

PSICOPROBLEMA SALUD PROBLEMA

SEGUNDA ÉPOCA • AÑO 14 • NÚMERO 27 • ENERO - JUNIO DE 2020

Gonzalo Basile

El Gobierno de la Microbiología en la respuesta al SARS-CoV-2

*María Elena Durán Lizárraga
Roselia Arminda Rosales Flores
Claudia Alicia López Ortiz*

Cambios en los hábitos de sueño y el proceso educativo durante la Jornada de Sana Distancia en estudiantes de una universidad pública: el caso de la Universidad Autónoma de la Ciudad de México, mayo 2020

*Sahilí Cristiá Lara
Pedro Duany Guerrero
Garnel Michel*

Haití: buenas prácticas ante la COVID-19

Andrea Cristina Moctezuma Balderas

La construcción social del riesgo y del estigma en torno a las pandemias: de la peste negra al COVID-19

*Adrián Govea Fernández Cano
Sergio López Moreno*

Violencia estructural y salud subjetiva: los casos de Mérida y Morelia de 2006 a 2017

*Victor López Cámara,
Norma Laura Lara Flores*

Investigación odontológica en México, 2009-2016

*Daisy Iturrieta Henríquez,
Carolina Tetelboin Henrion*

Salud Penitenciaria en Chile: retos para su transformación desde la mirada de la Salud Colectiva

*Jorge Ignacio Sandoval Ocaña,
Susana Martínez Alcántara,
Edgar C. Jarillo Soto*

Determinantes o determinación social en la comprensión de la salud-enfermedad. Una reflexión necesaria

*Ana Rita Castro,
Rosiane de Melo*

La Unidad Temporal COVID-19 del Centro Citibanamex: ¿la campana de la esperanza o de la alerta?

Jennifer Abate

Alfredo Jadresic: la historia de la medicina chilena en primera persona



Casa abierta al tiempo

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA

Universidad Autónoma Metropolitana

Dr. Eduardo Abel Peñalosa Castro

RECTOR GENERAL

Dr. José Antonio de los Reyes Heredia

SECRETARIO GENERAL

UNIDAD XOCHIMILCO

Dr. Fernando de León González

RECTOR

Mtro. Mario Alejandro Carrillo Luvianos

SECRETARIO

Mtra. María Elena Contreras Garfias

DIRECTORA DE LA DIVISIÓN DE CIENCIAS BIOLÓGICAS
Y DE LA SALUD

Dr. Rafael Bojalil Parra

JEFE DEL DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN A LA SALUD

Dra. María de los Ángeles Garduño Andrade

COORDINADORA DE LA MAESTRÍA EN MEDICINA SOCIAL

Revista *Salud Problema*

DIRECTORA

Carolina Tetelboin Henrion

CONSEJO EDITORIAL:

Oliva López Arellano

Eduardo Luis Menéndez Spina

Edgar C. Jarillo Soto

José Arturo Granados Cosme

Claudio Stern

Susana Martínez Alcántara

Florencia Peña Saint Martín

María del Consuelo Chapela Mendoza

Soledad Rojas Rajs

CONSEJO CONSULTIVO INTERNACIONAL

José Carlos Escudero (Argentina)

Jorge Kohen (Argentina)

Saúl Franco (Colombia)

Marc Renaud (Canadá)

Ana Ma. Seifert (Canadá)

Danuta Rajs (Chile)

Magdalena Echeverría (Chile)

Jaime Breilh (Ecuador)

Clara Fassler (Uruguay)

Oscar Feo (Venezuela)

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



Salud Problema. Segunda época, Año 14, No.27, enero-junio de 2020, es una publicación semestral de análisis científico de la Universidad Autónoma Metropolitana, a través de la Unidad Xochimilco, División de Ciencias Biológicas y de la Salud, Departamento de Atención a la Salud, Maestría en Medicina Social, Prolongación Canal de Miramontes 3855, Col. Ex-Hacienda San Juan de Dios, Delegación Tlalpan, C.P. 14387, México, D.F., y Calzada del Hueso 1100, Col. Villa Quietud, Delegación Coyoacán, C.P. 04960, México, D.F., Tel. 53847402 y 7118. Página electrónica de la revista <http://saludproblema.xoc.uam.mx> y dirección electrónica: saludproblema@correo.xoc.uam.mx. Editora responsable: María del Carmen Piña Ariza. Certificado de Reserva de Derechos al Uso Exclusivo del Título No. 04-2008-081218364400-203, e ISSN 2007-5790, ambos otorgados por el Instituto Nacional del Derecho de Autor. Responsable de la última actualización de este número: María del Carmen Piña Ariza, Unidad Xochimilco, División de Ciencias Biológicas y de la Salud, Departamento de Atención a la Salud, Maestría en Medicina Social; Calzada del Hueso 1100, Delegación Coyoacán, C.P. 04960, México, Ciudad de México. Fecha de la última modificación: 26 de octubre de 2020. Tamaño del archivo 6.6 MB.

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

Índice

4 EDITORIAL

5 AUTORES

PRIMERA PARTE: CORONAVIRUS EN EL MUNDO, AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE

- 14 **El Gobierno de la Microbiología en la respuesta al SARS-CoV-2**
The Government of Microbiology in the response to SARS-CoV-2
Gonzalo Basile
- 36 **Cambios en los hábitos de sueño y el proceso educativo durante la Jornada de Sana Distancia en estudiantes de una universidad pública: el caso de la Universidad Autónoma de la Ciudad de México, mayo 2020**
Changes in sleep habits and the educational process during the Jornada de Sana Distancia in students of a public university: the case of the Universidad Autónoma de la Ciudad de México, May 2020.
María Elena Durán Lizárraga, Roselia Arminda Rosales Flores, Claudia Alicia López Ortiz
- 57 **Haití: buenas prácticas ante la COVID-19**
Haiti: good practical before the COVID-19
Sahilí Cristiá Lara, Pedro Duany Guerrero, Garnel Michel
- 75 **La construcción social del riesgo y del estigma en torno a las pandemias: de la peste negra al COVID-19**
The social construction of risk and stigma around pandemics: from the Black Death to COVID-19
Andrea Cristina Moctezuma Balderas

SEGUNDA PARTE

ARTÍCULOS

- 94 **Violencia estructural y salud subjetiva: los casos de Mérida y Morelia de 2006 a 2017**
Structural violence and subjective health: the cases of Mérida and Morelia from 2006 to 2017
Adrián Govea Fernández Cano, Sergio López Moreno

- 111 **Investigación odontológica en México, 2009-2016**
Dental research in Mexico, 2009-2016
Victor López Cámara, Norma Laura Lara Flores
- 125 **Salud Penitenciaria en Chile: retos para su transformación desde la mirada de la Salud Colectiva**
Penitentiary health in Chile: challenge for its transformation from the Collective health view
Daisy Iturrieta Henríquez, Carolina Tetelboin Henrion
- 139 **ENSAYO**
Determinantes o determinación social en la comprensión de la salud-enfermedad. Una reflexión necesaria
Determinants or social determination in the understanding of health-disease
Jorge Ignacio Sandoval Ocaña, Susana Martínez Alcántara, Edgar C. Jarillo Soto
- ENTREVISTA**
- 157 **La Unidad Temporal COVID-19 del Centro Citibanamex: ¿la campana de la esperanza o de la alerta?**
The Temporary Unit COVID-19 of the Citibanamex Center: the bell of hope or of the alert?
Ana Rita Castro, Rosiane de Melo
- 172 **Alfredo Jadresic: la historia de la medicina chilena en primera persona**
Alfredo Jadresic: the history of Chilean medicine in the first person
Jennifer Abate
- 177 **LIGAS DE INTERÉS**

EDITORIAL

Época de pandemia

Este número de la Revista *Salud Problema* aparece en medio de la pandemia de SARS-CoV2 que azota al mundo, y a más de siete meses de la llegada del primer caso de COVID-19 a México ocurrido el 28 de febrero. También, cuando se ha iniciado a fines de julio una tendencia lenta pero significativa de descenso de su incidencia en el país, a la vez de alertas frente al rebrote posible, como el caso de Europa en la actualidad, que plantea la presencia a largo plazo de la pandemia en el mundo y que actualiza la necesidad de mantener las reglas de distanciamiento social que tienden a ser olvidadas, aun cuando ninguna de las vacunas han superado la fase 3, ni existe por el momento terapia efectiva para su tratamiento directo.

El panorama en México ha dejado como consecuencia un saldo de graves consecuencias en las más diversas dimensiones que superan abismalmente las primeras expectativas.

En primer lugar, las consecuencias sanitarias, especialmente las lamentables pérdidas de vidas humanas que a fines de septiembre llega a 70 mil personas; las cifras de enfermos graves y críticos asociados preferentemente a personas adultas mayores pero también a más jóvenes con perfiles de enfermedades crónicas, especialmente vinculados a hipertensión, diabetes y obesidad, que han requerido además de las 2500 camas declaradas en los comienzos, la instalación de más de 30 mil camas para los primeros, y más de 10 mil camas para los segundos, a fin de garantizar la disponibilidad de atención en un sistema de salud público que se encontraba devastado en su capacidad de respuesta. Al respecto, es importante considerar que estamos en medio de un cambio de modelo de atención que fue interrumpido por la pandemia y que habrá que estudiar específicamente las consecuencias para dicha trayectoria.

En segundo lugar, la afectación en la economía producto de la suspensión de actividades con excepción de las consideradas vitales, con una pérdida estimada equivalente o mayor al 10% del PIB. En la microeconomía en cambio, se advierte la incapacidad de amplios sectores de la población de marginarse de sus actividades habituales para subsistir, no obstante, la política de distribución de apoyos a través de la política social y préstamos por parte del gobierno federal. Una tercera afectación, entre muchas otras, se refiere a las derivadas del confinamiento planteado para la prevención de la infección que ha transformando la convivencia habitual de las familias con consecuencias importantes en términos de consumo, salud mental, sexual y reproductiva y de violencia, que se ha hecho visible a través de las diversas líneas de apoyo instaladas por el gobierno Federal, estatal y municipal generalmente coordinadas, además de los esfuerzos de universidades, ONG's, sindicatos y otras organizaciones de la sociedad civil, que han permitido conocer las consecuencias en las relaciones sociales y familiares.

Aunque sobre el fenómeno de la presente pandemia de SARS CoV-2 ya se ha dicho mucho desde su aparición en términos de la información oficial, la prensa, artículos especializados, webinaros y conversatorios de diversa índole y perspectivas, pareciera que las redes sociales son frecuentemente las más

utilizadas como medio de comunicación, planteando un serio problema de desviación de la atención de las más veraces, a la más espectaculares y a las fake news, generando un importante margen de desinformación social. No obstante, nunca se había hablado más de salud, aún en su vertiente más medicalizada. En cualquier caso, más allá de lo coyuntural, recién se puede empezar a realizar una evaluación, una mirada retrospectiva y de largo plazo, para sopesar el significado del proceso que ha implicado la pandemia más allá del fenómeno epidemiológico, en sus consecuencias sociales, en términos de las decisiones y medidas gubernamentales, de sus resultados, de las respuestas sociales, las interpretaciones y el debate sobre la misma.

Haciendo un esfuerzo de síntesis, este proceso biológico, bioquímico, que ha trastocado de diferentes modos la vida social, tiene su explicación según algunos autores como consecuencia de que la civilización actual está cruzando los límites de la relación permitida entre la destrucción de la naturaleza y su perpetuación. El modo de producción capitalista basado en la ganancia y la explotación como motor de la dinámica social de los últimos siglos, y su aceleración y profundización brutal de destrucción, despojo, expoliación y concentración de los recursos de los últimos 40 años de neoliberalismo, ha puesto en cuestión la reproducción de la sociedad. La mayor parte de la humanidad existe no obstante fuera de las posibilidades mínimas de subsistencia: sin territorio, sin agua, sin alimentos, en medio de una crisis ambiental de proporciones y en medio de guerras que ponen en riesgo la continuidad de la propia vida: migración, violencia, desestructuración social, gobiernos corruptos, narcotráfico, y una economía inservible para las mayorías, que empuja cada vez a dar salidas integrales a los reclamos estructurales de la sociedad. La epidemia ha puesto sobre la mesa la crisis sobre la que está instalada la humanidad y la necesidad de traducir esta evidencia en luchas por traducir políticamente esta demanda generalizada por la transformación al poder y al estatuquo. Será posible avanzar en este sentido, es la pregunta que queda para la post pandemia.

En la primera parte referida a la convocatoria de la revista SP sobre la pandemia se aceptaron 3 trabajos. El primero de ellos de Gonzalo Basile titulado “El Gobierno de la Microbiología”, realiza una importante reflexión histórica y estructural sobre el manejo del SARS-CoV-2 en los países latinoamericanos y caribeños a través de cuatro hipótesis: la “reactualización de la doctrina del contagio” como forma de articulación de los discursos que establecen las relaciones sociales en torno a la pandemia; la instalación, por lo tanto, de la microbiología en la construcción de las medidas; la extensión de los protocolos hospitalarios hacia la población, y finalmente, como este conjunto responde y busca contribuir a la instalación de una seguridad sanitaria global por parte de OMS para afianzar la reproducción liberal del mundo, en contra de las necesidades de la salud y vida que reclama la situación actual.

El segundo trabajo de esta sección corresponde a María Elena Durán Lizárraga, Roselia Arminda Rosales Flores y Alicia López Ortiz que ofrecen la investigación “Cambios en los hábitos de sueño y el proceso educativo durante la Jornada de Sana Distancia en estudiantes de una universidad pública: el caso de la Universidad Autónoma de la Ciudad de México, mayo 2020”, que explora las condiciones de salud y alteraciones de sueño de los estudiantes y su relación con el proceso educativo. El estudio rastrea los efectos que las vulnerabilidades producto de desigualdades estructurales de estos jóvenes incrementan

las dificultades para llevar a cabo el proceso educativo en términos de tiempos, espacios y recursos tecnológicos, a la vez que significa una sobre carga adicional en estos casos en la salud, especialmente de salud mental con intensificación de problemas de sueño, estrés y ansiedad.

El tercero de ellos, bajo el título “Haití: buenas prácticas ante la COVID-19” de Sahilí Cristiá Lara, Pedro Duany Guerrero y Garnel Michel, presenta la experiencia en abril del 2020 en relación al COVID-19 en uno de los departamentos del país, Grand’Anse, desarrollada por la ONG SIKSE. Se presenta la estrategia propuesta y los resultados en relación a cuatro líneas estratégicas: fortalecimiento institucional, capacitación, comunicación y participación.

Finalmente, el ensayo de Andrea Cristina Moctezuma Balderas bajo el título “La construcción social del riesgo y del estigma en torno a las pandemias: de la peste negra al COVID-19”, realiza una aproximación de carácter histórico-antropológico donde se analiza cómo se ha llevado a cabo en distintas epidemias como la peste negra, la lepra, el cólera, el VIH y ahora en el COVID-19, la construcción social del riesgo y el estigma. Esta reflexión arroja luces para entender las reacciones que se han producido en la actualidad frente a la pandemia.

En la segunda parte se presentan diversos artículos de investigación sobre salud. En primer lugar, la investigación desarrollada por Adrián Govea Fernández Cano y Sergio López Moreno sobre la forma en que dos ciudades, Mérida, Yucatán, y Morelia, Michoacán, México, con participaciones distintas en el proceso de violencia ha afectado a México a partir de la política de combate al narco tráfico iniciada con el gobierno panista de Calderón, fue percibida y afectó a sus ciudadanos en el periodo 2006-2017. La salud se retoma desde el concepto de salud-enfermedad de la medicina social, examinándola en dos de sus dimensiones: a) la salud objetiva (en su expresión corporal y psicológica) y b) la salud subjetiva (como la capacidad para elegir libremente la vida que se considera valiosa).

Un segundo aporte es la “Investigación odontológica en México, 2009-2016” realizada por Víctor López Cámara y Norma Laura Lara Flores, que se ocupa de dar cuenta tal como su nombre lo indica, de la producción de conocimiento en este campo en México, entre los años 2009 y 2016 a través de los índices de búsqueda bibliométrica como PubMed, Medline, Redalyc y Scielo y procesados mediante el programa SPSS-21. Entre sus resultados se encontraron 1550 artículos de 835 autores, con un promedio de 2.1 artículos por autor, de los cuales 1274 se publicaron en revistas nacionales y 276 en internacionales. El 81% de los autores procedieron de universidades públicas y el 51% fueron investigadoras mujeres. En general se advierte que no hay un desarrollo de temáticas y conocimientos nuevos.

En tercer lugar, el artículo de Daisy Iturrieta y Carolina Tetelboin “Salud Penitenciaria en Chile: retos para su transformación desde la mirada de la Salud Colectiva”, muestra la reflexión que estas autoras realizan sobre el trabajo desarrollado durante 2007 a 2017 en torno al derecho a la salud de las personas en contextos carcelarios en la sociedad chilena, a la vez que muestran los retos a transformar para su logro.

Finalmente, el ensayo de Jorge Ignacio Sandoval Ocaña, Susana Martínez Alcántara y Edgar Carlos Jarillo Soto denominado “Determinantes o determinación social en la comprensión de la salud-enfermedad. Una reflexión necesaria”, pone a prueba estos dos conceptos centrales, provenientes de la tradición de la Medicina Social y la Salud Colectiva latinoamericana, y el otro producto de la propuesta de la OMS en relación a la incorporación de los determinantes sociales pareciendo superar la visión de factores, ambos en sus capacidades explicativas del proceso de salud-enfermedad, concluyendo que si bien es un avance frente a la visión biologicista y de factores de riesgo simple, no supera la falta de comprensión estructural que distribuye desigualmente condiciones de vida y de trabajo que hace la Salud Colectiva pero que igualmente deben ser resignificadas con los cambios actuales.

En la sección entrevistas, se presentan dos tópicos distintos: mientras la primera es original, realizada por Ana Rita Castro y Rosiane de Melo con el título de “La Unidad Temporal COVID-19 del Centro Citibanamex: ¿la campana de la esperanza o de la alerta?, la segunda es la reproducción de una entrevista a Alfredo Jadresic titulada “La historia de la medicina chilena en primera persona” que realizara Jennifer Abate.

Para terminar el número, se presentan algunas ligas de interés para consulta de los lectores como lo son: el Programa Sectorial de Salud 2020-2024, el documento de Intervenciones de APS-I MX en los distritos de salud, así como la Administración y Organización de los distritos de salud (APS-I Mx).

Carolina Tetelboin Henrion

Autores

GONZALO BASILE

Epidemiólogo y Cientista Social. Director e Investigador del Programa de Salud Internacional de la Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO) República Dominicana. Coordinador regional Grupo de Trabajo (GT) de Salud Internacional y Soberanía Sanitaria del Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales (CLACSO). (ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2251-0541>) Contacto: gbasile@flacso.org.do

MARÍA ELENA DURÁN LIZÁRRAGA

Licenciada en Biología por la Facultad de Ciencias de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), Maestra por el Centro Interdisciplinario de Ciencias Marinas del Instituto Politécnico Nacional (CICIMAR-IPN) y Doctora en Ciencias por la Facultad de Ciencias de la UNAM. Actualmente es Profesora-Investigadora de la Licenciatura de Protección Civil y Gestión de Riesgos del Colegio de Ciencias y Humanidades en la Universidad Autónoma de la Ciudad de México (UACM). Líneas de investigación: condiciones laborales, ritmos circadianos, trastornos del sueño y síndrome metabólico.

