumentos. Estudios Críticos de la sociedad*, vol. 19, Núm. 52: 77-98.
- Paim, J. (2018). “SUS é mais que uma política de saúde pública. Entrevista especial com Jairnilson Paim” (Entrevista com João Vitor Santos). Instituto Humanitas Unisinos. <http://www.ihu.unisinos.br/159-noticias/entrevistas/581727-sus-e-mais-do-que-uma-politica-de-saude-publica-entrevista-especial-com-jairnilson-paim>
- Pereira, C. y Cuéllar, R. (2019). “Trabajo, fuerza de trabajo y salud y el capitalismo tardío. Una mirada a la crisis en curso”, *Revista Estudos do Trabalho*, vol. IX, Núm. 23: 109-133.
- Pochmann, M. (2016). “A uberização leva à intensificação do trabalho e da competição entre os trabalhadores” (Entrevista com André Antunes). Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. <http://www.epsjv.fiocruz.br/noticias/entrevista/a-uberizacao-leva-a-intensificacao-do-trabalho-e-da-competicao-entre-os>

- Representantes De La Sociedad Civil (2007). “Informe de la Sociedad Civil a la Comisión sobre los Determinantes Sociales de la Salud, Organización Mundial de la Salud” (CDSS-OMS). *Revista Medicina Social*, vol. 2, Núm. 4: 212-233.
- Slee, T. (2017). *Uberização: a nova onda do trabalho precarizado*. São Paulo: Editora Elefante.
- Tetelboin, C. y Salinas, D. (1980). “El proceso actual de la práctica médica, políticas de salud y sus representaciones en la población”. Informe de avance Pispal-El Colegio de México, diciembre, 8.
- Triana, S. (2012). “Capitalismo Gore y Necropolítica en México Contemporáneo”, *Relaciones Internacionales*, Núm. 19: 83-102.

XVI Congreso Nacional de Medicina Social y Salud Colectiva, Santo Domingo, República Dominicana 2020

Asociación Latinoamericana de Medicina Social, ALAMES

16 al 21 de noviembre de 2020

Inicia la gestión hacia el XVI Congreso Latinoamericano de ALAMES a celebrarse en República Dominicana para un análisis profundo de las tensiones que América Latina manifiesta.

A través de un boletín informativo, la Asociación Latinoamericana de Medicina Social expresó que es *fundamental fortalecer ALAMES y el pensamiento crítico de Salud Colectiva, de manera que el conocimiento, la experiencia y el compromiso de su militancia con la salud de nuestros pueblos se ponga a la altura de sus necesidades y genere la evidencia y las propuestas de políticas públicas para contrarrestar la ofensiva neoliberal.*

Con un resumen de actividades de la coordinación en la gestión 2019, ALAMES señala su invitación a el XVI Congreso Nacional de Medicina Social y Salud Colectiva, a realizarse en Santo Domingo, República Dominicana del 16 al 21 de noviembre del 2020.

Exhortamos a estudiantes, investigadoras e investigadores y miembros de la sociedad civil a mantenerse pendientes de la próxima convocatoria en:

<http://www.alames.org/>

IX Congreso Iberoamericano de Investigación Cualitativa en Salud, CIICS 2020

Montevideo, Uruguay

11 al 13 de noviembre de 2020

En la novena edición del CIICS el tema central será: **calidad, ética y transformación social**. El evento es una realización de la Facultad de Psicología, Facultad de Enfermería y Facultad de Medicina de la Universidad de la República del 11 al 13 de noviembre de 2020 en el Centro de Conferencias de la Intendencia Municipal en la ciudad de Montevideo, Uruguay.

El Congreso Iberoamericano de Investigación Cualitativa en Salud tiene un genuino carácter itinerante con el objetivo principal de promover la investigación cualitativa en salud en Iberoamérica. Para ello, convocan a participar como asistente y ponente (modalidad oral o cartel) en los siguientes ejes temáticos:

ET. 1 (Resultados de investigación empírica) ***Grupos de trabajo.***

1. Calidad, ética y transformación social
2. Servicios de salud, organización de la atención en salud. Modelos de atención
3. Derechos, Ciudadanía y Redes sociales: participación social en salud
4. Salud y Trabajo. Proceso de salud enfermedad, proceso de trabajo y profesionalización
5. Relación entre profesionales de la salud – usuario/a
6. Discapacidad, inclusión y accesibilidad
7. Género y Salud
8. Sexualidad, diversidad y derechos
9. Políticas Públicas y Promoción de la Salud
10. Sistemas de cuidados
11. Interculturalidad y Migración
12. Salud mental
13. Desigualdad social en Salud
14. Otros