Contacto: mariaelena.duran@uacm.edu.mx

ROSELIA ARMINDA ROSALES FLORES

Medica, Maestra en Medicina Social y Doctora en Ciencias en Salud Colectiva por la Universidad Autónoma Metropolitana (UAM) Unidad Xochimilco. Profesora-Investigadora de la licenciatura de Promoción de la Salud del Colegio de Ciencias y Humanidades en la Universidad Autónoma de la Ciudad de México (UACM). Líneas

de investigación: condiciones laborales y de salud, régimen de política social, prácticas sociales y procesos de salud-enfermedad. Contacto: roselia.rosales@uacm.edu.mx

Claudia Alicia López Ortiz

Licenciada en Pedagogía por la Universidad Femenina de México y Maestra en Educación por la Universidad Autónoma de Fresnillo. Actualmente es Profesora-Investigadora de la Licenciatura de Promoción de la Salud del Colegio de Ciencias y Humanidades en la Universidad Autónoma de la Ciudad de México (UACM). Líneas de investigación: formación de recursos humanos, desigualdades sociales y salud y desarrollo de material táctil y estrategias de enseñanza aprendizaje para estudiantes con discapacidad visual. Contacto: claudia.lopez@uacm.edu.mx

SAHILÍ CRISTIÁ LARA

Licenciada en Sociología por la Universidad de Oriente y Máster en Estudios de Población por la Universidad de La Habana. Ha ejercido como Socióloga en la Maqueta de la Ciudad de Santiago de Cuba y como Profesora-Investigadora en la Universidad de Oriente y en el Centro de Estudios Demográficos de la Universidad de La Habana. Actualmente labora en la ONG SIKSE, Haití. Ha sido miembro de proyectos investigativos y publicado artículos referentes a fecundidad, relación población-cambio climático, envejecimiento y vulnerabilidad. Miembro de la Red de Estudios de Población y de la Red de Educadores Populares. Contacto: scristialara@gmail.com

PEDRO DUANY GUERRERO

Licenciado en Filosofía y Máster en Ciencia de la Educación por la Universidad de Oriente. Especialista en gestión de proyectos. Ha ejercido como Profesor-Investigador en la Universidad Pública de Grand' Anse. Actualmente labora en la ONG SIKSE, Haití. Ha investigado en líneas temáticas vinculadas al desarrollo social y comunitario. Contacto: vicecrh@gmail.com

GARNEL MICHEL

Médico General Integral por la Escuela Latinoamericana de Medicina (ELAM) y Máster en Epidemiología del Campo por la Universidad del Estado de Haití. Especialista en medicina comunitaria y formado en Diplomado Gestión de Conflictos. Cursó el Diplomado de Salud Internacional por la Organización Panamericana de la Salud (OPS). Ejerció como Director General del Centro de Ambulancia Nacional. Actualmente labora en la ONG SIKSE, Haití. Miembro del Consejo de Dirección de la Cruz Roja Haitiana, Consultante Nacional de la Sociedad Civil STOP Accidents y Promotor del movimiento social Bak Lakay. Contacto: mgarnel@yahoo.fr

ANDREA CRISTINA MOCTEZUMA BALDERAS

Licenciada en Antropología por la Universidad Autónoma de San Luis Potosí (UASLP), Maestra en Antropología Social y Doctorante del Programa de Ciencias Sociales en el Colegio de San Luis. Docente de asignatura en la Facultad de Ciencias Sociales y Humanidades de la UASLP. Contacto: andrea.moctezuma@colsan.edu.mx

ADRIÁN GOVEA FERNÁNDEZ CANO

Licenciado en Psicología y Doctor en Ciencias en Salud Colectiva por la Universidad Autónoma Metropolitana (UAM) Unidad Xochimilco. Actualmente es visitador adjunto en la Comisión

Nacional de los Derechos Humanos (CNDH), encargado de la capacitación en materia de Psicología y Derechos Humanos a instituciones públicas de toda la República Mexicana; de valorar y brindar atención psicológica a los agraviados y familiares en casos de tortura, abuso sexual, duelo, desaparición forzada, personas en contexto de migración, agravio a periodistas y/o personas con diversos sufrimientos mentales; y de la aplicación del Manual para la Investigación y Documentación Eficaces de la Tortura y otros Tratos o Penas Cruelles, Inhumanos o Degradantes (Protocolo de Estambul). Líneas de investigación: salud y violencia, salud y derechos humanos. Contacto: adriangoveaf@yahoo.com.mx

SERGIO LÓPEZ MORENO

Médico Cirujano y Partero por el Instituto Politécnico Nacional (IPN), Especialista en Medicina Comunitaria por la Secretaría de Salud (SSA) y Doctor en Epidemiología por la Universidad Nacional Autónoma Metropolitana (UNAM). Actualmente es Profesor-Investigador en el Doctorado en Ciencias en Salud Colectiva en la Universidad Autónoma Metropolitana (UAM). Autor de 60 publicaciones entre artículos, libros y capítulos de libro. Líneas de investigación: derecho a la salud y ética de la medicina. Contacto: slopez@correo.xoc.uam.mx

VÍCTOR ENRIQUE LÓPEZ-CÁMARA

Cirujano Dentista por la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), Master of Public Health por la Universidad de Michigan y Master of Medical Science por la Universidad de Sheffield. Profesor-Investigador del Departamento de Atención a la Salud en la Universidad Autónoma Metropolitana (UAM) Unidad Xochimilco. Premio Margarita Chorné y Salazar (2010) y Profesor Distinguido de la UAM.

Miembro del Sistema Nacional de Investigadores Nivel I, desde 1989. Sus líneas de investigación son: a) Enseñanza, investigación y práctica de la Odontología en México y b) Modelos de atención en Odontología. Autor de dos libros, capítulos de libro y artículos en revistas especializadas. Contacto: victorlc@correo.xoc.uam.mx

NORMA LAURA LARA FLORES

Cirujano Dentista por la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), Especialista en Planificación de Salud por la Escola Nacional de Saude Publica de Río de Janeiro, Brasil y Maestra en Salud Pública por el Instituto de Desarrollo de la Salud, Ministerio de Salud Pública de Cuba. Profesora-Investigadora del Departamento de Atención a la Salud en la Universidad Autónoma de México (UAM) Unidad Xochimilco. Ex becaria del Programa Internacional de Liderazgo de la WK Kellogg Foundation y Miembro de la Kellogg Fellows Leadership Alliance. Responsable del Programa Universidad Saludable de la UAM-Xochimilco de 2013 a 2019. Líneas de investigación: a) Enseñanza, investigación y práctica de la Odontología en México, b) Modelos de servicio en la atención a la salud y c) Salud y conductas relacionadas con la salud en estudiantes universitarios. Autora de dos libros, capítulos de libros y artículos en revistas especializadas. Contacto: nlara@correo.xoc.uam.mx

DAISY ITURRIETA HENRÍQUEZ

Socióloga por la Universidad Academia de Humanismo Cristiano. Magister en Salud Pública con mención en atención primaria por la Universidad de Valparaíso. Doctora en Ciencias en Salud Colectiva por la Universidad Autónoma Metropolitana- Xochimilco. Académica de la Escuela de Medicina de la Universidad de Valparaíso y coordinadora del Bloque Salud y Sociedad

II, Internado de Atención Primaria e Internado Electivo Rural con enfoque Intercultural. Miembro del Centro Interdisciplinario de Investigación en Salud Territorial del Valle de Aconcagua (CI-ISTe Aconcagua). Coordinadora del Grupo Estudios Sociales para la Salud- CLACSO. Líneas de investigación-acción: políticas de salud en contextos penitenciarios, vinculación universidad-territorio desde la estrategia de atención primaria y promoción de la salud. Contacto: daisy.iturrieta@uv.cl

CAROLINA TETELBOIN HENRION

Licenciada en Obstetricia y Puericultura por la Universidad de Chile, Maestra en Medicina Social por la Universidad Autónoma Metropolitana (UAM) y Doctora en Ciencias Sociales por la Universidad Iberoamericana. Profesora Investigadora de la Maestría en Medicina Social, y coordinadora del Doctorado en Salud Colectiva de la UAM-Xochimilco. Líneas de investigación: a) transformación de la política social y de salud, y b) servicios de salud. Contacto: ctetelbo@correo.xoc.uam.mx

Jorge Ignacio Sandoval Ocaña

Licenciado en Psicología por Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) y Maestro en Psicología del Trabajo por la Universidad Autónoma de Querétaro. Doctorante del programa en Ciencias en Salud Colectiva de la Universidad Autónoma Metropolitana (UAM). Profesor de Tiempo Completo de la Licenciatura de Psicología en la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza de la UNAM. Expresidente de la Red de Investigadores sobre Factores Psicosociales en el Trabajo, A.C. (RIFAPT) del 2014 al 2017 y actualmente integrante de la mesa directiva de la Asociación Latinoamericana de Medicina Social, ALAMES, México. Ha participado como ponente

en congresos nacionales e internacionales. Coautor de artículos científicos y libros sobre factores psicosociales e integridad/alteraciones mentales en el trabajo. Actualmente su línea de investigación es sobre trabajo informal y salud. Contacto: jorgisao@unam.com

SUSANA MARTÍNEZ ALCÁNTARA

Licenciada en Psicología por la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), Maestra en Medicina Social por la Universidad Autónoma Metropolitana (UAM) y Doctora en Ciencias de la Salud en el Trabajo por la Universidad de Guadalajara. Recibió mención honorífica en los estudios de licenciatura y doctorado y recomendación para publicar la tesis del programa de maestría. Profesora-Investigadora y Coordinadora de la Maestría en Ciencias en Salud de los Trabajadores en la UAM y Profesora Invitada de la Maestría en Psicología del Trabajo en la Universidad Autónoma de Querétaro. Fue Jefa del Área de Investigación Salud y Trabajo en la UAM Unidad Xochimilco en el periodo 2011-2013 y miembro de la mesa directiva de la Red de Investigadores sobre Factores Psicosociales en el Trabajo, A.C. (RIFAPT) del 2010 al 2017. Autora y coautora de libros, capítulos de libro y artículos científicos sobre salud mental en el trabajo. Ha investigado a diversos grupos de trabajadores. Actualmente su proyecto de investigación es en académicos universitarios. Contacto: smartin@correo.xoc.uam.mx

EDGAR C. JARILLO SOTO

Médico, Maestro en Medicina Social por la Universidad Autónoma Metropolitana (UAM) y Doctor en Sociología por la Universidad de Barcelona. Profesor-Investigador en la Maestría en Medicina Social y el Doctorado en Ciencias en Salud Colectiva de la UAM. Cuenta con múltiples publicaciones de artículos, capítulos de libros y

libros. Sus proyectos de trabajo académico son en la línea de formación y prácticas de profesionales de la salud y diseño curricular en ciencias de la salud. Contacto: jsec6322@correo.xoc.uam.mx

ANA RITA CASTRO

Licenciada en Ciencias Políticas y Administrativas por la Universidad Central de Venezuela, Especialista en Economía y Gestión de las Relaciones de Trabajo por la Pontificia Universidad Católica de São Paulo-Brasil, Maestra en Estudios Latinoamericanos por la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) y Doctora en Ciencias en Salud Colectiva por la Universidad Autónoma Metropolitana (UAM) Unidad Xochimilco. Actualmente se desempeña como Responsable académica del Centro Universitario de Enfermería Comunitaria (CUEC) de la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia (ENEO), de la UNAM. Profesora de asignatura “A” en la Academia de Ciencias Sociales y Salud de la ENEO. Integrante de la Mesa directiva de la Asociación Latinoamericana de Medicina Social - Salud Colectiva (ALAMES) Región México de 2017-2019. Participante de diversos proyectos de investigación y seminarios relacionados al derecho a la salud y la salud colectiva. Principales líneas de investigación: derecho a la salud, políticas de salud, salud colectiva y salud comunitaria e indígena. Contacto: castroanarita@gmail.com

ROSIANE APARECIDA DE MELO

Licenciada en Enfermería por la Universidad San Camilo-Brasil, Posgrado en Gestión en Salud por la Universidad Nove de Julio- Brasil, Posgrado en Salud Pública con Énfasis en la Salud de la Familia por la Universidad São Camilo-Brasil y Maestra en Enfermería por la Universidad San Camilo – Brasil. Actualmente se desempeña como tutora académica y clínica del Centro Uni-

versitario de Enfermería Comunitaria (CUEC) de la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia (ENEO), de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM). Profesora de asignatura en la Academia de Ciencias Sociales y de la Salud y en la Academia de Cuidados Comunitarios de la ENEO. Enfermera Supervisora clínica y parte de un equipo de investigación en la Unidad Temporal COVID 19 en el Centro Citibanamex. Desde de 1999 trabaja en el *Centro Internacional para Jóvenes – J. B Scalabrini*, sede São Paulo-Brasil

y desde 2018 en el mismo centro, sede Ciudad México. Principales líneas de investigación: salud y migración, salud comunitaria y salud colectiva. Contacto: mssrosiane2020@gmail.com

JENNIFER ABATE

Periodista. Editora del dossier de Palabra Pública y docente de la Universidad de Chile. Jefa de Gabinete de la Vicerrectoría de Extensión y Comunicaciones de la Universidad de Chile.

El Gobierno de la Microbiología en la respuesta al SARS-CoV-2

Gonzalo Basile*

RESUMEN

A partir de una revisión documental de las experiencias país y el análisis crítico de contenidos y discursos, este artículo identifica cuatro grandes procesos que caracterizan al *gobierno* de la respuesta a la emergencia de salud pública del SARS-CoV-2 de pretensiones totalizantes, reproducibles y universales aplicados tanto al Estado como a las sociedades latinoamericanas y caribeñas. El primer proceso, es la reactualización de la doctrina del contagio en el siglo XXI como gramática preeminente del lenguaje sociopolítico de las relaciones humanas y sociales para pensar la pandemia; en segundo lugar, lo que denominamos *el gobierno de la microbiología* en el diseño y gestión de las intervenciones frente al riesgo epidémico individual y colectivo; en tercer lugar, la transferencia de los clásicos protocolos clínicos e institucionales de prevención y control de infecciones hospitalarias como medidas sanitarias poblacionales hacia la sociedad y, por último, estos tres procesos respondiendo a una geopolítica de creciente expansión de seguridad sanitaria global planteada por la autoridad médica internacional de la Organización Mundial de la Salud como prioridad de una salud global liberal y reproductora del sistema mundo acelerado, asimétrico, deshumanizado que deja cada vez menos espacios para la salud y la vida en sociedad.

PALABRAS CLAVE: SARS CoV-2, Microbiología, Control y Prevención de infecciones, Seguridad Sanitaria Global, Salud Internacional Sur Sur. .

The Government of Microbiology in the response to SARS-CoV-2

ABSTRACT

Based on a documentary review of the country experiences and the critical analysis of content and discourses, this article identifies four major processes that characterize the government in the response to the public health emergency of SARS-CoV-2 of totalizing, reproducible and universal applied both to

* (ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2251-0541>)
Epidemiólogo y Cientista Social. Director e Investigador del Programa de Salud Internacional de la Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO) República Dominicana. Coordinador regional Grupo de Trabajo (GT) de Salud Internacional y Soberanía Sanitaria del Consejo Lati-

noamericano de Ciencias Sociales (CLACSO). Contacto: gbasile@flacso.org.do /

Fecha de recepción: 03 de agosto de 2020.

Fecha de aceptación: 10 de Septiembre de 2020.

the State and societies to Latin American and Caribbean. The first process is the updating of the doctrine of contagion in the 21st century as the preeminent grammar of the sociopolitical language of human and social relations to think about the pandemic; second, what we call the governance of microbiology in the design and management of interventions against individual and collective epidemic risk; third, the transfer of the classics clinical and institutional protocols for the infections prevention and control of hospital as population health measures towards society and, finally, these three processes responding to a geopolitics of growing expansion of global health security raised by the international medical authority of the World Health Organization as a priority of a liberal and reproductive global health of the world system accelerated, asymmetric, dehumanized that leaves less and less space for health and life in society.

KEYWORDS: SARS CoV-2, Microbiology, Infection Prevention and Control, Global Health Security, South South International Health.

Introducción

La combinación entre caracterización descriptiva e interpretación hermenéutica para abordar el estudio de la pandemia de SARS-CoV-2 resulta un ejercicio imperativo para el pensamiento crítico latinoamericano en salud. Para no repetir los presupuestos filosófico-teórico del método positivista y el estructural funcionalismo de la salud pública, es sustancial mirar y analizar este proceso salud-enfermedad de manera distinta y particular, para observar los lenguajes, dispositivos y operacionalizaciones que se activaron en la pandemia global y las epidemias nacionales y locales, pero que en general fundamentan la idea de una matriz de afrontamiento única, positivista, universal y reproducible.

Este artículo entonces caracteriza el proceso de gobierno de la respuesta a la emergencia de salud pública del SARS-CoV-2 guiada por una racionalidad inherente a una *biomedicalización radical* que puso en el centro de la estrategia mundial y regional el clásico Control y Prevención de Infecciones en Establecimientos Sanitarios (IPCC, por sus siglas en inglés) y la protocolización de

la microbiología transferida masivamente a las sociedades.

El *gobierno* es un triángulo que se mueve entre el proyecto, la gobernabilidad y la capacidad de gobernar (Matus, 2007). En este trabajo denominaremos *Gobierno* a la capacidad tecno-política teórica y metodológica con que actores sociales desarrollan el analizar y abordar situaciones y problemas cuasiestructurados y complejos que se dan en la Sociedad. El gobierno no como simples “funciones” u organigramas, sino como un proceso dinámico, constante y permanente de análisis y respuesta a situaciones y problemas complejos (Matus, 1987).

La estructura institucional del Estado, los sistemas y servicios de salud tuvieron ajustes adaptativos internos a partir de las circunstancias de un ambiente externo hipercomplejo epidémico en el SARS-CoV-2 que fue simplificado en clave de expertos, protocolos, fases, cuarentenas e higienismo (Basile, 2020a).

Este abordaje -que, desde mi perspectiva, fue prevalente en la mayoría de las autoridades sanitarias en América Latina y el Caribe- es una consecuencia de la marcada influencia que aún tiene el funcionalismo sistémico, la ciencia microbiológica, la *enfermología pública* y la geopolítica de la seguridad sanitaria global que permean a la salud pública regional herencia colonial del Siglo XIX, pero que también colonizaron a la medicina social desarrollista del siglo XX (Granda, 2004). Ambas expresiones subvaloran las capacidades que tiene la ciudadanía, la sociedad, en la posibilidad de lograr estrategias sociales a través de procesos deliberativos para el cuidado colectivo en la preparación y respuesta a las emergencias y desastres (Basile, 2020b).

Este artículo identifica, a partir de la revisión documental y de experiencias país, cuatro grandes procesos de gobierno con pretensiones totalizantes en el Estado y en la sociedad latinoamericana y caribeña. El primero, la reactualización de la doctrina del contagio en el siglo XXI como gramática del lenguaje sociopolítico para pensar la pandemia, en segundo lugar lo que denominamos *el gobierno* de la microbiología y la infectología clínica en la respuesta al riesgo epidémico del SARS-CoV-2; tercero, la transferencia de protocolos de prevención y control de infecciones hospitalarias a la vida de la sociedad, y por último, estos tres procesos respondiendo a la geopolítica de la seguridad sanitaria global planteada por la autoridad médica internacional de la Organización Mundial de la Salud (OMS) como prioridad de la salud global liberal y el sistema mundo imperante (Basile, 2020b).

Reactualización de la doctrina del contagio

Según el *Dizionario etimológico storico dei termini medici* (Marcovecchio, 1993), la palabra

contagio procede del latín *contagium*, que significa contacto, y ésta, del verbo *contingo*, que significa tocar o estar muy cerca de alguien. Según el mismo diccionario, contagio ya tenía desde el siglo I d.C. un significado negativo que indicaba contaminación por proximidad o por contacto con alguien. *El Diccionario de Ciencias Médicas* (Stedman, 1993), define contagio como «transmisión de una enfermedad por contacto con uno o más enfermos» y, a continuación, aclara que «el término se empleó mucho antes de conocerse las ideas modernas sobre enfermedades infecciosas y desde entonces ha perdido gran parte de su significado original; se lo incluye hoy dentro del nombre más amplio de ‘enfermedad transmisible’».

El problema del origen de las enfermedades consideradas *contagiosas* en el siglo XIV y XV, epidémicas y endémicas, se las llegó a relacionar con los demonios, luego al miasma y los gérmenes; conceptos que dominaron el pensamiento tanto en el campo de la medicina, la salud pública y otros campos políticos, económicos, ambientales y sociales. Si bien es cierto que algunos médicos como Ambroise Paré (Maxit, 2003) sostenían que la enfermedad era producto de la *ira de Dios* en castigo por los pecados terrenales, otros afirmaban que se debía a causas humanas o naturales que provenían de la protección del aire y ambiente.

Justamente Girolamo Fracastoro (1971), ilustre escritor médico italiano, es a quien se debe la *doctrina del contagio* como una necesidad del propio *Renacimiento* según múltiples autores (Boas, 1994). Sus trabajos sobre las epidemias, endemias y en particular sobre la sífilis, constituyen de las contribuciones más significativas al pensamiento médico de los siglos XV y XVI. Construye una teoría de virus, más que de infecciones bacteriológicas pero dará contenidos fundantes al *contagio*.

Para Fracastoro (1935) en su obra *Contagio*, delimita la doctrina con ciertos patrones explicativos: 1. Enfermedades por contacto de la manera que una fruta podrida daña otra sana; 2. Enfermedades transmisibles por los vómitos, proceso comparable la existencia del hollín sobre una pared ahumada; 3. Enfermedades transportadas a distancia cuyo virus llega a las personas, de la misma manera que el zumo de los ajos hace llorar los ojos de las personas sensibles.

El médico veronés realiza una clasificación de los tipos de contagio en el siglo XVI, que son los siguientes: 1) el directo o por contacto de persona a persona; 2) el indirecto, a partir de las *fomes* como intermediarias (concepto teórico propio de la medicina), y que en términos más comunes corresponde a los objetos en los que pueden permanecer “*las semillas de la enfermedad*” transmisoras del padecimiento, ya sea en las ropas, los utensilios y objetos diversos que pueden transportarlas para posteriormente alojarse en otro cuerpo humano y, por último, 3) el contagio a distancia, cuyo caso más común es a través del aire. Estos tres tipos de contagio son causados por las “semillas de la enfermedad” y no por “cualidades ocultas”. La idea de las semillas que causan determinadas enfermedades contagiosas, incluso ya utiliza cierta etiología causal con incluso cierto multicausalismo que será desarrollado por la biomedicina en el siglo XIX y XX.

La doctrina contagiacionista al asumir la inexistencia de un tratamiento del todo efectivo (Merli y Feixas, 1815), proponía soluciones profilácticas. Los partidarios del *contagio* abogaron desde un inicio por las cuarentenas en lazaretos, por los cordones sanitarios y por la fumigación de los lugares infectados para el afrontamiento de las enfermedades infecciosas (Fernández Carril, 1865).

No es de extrañar, puesto que la medicalización de las naciones fue uno de los distintivos de la Ilustración, y más aún en los estados absolutistas, que encontraron en la universalización de la asistencia médica a todo el conjunto social un instrumento de control nada despreciable (Ackerknecht, 1973).

Son constantes en toda la obra de Fracastoro (Montiel, 2005) estos tres conceptos sobre la *doctrina contagiacionista*: a) influencia atmosférica, b) predisposición individual y e) contagio, conceptos que dominaron el pensamiento científico incluso en los tiempos de Pasteur y Koch.

Se observa que por mucho tiempo la historia de la epidemiología y salud pública convencional fue la historia de la tergiversación de estas tres ideas básicas. Nuevamente estas tesis volvieron a reproducirse a gran velocidad y escala en el siglo XXI en el proceso de respuesta a la pandemia global y las epidemias particulares de SARS-CoV-2 en América Latina y el Caribe.

Este lenguaje reactualizado de la doctrina del contagio en el siglo XXI, construyó una gramática y lenguaje de afrontamiento que delimitaron los campos del saber y del hacer frente al SARS-CoV-2. Un sistema político-médico que establece la hipótesis experimental de distribuir a los individuos unos al lado de otros, aislarlos, individualizarlos, vigilarlos uno a uno, verificar su estado de salud, comprobar si viven o mueren y en mantener así a la sociedad en un espacio totalmente dividido, inspeccionado, constantemente vigilado y controlado por un registro lo más completo posible de todos los fenómenos ocurridos. Estas tesis del siglo XIV y XV fueron revisitadas y retomadas a gran velocidad en la actualidad.

La conversión de las ciudades y territorialidades latinoamericanas y caribeñas en grandes *lazaretos* remite a la idea que es posible crear una gran muralla simbólica de contención y eliminación del *contagio* de la enfermedad. Pero, paradójicamente, la propia enfermedad se encuentra circulante dentro de las mismas ciudades y sociedades. Se trata, en definitiva, entonces, de construir un espacio cerrado, sujeto a una normativa específica, la cuarentenaria. No es una simple barrera que impidiese el paso de la epidemia, sino el lugar del cual solamente se puede salir temporalmente sano, purificado. Para Quim Bonastra (2010) la práctica de las cuarentenas y, en general, todo el sistema cuarentenario estuvo históricamente fundado en un cuerpo de conocimientos experimentales dentro del cual ocupan una situación central los saberes biomédicos hegemónicos en cada período histórico.

En términos generales sobre los antecedentes y revisión del marco teórico y metodológico de la doctrina del contagio que actualmente fue reactualizado e implementado en varios países como medida principal de afrontamiento al riesgo epidémico de SARS-CoV-2 se pudiera describir resumidamente que:

- *Es un sistema político-médico basado en el empirismo y la militarización con cuarentenas como método experimental principal;*
- *Tiene un carácter experimental todas las acciones, enunciaciones y políticas durante la epidemia en cada territorio nacional.*
- *Una gramática del contagio con una narrativa de culpabilización del Otro, estar bajo sospechosa. De la persecución, de vigilar y castigar, transformando a la sociedad*

a partir del miedo y la desconfianza mutua. Con una aporofobia hacia los excluidos y oprimidos, o peor aún con una necropolítica,

- *Necesita de la división de la sociedad en individuos con el fin de aislar, inspeccionar y controlar;*

- *Tiende a una extrema biomedicalización de enfermedades de afectación poblacional;*

- *Es un proyecto disciplinador y de nueva normalización por características intrínsecas;*

- *Homogeneiza a la sociedad e identifica en cada contexto factores considerados peligrosos y punibles;*

- *La medida en general se transforma en un sistema de creencias (secularización). Prima narrativa dualista del miedo y la excepcionalidad (“Esto o la Muerte”).*

La Microbiología al Gobierno, la salud colectiva paralizada

Desde el holandés Antonie van Leeuwenhoek pasando por Louis Pasteur (Debré, 1998) y Robert Koch se irán configurando las bases de lo que conocemos como *microbiología* (Collard, 1976). Una ciencia aplicada con centralidad en el laboratorio, el microscopio y la idea del descubrimiento del agente infeccioso (bacterias en un principio) como agentes específicos causales en la producción de enfermedades, a partir de la cual se desarrolla la famosa triada causal de *agente infeccioso-huésped-medioambiente*. Claro que la ciencia microbiológica expandirá sus capacidades en la inmunología y virología como ramas científicas

biomédicas (Engleberg *et al.*, 2007). Las bases de la ciencia microbiológica, en el estudio de microorganismos desde bacterias, virus, hongos, parásitos, tendrá implicancias claves para lo que hoy reconocemos como la hegemonía biomédica en el campo de la salud humana (Menéndez, 2005).

Ahora bien, al enunciar *microbiología*, nos estamos refiriendo a un conjunto de dispositivos y narrativas explicativas de los mecanismos de patogenicidad de los diferentes grupos de microorganismos, de transmisión y cuadros clínicos asociados, de las principales pruebas de diagnóstico de las enfermedades infecciosas, los principios básicos de la inmunoterapia y problemática asociada, o de la terapia antimicrobiana y la problemática de las resistencias a los tratamientos, etc. Es decir, un recetario encuadrado dentro de la *biomedicina infectológica* que desde lo singular del proceso patogénico estará produciendo mecanismos, normas y conductas a seguir no sólo para el individuo en su riesgo singular, sino supuestamente extrapolables para atender la salud de la sociedad (Basile, 2020a).

Esta biomedicina infectológica es la que entró en la sala de operaciones en la preparación y respuesta a la pandemia de SARS-CoV-2, lo que en este artículo denominaremos el *gobierno de la microbiología*.

Se define por *microbiologización del gobierno*, al proceso de diseño e implementación de un aparato burocrático de intervenciones sociosanitarias desde el Estado hacia la sociedad, donde se logra imponer un conjunto de significaciones, simplificaciones y diríamos gobernanza cómo únicas, totalizantes y reproducibles. Sólo es cuestión de aplicar los conocimientos de esa *exitosa microbiologización*.

Foucault (2008) en este sentido creó el término *gubernamentalidad*, como el control del Estado no solo con cuestiones legales, sino también con la atención al nuevo objeto a observar: la población, biológicamente tratada, con sus tasas de natalidad y mortalidad. Una especie de capilarización del Estado a través de la salud que empíricamente excede la intervención a las enfermedades para transformarse en una mentalidad de control en y con la sociedad.

Actualmente se podría llamar un proceso de *gubernologización* donde se plantea un divorcio o división del trabajo en el gobierno de la pandemia: lo que hace la *política profesional* en términos de su proyecto electoral-político es aparecer frente a la sociedad para comunicar los mecanismos y medidas de gobierno de la pandemia, y por otro el gobierno y la toma de decisiones reales en manos de la *microbiologización* de la salud pública.

Claro que este proceso se da en un contexto de tejidos institucionales públicos sanitarios extremadamente débiles y fragilizados, con un desprestigio estructural acumulado a todo aquello que sea visibilizado como capacidad pública y colectiva, lo cual permite rápidamente la perennización de esta microbiologización de la respuesta al SARS-CoV-2 fuera de “el” Estado y la Sociedad. Es decir, las capacidades de respuesta están en la *expertise* privada microbiológica, en el gobierno de las y los expertos de la ciencia del individuo aplicada a la población (Basile, 2020a).

Esto va generando un entramado de respuesta a la pandemia con conjugaciones similares a las *políticas basadas en las evidencias* y la *medicina basada en la evidencia* (Fernández Sacases, 2011): el problema es quién está produciendo “*la evidencia*” demostrativa de lo que se *debe hacer*, de la *efectividad* en el control, de los alcances de las

cuarentenas, de policía médica, de un empirismo salubrista de ensayo-error (Basile, 2020b).

A través del lenguaje sanitario no solo describimos y transmitimos conocimientos, sino que delimitamos actuación, el *hacer*, las prácticas en el campo de la salud, que pueden transformar las subjetividades, condiciones sociales de vida y el mundo en que vivimos, o bien reproducir mecánicamente respuestas instrumentales de intervención técnico-normativa (Granda, 2004).

Los sustentos ideológicos, concepciones y acciones técnico-políticas y su proyección sobre la sociedad que expresan la microbiologización de la ciencia biomédica en el gobierno de la salud pública actualmente en el marco de SARS-CoV-2, generaron un complejo espiral de patologización de la sociedad, neohigienismo y conductismo individual como principal estrategia de afrontamiento.

Foucault (1999), en el “Nacimiento de la Clínica”, ya nos hablaba de una medicina que se da como ciencia del individuo, tratamiento del cuerpo enfermo, basando su éxito de positividad a través de su engarce con la enfermedad y la muerte. Una metáfora de la máquina corporal con desperfectos en su estructura y función por causas externas o internas, que hay que reparar. Ante el éxito de la biomedicina clínica sobre la enfermedad individual, también se considera a principios del siglo XX, que era posible construir una *enfermología* pública (Granda, 2004), que se denominará salud pública, supuestamente capaz de dar cuenta de la enfermedad colectiva o pública, como sumatoria de enfermedades particulares con acciones de control vertical desde los Estados sobre las poblaciones, con el método científico positivista basado en la idea de la verdad universal. Este pa-

radigma y maquinaria es la que se encuentra en operaciones.

“Al igual que la Medicina transforma al médico en el mago que explica la enfermedad y que al mismo tiempo la cura, así también la Salud Pública transforma al Estado en el mago que explica el riesgo y lo previene. Esta metáfora del Estado mago y exorcista sobre el riesgo y la enfermedad públicos es plenamente coherente con la concepción social dominante durante el siglo XIX y a inicios del XX... El salubrista del siglo XX está encomendado, entonces, a cuidar la salud del Estado y de la ciencia-técnica, actuando sobre el riesgo de enfermar de la población a su cargo; debe observar a la población pero a través de los cristales de la norma estatal y de la razón instrumental; y debe intervenir sobre la población transformada en objeto, la misma que no sólo debe ser intervenida con la ciencia y la técnica sino que tiene, además, que aprender a olvidar su cultura particular siempre riesgosa.”. (Granda, 2004)

Para Edmundo Granda (2004) las características de la salud pública convencional a la que denominará Enfermología Pública, son:

- ▶ El presupuesto filosófico-teórico de la enfermedad y la muerte como punto de partida para la explicación de la salud;
- ▶ El método positivista para explicar el riesgo de enfermar en la población, y el estructural-funcionalismo para comprender la realidad social;
- ▶ El reconocimiento del poder del Estado como *un mago* de fuerza privilegiada para asegurar la prevención de la enfermedad y

control de riesgos; con los presupuestos funcionalistas de interpretar como objeto individual a las personas u objeto colectivo a las poblaciones.

Esta salud pública convencional fue colonizada por el gobierno de una biomedicina microbiológica al mando de la gestión, planificación, preparación y respuesta poblacional al SARS-CoV-2.

Un ejercicio rápido de revisión país por país sistematizando el perfil de la conformación técnico-política de los Comités Operativos de Emergencias de Salud Pública, Comités de Expertos y Comités de Crisis, arroja una abrumadora evidencia en este sentido. Dar seguimiento al lenguaje sanitario condensado en la comunicación institucional de las y los expertos semana a semana desde inicios de marzo hasta nuestros días sólo permite constatar la hegemonía de una epistemología clínica individual infectológica utilizada, los intentos de dotar de científicidad empírica de las cuarentenas y la política de policía médica, logra efectivizar en las instituciones de atención médica y en el propio gobierno del Estado la ejecución de una única verdad desde la ideología científico-tecnológica con el fin de prevenir los riesgos de enfermar de la sociedad.

Es en este contexto de riesgo epidémico de COVID-19 donde el andamiaje residual de la salud pública como del Estado se pone al servicio del gobierno de la microbiología como expresión de una biomedicina radical dispuesta a ensayos experimentales masivos con toda la sociedad. Es decir, el Estado quedó reducido como un aparato burocrático externo a la sociedad en la dinámica de afrontamiento al COVID-19 a través de la activación de cuarentenas, higienismo y policía médica (Mantovani, 2018). La racionalidad empírica y legal que opera en las cuarentenas e higieniza-

ción separa al Estado del conjunto de la ciudadanía. Vigilar y castigar para cuidar.

El Estado latinoamericano y caribeño pareciera tener en la genética de sus modos de actuar una selectividad estratégica, siéndole que al Estado le es más fácil solventar y responder unos problemas que a otros (Jessop, 1999).

Respuesta desde la Prevención y Control de Infecciones: de los establecimientos de salud a la sociedad

Las dinámicas de gobierno de la microbiología de Estado tomaron cuerpo e institucionalización a través de las cuarentenas, higienismo sanitario y policía médica durante el COVID-19 (Basile, 2020b). La forma de intervención del Estado en la sociedad, su capacidad de infiltrarse en ella en general describe las características y lógicas subyacentes en ese accionar.

Un aspecto poco abordado es la descripción de cómo el saber (bio)médico clínico de la microbiologización en el gobierno del SARS-CoV-2, básicamente como medida central, transfirió las prácticas y conocimientos de control y prevención de infecciones en establecimientos sanitarios (OPS, 2011), como prácticas y conocimientos de control y prevención de infecciones, a la sociedad.

Esto llevó básicamente a transferir desde una protocolización en control y prevención de infecciones hospitalarias (OMS, 2018), a una protocolización sobre la sociedad de carácter permanente y continuo:

1. La bioseguridad y extrema higienización ya no en el lavado de manos personal y familiar, sino en la desinfección de superficies, indumentarias, calzados, metales, etc. Esto trasla-

dó mecanismos de limpieza permanente y repetitiva en la cotidianidad de la vida al igual que las superficies y espacios de atención sanitaria o de la esterilización de materiales de uso sanitario.

2. Uso intensivo de químicos (cloros, detergentes, otros). Incluso se intensificaron las publicidades de la industria de insumos de limpieza comercializando todo tipo de productos para aplicación al ambiente y el ecosistema en búsqueda de higienizar y cuidarse.
3. Las formas de entrada y salida en las propias viviendas o espacios de la vida, donde se implantaron *triatges* en formatos de movilidad y circulación humana segura, a través de mediciones de temperatura, controles de síntomas y signos, otros. Todas medidas empíricamente diseñadas, algunas sin fundamento alguno, otras contradictorias entre sí dependiendo el lugar, el espacio, la actividad y la dinámica.
4. Uso de equipos de protección personal con áreas de uso y eliminación en el hogar, propiciando incluso un uso *irracional* de materiales de protección médica necesarios, a partir por ejemplo en la proliferación del uso de mascarillas respiratorias para atención de alto riesgo que terminaron siendo utilizadas en actividades al aire libre, en comercios o esparcimiento para quienes las pueden pagar.
5. Aversión y fobia al microbioma, a una supuesta eliminación radical de la convivencia del ser humano con los virus, parásitos, hongos o bacterias que están en la naturaleza. Paralelamente se intensifican el uso de tóxicos, químicos para la agricultura, minería, otras actividades extractivas de la naturaleza.

En la siguiente tabla, buscamos realizar un breve ejercicio comparado de las guías y acciones de prevención y control de infecciones hospitalarias y en establecimientos de salud, y cuáles se llevaron adelante en la propia sociedad como medida de salud poblacional.

Lo interesante es que, a diferencia de las guías técnicas de control y prevención de infecciones hospitalarias donde se busca también detectar las prácticas institucionales inefectivas y/o malas, en el caso del SARS-CoV-2 estas directrices siguen siendo repetidas una y otra vez como mantras científicos de efectividad inespecífica. La política de Estado llevada adelante en este coronavirus desde el gobierno de la microbiología, fue bajo la premisa repetida de “*ganar tiempo*”. Ante la dinámica epidémica, los establecimientos sanitarios (Hospitales especialmente) que son los que atienden y reparan el daño social de la enfermedad, debían ser preparados generando actividades de ‘paracaídas’, acciones donde recursos financieros, humanos y médicos-sanitarios se bombean a un lugar de brote o emergencia de salud pública, a fin de sofocar un incendio epidemiológico en particular, para detener la distribución y tendencia de la enfermedad en ese momento, pero hacen poco por abordar sistemáticamente los procesos estructurantes y las determinaciones de la salud colectiva (Breilh, 2013) que hacen que algunas poblaciones, familias y personas sean particularmente susceptibles a las enfermedades y muertes injustas y evitables.

Estas premisas, saberes, prácticas y epistemología aplicada a las emergencias de salud pública y los desastres sociambientales en el siglo XXI, como ya venía ocurriendo con otras endemias y epidemias, produjo algunas manifestaciones institucionales que se registran comparativamente

Tabla 1 Control y Prevención de Infecciones (IPCC en inglés) en establecimientos sanitarios y en la vida en sociedad. Año: 2020

Prevención y control de Infecciones en Establecimientos sanitarios	Prevención y Control de Infecciones en la Sociedad
<i>Triage</i> de entrada y circulación en el Establecimiento sanitario	<i>Triage</i> de entrada y circulación en el hogar, en comercios, y espacio público (tanto al aire libre y espacios cerrados)
Equipos de Protección Personal según Guías para Equipos sanitarios de atención según riesgos	Materiales de Protección con uso de Mascarillas, Guantes y Protectores faciales con homogenización del riesgo.
Desinfección intensiva de superficies, limpieza de espacios comunes y esterilización de materiales con Insumos específicos.	Desinfección intensiva de superficies, limpieza entrada-salida del hogar, limpieza de materiales de uso doméstico (especie de esterilización doméstica) a través de insumos específicos.
Ventilación ambiental de infraestructura y gestión de desechos sólidos y biológicos	Ventilación de la vivienda y espacios

Fuente: Elaboración propia con base en guías y documentos de la OMS (2009, 2014, 2015, 2018, 2020)

en países de la región en la actualidad epidémica del SARS-CoV-2:

1. La paralización virtual o total de las capacidades de los sistemas y servicios de salud pública (incluyendo sector privado, las redes de primer nivel de atención) de acciones, programas y estrategias que realizaban en atención básica, enfermedades crónicas, salud materna, salud de la infancia y otras. Todas posiblemente insuficientes y fragmentadas, pero necesarias.
2. Un retardo de 60 a 100 días para la territorialización de la respuesta a la emergencia de salud pública, con activación de una epidemiología de proximidad, inteligente y de redes de salud trabajando en cada micro-área, barrio, territorio, comunidad y territorialidad.
3. Los sistemas de información de salud clásicos siguieron repitiendo una *epidemiología*

con números del siglo XX, haciendo inferencias a repetición en el seguimiento de tasas de frecuencia. El ejemplo de la tasa de letalidad aleatoria contando por cadena nacional las defunciones, pero sin conocer en una epidemia en curso el total de enfermos/as (sólo se conocen los casos con prueba diagnóstica), fue un error que la propia autoridad médica regional (Organización Panamericana de la Salud-OPS) sigue repitiendo hasta nuestros días.

A partir de las primeras décadas del siglo XIX, la cuantificación tiene un avance importante en la medicina occidental y se consolida como sinónimo de científicidad, luego asociada a la microbiología. Comienzan entonces a multiplicarse las aplicaciones aritméticas a temas como la mortalidad, relacionando variables como sexo, ocupación y raza. La cuantificación se transforma en mito y lleva a considerar a los números como expresión de los éxitos de la medicina. La esperanza en los efectos de la incorporación del método

cuantitativo, lleva a considerar a dicho momento como “*una revolución en la medicina; que dejaba de ser un arte conjetural para convertirse en una ciencia exacta (...) donde el único camino para la investigación está dado por las estadísticas*” (Shryock, 1961).

La cuantificación como eje de científicidad terminó por estructurar respuestas totalizantes para problemas complejos, ignorando que hay cosas muy difíciles de medir y que su medición no es necesariamente sinónimo de ciencia. Se antepone la medida cuantitativa a la comprensión de las multidimensionalidades y multiniveles de un problema, como sí entender o medir fueran partes contrapuestas de un dilema sin resolución. Ese énfasis en lo cuantitativo alejó como objeto de estudio a todo aquello que no se someta a dicha lógica (Gadamer, 1993).

Siguiendo la tesis de este trabajo, resulta útil realizar una revisión comparada del diseño, gestión e implementación de los Comités Operativos de Emergencia de Salud Pública ante el COVID-19 como en otras emergencias sanitarias anteriores para la preparación y respuesta, en los que los países latinoamericanos y caribeños parecen repetir patrones, lógicas y la cultura institucional *instaurada*.

De la revisión sistemática y el análisis de los decretos, resoluciones, medidas y anuncios de países de Latinoamérica y Caribe, además del seguimiento de la respuesta a la emergencia en varios de ellos a partir de una matriz de análisis crítico elaborada por el Grupo de Trabajo (GT) de Salud Internacional de CLACSO¹ (Basile, 2020a), se realizó una breve sistematización del marco de

¹ Es el Grupo de Trabajo regional de Salud Internacional y Soberanía Sanitaria de CLACSO, con 25 centros de estudios miembros de 18 países y 88 investigadores de América Latina y Caribe, España y Portugal.

análisis sobre el modelo de Respuesta a la Emergencia:

Panamericanismo sanitario.