ET. 2 (Reflexiones teórico-metodológicas) ***Grupos de trabajo.***

1. Investigación Acción-Participativa
2. Estudios Etnográficos
3. Estudios sobre Representaciones Sociales
4. Estudios Fenomenológicos
5. Perspectiva Crítica
6. Investigación clínico-cualitativa
7. Métodos biográficos: narrativas, historias de vida, trayectorias
8. Estudio de caso
9. Estudios Interpretativos (narrativas, hermenéutica, etc.)
10. Teoría Fundamentada
11. Estudios en Espacio Virtual (web)
12. Estudios Históricos
13. Cartografía.
14. Métodos mixtos
15. Otros

Para mayor información consultar la liga:
<https://ciics2020.com/>

Primer Congreso ESOCITE-LALICS

Democracia en cuestión, desigualdad en aumento, sustentabilidad en riesgo en América Latina y en el mundo: ¿qué propuestas de ciencia, tecnología e innovación?

21 al 24 de julio de 2020

Montevideo, Uruguay

Organizado conjuntamente por la Sociedad Latinoamericana de Estudios Sociales de la Ciencia y la Tecnología (ESOCITE) y La Red Latinoamericana sobre sistemas de aprendizaje, innovación y construcción de competencias (LALICS).

El congreso tendrá lugar en Montevideo, Uruguay, entre el 21 y 24 de julio de 2020, y su tema central será: **Democracia en cuestión, desigualdad en aumento, sustentabilidad en riesgo en América Latina y en el mundo: ¿qué propuestas de ciencia, tecnología e innovación?** Para ello, convocan a participar en los siguientes ejes temáticos:

Eje I.- Desarrollos Teóricos y Metodológicos

1. Debates teóricos y metodológicos en el campo ciencia, tecnología, innovación y sociedad
2. Problemas de la innovación desde el sur: abordajes teóricos y estudios empíricos
3. CTI y desarrollo: tensiones actuales y propuestas alternativas

Eje II.- Políticas de CTI

4. Las políticas de CTI en los países de Iberoamérica y los Objetivos del Desarrollo Sustentable
5. Cambios políticos recientes en América Latina y sus efectos sobre las políticas de CTI
6. Políticas de CTI para espacios específicos de acción/problemas nacionales: salud, agricultura, industria, vivienda.

Eje III.- Las relaciones Sociedad-Universidad

7. El papel de las universidades públicas en América Latina en la generación de conocimiento e innovación
8. La evaluación académica: actores intervinientes, dilemas y propuestas
9. La enseñanza de ciencia, tecnología, innovación y sociedad
10. Percepción pública y barreras a la comunicación sobre CTI en América Latina

Eje IV.- Tecnologías emergentes

11. Oportunidades y riesgos para la democracia y los sistemas económicos en el marco de las tecnologías digitales y otras tecnologías emergentes
12. Tecnociencias emergentes, conflictos y rol del Estado

Eje V.- CTI – Inclusión

13. Alcances y límites de la acción colectiva en CTI
14. Ciencia, tecnología, innovación e inclusión social
15. CTI y género: desafíos en contextos de asimetrías persistentes
16. Conocimientos tradicionales, cuestiones étnicas, gestión de recursos intangibles e innovación
17. Ciencia ciudadana, conocimiento abierto, y nuevas concepciones de CTI

Eje VI. - Tendencias históricas y globalización

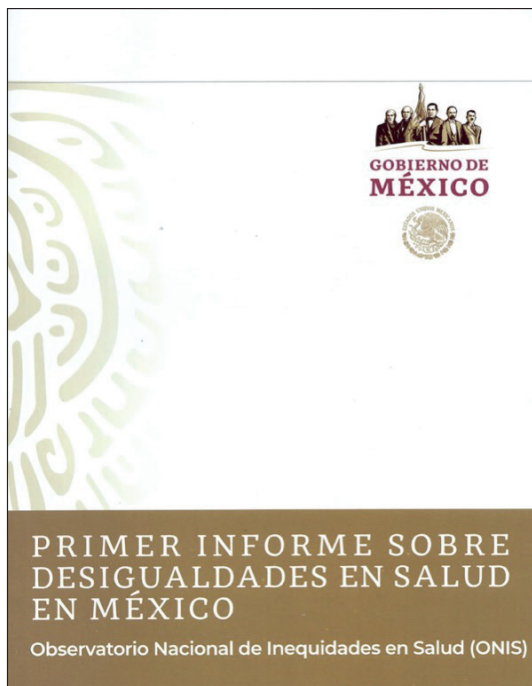
18. Los grandes cambios internacionales en curso y su relación con la evolución de ciencia, tecnología e innovación: efectos sobre América Latina
19. La sustentabilidad ambiental en riesgo y sus tensiones: actores, intereses, conflictos y respuestas desde CTI
20. CTI en América Latina en perspectiva histórica