Toda esta matriz de operacionalización de *microbiologización* no pudo expandirse sin el auxilio de la plataforma de la doctrina panamericana (Rapoport, 2008) que una vez más operó sobre Latinoamérica y el Caribe como un territorio de su dominio y expansión de intereses. La salud internacional panamericana y la salud global liberal en general orgánicamente responden a esta geopolítica del poder y conocimiento del Norte global y su sistema mundo (Basile, 2018).

Desde un punto de vista decolonial es importante describir al panamericanismo como la corriente que hegemoniza la salud pública internacional en territorio latinoamericano y caribeño desde fines del siglo XIX y durante todo el XX (Basile, 2019). Es decir, las estrategias, políticas, programas e intervenciones que se llevaron y se llevan adelante en la región de “las Américas” como un todo uniforme no pueden comprenderse sin esta matriz de por medio.

Esto explica en parte por qué las diplomacias y tecnocracias globales de la salud a la hora de actuar e intervenir en esta geopolítica internacional, incluso las latinoamericanas y caribeñas, son implementadoras, operacionalizadoras y ejecutoras acrílicas de las agendas de supuestos “consensos” de salud global y cooperación internacional Centro-Norte. Esta dinámica panamericana requiere de diplomacias y tecnocracias sanitarias dispuestas a reproducir, administrar y no problematizar ni pensar alternativas (Basile, 2018).

Así no es casual que diariamente nos encontremos con reportes de COVID-19 para las Américas

Tabla 2. Componentes comparados identificados en el Modelo de Respuesta a la Emergencia de COVID-19 en América Latina y Caribe / 2020

Campo	Marco conceptual	Metodología	Acciones-Prácticas
Modelo de Atención	Biomedicina con preeminencia de la Infectología	Atención clínica-curativa. Aparece cuestión clínica deformada (des-humanización) de la persona como objeto de intervención normativa.	Asistencial intra muros en Establecimientos de Salud y/o Unidades para la Emergencia. Aprovechamiento de insumos, camas y tecnología.
Gestión de la Emergencia	De los “expertos” de la ciencia clínica. La “guerra” o “combate” al COVID-19.	En algunos países centralizada y otros descentralizada en multiplicidad de actores públicos y privados. Medidas de prevención clínica individual a la sociedad.	Comportamientos individuales, pautas y medidas de higiene y aislamiento.
Modelo de Organización de la Respuesta	Desastre “natural”: La enfermedad (naturaleza) afecta a la sociedad. Control poblacional y punitivo	Militarización y securitización de la respuesta a la emergencia.	Retenes y controles policiales y militares. Detenciones. Persecución y culpabilización a la Sociedad.
Promoción de Salud /Protección	Estilos de Vida - Comunicación de Riesgo	Abordaje y responsabilización individual. “Policía Médica”. Centralidad en los cambios de comportamiento, conductas y hábitos individuales. Grupos de riesgo.	Campañas de sensibilización masivas, materiales gráficos informativos clásicos, entre otros. Sin entrega de kits de protección e higiene.
Participación ciudadana	Modelo de “movilización” pasiva. Transferencia de conocimientos biomédicos (dimensión clínica de la enfermedad, medidas de protección individual, etc)	Convocatoria al distanciamiento social desde el Estado. En general modelo “vertical”. Puede existir formación transferencial de información.	Videos, Fotos, #Hastag a través de redes sociales y medios de comunicación. Redes de desinformación /Sobreinformación y pánico colectivo.
Epidemiología de COVID-19	Descriptiva. Instrumental. Enfocada a los eventos de morbilidad y mortalidad (enfermedad).	Registro y notificación de COVID sobre criterios de confirmación clínica y/o sospechosos según definición de caso.	Boletines epidemiológicos y Sala de Situación a nivel nacional. A nivel local información fragmentada y desarticulada según actores gubernamentales. Circulación de información de mala calidad en la sociedad.
Redes (Integradas e Integrales) de Salud	No se encuentran conceptualización referida a Redes y COVID-19.	Sólo articulación y coordinación de acciones intersectoriales.	Actividades exclusivamente de rutas de referencia-contrareferencia tradicionales de la salud pública sobre “enfermos”. En algunos países la APS fue cerrada. Cada organismo gubernamental planifica y ejecuta sus acciones
Perspectiva de Género	No se encuentran conceptualización referida a Estudios de Género, Epidemiología y COVID-19. Sólo frecuencia de caos por Sexo y Edad. En la práctica se refuerzan estereotipos patriarcales de biomedicalización.	No se encontraron.	Sobrecarga en la “mujer” como cuidadora en el hogar, la limpieza y los servicios. Femicidios y epidemia de violencia basada en género.
Protección Social	Gerenciamiento del riesgo social	Asistencialismo focalizado y prueba de medios	Transferencias de ingresos. Entrega alimentaria directa. Plazos y condonaciones impuestos y fiscalidad
Interculturalidad	Multiculturalismo	Traductores multiculturales.	idiomas indígenas.

Fuente: Elaboración propia con base en la información generada por el GT.

donde Estados Unidos y Canadá son epidemiológicamente contabilizados al igual que el resto de la región. “Las Américas” aparece como unidad, una región tan atacada por la circulación viral del COVID-19 como Europa. Tampoco es sorpresa que el panamericanismo sanitario reproduzca matrices de intervención en salud basadas en control poblacional masivo como premisa, persecución y policía médica, militarización de emergencias de salud pública (Basile, 2019).

Seguridad sanitaria global: Biomedicalización de las relaciones internacionales

El último concepto para revisar es el de seguridad sanitaria global (De la Flor, 2018), ideario que obliga a los Estados del Sur a tomar una serie de medidas sanitarias que responden más a las vulnerabilidades de los Estados occidentales del Norte global, que a las necesidades reales de la salud colectiva de sus sociedades (Rusthon, 2011).

El nexo entre seguridad y salud se convirtió en una narrativa dominante dentro del campo de la salud y lo internacional en las últimas dos décadas, con una invasión de la actividad militar en esta área de la salud. De la Flor (2018) presenta la emergencia de la seguridad sanitaria global como el producto de un proceso de medicalización internacional que denomina *biomedicalización* de las relaciones internacionales. Actualmente este proceso se expande por diferentes vías como son las nuevas diplomacias sanitarias, el sistema de cooperación sanitaria Norte-Sur, las intervenciones humanitarias y militares en salud (Basile, 2020c).

La medicalización de la seguridad global se considera desde los 90’ en la tesis de la “Amenaza Internacional para el Norte Global a la circulación de Enfermedades Infecciosas y Patógenos” entre

las cuales se cuenta a las gripes aviarias, el síndrome respiratorio agudo grave (SARS-CoV), el ébola, o actualmente el SARS-CoV-2, la expansión de la globalización anclada en el complejo político liberal de fines del siglo XX y continuada en el siglo XXI, que implicó la aparición de problemas que eran cuantitativa y cualitativamente distintos a la Guerra fría (Rusthon, 2011).

Así el punto de partida de esta tesis de seguridad global en salud viene de una interpretación donde algunos ubican sus orígenes en el año 1989, cuando el virólogo estadounidense Stephen Morse presentó el término de enfermedad infecciosa emergente (Emerging Infectious Diseases o EID). Durante la década de 1990 los expertos en salud y seguridad de los Estados Unidos interesados por este concepto comienzan a medir la amenaza internacional que suponía la emergencia de nuevos virus desconocidos hasta entonces para su seguridad nacional (De la Flor, 2018).

A nivel mundial a partir de la consolidación de la salud global liberal (Basile, 2018), el actor que vino reclamando considerar que las enfermedades emergentes constituían una amenaza para la seguridad nacional de Estados Unidos fue el *Center for Disease Control and Prevention* (CDC, por sus siglas en inglés), argumentando que podían afectar negativamente tanto sus intereses comerciales internacionales, geopolíticos como a la salud pública de sus ciudadanos. La actuación del CDC influyó decisivamente en el éxito de la *securitización*, como quedó demostrado al incorporarse en la agenda de seguridad nacional de los EE.UU. (King, 2002), pero sin considerar en lo más mínimo las causas estructurantes en el metabolismo sociedad-naturaleza que condicionaban la aparición de estas nuevas enfermedades (Basile, 2020a). Como señala De la Flor (2018), las agencias de seguridad y los centros de investiga-

ción de Estados Unidos no dirigieron sus esfuerzos a estudiar y transformar los procesos estructurantes de estas enfermedades, sino a construir un sistema de vigilancia epidemiológica global que pudiera responder y alertar las amenazas a “su” seguridad (Aldis, 2008).

De ahí la aparición en cadena de los centros de estudios que desde el Norte global centralizan el trabajo de este marco teórico y metodológico que coloniza la comprensión de las epidemias, pandemias, otras emergencias de salud pública: *Johns Hopkins Center for Health Security, Global Health and Security Executive Program Harvard Kennedy School and Harvard Medical School, Harvard Center for Risk Analysis, Oxford Centre for Tropical Medicine and Global Health, Global Health Security Index, Walter Reed Army Institute of Research*², entre otros. Referencia llamativa en este sentido, es el Centro Johns Hopkins para la Seguridad de la Salud en asociación con el Foro Económico Mundial de Davos y la Fundación Bill y Melinda Gates organizaron el “Evento 201” (CJHHS, 2019), un ejercicio pandémico de alto nivel realizado el 18 de octubre de 2019 en la ciudad de Nueva York. El ejercicio ilustra las áreas en las que serían necesarias alianzas público / privadas durante la respuesta a una pandemia severa para disminuir las consecuencias económicas y sociales a gran escala”, dice la página del «Evento 201, a *Global Pandemic Exercised*». La enfermedad escogida como pandemia para el moldeaje fue un Coronavirus (CJHHS, 2019).

También jugaron un importante papel los medios de comunicación, al difundir información relativa a las amenazas que suponían estas nuevas circulaciones infecciosas, lo que contribuyó a aumentar

el temor, la ansiedad y las demandas de protección entre la población estadounidense en lógica de securitización sanitaria (Wald, 2007).

La seguridad sanitaria global es un concepto modificado dependiendo el contexto, patógeno y quién / qué está en riesgo (De la Flor, 2015). Las múltiples gramáticas de seguridad en la narrativa de la seguridad sanitaria mundial implicaron formas y lentes de abordajes desde los casos como el VIH-SIDA (Rusthon, 2010), SARS o las gripes pandémicas, el ébola, el zika, entre otras amenazas. Esto sugiere que existe una variación y readecuación reflejada en el lenguaje utilizado para distinguir los diferentes problemas de salud colectiva dentro de la narrativa de seguridad sanitaria global (Wenham y Barros Leal Farías, 2019).

Esta tendencia incluye año tras año un creciente protagonismo de intervenciones militares entendiendo a la salud como problema de seguridad nacional (McInnes, 2006). La participación militar nacional de China en la preparación y respuesta a brotes de influenza y SARS, la red de vigilancia liderada por militares de Perú, las actividades militares de detección de VIH de Tailandia, el control de vectores militarizados de Brasil y otros países de la región por el Zika y Dengue, la gestión del cólera por las fuerzas armadas en Zambia, los buques e incursiones del Comando Sur en Latinoamérica para atención médica de enfermedades desatendidas, y la lista continua. Esto es conceptualmente diferente con el cambio en paralelo producido desde la seguridad sanitaria mundial en la participación de militares en cuasi invasiones internacionales para responder a las preocupaciones de enfermedades infecciosas externas al Norte global como fue el caso del ébola en Sierra Leona, Guinea y Libera donde desembarcaron ejércitos de Estados Unidos, Canadá, Reino Unido, Alemania, Francia, entre otros. Es un *modus*

² ShareAmerica – “El Ejército estadounidense tienen un largo historia en detener contagios”. Recuperado en: <https://share.america.gov/es/las-fuerzas-armadas-de-ee-uu-tienen-un-largo-historial-en-detener-contagios/>

operandi con botas en el suelo para combatir la amenaza de una enfermedad. En África esas fuerzas militares comandaron las cuarentenas, la segregación y los centros de confinamiento.

El discurso del *excepcionalismo* (Ingram, 2013), con o sin fracasos generalizados, está produciendo un cambio sistemático más amplio para la securitización de la salud al *normalizar* el uso de las fuerzas de seguridad (incluso militares dependiendo el país) en la respuesta de emergencia de salud pública con las enfermedades infecciosas.

El resultado de todos estos movimientos es que los militares son innegablemente reconocidos y cada vez más como un actor clave en las operaciones de seguridad de la salud global, que también se conjuga con el intento de darles un rol a las fuerzas militares en momentos de paz y/o de mantener e incrementar su gasto militar (Wenham, 2019).

O peor aún, el “estado de guerra” a una enfermedad -demostrado en el caso del ébola y actualmente en COVID-19-, puede debilitar gravemente las acciones fundamentales de los servicios de salud pública generales, de atención básica centrada en la comunidad, de la vacunación, de la respuesta a las enfermedades endémicas, de la salud de las mujeres, del cuidado y la protección sanitaria, es decir, produciendo *arreglos* con inyección de anabólicos de respuesta en los sistemas de salud pública, sin fortalecer las vigentes ni las nuevas capacidades.

Además, aunque las enfermedades que carecen de una causa microbiana son una grave carga para la salud de las sociedades en muchos lugares del mundo y también en el Sur global, el brote repentino de una enfermedad infecciosa potencialmente letal tiene una mayor capacidad para

atraer la atención de las sociedades occidentales y los decisores políticos del sistema-mundo (Basilé, 2020a). Especialmente en los países del Norte global, donde las poblaciones están menos acostumbradas a las enfermedades infecciosas que presentan un riesgo de mortalidad agravado.

Por último, en la definición de zonas de peligro y zonas de seguridad existe una línea divisoria (borde) que se puede (des)dibujar y luego controlar como una forma de proteger la salud de una población en un lado de la línea de la exposición a los cuerpos enfermos respecto de las poblaciones en el otro lado. Las fronteras entre Estados fueron y son sitios de modos exclusivos de práctica de seguridad y abandono. Para los gobiernos que enfrentan riesgos de muchos tipos, existe una fuerte tentación de pensar primero en los territorios de los que son responsables. Las medidas de bioseguridad relacionadas con la migración y basadas en la frontera pueden, por lo tanto, servir a un propósito político interno útil para mitigar la ansiedad de las poblaciones dentro de un territorio determinado, aunque las restricciones de movilidad dificulten la inserción de personal médico o de suministros entre países afectados (McInnes *et al.*, 2020).

Ahora bien, la narrativa de seguridad sanitaria mundial fue construyendo un régimen de gobernanza asociado. La propia OMS estuvo por años presionada por las demandas permanentes de Estados Unidos e incluso Canadá para responder a su lógica de seguridad sanitaria global. La OMS se vio forzada, como suele suceder en últimos 30 años, a tener una función clara de trabajar sobre estas solicitudes o perder más poder del que ya viene sufriendo (Davies, 2008). Para adecuar el Sistema de Vigilancia Epidemiológico Internacional a las exigencias del momento, las tecnocracias de la OMS revisaron la última regulación del

Reglamento Sanitario Internacional que estaba vigente desde mediados de 1950 y diseñaron una nueva estrategia de identificación, alerta y respuesta a los brotes epidémicos (Fidler, 2005). Así, entre 1995 y 2005 se crearon las dos principales estrategias que componen el actual sistema de vigilancia epidemiológico global que es el GOARN (*Global Outbreak Alarm Response Network*) y las preparaciones pandémicas. Así con la Red Global de Respuesta a Alertas de Brotes (GOARN, por sus siglas en inglés). La OMS mantuvo un aparente dominio y éxito en mostrarse como el actor principal para abordar las amenazas de enfermedades para el Norte global y responder a estos intereses geopolíticos. Esta estructura institucional se complementa con una serie de ONGN (Organización No Gubernamentales del Norte) y actores no estatales que comprenden el régimen global de seguridad sanitaria. Unos años después, el Informe de Salud Mundial de la OMS de 2007 definía el concepto de seguridad sanitaria global como “*el conjunto de actividades proactivas y reactivas necesarias para reducir todo lo posible la vulnerabilidad a incidentes agudos de salud pública capaces de poner en peligro la salud colectiva de poblaciones que se extienden por diversas regiones geográficas y a través de las fronteras internacionales*” (OMS, 2007).

Pero el vigente sistema de vigilancia epidemiológico global fue siempre y es considerado como una herramienta geopolítica en manos de los Estados occidentales que los expertos de la OMS contribuyeron a construir (De la Flor, 2018), lo cual traza la poca sorpresa para algunos que una epidemia en fase de afectación pandémica principalmente para el Norte global en Estados Unidos, Canadá y Europa (OWD-Oxford University, 2020), paralice al sistema-mundo entero y replantee las reglas del juego. Más que en referencia a la pandemia en sí misma, replantean en ese centro

global la pregunta *¿para qué sirve este sistema (léase la propia OMS) que no nos sirvió ni respondió al Norte global cuando lo necesitamos?* El descrédito de la OMS en varios países del complejo político liberal (EE.UU., Reino Unido, Australia, entre otros) es creciente. Por supuesto que en gran medida la afectación particular de Europa y Estados Unidos es lo que muestra una alerta, financiamiento, sobre atención y respuesta global de total prioridad para la seguridad sanitaria por su impacto geopolítico. Una vez pasada esta afectación en el centro global, habrá que monitorear la respuesta al proceso pandémico en la periferia (Basile, 2020a).

Por ejemplo, la lenta respuesta de la OMS puesta en evidencia en el ébola en África en 2014 tuvo en gran medida como razones el desfinanciamiento crónico de la oficina regional de la OMS en África (IDS, 2015), y además la enfermedad fue comprendida como un problema olvidado y particularmente africano, y no como una amenaza internacional. Esto hizo que la atención inicial y la respuesta en general fuera parcial y de baja alerta mundial. Cuando la enfermedad comenzó a transformarse en un potencial amenaza sanitaria al Norte global ahí claramente se movilizaron recursos (Honigsbaum, 2017). Con la Resolución No.2177 del Consejo de Seguridad de las Naciones Unidas en el año 2014³ se impuso una respuesta internacional de emergencia caracterizada por la creación de un fondo global contra la epidemia, el envío de fuerzas militares occidentales como el Comando de los Estados Unidos para África (AFRICOM) y el despliegue de la primera misión epidemiológica internacional (Burci, 2014). Estas actuaciones de emergencia contribuyeron decisivamente a cortar la cadena de transmisión, pero

3 Security Council resolution 2177. (2014). Peace and security in Africa Available: http://www.un.org/en/ga/search/view_doc.asp?symbol=S/RES/2177%20

también produjeron unos efectos negativos que señalamos a continuación (Heymann, 2015). Entre ellos, que los medios de comunicación perdieron el interés por informar sobre la enfermedad cuando esta dejó de suponer una amenaza a los Estados occidentales (Sendín y Nieto, 2015); posteriormente, con la declaración del final del brote, la intervención humanitaria militarizada y de seguridad sanitaria se dio por finalizada comenzando así una fase de post-emergencia caracterizada por la retirada de los recursos internacionales. De la Flor (2018) describe pormenorizadamente como los países africanos afectados tuvieron que continuar enfrentando los problemas causados por la epidemia como: la destrucción de sus sistemas sanitarios, la elevada mortalidad entre sus trabajadores de salud, la recuperación de los pacientes, la atención sanitaria de otros problemas desplazados durante la epidemia y la recuperación económica de su agricultura y economía nacional. La securitización de la enfermedad desplegó una actuación de emergencia que desatendió en gran medida los conocimientos y capacidades de las propias sociedades africanas.

La respuesta local a la enfermedad demostró la importancia del cuidado (Álvarez, 2005) y la solidaridad desarrollada por las sociedades africanas para responder a las fases de emergencia y post-emergencia de la epidemia. En este sentido actuaciones diversas que señalan tanto la importancia de organizaciones ya establecidas, como las autoridades y terapeutas tradicionales que contribuyeron a informar, prevenir y coordinar la respuesta en terreno (Tomas, 2015), como nuevas redes que diseñaron programas para dar seguimiento a la cadena de transmisión y desmentir informaciones falsas que estigmatizaban la cultura y el comportamiento africano (Bajo, 2015). El refuerzo de una mirada occidentalizada de las sociedades africanas representadas como pasivas

y temerosas se conjugó con el desinterés por intervenir sobre las determinantes internacionales de naturaleza política, ecológica o económica de la crisis epidemiológica. La población africana fue representada como un conjunto homogéneo, temeroso y pasivo a merced de la ayuda internacional.

En definitiva, este último eslabón para el caso de la respuesta al COVID-19 busca marcar que las políticas de seguridad sanitaria global fueron diseñadas, pensadas y centradas en la defensa de los intereses de los Estados occidentales del Norte global. Esta securitización de la salud con los esfuerzos globales en la priorización de la lucha contra enfermedades que obedecen a este mandato de seguridad sanitaria del Norte global, sin duda desplazan actuaciones sobre otras necesidades sanitarias mundiales y regionales (Basile, 2020b). Este concepto, en la medida en que abarca una multitud de problemas de salud (y de otros tipos), se construye como amenaza para la seguridad de la salud. En segundo lugar, la seguridad de la salud va más allá de un dispositivo retórico para incluir la participación directa del sector de la seguridad.

Al cuestionar la vigencia de una mirada colonial sobre el COVID-19, al mirarla en el espejo de la “catástrofe” epidémica de Europa y Estados Unidos, se refuerza la necesidad de ampliar los marcos de referencia desde la salud internacional Sur Sur (Basile, 2018) para poner en el centro el papel que juegan otras determinaciones internacionales en la producción de la enfermedad, en los modos de vivir, enfermar y morir, es decir, el metabolismo sociedad-naturaleza, el neoliberalismo y capitalismo del desastre (Basile, 2020a). Hay una nueva autoridad sanitaria internacional que emergió con la salud global liberal que ha sido olvidada en el medio de la pandemia y que son las

fundaciones filantrópicas, los grupos farmacéuticos y organizaciones financieras y de comercio como el Banco Mundial (BM), la Organización de Cooperación y Desarrollo (OCDE), el Banco Interamericano de Desarrollo (BID) y la Organización Mundial del Comercio (OMC) que han sido actores centrales de la agenda sanitaria global (Basile, 2018). La llegada del Banco Mundial y sus planes neoliberales aplicados a las reformas de los sistemas de salud en varios países tuvieron asociación y coordinación directa con la propia OMS y OPS, agencias que actualmente lideran la respuesta sanitaria. Esta nueva autoridad sanitaria global “de hecho” de los últimas décadas es la que primordialmente es necesario señalar y analizar en el actual contexto de pandemia COVID-19 para entender sus consecuencias.

La narrativa de seguridad sanitaria mundial y de seguridad sanitaria nacional, que ya se había afianzado en el panorama mundial de la salud y el discurso de formulación de políticas, encuentra en la “guerra” al COVID-19 una plataforma de perenización global totalizante. Este proceso sigue la lógica de titulización de la Escuela de Copenhague, según la cual cualquier problema puede ser percibido como una amenaza a la seguridad “*no necesariamente porque exista una amenaza existencial real sino porque el problema se presenta como una amenaza*”. Es decir, la clave para esta comprensión de la securitización de la salud no es la ‘amenaza’ real de un patógeno y/o enfermedad sino un acto de narración exitosa -dice Wenham (2019)- *‘a través del cual se construye una comprensión intersubjetiva dentro de una comunidad política para tratar algo como una amenaza existencial para un objeto referente, [generando] el respaldo de medidas excepcionales de emergencia más allá de las reglas que de otro modo estarían obligados’*.

Esto tendrá (y tiene) repercusiones tangibles para las operaciones de seguridad sanitaria mundial, y se corre el riesgo de poner en peligro de naturalización y aceptación futura por parte de las sociedades a nivel global, regional y nacional de intervenciones de seguridad sanitaria mundial a partir de intervenciones militares y de policía médica, y por lo tanto asociado a esto también, poner en (re)activación la capacidad de promulgar medidas extraordinarias que pueden ser siempre necesarias, es decir, una política de la excepcionalidad como nueva regla en la respuesta a las emergencias de salud pública y desastres en el actual sistema mundo.

Reflexiones finales

El diseño del proceso de gobierno de la gestión y respuesta a la Emergencia del SARS-CoV-2 deberá seguir siendo estudiada por un largo tiempo, especialmente por sus características intrínsecas que este artículo describe en cuanto a la microbiologización e individualización del riesgo, transferencia de responsabilidades y protocolos biomédicos a la vida en sociedad, conjuntamente con una creciente militarización y *punitivismo médico* en el campo de la salud.

La normalización de un tipo de proceso de gobierno de la pandemia y las epidemias que llamamos el “*gobierno de la microbiología*” expandido en los territorios nacionales y la geopolítica de la securitización a nivel global resultan elementos claves para comprender el nuevo nexo entre seguridad y salud, en una *guberbiologización* de la esfera pública y del sistema mundo vigente (Dussel, 2004). Asumiendo una cuestión indisimulable: demasiados problemas de salud colectiva (además de SARS-CoV-2) ahora están enmarcados dentro de la narrativa de la seguridad sanitaria

global y la seguridad nacional, cruzados con una creciente *biomedicalización* y doctrina del contagio tanto en las relaciones humanas como en las relaciones internacionales.

Es importante continuar investigando en América Latina y Caribe las implicaciones de este movimiento expansivo y preguntarse si solo son conceptos nacidos para limitar la propagación transfronteriza de enfermedades infecciosas y qué riesgos plantea *normalizar* estas intervenciones de seguridad en el campo de la salud colectiva.

Por último, la caracterización de las formulaciones de respuesta a la emergencia sanitaria con contenidos tan *experimentales, ambiguos, empíricos, individualizantes, higienizantes, biomedicalizados, microbiologizados, totalizantes, excepcionalmente securitizados* y dualmente explicados y desarrollados desde una creciente culpabilización a las sociedades, van transformando lo excepcional en norma, y se van generando nuevas gramáticas sociosanitarias que podrían ser adaptadas a múltiples nuevos contextos, poblaciones, momentos y particularidades.

Referencias bibliográficas

- Ackerknecht, E. H. (1973). *Medicina y sociedad en la ilustración*. In *Lain Entralgo, Pedro. Historia Universal de la Medicina*. Barcelona: Salvat, vol. V, 143.
- Aldis, W. (2008). "Health security as a public health concept: a critical analysis", *Health Policy and Planning*, vol. 23, Núm. 6: 369-375.
- Almeida-Filho N. (2006). "Complejidad y Transdisciplinariedad en el Campo de la Salud Colectiva: Evaluación de Conceptos y Aplicaciones", *Revista Salud Colectiva*, vol. 2, Núm. 2:123-146.
- Álvarez, A. (2015). "Cuando cuidar puede significar contagio. La dimensión de género en la crisis del Ébola". En: Mateos, O. y Tomas, J. (coord.) *Detrás del ébola. Una aproximación multidisciplinar a una cuestión global*. Barcelona: Edicions Bellaterra, 70-83.
- Bajo Erro, C. (2015). "TIC y compromiso para enfrentarse a la amenaza. La epidemia en la sociedad hiperconectada". En: Mateos, O. y Tomas, J. (coord.) *Detrás del ébola: Una aproximación multidisciplinar a una cuestión global*. Barcelona: Edicions Bellaterra, 102-115.
- Basile, G. (2018a). *Salud Internacional Sur Sur: hacia*

La única forma de terminar con una arquitectura de gobierno de la respuesta a la emergencia de salud pública del SARS-CoV-2 de este tipo, es construyendo otra arquitectura más relacional, polifónica y compleja (Almeida-Filho, 2006). Refundar una innovada amalgama de tramas epistemológicas entre el pensamiento crítico latinoamericano expresado en la nueva corriente de la Salud desde el Sur (Basile, 2018) y la larga tradición de la medicina social y salud colectiva del siglo XX (Iriart *et al.*, 2002), como contribución a una *praxis* que apueste a despertar de la parálisis a la ciencia crítica en salud en el periodo pandémico. Apostando a una investigación- acción al servicio de las luchas y nuevos horizontes emancipatorios que llevan adelante los movimientos sociales, indígenas, feministas y afros frente a los engranajes del capitalismo, la modernidad, el patriarcado y la colonialidad en el continente. Quizás sea el camino alternativo para descolonizarse de los expertos clínicos, las fases, las escalas y la cuarentenología imperante.

- un giro decolonial y epistemológico. En II Dossier de Salud Internacional Sur Sur, Ediciones GT Salud Internacional CLACSO (Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales). Diciembre, 2018.
- Basile, G. (2019) La Salud del proceso de integración regional: el caso UNASUR Salud ¿soberanía o dependencia sanitaria? En III Dossier de Salud Internacional Sur Sur, Ediciones GT Salud Internacional CLACSO. Mayo, 2019.
- Basile, G. (2020a). Coronavirus en América Latina y Caribe: entre la terapia de shock de la enfermología pública y la respuesta de la salud colectiva/salud internacional Sur Sur. En IV Dossier de Salud Internacional Sur Sur, Ediciones GT Salud Internacional CLACSO. Marzo, 2020.
- Basile, G. (2020b). La triada de cuarentenas, neohigienismo y securitización en el SARS-CoV-2: matriz genética de la doctrina del panamericanismo sanitario. Ediciones GT Salud Internacional y Soberanía Sanitaria CLACSO, Mayo 2020.
- Basile, G. (2020c). “La Geopolítica de la Colonialidad ética del sistema internacional de cooperación: el caso Haití”. En: Carcuro M.; Matos, E. y Vargas, A. (editores) *Masacre de 1937. 80 años después: Reconstruyendo la memoria*. Ciudad de Buenos Aires, Argentina: CLACSO, 369-412.
- Boas, M. (1994). *The Scientific Renaissance, 1450-1630*. Nueva York: Dover Publications. 129-342.
- Bonastra, Q. (2010). “Recintos sanitarios y espacios de control: Un estudio morfológico de la arquitectura cuarentenaria” [versión electrónica], *Dynamis*, vol. 30: 17-40.
- Breilh, J. (2013). “La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva)”, *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, vol. 31, supl.1: 13-27.
- Burci, G. L. (2014). “Ebola, the Security Council and the securitization of public health”, *Questions of International Law*, 10: 27-39.
- CJHHS (Center Johns Hopkins for Health Security). (2019). Evento 201. <http://www.centerforhealthsecurity.org/event201/> (consulta 18 de marzo del 2020).
- Collard, P. (1976): “The development of Microbiology”. Cambridge: Cambridge University, 8-136.
- Davies, S. E. (2008). “Securitizing infectious disease” [versión electrónica], *International Affairs*, vol. 84, Núm.2: 295-313.
- De la Flor, J. L. (2015). “El Dispositivo de Seguridad Sanitario Global”. En: Mateos, O. y Tomas J. (coord.) *Detrás del ébola. Una aproximación multidisciplinar a una cuestión global*. Barcelona: Edicions Bellaterra, 20-38.
- De la Flor, J. L. (2018). “La seguridad sanitaria global a debate. Lecciones críticas aprendidas de la 24.º EVE” [versión electrónica], *Comillas Journal of International Relations*, Núm.13: 49-62.
- Debré, P. (1998). *Louis Pasteur*. Baltimore: The Johns Hopkins University Press, 25-105.
- Dussel, E. (2004). *Sistema mundo y transmodernidad*. México:Modernidades coloniales, 201-226.
- Engleberg, C.; DiRita, V. y Dermody, T. (2007). *Schaechter's Mechanisms of Microbial disease*. Baltimore: Lippincott Williams & Williams, 3-65.
- Fernández Carril. (1865). *Importancia de los lazaretos y cuarentenas*. In *Actas de las sesiones del Congreso Médico Español*. Madrid: Imprenta de José M. Ducacal, 225.
- Fernández Sacasas, J. (2011). “Controversias en torno a la medicina basada en evidencias”, *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, vol. 10, Núm. 3: 339-347.
- Fidler, D. (2005). “From International Sanitary Conventions to Global Health Security: The New International Health Regulations” [versión electrónica], *Chinese Journal of International Law*, vol. 4, Núm. 2: 325-392.
- Foucault, M. (1999). *Nacimiento de la biopolítica*. En: *Obras esenciales*. Vol. III: Estética, ética y hermenéutica. Barcelona: Paidós, 209-215.
- Foucault, M. (2008). *Seguridad, territorio, población*:

- curso impartido en el Collège de France (1977-1978)*. São Paulo: Martins Fontes, 156-180.
- Fracastoro, G., Wynne-Finch, H. y Abraham, J. J. (1935). *Syphilis, or the french disease*. Londres: Heinemann, 106-117.
- Fracastoro, G. (1971). “Da Gerolamo Fracastoro ad Athanasius Kircher ed Antony Van Leeuwenhoek”, *II Fracastoro: Gazzeta Medica Veneta*, vol. 64, Núm. 3: 197-228.
- Gadamer, H. (1993). *El Estado Oculto de la Salud*. Barcelona: Gedisa, 13-119.
- Granda, E. (2004). “¿A qué llamamos salud colectiva, hoy?”, *Revista Cubana de Salud Pública*, vol. 30, Núm. 2: 8.
- Heymann, D. et al. (2015). “Global health security: the wider lessons from the west African Ebola virus disease epidemic”, *The Lancet*, vol. 385, Núm. 9980: 1884-901.
- Honigsbaum, M. (2017). “Between securitisation and neglect: managing Ebola at the borders of global health”, *Medical history*, vol. 61, Núm. 2: 270-294.
- Ingram, A. (2013). “After the exception: HIV/AIDS beyond salvation and scarcity”, *Antipo-de*, vol. 45, Núm. 2: 436-454.
- IDS (Institute of Development Studies). (2015). Global Governance and the Limit of Health Security. Practice Paper in Brief. <http://www.ids.ac.uk/publication/global-governance-and-the-limits-of-health-security> (consulta 29 de agosto de 2020)
- Iriart, C. et al. (2002). “Medicina social latinoamericana: aportes y desafíos”, *Revista Panamericana de Salud Pública*, vol. 12, Núm. 2: 128-136.
- Jessop, B. (1999) “The strategic selectivity of the state: reflections on a theme of Poulantzas”, *Journal of the Hellenic Diaspora* [versión electrónica], vol. 25, Núm. 1-2: 1-37.
- King, N. (2002). “Security, Disease, Commerce: Ideologies of Postcolonial Global Health”, *Social Studies of Science*, vol. 32, Núm. 5/6: 763-789.
- Mantovani, R. (2018). “O que foi a polícia médica?”, *História, Ciências, Saúde-Manguinhos* [versión electrónica], vol. 25, Núm. 2: 409-427.
- Matus, C. (1987). *Política, planificación y gobierno*. Caracas: Fundación Altadir, 3-125.
- Matus, C. (2007). “Escuela de gobierno”, *Salud colectiva*, vol. 3, Núm. 2: 203-212.
- Marcovecchio, E. (1993). *Dizionario etimologico storico dei termini medici*. Italia: Festina lente, 3-20.
- Maxit, M. (2003). “¿De quién hablamos cuando hablamos de Ambroise Paré?”, *Revista del Hospital Privado de Comunidad*, vol. 6, Núm. 1.
- McInnes, C. y Lee, K. (2006). “Salud, seguridad y política exterior”, *Review of International Studies*, vol. 32, Núm. 1:5-23.
- McInnes, C.; Lee, K.; Youde, J. y Enemark, C. (2020). La bioseguridad y el riesgo para la salud mundial. <https://www.oxfordhandbooks.com/view/10.1093/oxfordhb/9780190456818.001.0001/oxfordhb-9780190456818-e-12> (consulta 20 de agosto de 2020).
- Menéndez, E. L. (2005). “El modelo médico y la salud de los trabajadores”, *Salud colectiva*, vol.1, Núm. 1: 9-32.
- Merli y Feixas, A. (1815). *Arte de detener y aniquilar las epidemias y el verdadero secreto para no contagiarse en tiempos de peste*. Barcelona: Juan Dorca Imp, 34.
- Montiel, I. R. (2005). “Fracastoro y la teoría contagionista”. En: Faas, H.; Saal, A. y Velasco, M. (editores) *Epistemología e Historia de la Ciencia. Selección de trabajos de las XV Jornadas Jornadas Volumen II Tomo II*. Argentina: Universidad Nacional de Córdoba, 543-549.
- OMS (Organización Mundial de la Salud). (2007). Informe sobre la salud en el mundo 2007-protección de la salud pública mundial en el siglo XXI: un porvenir más seguro. Ginebra: OMS.
- OMS. (2009). Natural Ventilation for Infection Control in Health-Care Settings. Ginebra: OMS.
- OMS. (2014). Infection prevention and control of epidemic- and pandemic prone acute respiratory infections in health care. Ginebra: OMS.

- OMS. (2015). Prevención y control de infecciones durante la atención sanitaria de casos probables o confirmados de infección por el coronavirus causante del síndrome respiratorio de Oriente Medio (MERS-CoV). Ginebra: Orientaciones provisionales, OMS.
- OMS. (2018). Infection Prevention and Control (IPC) Assessment Framework (IPCAF). Ginebra, OMS.
- OMS. (2020). Operational considerations for case management of COVID-19 in health facility and community. Ginebra, OMS.
- OPS. (2011). Guía de evaluación rápida de programas hospitalarios en prevención y control de las infecciones asociadas a la atención de salud. Washington D.C.
- OWD (Our World in Data)-Oxford University. (2020). Casos confirmados y muertes confirmadas por COVID-19. Oxford University.
- Rapoport, M. (2008). UNASUR, contracara del panamericanismo. <https://www.alainet.org/es/active/24570> (consulta 20 de agosto de 2020).
- Rushton, S. (2010). "AIDS and international security in the United Nations System", *Health policy and planning*, vol. 25, Núm. 6: 495-504.
- Rushton, S. (2011). "Seguridad de salud global: ¿seguridad para quién? ¿Seguridad de qué?", *Political Studies*, vol. 59, Núm. 4: 779-96.
- Sendín, J. y Nieto, M. (2015). "Medios de comunicación en el tratamiento internacional de la crisis del Ébola". En: Mateos, O. y Tomas, J. (coord.). *Detrás del ébola. Una aproximación multidisciplinar a una cuestión global*. Barcelona: Edicions Bellaterra, 201-221.
- Shryock, R. (1961). "The history of quantification in medical science". En: Woolf, H. *Quantification: a history of the meaning of measurement in the natural and social sciences*. New York: Bobbs Merrill, 215-220.
- Stedman, T. L. (1993). Diccionario de ciencias médicas. Buenos Aires: Panamericana, 2-128.
- Tomas, J. (2015). "Autoridades tradicionales, dinamismo cultural y ébola. Una reflexión". En: Mateos, O. y Tomas, J. (coord.). *Detrás del ébola. Una aproximación multidisciplinar a una cuestión global*. Barcelona: Edicions Bellaterra, 85-99.
- Wald, P. (2007). *Contagious: cultures, carriers, and the outbreak narrative*. UK: Duke University Press, 1-29.
- Wenham, C. (2019). "The oversecritization of global health: changing the terms of debate", *International Affairs*, vol. 95, Núm 5: 1093-1110.
- Wenham, C. y Barros Leal Farias, D. (2019). "Securitizing Zika: the case of Brazil", *Security Dialogue*, vol. 50, Núm. 5: 398-415.

Cambios en los hábitos de sueño y el proceso educativo durante la Jornada de Sana Distancia en estudiantes de una universidad pública: el caso de la Universidad Autónoma de la Ciudad de México, mayo 2020.

María Elena Durán Lizárraga* • Roselia Arminda Rosales Flores**
Claudia Alicia López Ortiz***

RESUMEN

Se trata de un estudio mixto que explora las condiciones de salud y alteraciones de sueño en relación con el proceso educativo durante el período de sana distancia en estudiantes de una universidad pública. El estudio se centra en la premisa de que las vulnerabilidades estructurales, previas a la pandemia, revelan y potencializan las desigualdades durante ésta, que se expresan en el acceso a la educación superior y en la posibilidad de contar con los recursos para cursarla, (como son los dispositivos tecnológicos) e incrementan las desigualdades en salud mental: más problemas de sueño, estrés y ansiedad en los grupos con condiciones de vida precarias. El objetivo general fue explorar la relación entre las condiciones de vida, proceso educativo de los estudiantes y sueño durante la *jornada de sana distancia*. Los objetivos específicos se centraron en indagar las condiciones de vida; las condiciones para el estudio en línea y la percepción de logro en el aprendizaje, así como los hábitos de sueño, prácticas alimentarias, actividad física, consumo de alcohol y tabaco durante la contingencia sanitaria. Se realizó un cuestionario que aborda datos sociodemográficos, de salud, de prácticas de consumo, somnolencia e higiene de sueño durante el confinamiento. Los resultados indican que los participantes están viviendo el período de sana distancia con vulnerabilidades estructurales que revelan las desigualdades sociales y que afectan los hábitos de sueño y la salud física y mental. Las universidades deberán considerar proveer estrategias o mecanismos de afrontamiento para mejorar las condiciones de salud de sus estudiantes.

PALABRAS CLAVE: Pandemia COVID-19, Insomnio, Condiciones de vida, Proceso de Aprendizaje.

* Doctora en Ciencias por la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM). Profesora- Investigadora de la Licenciatura de Protección Civil y Gestión de Riesgos del Colegio de Ciencias y Humanidades en la Universidad Autónoma de la Ciudad de México (UACM) en mariaelena.duran@uacm.edu.mx

** Doctora en Ciencias en Salud Colectiva por la Universidad Autónoma Metropolitana (UAM). Profesora-Investigadora de la Licenciatura de Promoción de la Salud del Colegio de Ciencias y Humanidades en la Universidad Autónoma de la Ciudad de México (UACM).

*** Maestra en Educación por la Universidad Autónoma de Fresnillo. Profesora-Investigadora de la licenciatura de Promoción de la Salud del colegio de Ciencias y Humanidades en la UACM.

Fecha de recepción: 30 de mayo de 2020.

Fecha de aceptación: 13 de agosto de 2020.