Para mayor información consultar la liga: <http://esocite.lalics.org/>

Primer Informe sobre Desigualdades en Salud en México

Secretaría de Salud / Observatorio Nacional de Inequidades en Salud (ONIS)

Gobierno de México, 2019



Las inequidades en salud, diferencias en acceso y resultados de salud pueden ser modificados por medio de intervenciones públicas. La política de salud 2019-2024 tiene como objetivo garantizar el derecho constitucional a la protección de la salud. La atención a las inequidades implica contar con información precisa y sistemática con el objetivo de cerrar esta brecha. El Primer Informe sobre Desigualdades en Salud en México, es un documento elaborado por el Observatorio Nacional de Inequidad en Salud (ONIS), coordinado por la Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud (SIDSS) que ofrece el análisis de un conjunto de desigualdades sociales en salud con el propósito de comprender como

se generan para así entender como se pueden disminuir dentro del marco de la Cuarta Transformación en México de la nueva política de salud.

PRIMER INFORME SOBRE DESIGUALDADES EN SALUD EN MÉXICO

Observatorio Nacional de Inequidades en Salud (ONIS)

García-Saiso S., Gutiérrez JP., Pacheco Estrella P., Franco J., González E.,

Gutiérrez-Delgado C., Barriga B., Martínez-Valle A.,

Choperena-Aguilar DG., González Guzmán R., Laurell AC.

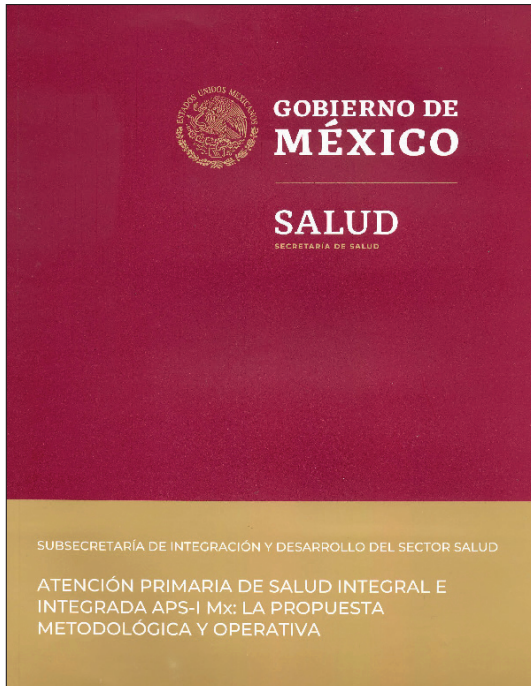
Primera Edición, 2019.

México: Secretaría de Salud / Organización Panamericana de la Salud

Atención Primaria de Salud Integral e Integrada APS: I

**Secretaría de Salud / Subsecretaría de Integración
y Desarrollo del Sector Salud**

Gobierno de México, 2019



La Secretaría de Salud y la Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud presentan una propuesta metodológica-operativa para establecer el modelo de atención de la Cuarta Transformación: Atención Primaria de Salud Integral e Integrada México (APS-I Mx) desglosando sus diferentes vertientes.

Un modelo que consiste en fortalecer el Primer Nivel de Atención con un enfoque directo en la Atención Primaria a la Salud, donde la estructura de las Redes Integradas de Servicios de Salud encontrará, con la reestructuración de las Jurisdicciones sanitarias convertidas en Distritos de Salud, un ente coordinador de acciones en su territorio de responsabilidad, que garantizará la atención eficiente y continua de la población a su cargo con la garantía de atención médica, medicamentos gratuitos y fortalecimiento de actividades de acción comunitaria para mejorar las condiciones de salud.

La transformación del Sistema de Salud en el contexto de la Cuarta Transformación Nacional marca una diferencia al establecer una coordinación entre las instituciones públicas de salud del país. Presentando con énfasis una propuesta metodológica – operativa que permita realizar la reorganización e implementación concreta del nuevo modelo en los Servicios Estatales de Salud (SESA) que se van adhiriendo al Acuerdo de Federalización de los servicios de salud.

ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD INTEGRAL E INTEGRADA:
LA PROPUESTA METODOLÓGICA Y OPERATIVA
Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud (SIDSS)
Edición noviembre 2019.
México: Gobierno de México / Secretaría de Salud.