Changes in sleep habits and the educational process during the Jornada de Sana Distancia in students of a public university: the case of the Universidad Autónoma de la Ciudad de México, May 2020

ABSTRACT

It is a mixed study that explores health conditions and drowsiness relative to the educational process during the social distancing period in students of a public university. The general objective is to explore the relationship between living conditions, the educational process of students and sleep during the lockdown period. The specific aims were focused on investigating living conditions; the online studying situations and conditions for online study and the perception of achievement in learning, as well as sleeping habits, eating practices, physical activity, consumption of alcohol and tobacco during the COVID-19 contingency. A questionnaire was carried out that contains elements that address sociodemographic, health, consumption practices, drowsiness and sleep hygiene data during confinement. We found that the participants are living this lockdown period with structural vulnerabilities that reveal social inequalities and that affect sleep habits and physical and mental health. Universities should consider providing coping strategies or mechanisms to improve the health conditions of their students.

KEY WORDS: COVID-19 pandemic, Insomnia, Living conditions, Learning Process.

Introducción

La pandemia COVID-19 ha impactado al mundo entero en diversos órdenes de la vida social. En el artículo se exploran y analizan algunas repercusiones, en estudiantes universitarios, en el contexto de la estrategia de contención de la epidemia.

Es el resultado de una investigación documental y empírica en estudiantes de una universidad pública, la Universidad Autónoma de la Ciudad de México (UACM) y en la *jornada de sana distancia*¹ por la pandemia del COVID 19, entre abril y

mayo, período crítico para toda la población (Espallargas, 2020).

En el planteamiento de este trabajo partimos del presupuesto de que toda la población está confrontando de formas diferentes estos momentos de cambio que se producen por el distanciamiento social (Diario Oficial de la Federación, 2020a). Estas diferentes formas de confrontamiento de situaciones de crisis y adversas están vinculadas a elementos estructurales y condiciones de salud previos, lo cual devela las desigualdades sociales y de salud. La indagación sobre ellos es importante dado que el tiempo de duración de las pandemia se alargará y esas vulnerabilidades estructurales tendrán repercusión en las condiciones de vida precarias y a su vez profundizarán la brecha en las desigualdades sociales y de salud, por ejemplo, en el porcentaje de población con em-

¹ La *jornada nacional de sana distancia* compuesta por 4 rubros principales a seguir por toda la población mexicana para aminorar la propagación del COVID-19, las cuales son: 1) Medidas básicas de prevención: lavado de manos, etiqueta respiratoria, saludo a distancia, recuperación efectiva, 2) Suspensión temporal de actividades no esenciales, 3) Reprogramación de eventos de concentración masiva y 4) Protección y cuidado de las personas adultas mayores (Gobierno de México, 2020)

pleo formal, en el acceso a bienes y servicios para satisfacer las necesidades básicas, en el acceso a los servicios de salud y el acceso a la educación superior; de tal forma que, en la implementación de estrategias para la mitigación del daño, es importante cuestionar estos cambios y su relación con el proceso educativo de estudiantes de una universidad pública.

Es conocido que, los períodos que cambian las rutinas de las personas repercuten en las prácticas alimentarias, de ejercicio, consumo de drogas y sueño. Probablemente, el ciclo circadiano sea uno de los sistemas más sensibles de los seres humanos. El equilibrio de los hábitos de sueño se puede ver alterado por muchas razones: el consumo de alimentos, tabaco, alcohol, actividad física y por situaciones de estrés (Elizondo et. al., 2011). El sueño es fundamental para mantener una adecuada salud tanto física como mental y muchas veces su alteración es el primer signo de estrés patológico y de problemas de sufrimiento psíquico (Guerrero et. al., 2018). Los efectos del sueño no se limitan al nivel individual, sino que también afectan el desarrollo y funcionamiento normal de un individuo en la sociedad, el aumento de accidentes por la somnolencia es un grave problema de salud pública, por lo que es preciso conocer la forma de incidencia de estos trastornos, asimismo los factores que la pueden estar determinando (Martín, 2007).

El sueño está configurado por cuatro dimensiones: el tiempo circadiano, factores intrínsecos del organismo (Guerrero et. al., 2018), conductas que facilitan o inhiben el sueño y el ambiente. Las dos últimas dimensiones hacen referencia a la higiene del sueño, es decir, el efecto que ejercen determinados factores ambientales y factores relacionados con la salud sobre la calidad del sueño (Sierra et. al., 2002; Martín, 2007).

En la literatura científica se reporta que la mala higiene del sueño es la principal responsable de los problemas de insomnio en universitarios. Cabe señalar que muchas veces el estudiantado se desvela por la presión de la sobrecarga académica, lo cual en sí mismo genera mala higiene de sueño. La mala higiene de sueño está caracterizada por una pésima calidad del sueño, mayor latencia, mayor número de alteraciones, como despertar más veces durante la noche, y mayor somnolencia diurna. También se ha reportado que la ausencia de sueño adecuado afecta los procesos de aprendizaje y memoria. Los estudios actuales demuestran que el sueño tiene efectos positivos sobre la memoria declarativa (verbal) y sobre la memoria procedimental (habilidades y destrezas motoras) (Carrillo, Ramírez y Magaña, 2013).

Asimismo, se ha encontrado relación con otras comorbilidades como la obesidad, ansiedad, estrés, depresión y el consumo de hipnóticos y estimulantes (Soliman et. al., 2015).

Otro de los problemas vinculados a la higiene de sueño es el uso de las redes sociales. Los estudiantes se familiarizan rápidamente con las novedades tecnológicas, al usarlas sin límite y destinarle más horas, que por lo general es durante las noches, hace que se destinen menos horas a dormir lo que impacta en el rendimiento escolar dado el cansancio, desgaste físico, cambios de humor y depresión (Puerto et. al., 2015).

La prevalencia global de insomnio, entendido como un trastorno del sueño, en universitarios alcanza hasta casi el 20%. Se asocia una relación positiva con actividad física, es decir aquellos que se ejercitan tienen menos insomnio, con independencia del sexo, edad, peso corporal percibido y área de conocimiento que estudien. Entonces es importante promover una adecuada higiene del

sueño, así como estimular la práctica regular de actividad física, como una estrategia individual para mejorar el hábito de sueño. No obstante, se debe de recalcar que otras situaciones pueden generar cambios en el hábito de sueño, tanto de manera consciente como en aquellas otras formas que están relacionadas con el sufrimiento psíquico, como son la ansiedad, el estrés, las preocupaciones en general (Soliman et. al., 2015).

En este sentido, se debe destacar que las experiencias estresantes tienen relación con los trastornos del sueño. Estas experiencias son causadas por el contexto en el que vive el sujeto y por las múltiples actividades que realiza, en las que también influyen las condiciones materiales de vida, elementos individuales como la personalidad y el sexo de los sujetos. El manejo del estrés ha sido considerado uno de los problemas más complejos en la vida social y profesional. Se define como estrés o estrés patológico a las reacciones de carácter bioquímico, físico y psíquico que experimentan los sujetos al estar expuestos a situaciones externas que superan su capacidad para enfrentarse a ellas y que les imposibilitan relajarse en un determinado período (Instituto Mexicano del Seguro Social, s/f). Una de las formas de evaluar el “mal dormir” es medir la somnolencia diurna de los sujetos. La escala de somnolencia de Epworth es un instrumento que aborda los problemas del sueño y muestra que la somnolencia diurna excesiva es un síntoma de la mala higiene del sueño; el tener la variación del sueño es común en estudiantes y es un resultado de incompatibilidad entre vigilia-sueño (Puerto et. al., 2015).

Se definen los factores estresantes escolares como aquellas situaciones, propias del proceso educativo, que experimentan los estudiantes y que pueden o no desencadenar problemas emocionales, cognitivos y fisiológicos. Diversas investigacio-

nes coinciden en que los estudiantes y profesores están expuestos a situaciones de estrés y una de las implicaciones es que se ve afectado su desarrollo académico, lo cual, a su vez puede dar como resultado daños en la salud física y mental (Bedoya, 2014).

En general, el estrés se caracteriza por ser un proceso sistémico normal de carácter adaptativo a múltiples eventos positivos o negativos y esencialmente psicológicos que, asociado a factores inhabituales como este caso de la pandemia, y a cierta permanencia en el tiempo, puede generar daños a la salud, por ejemplo, enfermedades cardiovasculares, trastornos en el sistema inmune, trastornos metabólicos y hormonales, cefaleas, irritabilidad, depresión, ansiedad, tristeza, descenso de la autoestima, insomnio, alteraciones en la memoria y la concentración que afectan al rendimiento de los sujetos (Toribio, 2016; Martín, 2007; Castillo et. al., 2016; Vega et. al., 2017).

Los síntomas físicos, psicológicos y comportamentales asociadas al estrés, que se han delineado en diversos estudios son: fatiga crónica, dolores de cabeza, problemas de digestión, morderse las uñas y somnolencias o mayor necesidad de dormir y trastornos de sueño, entre otros. En la sintomatología psicológica se indican: incapacidad para relajarse, sentimientos de depresión y tristeza, ansiedad, angustia o desesperación, problemas de concentración, sentimientos de agresividad o aumento de irritabilidad, aislamiento de los demás, desgano para realizar labores domésticas, aumento o disminución en el consumo de alimentos (Bedoya, 2014; Vega et. al., 2017).

La demanda de exigencias que enfrentan los estudiantes universitarios varía según la licenciatura, el tipo de plan y programa de estudios, el año que están cursando, la preocupación por el rendimien-

to académico, así como la sobrecarga académica, el corto periodo de entrega de las tareas y actividades escolares, falta de tiempo para cumplir con todas las actividades, realización de exámenes, trabajos obligatorios para aprobar, competitividad y trabajar en grupo, y la personalidad/ carácter del profesor, siendo estos algunos de los factores que se han descrito en la literatura científica como estresores (Bedoya, 2014; Vega et. al., 2017; Toribio, 2016; Martín, 2007; Castillo, et. al., 2016).

El sistema educativo a distancia se caracteriza por utilizar tutorías virtuales, sin necesariamente emplear una interacción física y sincrónica, que hace que la pedagogía sea diferente, por ejemplo, el espacio de la clase, el tipo de retroalimentación, la interacción física. Aunque los resultados de estudios sobre estrés en estudiantes de educación a distancia refieren que es moderado, se indica que los factores estresantes que consideran importantes son el dominio que se tenga sobre los dispositivos tecnológicos y la sobrecarga académica. También está el subir trabajos y tareas a plataforma, así como la ausencia de respuesta por parte del tutor (Vega et. al., 2017).

A través de estos estudios puede notarse, que los modelos de educación a distancia muestran relación entre el sueño y la carga académica y, por lo tanto, también con el proceso educativo en estudiantes, y en este período de confinamiento podrían estar aumentando las demandas educativas lo cual profundiza los daños a la salud.

En este momento es muy importante identificar la problemática, explorar qué lo que están experimentando los estudiantes, sobre todo ante las propuestas de nuevas formas de estudio a distancia, a consecuencia de las circunstancias de la contingencia sanitaria y en vista de que será posible que las sigamos viviendo durante más ocasiones,

con el fin de considerarlo y reconocerlo para generar estrategias colectivas en las políticas de las instituciones educativas para el establecimiento de tiempos, objetivos y prioridades, la adecuada selección de técnicas de estudio, la práctica de algún deporte o actividades recreativas que ayudarán a contrarrestar los efectos adversos del estrés académico (Toribio, 2016) y el estrés, en particular, por la situación de confinamiento que se está viviendo, sin olvidar las vulnerabilidades estructurales de los colectivos.

Contexto

El 13 de marzo, todo el sistema educativo de México atendió la declaratoria de la Secretaría de Educación Pública de anticipar una semana las vacaciones de semana santa, con el propósito de sacar del espacio público a estudiantes, profesores, administrativos, técnicos y manuales y otros sectores de la población que se vinculan con las actividades escolares. Asimismo, a partir de 17 de mayo se redujo la movilidad en el espacio público al cerrar todas las actividades que no fueran esenciales y se amplió el período de aislamiento social hasta finales de mayo (Fernández et. al., 2020; Diario Oficial de la Federación, 2020b). Vivir en la ciudad de más alta transmisión con la mayor tasa de contagio en México ha significado que se lleven las acciones con mayor intensidad. Estas acciones han repercutido no solo en los cambios de las rutinas de los habitantes, sino también en las condiciones materiales de vida, ya que muchas personas se encuentran desempleadas dada la contingencia, sin posibilidad de tener un salario que les permita satisfacer las necesidades básicas.

En el caso particular de las universidades públicas se implementaron, de manera casi inmediata, diversos mecanismos en función de la infraestructura instalada de las diversas instituciones y

los calendarios escolares, para dar continuidad de forma virtual al ciclo escolar vigente. Sin embargo, dado que es sabido que en la educación pública se atiende a los sectores más vulnerables de la población, estas medidas deben de considerar aspectos que inciden en su posible éxito al interior de su comunidad universitaria.

En el caso que nos ocupa, la Universidad Autónoma de la Ciudad de México (UACM), nace con el principio de gratuidad y dar acceso sin restricción a estudiantes que, tradicionalmente, han tenido menores oportunidades de continuar sus estudios de nivel superior, en este sentido es importante acercarnos a identificar qué está sucediendo con el desempeño, el proceso educativo y sus aprendizajes, las condiciones materiales y de infraestructura para el estudio y elaboración de tareas, la situación económica, doméstica y sus prácticas alimentarias, actividad física y su descanso, en el marco de la emergencia sanitaria.

Los cambios en la rutina, que están sucediendo durante la *jornada de sana distancia*, implican un gran esfuerzo por mantener las actividades cotidianas en los horarios acostumbrados, a las que se añaden las derivadas de la nueva condición, el estrés por la problemática económica y sanitaria, lo cual incrementa las alteraciones del sueño en la población.

La continuación en el quehacer de la docencia, proceso de enseñanza-aprendizaje, ahora bajo su modalidad a distancia mediada por Tecnologías de la Información y Comunicación (TIC), implica también reconocer cómo están viviendo los estudiantes estos días de confinamiento y los posibles impactos en sus procesos de aprendizaje. Para tal fin se estableció realizar un cuestionario dirigido a estudiantes que aborda datos sociodemográficos, condiciones materiales de vida, prácticas alimen-

tarias y de actividad física, consumo de alcohol y tabaco, y hábitos de sueño, que permitan tener un acercamiento diagnóstico de cómo estas variables se relacionan.

Se aplicó de manera virtual a estudiantes de los distintos planteles y formaciones de la oferta académica de la UACM.

Metodología.

Los participantes fueron invitados mediante correo electrónico o a través de redes sociales. Se empleó un cuestionario online anónimo, constituido por el siguiente instrumento: un cuestionario que contiene preguntas abiertas y cerradas, que se refieren a determinado número de variables ordinales y nominales, que incluyeron datos sociodemográficos, hábitos de lectura y tareas académicas, hábitos de actividad física y alimentación, comparativo de hábitos de sueño antes y durante la cuarentena, y además, se incluyeron preguntas de la escala de somnolencia de Epworth² (Johns, 1980) el cual se modificó para abordar el interés del estudio, dando un total de 63 preguntas.

La muestra estuvo constituida por 549 universitarios de diferentes edades, que cursan alguno de los diversos planes de estudio, ya sea de licenciatura o de posgrado, en los diferentes planteles de la Universidad Autónoma de la Ciudad de México y que firmaron el consentimiento informado, lo que corresponde a 3.4% del universo poblacional por lo que no se tiene pretensiones de representatividad; sin embargo denota una afluencia importante de participación, que agradecemos ampliamente, incluyendo a los dos participantes que no estuvieron de acuerdo con que se usaran sus respuestas

² Indaga sobre los problemas para permanecer despierto, es decir la somnolencia diurna.

(razón por la cual sus respuestas fueron eliminadas), de tal forma que el procesamiento de datos se realizó con 547 folios.

La selección de los participantes se realizó a partir de un muestreo no probabilístico, de autoselección (Coolican, 2005) y que manifestaran plena conformidad para participar del mismo.

Las preguntas cerradas se capturaron en el programa de Excel y se calcularon porcentajes para el análisis descriptivo. Las preguntas abiertas se cuantificaron para conocer el número de participantes que respondieron y las respuestas se clasificaron por categorías a partir de las descripciones directas extraídas de las respuestas a la temática de la pregunta y se sistematizaron en un libro de Excel para su interpretación.

Resultados y análisis

Datos sociodemográficos

Respondieron la encuesta, estudiantes de los 5 planteles con la mayor participación de los estudiantes de San Lorenzo Tezonco, seguido por los de Cuauhtepac y el plantel Del Valle. La mayoría de los planteles de UACM se ubican en las alcaldías de la Ciudad De México que tiene mayor grado de marginación por unidad territorial (Secretaría de Inclusión y Bienestar, Gobierno de la Ciudad de México, 2020).

El 67.8% de los participantes son mujeres, de ellas, el 84% refieren estar solteras; el 6.8% casadas y el 9.2% vivir en unión libre. El 18.9% de los participantes manifiestan tener hijos: de ellos, el 63% tiene un hijo, el 30% dos hijos y 11% tres hijos. De los participantes que mencionaron tener hijos, el 87% vive con ellos. De los que tienen hijos, hay 84 mujeres; 58 de ellas tienen hijos de

edad igual o menor de 15 años (secundaria), 32 cuentan con vivienda propia, 6 casa familiar, 25 prestada y 21 en renta. Hay 17 hombres con hijos, 13 de ellos con hijos de edad igual o menor de 15 años (secundaria), 10 cuentan con vivienda propia, 3 prestada y 4 rentan.

La edad de los participantes oscila entre los 16 a 64 años, con una mediana de 25 años y una moda de 22 años.

Condiciones de vivienda y consumo privado

Sobre las condiciones de la vivienda destaca que la mayor parte (56.6%) refiere que vive en casa propia, 23.6% en renta y 16% en vivienda prestada y un 3.8% no especifica. El 4.3% refiere vivir en núcleos de familia ampliada, es decir, tíos, abuelos (as), familia política. El 1.6% de los encuestados vive solo, 78% vive con una hasta 5 personas y 20.4% vive con seis o más personas.

El número de cuartos que hay en la vivienda oscila entre 1 y 13 habitaciones, el 52.8% habita en viviendas de 3 o 4 habitaciones contando cocina y baño. El 57% indica que comparte la habitación y/o la cama para dormir.

Sobre el desarrollo de infraestructura de servicios, 97% cuenta con agua entubada, drenaje a la calle y al suelo, con energía eléctrica, pero, a pesar de ser un porcentaje menor, es importante, señalar que el 3% refiere que no cuenta con agua entubada y/o drenaje.

Lo anterior puede referir a vulnerabilidad estructural, agravada por alta densidad de habitantes por vivienda, pobreza patrimonial y escaso desarrollo de la infraestructura urbana y de servicios, condiciones que implican mayor riesgo durante la emergencia sanitaria (Tabla 1).

Otro tipo de vulnerabilidad estructural, y que genera estrés por la incertidumbre de contar con los recursos suficientes para satisfacer las necesidades básicas, es la económica. En la primera quincena del mes de mayo (cuando se realizó la encuesta), el 28.1% (150) de los estudiantes, que respondieron, estaban seguros de tener recursos económicos suficientes para satisfacer las necesidades básicas durante la *jornada de sana distancia*, aunque un poco más de la mitad perciben un salario familiar, mientras que 71.9% no sabe con seguridad si tendrán esos recursos.

Sobre el acceso de bienes y servicios adquiridos en el mercado, 76% tiene acceso a una línea de teléfono fija, y casi el 13% de los encuestados no cuenta con acceso a internet.

Sobre acceso a servicios de salud, los estudiantes de la universidad cuentan con el servicio facultativo del Instituto Mexicano de Seguridad Social (IMSS) (Tabla 1).

Hay tres estudiantes que refieren que no cuentan con luz eléctrica, ni teléfono fijo, ni internet, solo

cuentan con un dispositivo electrónico que es el teléfono celular; dos no tienen agua ni drenaje, 1 vive con 3 personas, las otras con 6 y 10 personas, no tienen hijos, las viviendas son propias y una de ellas refiere sentir ansiedad.

Condiciones de Salud

Del total de participantes, 128 respondieron la pregunta abierta sobre salud. La mitad de los participantes que respondieron perciben su estado de salud entre malo o regular (51.2%). De acuerdo a sus respuestas lo refieren así por las siguientes razones: (a) *Con problemas preexistentes* vinculados a padecimientos crónicos: sobrepeso, obesidad, diabetes, hipertensión y hernia; (b) *problemas de salud* actuales, de ellos destacan los respiratorios con un caso de sintomatología de *COVID-19*, seguido de infecciones (sin especificar qué tipo) y resfriados; (c) otras *sintomatologías presentadas durante el periodo de sana distancia*: cefalea, trastornos osteomusculares, problemas oculares (visión borrosa e irritación en los ojos); (d) *condiciones emocionales*: 1) ansiedad con una incidencia menor de casos que manifestaron pade-

Tabla. 1. Condiciones de la vivienda

Respuestas: 547	Porcentajes (%)	
Vivienda prestada	16	
Vivienda propia	56.6	
Vivienda rentada	23.6	
Sin especificar	3.8	
	Sí	No
Teléfono fijo	76	24
Agua entubada	96.9	3.1
Drenaje	96.7	3.3
Luz	99.5	0.5
Internet	87.4	12.6

Fuente: Elaboración propia a partir de encuesta.

cerla anterior al período de *sana distancia*, pero en todos se menciona incremento de la misma; 2) estrés de forma general y algunos casos asociados con estrés escolar, laboral, derivado del encierro o de la pandemia y sus consecuencias; 3) depresión, 4) temor, miedo y angustia escolar; 5) ataques de pánico; 6) desánimo, preocupación y tristeza; y aparecen de forma menos recurrente inestabilidad emocional y nervios. Hay que señalar que siempre que se menciona depresión se menciona también ansiedad, y no al revés.

Las características más recurrentes, asociadas a su estado de salud, fueron los trastornos asociados al sueño, destaca la mención a insomnio, sin embargo, aparece una modalidad amplia de expresiones vinculadas a cambios en la rutina de dormir: desvelo, dificultad para conciliar el sueño o no poder conciliar el sueño, no dormir lo suficiente o casi no dormir, no dormir bien, no puedo dormir, horas desfasadas, dormir mucho, dormir poco y vinculado a ello aparece el cansancio y la fatiga. Cabe aclarar que a pesar de que pudiera parecer que hay un tipo de desvelo que se puede denominar como “consiente” por realizar tareas en la noche y la madrugada, los estudiantes refieren tardarse en promedio de 2 a 3 horas en conciliar el sueño una vez que están en la cama preparados para dormir lo que se puede inferir que hay malestar psíquico que no permite dormir en los primeros 30 minutos cuando se está dispuesto para ello (Tabla 5).

Proceso educativo

La mitad de los estudiantes, que respondieron la encuesta, trabaja y estudia (49.2%), y de esos que trabajan y estudian, en esta *jornada de sana distancia*, han tenido que salir a trabajar más de la mitad (52.8%), lo cual se suma a la vulnerabilidad estructural a la cual están expuestos los participan-

tes, ya que aumenta el riesgo de contagio de *COVID 19* porque están usando el transporte público (Infobae, 2020), asimismo, de aumentar el estrés y otros sentimientos por la percepción de poner en riesgo y posible contagio a sus familiares.

Dado que las modalidades a distancia por la situación de pandemia (Gobierno de la Ciudad de México, 2020) podrían repetirse en el nuevo ciclo escolar, es conveniente reconocer qué estrategias como políticas instituciones conviene impulsar para mejorar los procesos de aprendizaje. Por ello y debido a la repentina implementación de la modalidad de educación a distancia, se indagó específicamente aquello que los participantes extrañan de las clases presenciales, dado que ello se suma a las posibles dificultades o ventajas que reconozcan para su aprendizaje en el cambio de modalidad y de esta manera tenerlo en cuenta para, si es el caso, darle respuesta en las reprogramaciones institucionales que se lleven a cabo.

De los 547 que respondieron la encuesta, 376 estudiantes ampliaron sus respuestas y de la sistematización de las mismas, se encontraron las siguientes categorizaciones: (1) El primer criterio para sistematizar las respuestas tuvo relación con quienes aludieron “no/nada”, o bien, “sí/ todo” sin mayor elemento para saber las causas. Sobre el “no/nada” se obtuvieron 24 respuestas, un caso menciona no extrañar nada, ya que los profesores ayudan otorgando herramientas alternas para llevar a cabo tareas y trabajos; 11 participantes respondieron “sí”, y “todo”, 32 estudiantes; un par de ellos señala las clases presenciales como irremplazables, uno de ellos agrega “pero hay que comprender la situación” refiriéndose a la emergencia sanitaria y otro que alude en su respuesta a que “todo es más organizado (en la modalidad presencial)”. (2) Otra clasificación se realizó a partir del señalamiento explícito de alguno o al-

gunos de los sujetos de la relación pedagógica, así se identificó si se hacía alusión a pares, profesores y pares o solo profesores: (a) Para “pares” destaca en términos de relaciones humanas la convivencia, ver a los amigos y la interacción y en relación con su aprendizaje aclarar información y ampliarla con los compañeros y sus participaciones como apoyo a resolución de dudas. (b) Respecto a mencionar de manera conjunta a “profesores y pares” destacan menciones respecto a interacción expresada exclusivamente así, y específicas como interacción de ideas, interacción física, interacción en aula, interacción personal, además de convivencia y socialización, dando a notar el reconocimiento socializador de la relación pedagógica en experiencias presenciales. (c) Las menciones explícitas de extrañar a “profesores” se relaciona destacadamente con “sus explicaciones”, “contacto directo para resolver dudas”, y “asesorías”, con menor incidencia aparece “interacción”, “atención del profesor a los estudiantes” y “escucharlo”.

Las explicaciones de los profesores se consideran básicas para la comprensión de los temas y da la sensación generalizada en las respuestas de que los profesores explican mejor sus clases de forma presencial que virtual, y en algunos casos, pero significativos, se da a entender que de forma virtual no hay explicaciones.

Sobre las formas comunicativas destacan como algo que se extraña de forma presencial la resolución de dudas o realización de preguntas, la retroalimentación, el debate, la participación y el diálogo. Hay fuerte relación simultánea entre mencionar debate y resolución de dudas y no de forma contraria.

Dentro de las dificultades mencionadas en torno a la modalidad de educación virtual resaltan pro-

blemas técnicos para escuchar y hablar, la falta de resolución de dudas debido a la dificultad de los estudiantes para expresarlas por escrito y cuando se resuelven se hace de manera tardía, por lo que se valora con alta incidencia la resolución inmediata de dudas en la modalidad presencial, así como que los profesores toman su tiempo y utilizan diversos recursos para aclarar temas y confusiones.

En lo referido a las metodologías empleadas en la modalidad presencial, señalaron extrañar “las clases” lo que refiere a que se significa como clase solamente lo presencial y se le considera a esta modalidad la adecuada, por sobre de otras, para aprender dado la construcción de ser estudiante que han desarrollado los participantes.

El elemento que le sigue son las prácticas y la falta en los espacios para realizarlas, mencionan las actividades y dinámicas que se realizan de forma presencial, el trabajo en equipo, el aprendizaje y trabajo colaborativo, así como la mejor concentración que propicia el espacio áulico mencionado como “aprender en clase” y “es más fácil entender las cosas en el salón de clases”, comparativamente se menciona como dificultades de la modalidad virtual, el no contar con los espacios adecuados para el estudio en casa aunado el ruido doméstico como obstáculos para la concentración.

Llama la atención menciones respecto a los horarios y distribución de tiempos. Se aluden a diferentes características que impactan en la organización para el aprendizaje, entre ellas 1) la falta de respeto a las horas a las cuales se inscribieron de forma presencial cuando se transita a la modalidad virtual; 2) el tiempo dispuesto en el horario inicial para el abordaje de los contenidos el cual se reduce por las limitantes de las plataformas, no solo en horas, sino en días de atención a estudian-

tes; 3) hay menciones sobre profesores que una vez que se trasciende a la modalidad virtual no respetan los días y horas pactadas para el envío de tareas, lo que obliga a estar diariamente atentos a las solicitudes de las diversas materias; 4) a distancia los tiempos son asincrónicos y se pierde el aprendizaje colaborativo.

Destacan sobre extrañar la disponibilidad de espacios, el aula como el lugar para concentrarse, y el pizarrón como herramienta de apoyo para las explicaciones de los docentes, aunado a aquellos destinados para el desarrollo de habilidades, destrezas y conocimientos puntuales como los laboratorios de ciencias y los de cómputo, mencionando además la biblioteca y las áreas verdes.

En menor incidencia, pero con significado por la *jornada de sana distancia*, se hace referencia a extrañar salir para ir a clases o al plantel, así como el contacto humano y el ambiente universitario.

Los estudiantes refieren que se perciben como menos activos y participativos derivado de la modalidad virtual, sobre la que la mayoría expresa obtener menos aprendizajes, ya que las estrategias empleadas por los profesores son más de trabajos y lecturas previas, asociadas a un aprendizaje memorístico y bancario, y con menor posibilidad de resolución de dudas de forma individual e inmediata y casi imposible de forma colectiva.

Uso del tiempo en otras actividades

Un poco más de la mitad de los estudiantes le dedican más de 3 horas diarias a actividades domésticas (Tabla 2). Cabe señalar que el uso de tiempo con respecto a las labores de la casa varía por sexo, en particular en razón al ejercicio de la maternidad, de los hombres con hijos el 41% de-

dica entre 1 y 3 hrs. al trabajo del hogar, 35% de 3 a 5 y 23% más de 5 horas, mientras que en las mujeres el 28.5% dedican de 1 a 3 hrs., 34.5% de 3 a 5 horas y 37% más de 5 hrs.

Con respecto a qué hora los estudiantes contestan la encuesta nos permite visualizar el momento del día en el que cuentan con tiempo como con la disponibilidad de uso de dispositivo electrónico y de red para enviar el cuestionario. El tiempo que le dedican los estudiantes a las actividades académicas, que comprenden clases virtuales y tareas escolares, es muy semejante, más del 50% de los estudiantes refirieron que le dedican más de 1 hora (Tabla 2).

Entre de los recursos electrónicos a los que tienen acceso (pudieron marcar más de una opción: Laptop, computadora de uso personal, computadora de uso familiar, tablet, teléfono celular), la mayor parte cuenta con teléfono celular (85%) y poco más de la mitad con laptop, sin embargo, menos de la quinta parte tiene un equipo diferente al celular de uso personal (Figura 1).

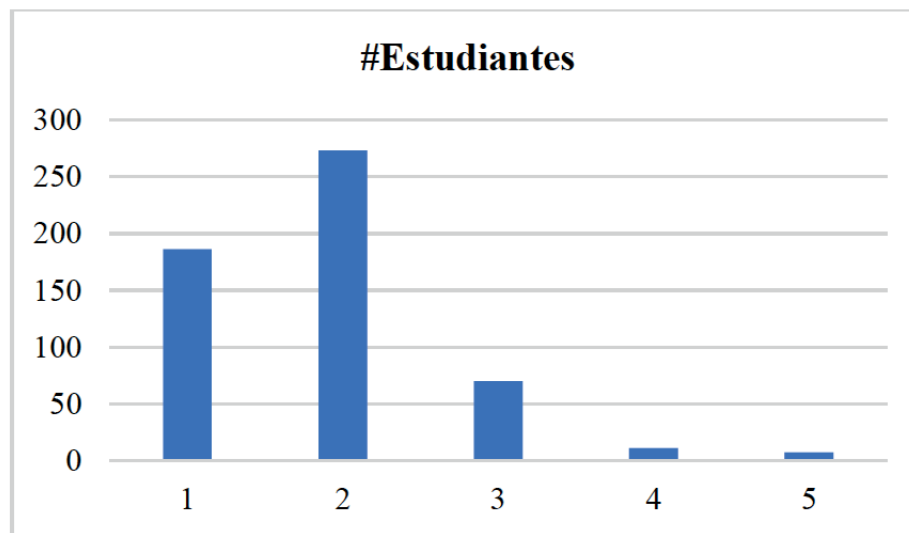
Cerca de la mitad de los estudiantes cuentan con 2 dispositivos (273), la combinación más frecuente fue teléfono celular y laptop (131) seguida de teléfono celular y computadora familiar (99). Una tercera parte de quienes contestaron la encuesta tiene sólo un dispositivo, de ellos 106 cuentan únicamente con teléfono celular, 43 con computadora familiar, 23 con laptop, 13 con computadora personal.

Para indagar sobre el impacto del distanciamiento social en el trabajo académico de los estudiantes se realizaron preguntas que arrojaran datos sobre el número de materias que inscribieron al principio del semestre, cuántas están llevando en mo-

Tabla 2. Uso del tiempo

Tiempo utilizado en:	Menos 1 hr	1 a 3 hrs	3 a 5 hrs	Más de 5 hrs
Actividades domésticas	--	49.4 %	33 %	17.6 %
Redes sociales	41.5 %	36.4 %	14.6 %	7.5 %
Clases virtuales	15.8 %	41.7 %	25.9 %	16.6 %
Tareas escolares	12.9 %	37.5 %	25.6 %	24 %
Horas que se ve tele	60.5 %	30.8 %	6.5 %	2.2 %
Hora en que se contesta la encuesta	Mañana 10.9 %	Tarde 47.4 %	Noche 32.8 %	Madrugada 8.9 %
Tareas	21.4 %	20.2%	27.5%	30.9 %

Fuente: Elaboración propia a partir de encuesta.

Figura 1. Dispositivos electrónicos

Número de dispositivos electrónicos

Fuente: Elaboración propia a partir de la encuesta.

alidad en línea y en cuántas se piensa inscribir al periodo de certificación³. Casi 200 estudiantes que contestaron la encuesta inscribieron 4 materias al inicio del semestre, algunos a 1 o 2 cursos, y casi 50 estudiantes inscribieron más de 7 cursos. Al revisar los datos sobre las materias que están tomando en línea, 25 estudiantes no están tomando ninguna materia en línea, más de 300 están tomando 1 a 3 materias, lo que demuestra que hubo al menos una que no siguieron estudiando en la modalidad a distancia de las previas inscritas al inicio del semestre, 150 estudiantes reportan que están cursando 4 en línea, y 50 estudiantes están tomando de 5 a 6 materias en línea.

En cuanto, a las aspiraciones a certificar cursos, existe un incremento en los casos de 3 a 5 cursos respecto a las que se han tomado en línea, que

³ La Universidad Autónoma de la Ciudad de México, establece 2 periodos de inscripción independientes durante el semestre, uno para la inscripción al proceso presencial de aprendizaje a los cursos y otro para la acreditación de estos.

habría que comparar con lo que ha ocurrido en semestres previos (Tabla 3).

En cuanto a las horas que dedican a las clases en línea, un 15 % le dedica entre 1 a 2 horas, mientras que el 26% refiere entre 3 y 5 hrs., y 17% más de 5 hrs.

El tiempo que le deben dedicar al estudio autónomo (se refiere al tiempo que utilizan para realizar tareas y leer documentos académicos) se observa que se incrementa y seguramente guarda relación con una afirmación reiterada, por parte de los estudiantes, de que a partir de la implementación de la modalidad a distancia se les deja mucha tarea. Las horas de uso de dispositivo y horas en que pueden tener mejores condiciones de estudio se refleja en que cerca del 27% estudia en la noche y 30% estudia en las madrugadas.

Tabla 3. Porcentaje de Estudiantes y materias inscritas y que cursan en línea

# Materias	Estudiantes %		
	Materias Inscritas	Toma en línea	Piensa certificar
0	1.2	6.4	4.9
1	2.2	7.7	5.6
2	5.6	12.3	12.4
3	8.4	16.9	15
4	21.4	21.8	23
5	34.4	21.6	26.4
6	16.3	9.3	7
7	8	3.3	4.7
8	1.4	0.3	0.3
9	0.5	0.2	0.3

Fuente: Elaboración propia a partir de la encuesta.

Es importante hacer referencia que no hay datos que permitan comparar los hábitos de aprendizaje autónomo previos al período de confinamiento, no obstante los estudiantes hacen énfasis en sus respuestas de que en estos horarios tienen mejores condiciones para estudio y uso de dispositivos, también mencionan que durante la modalidad presencial muchas actividades como hacer tareas, estudiar, previo al período de sana distancia, lo realizaban en el plantel donde encontraban mejores ambientes para el estudio autónomo, dadas sus condiciones materiales de vivienda y entorno. También se debe tomar en cuenta que los encuestados hacen referencia a que se llevan más tiempo por el aumento en la carga académica y de tareas escolares durante el período de confinamiento.

Cerca del 30% considera que no está aprendiendo, pero la gran mayoría contesta que está aprendiendo algunos temas de algunas materias, y otros consideran que están aprendiendo en todas sus materias. Solo unos pocos, 7%, señalan que se les facilita el aprendizaje virtual.

Prácticas alimentarias, de ejercicio, consumo de tabaco y alcohol, tiempo en redes

Sobre la actividad física, se abordó tomando en cuenta el criterio de que una actividad física para que tenga impacto en la salud debe ser de 150 min. a la semana (Estévez-López et. al., 2012). Solo el 45% de los estudiantes que contestaron la pregunta correspondiente dijeron hacer actividad física.

El 5% de los estudiantes afirmaron que están más de 5 horas en redes sociales al día, menos de 1% le dedica más de 5 horas a ver la televisión y/o películas en línea o alguna otra plataforma.

Sobre las prácticas alimentarias, se indagó sobre el número de comidas. Se fraccionó el número de comidas de una vez a cinco veces como opciones que se podía reportar. Los resultados que se obtuvieron fueron que el 85.4% de los que respondieron el cuestionario dijeron que realizaban 2 a 3 comidas al día, el 8% 4 o 5 comidas, 4.7% realiza una comida al día, y 1.6% más de 5 comidas al día. No obstante, casi el 29% dijo que la ingesta de verduras y frutas había disminuido durante la contingencia, así como el 52% refirió que disminuyó el consumo de carne, y 56% contestó que disminuyó el consumo de alimentos fritos, golosina y/refrescos, aumentando, paralelamente, el consumo de agua simple en el 45% de la muestra. Respecto a la ingesta de cantidad de alimentos encontramos que el 40% percibe que come igual cantidad que antes de la *jornada de sana distancia*, el 26% refirió que menos, y el 34% dijo que aumentó la ingesta de alimentos (Tabla 4).

Sobre el consumo de alcohol, el 56% refirió que ha disminuido, y solo el 4% dijo que aumentó el consumo del mismo.

Sobre el consumo de tabaco el 90% de los encuestados dice que no fuma, el 8% restante fuma entre uno y cinco cigarros al día, mientras que un 2% fuma entre 5 y 10 cigarros al día.

Hábitos de sueño: Escala de somnolencia

De acuerdo con la escala de somnolencia de Epworth, la cual se interpreta en 3 niveles: (1) sueño normal (1-6 puntos), somnolencia leve (7-8 puntos), somnolencia anómala (9-24 puntos), 41% de los estudiantes participantes no muestran somnolencia diurna, es decir, sueño normal, 18% muestra una somnolencia leve y 39.9% anómala. No se encontró una relación con sexo, ni edad;

Tabla 4. Prácticas alimentarias

	Práctica Alimentaria		
	Igual que antes de la Jornada de sana distancia %	Más que antes de la Jornada de sana distancia %	Menos que antes de la Jornada de sana distancia %
Alimentaria			
Consumo de cárnicos	28	20	52
Consumo verduras y frutas	40.8	30.6	28.4
Consumo alimentos procesados	24.6	21.3	54.1
Consumo de agua	39.2	44.4	16.4
Consumo de volumen de comida	40	34.1	25.9
Consumo de alcohol	38.8	4.6	56.6

Fuente: Elaboración propia a partir de encuesta.

sin embargo, hay cierta relación con la actividad física, que sugiere que los participantes que reportan que sí hacen ejercicio presentan menor somnolencia diurna. De los que 23 participantes que obtuvieron puntajes mayores a 16 puntos en la escala de Epworth, 7 (1/3) sí hacen ejercicio y 16 (2/3) no.

Higiene de sueño durante el confinamiento

El 81.1% de los participantes dijo que no han conservado los horarios previos a la *jornada de sana distancia*. El 60% refiere que ha sido muy complicado mantener los horarios y las rutinas de actividades, contra un 25% que dice que no ha tenido problemas, no obstante, el 47% refiere que despierta más veces durante la noche, lo que delinea un sueño alterado, el 43% refiere cansancio al despertar y solo el 20% refiere que despierta descansado, asimismo el 55% indica que tiene más problemas para levantarse y el 70% tardan más tiempo en conciliar el sueño, por lo que se hace referencia a insomnio, además del desvelo consciente que se observa por el retraso en la hora

para irse a dormir (en promedio 3 hrs. más tarde).

Se observó un retraso de más de dos horas en la variable *Hora de acostarse*, no obstante, en la variable de *Hora de levantarse* es casi de 3 horas más tarde, podría pensarse que el tiempo de sueño aumenta, pero en realidad lo que aumenta es el tiempo de *estar en la cama*, lo anterior se infiere ya que sobresale que se reporta un aumento en el tiempo que les toma levantarse y aumenta en el tiempo que tardan en dormir. También hay cambios en la variabilidad de los horarios, ya que en términos de moda hay cambios en las horas de sueño (Tabla 5).

La mayoría de los estudiantes refieren que mantener los horarios previos el periodo de Sana distancia se les complica entre “poco” y “ha sido muy complicado”, la minoría que responde que logran mantener los tiempos lo atribuyen principalmente a la costumbre.

La mayoría de los estudiantes refieren que mantener los horarios previos el periodo de Sana distan-

Tabla 5. Higiene de sueño durante el confinamiento.

	Antes del confinamiento			Después del confinamiento		
	Hora promedio	Moda	Mediana	Hora promedio	Moda	Mediana
Hora de acostarse	23 hrs.	24 hrs.	23.3 hrs.	2 hrs.	3 hrs.	2 hrs.
Hora de levantarse	6.30 hrs.	7 hrs.	6 hrs.	9.8 hrs.	11 hrs.	9.5 hrs.
Horas de sueño	6.7	7	7	7.8	9	8
Cambio en tiempo	Sin cambio		Tardan menos		Tardan más	
Para levantarse	36.3%		9.4%		54.4%	
Para conciliar el sueño	24%		5.4%		70.6%	

Elaboración propia a partir de la encuesta

cia se les complica entre “poco” y “ha sido muy complicado”, la minoría que responde que logran mantener los tiempos lo atribuyen principalmente a la costumbre.

Las categorías que se obtuvieron en la sistematización de las razones que complican el mantenimiento de los horarios previos durante el distanciamiento social son las siguientes: Con mayor frecuencia se encontró (1) *cambio de actividades*, dentro de las cuales destaca la mención a tareas excesivas con acotaciones adicionales a trabajos más complicados y no tener el mismo ritmo; la siguiente señalización es sobre el repentino “cambio de rutina”, la “ruptura de la cotidianeidad” y en otras ocasiones se expresa porque “no son las mismas actividades” que antes del confinamiento. Asimismo, llama la atención la frecuencia en la que aparece como causa de no poder mantener los horarios el “no salir de casa” y en ocasiones acompañado de “el no desplazamiento”, es decir, la toma de “tiempo para traslado” como variante importante para organizar el día.

Es notable la poca referencia a los tiempos de escolaridad en línea, en comparación con la impor-

tancia que se da a las circunstancias que se están viviendo durante este período extraordinario de confinamiento y que como se plantea en la premisa, los cambios en las actividades, por un elemento disruptor como la pandemia, genera mayor problema para acostumbrarse y construir nuevas rutinas y costumbres que permitan el confrontamiento de estos nuevos momentos, y más aún cuando las condiciones estructurales son adversas.

Dentro de la categoría (2) *sueño* que le siguió en frecuencia al *cambio de actividades* aparece una gran variedad de condiciones respecto al dormir, la más destacada es la “no obligación de despertarse temprano” con el “permiso” de levantarse tarde, el “insomnio” y el “desvelo” aparecen de forma semejante, aunque este último está asociado a los cambios en la rutina y con menciones de quienes salen a trabajar y llegan a realizar las tareas. Las otras expresiones oscilan entre el “no poder conciliar el sueño”, “no estar cansado” a “dormir en exceso”.

Para quienes trabajan, transportarse cuando hay menos oferta para la movilidad, implica ajustes en los horarios de sueño y organización para las

actividades escolares. Es un elemento contundente para visualizar cómo se profundizan las brechas de riesgo, no solo para el contagio del virus SARS-Cov2, sino, además, para el desarrollo académico, en contraste con quienes no tienen que desplazarse y pueden cumplir con toda la demanda de trabajo escolar.

La tercera categoría tiene vinculación con (3) “aspectos emocionales” durante el *periodo de sana distancia*, destacando las menciones a “estrés” en general y en particular por “entregar tareas”, por el encierro o bien por las actividades domésticas que se ha incrementado. La “ansiedad” es otra de las condiciones emocionales que se destacan, así como diversos motivos de preocupación tales como “perder el empleo”, “terminar los estudios” y “la situación sanitaria mundial”.

La cuarta categoría que se desprende del análisis es sobre la (4) actividad física, sobresaliendo las menciones a la “inactividad” y la “falta de desgaste de energía” las cuales se vinculan tanto con los trastornos en el sueño como con las emociones. Los (5) desajustes en el tiempo figuran razones tales como “cambios en los horarios” principalmente de los cursos, la “falta de horarios fijos” y “el exceso de tiempo” frente a la inactividad. Otro tipo de desajustes en los horarios están vinculados con el trabajo, ya sea porque éste se perdió, aumentó, se modificó o es irregular. Hay una asociación entre “no tenerse que trasladar a la escuela y/o trabajo” que es una de las principales recomendaciones frente a la emergencia sanitaria y “no cansarse o gastar energía”, así mismo no salir de casa se convierte en una desorganización del tiempo y actividades. Se infiere que las actividades rutinarias son una contención para conservar los hábitos de ejercicio y sueño.

Discusión

La pandemia por COVID 19 ha develado las profundas desigualdades socioeconómicas que hay entre los países, y al interior de estos, en cuanto a la incidencia y consecuencia de las mismas. La Ciudad de México, uno de los espacios geográficos con mayor número de casos confirmados y de fallecimientos del país, también revela estas diferencias entre las diferentes alcaldías. La alcaldía de Iztapalapa es, hasta el momento, la que ha concentrado mayor carga de enfermedad (Cfr: Bonilla, 2020).

El contexto socio-político en el que se desarrolla la epidemia en México, está caracterizado por un cambio en las políticas sociales que busca transformar las condiciones de vida de los mexicanos. Se iniciaba una reforma de los sistemas de salud buscando garantizar el derecho a la salud en términos amplios articulándolos con otros derechos socioeconómicos como el aumento de empleo formal, la seguridad social, el derecho a la educación y a una alimentación adecuada (Diario oficial de la Federación, 2019). En esas transformaciones políticas y económicas, ocurre la epidemia, y con ella, se requiere como recurso estratégico y privilegiado, la *jornada de sana distancia* (Gobierno de México, 2020).

La primera respuesta ante esta estrategia, por parte de las universidades, y en particular la UACM, fue terminar el semestre escolar a distancia, como un mecanismo emergente, sobre el cual se debe revisar con cuidado su incidencia en la profundización de las desigualdades sociales, dado que buscar una modalidad para “no perder “el semestre dejó de entrada fuera de la posibilidad de continuar a estudiantes que no cuentan con las condiciones tecnológicas necesarias en su vivien-

da, para aquellos que tienen los insumos que la modalidad a distancia demanda, hay una gama diferente para su acceso, ya sea porque está para su uso exclusivo o porque se tiene que compartir con diferente cantidad de integrantes de la familia, además de considerar los espacios y tiempo para el estudio, aunado a la resolución del resto de las dificultades que se potencializaron durante la contingencia como la manutención por pérdidas de empleos, condiciones de salud y afectaciones emocionales. El sistema educativo deberá hacer una reflexión en torno al acceso que tengan los estudiantes a medidas que aseguren bienestar y salud a los colectivos: empleo, seguridad social, seguridad en caso de desempleo, condiciones de la vivienda, infraestructura doméstica, acceso a las tecnologías, acceso a la educación superior, acceso a una alimentación adecuada en términos de calidad y cantidad (Naciones Unidas, 1948).

En ese contexto, se expresan cambios en las prácticas sociales, en las rutinas de horarios, en la percepción de la salud de los colectivos, en la percepción de los estudiantes sobre el estudio y aprendizaje en línea, que finalmente deben ser indicios para hacer el seguimiento de lo que ocurre con los universitarios en particular, pero también hacer cambios en las estrategias, si es necesario.

En este trabajo encontramos indicativos de los daños a la salud física y mental. Hay sufrimiento psíquico dada las referencias en las respuestas de los estudiantes sobre el estrés, la ansiedad, la angustia y de la incertidumbre sobre el futuro económico y de salud que debe explorarse, dado que no era el principal objetivo del estudio, pero que fueron de los hallazgos emergentes.

También se debe considerar realizar una aproximación del uso de tiempo, del acceso a los bie-

nes y servicios con perspectiva de género por las evidencias que las mujeres se encuentran en mayores desigualdades sociales que los varones, como se observa en la diferencia en los porcentajes sobre las horas dedicadas al hogar sobre todo cuando se tienen hijos, con la finalidad de desarrollar estrategias individuales, que ayuden a tomar medidas más equitativas a corto plazo, pero sobre todo trabajar en las respuestas colectivas para transformar estas condiciones.

Se encontró relación entre la calidad de sueño, somnolencia diurna y somnolencia autopercebida, indicios detectados en las respuestas de las preguntas abiertas que hay trastornos del sueño en los estudiantes que participaron en esta encuesta cuyas razones se advierten de una gran diversidad: por el problema sanitario, por su proceso educativo, el sufrimiento psíquico por la situación de la epidemia, de las condiciones materiales de vida, de las condiciones laborales.

Encontramos, además, referencias con relación a la percepción de salud y la calidad de sueño por lo que es importante promover una buena higiene de sueño en los estudiantes como medida individual a corto plazo ya que más de la mitad de los estudiantes puntuaron como malos dormidores, y en menor cantidad somnolientos. No obstante, no hay que olvidar que existen vulnerabilidades estructurales como se evidencia en aquellos estudiantes, que además trabajaban, y que refieren mayor sintomatología de somnolencia diurna y peores dormidores y, por lo tanto, en el impacto en el rendimiento escolar, además de que en este estudio encontramos que la universidad atiende a la población económicamente más vulnerable. Estos elementos se deben profundizar en investigaciones posteriores para desarrollar políticas educativas que disminuyan las vulnerabilidades

y que para la UACM han sido un principio fundacional, por lo que debe estudiar y reflexionar sobre el mismo en el contexto de la nueva normalidad, para tomar las medidas que se juzguen convenientes para no incrementar la brecha de desigualdad.

Por otra parte, presentamos información relevante sobre la relación entre los cambios de hábitos de sueño, el estrés escolar y las condiciones materiales de vida precarias, que de manera general manifiestan dificultades para el acceso a las herramientas tecnológicas requeridas e internet para continuar el estudio en línea. También se objetiva como los espacios del aula más allá de sus especificidades formativas como lo serían la diversidad de laboratorios para la formación práctica, o bien, cómo aquellos que dan las condiciones idóneas para obtener la concentración necesaria que el estudio requiere y el uso del pizarrón como herramienta para aclarar las dudas condiciones de las que se carece al interior de los hogares.

Los estudiantes refieren que la vinculación entre las actividades fuera de casa, particularmente el traslado a los espacios escolares, es determinante en la organización de sus actividades y sus horarios, incluyendo los destinados al sueño, además de que el confinamiento en espacios no amplios y compartidos, se debe explorar a profundidad ya que juega un papel en la capacidad de concentración en el estudio así como en la organización de horarios para uso de dispositivos y realización de actividades escolares.

Por otra parte, se requiere indagar sobre la relación que guardan la somnolencia diurna con la actividad física, pues identifica a partir de las respuestas una relación de que aquellos que no hacen ejercicio presentan mayores niveles de somnolen-

cia diurna, así mismo en las percepciones individuales se señala que la inactividad repercute en la falta de gasto de energía y, por tanto, con la dificultad de conciliar el sueño.

Los resultados confirman que, para los estudiantes, la modalidad a distancia en condiciones de confinamiento representa una serie de retos a considerar en relación a su organización de horarios y para el aprendizaje y los logros esperados.

Se deben considerar por un lado, las condiciones materiales de vida en torno a la disposición, acceso y conocimiento de la tecnología, pero también los espacios con los que se cuenta en la vivienda como favorecedores o no de atención y concentración indispensable para el aprendizaje, lo que plantea un reto institucional para implementar un mecanismo que permita el reconocimiento de quienes quedan fuera de toda posibilidad de continuar sus estudios en esta modalidad, y generar las medidas que eviten su abandono. Por el otro lado, se deberán hacer adecuaciones en las formas de la relación pedagógica, ya que los estudiantes perciben un aumento de la carga académica independiente con una disminución de la interacción con profesores y pares para recibir los apoyos hacia la resolución de dudas que favorezcan la zona de desarrollo próximo, rumbo a la resolución del conflicto cognitivo que propicia el aprendizaje.

Además, en la condición particular de confinamiento, aumentaron estresores y alteraciones emocionales asociados a las condiciones provocadas por la pandemia, que repercuten también en la calidad y horarios de sueño, así como en modificaciones en el consumo de alimentos y tiempo de ejercicio e inactividad, elementos que impactan directamente con los niveles de aprendizaje que se pueden lograr. Será importante contrastar las

percepciones sobre el aprendizaje de las estudiantes expresadas por ellos en este estudio, de frente a los resultados de certificación, proceso que se lleva a cabo posterior a este estudio y que la vali-

dación de resultados será hasta el mes de agosto. De cualquier forma, es necesario reflexionar en torno al sentido de la educación y sus programas de estudio en contextos de emergencia

Referencias bibliográficas

- Bedoya, F. (diciembre 2014) “Niveles de estrés académico, manifestaciones psicósomáticas y estrategias de afrontamiento en alumnos de la facultad de medicina de una universidad privada de Lima en el año 2012”. *Rev Neuropsiquiatr*, vol.77, Núm.4: 262-270.
- Bonilla, A. (2020, 21 de mayo). Iztapalapa rebasa los 3 mil contagios; se mantiene como epicentro del Coronavirus en la CDMX [en línea]. Capital CDMX. Recuperado el 27 de abril de 2020 de <https://capital-cdmx-org/nota-Iztapalapa-rebasa-los-3-mil-contagios-se-mantien-como-el-epicentro-del-virus-en-la-CDMX2020205367>
- Carrillo, P.; Ramírez, J. y Magaña, K. (2013). “Neurobiología del sueño: antología para estudiantes universitarios”, *Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM*, vol. 56, Núm. 4: 5-15.
- Castillo, C.; Chacón, T. y Díaz, G. (2016). “Ansiedad y fuentes de estrés académico en estudiantes de carreras de la salud” [versión electrónica], *Investigación en Educación Médica*, vol. 5, Núm. 20:230-237.
- Coolican, H. (2005). “Medición de las personas: variables, muestras y crítica cualitativa” En: Apellido, Inicial. del coordinador del libro (coord.) *Métodos de investigación y estadística en Psicología*. México: El manual moderno, 19-31.
- Diario Oficial de la Federación 12 de julio de 2019. Plan Nacional de Desarrollo 2019-2024. https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5565599&fecha=12/07/2019 (consulta 17 julio de 2020).
- Diario Oficial de la Federación 31 de marzo de 2020a. Acuerdo por el que se establecen las acciones extraordinarias para atender la emergencia sanitaria generada por el virus SARS-Cov2. https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5590914&fecha=31/03/2020 (consulta 17 julio de 2020).
- Diario Oficial de la Federación 24 de marzo de 2020b. Acuerdo por el que se establecen las medidas preventivas que se deberán implementar para la mitigación y control de los riesgos para la salud que implica la enfermedad por el virus SARS Cov2. https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5590339&fecha=24/03/2020. (consulta 17 julio de 2020).
- Elizondo, L.; Meza, C.; Pompa, E.; Torres, F. y Landero, R. (2011). “Relación entre los niveles de autoestima y estrés en estudiantes universitarios” [versión electrónica], *Enseñanza e Investigación en Psicología*, vol. 16, Núm. 1: 91-101.
- Espallargas, A. (2020, 17 de abril). México extiende hasta el 30 de mayo la emergencia por el COVID-19 [en línea]. ABC Internacional. Recuperado el 10 de abril de 2020 de https://www.abc.es/internacional/abci-mexico-extiende-hasta-30-mayo-emergencia-sanitaria-COVID-19-202004170148_noticia.html?ref=https%3A%2F%2Fwww.google.com%2F
- Estévez-López, F.; Tercedor, P.; Delgado-Fernández, M. (2012). “Recomendaciones de actividad física para adultos sanos” [versión electrónica], *Journal of Sport and Health Research*, vol. 4, Núm. 3:233-244.

- Fernández, M. et. al. (2020, 1 de abril). Lecciones del COVID-19 para el sistema educativo mexicano [en línea]. Nexos. Recuperado el 12 de abril de 2020, de <https://educacion.nexos.com.mx/?p=2228>
- Gobierno de México. (2020, 17 de abril). La jornada Nacional de Sana Distancia. Recuperado el 17 de julio de 2020, de https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/541687/Jornada_Nacional_de_Sana_Distancia.pdf
- Gobierno de la Ciudad de México. (2020, 12 de junio). Segundo aviso por el que se da conocer el color del semáforo epidemiológico de la Ciudad de México y se establecen modificaciones al sexto acuerdo por el que se establecen los lineamientos para la ejecución del plan gradual hacia la nueva normalidad en la Ciudad de México y se crea el comité de monitoreo y su anexo. Gaceta Oficial de la Ciudad de México. Recuperado el 17 de julio de 2020, de https://data.consejeria.cdmx.gob.mx/portal_old/uploads/gacetitas/8d9dac95dd31b7fc9b2bd-04dc8ce9eb5.pdf
- Guerrero, S. et. al. (2018). “Prevalencia de síntomas de sueño y riesgo de apnea obstructiva del sueño en México”, *Salud Pública de México*, vol. 60, Núm. 3: 347-355. Recuperado el 18 de marzo de 2020, de <http://dx.doi.org/10.21149/9280>
- Infobae. (2020, 5 de abril). La contaminación y el transporte público aumentan el riesgo de contagio de coronavirus en México [en línea]. Infobae. Recuperado el 25 de mayo de 2020, de <https://www.infobae.com/america/mexico/2020/04/05/la-contaminacion-y-el-transporte-publico-aumentan-el-riesgo-de-contagio-de-coronavirus-en-mexico/>
- Instituto Mexicano del Seguro Social. Estrés laboral. <http://www.imss.gob.mx/salud-en-linea/estres-laboral> (consulta 26 de marzo de 2020).
- Johns, M. (1980). “A new method form measuring daytime sleepiness: the Epworth Sleepiness” [versión electrónica], *Sleep*, vol. 14: 540-545.
- Martín, I. (2007). “Estrés académico en estudiantes universitarios” [versión electrónica], *Apuntes de Psicología*, vol. 25, Núm. 1: 85-99.
- Naciones Unidas (1948). Declaración Universal de Derechos Humanos. Artículo 5to. https://www.ohchr.org/EN/UDHR/Documents/UDHR_Translations/spn.pdf (consulta 11 de agosto de 2020).
- Puerto, M.; Rivero, D.; Sansores, L.; Gamboa, L. y Sarabia, L. (2015). “Somnolencia, hábitos de sueño y uso de redes sociales en estudiantes universitarios” [versión electrónica], *Enseñanza de Investigación en Psicología*, vol. 20, Núm. 2:189-195.
- Secretaria de Inclusión y Bienestar. (s/f). Grado de marginación por unidad territorial, Gobierno de la Ciudad de México. Recuperado el 25 de mayo de 2020, de <http://www.sideso.cdmx.gob.mx/index.php?id=63>
- Sierra, J.; Navarro C. y Ortiz, D. (2002). “Calidad del sueño en estudiantes universitarios: Importancia de la higiene del sueño” [versión electrónica], *Salud Mental*, vol. 25, Núm. 6: 35-43.
- Soliman, T.; Gálvez, R.; Rosario, M.; Raquena, O. y Prieto, C. (2015). “Prevalencia de los trastornos del sueño en universitarios” [versión electrónica], *Actualidad médica*, vol. 100, Núm. 795: 66-70.
- Toribio, F. (2016). “Estrés Académico: El Enemigo Silencioso del Estudiante” [versión electrónica], *Salud y Administración*, vol.3, Núm.7: 11-18.
- Vega, V. et. al. (2017). “Estrés, Afrontamiento y Emociones en estudiantes Universitarios del sistema a distancia” [versión electrónica], *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, vol. 20, Num.2: 674-687.

Haití: buenas prácticas ante la COVID-19

Sahilí Cristiá* • Lara Pedro Duany Guerrero** • Garnel Michel***

RESUMEN

Se expone una experiencia que tiene lugar en el departamento Grand'Anse en Haití. La misma se desarrollada en el mes de abril del 2020, a partir de una necesidad manifiesta, y un escenario de emergencia de salud mundial: COVID-19. Se identifican cuatro líneas estratégicas: fortalecimiento institucional, capacitación, comunicación y participación a partir de las buenas prácticas que desde la Organización No Gubernamental SIKSE (Sociedad de Comunicación para la Información, la Educación Social y Económica) se realizaron. Algunos de sus resultados marcan una mejora en la articulación y coordinación de las estructuras locales, así como alianzas de trabajo, adecuada comprensión del fenómeno por parte de los tomadores de decisiones y la población, entre otros.

PALABRAS CLAVE: COVID-19, Departamento Grand'Anse, Haití

Haiti: good practical before the COVID-19

ABSTRACT

An experience is exposed that has place in the department Grand'Anse in Haiti. The same one you developed in the month of April of the 2020, starting from an apparent necessity, and a scenario of emergency of world health: COVID-19. Four strategic lines are identified: institutional invigoration, training, communication and participation starting from the good one's practical that from the No Government Organization SIKSE was carried out. Some of their results mark an improvement in the articulation and coordination of the local structures, as well as work alliances, appropriate understanding of the phenomenon on the part of the drawees of decisions and the population, among others.

KEYWORDS: COVID-19, department Grand'Anse, Haiti

* Máster en Estudios de Población por la Universidad de La Habana. ONG SIKSE, Haití. scristialara@gmail.com

** Máster en Ciencia de la Educación por la Universidad de Oriente. ONG SIKSE, Haití.

*** Máster en Epidemiología del Campo por la Universidad del Estado de Haití. ONG SIKSE, Haití.

Fecha de recepción: 25 de junio de 2020.

Fecha de aceptación: 24 de agosto de 2020.

“Existe un riesgo verdadero de un brote de gran magnitud seguido por una crisis humanitaria -en Haití-”

Carissa Etienne, Directora de la OPS, 2020.

Introducción

Un breve acercamiento, a la COVID-19 como enfermedad infecciosa causada por el coronavirus SARS-CoV-2, nos remite al 31 de diciembre de 2019, fecha en la cual las autoridades de la ciudad de Wuhan en la provincia de Hubei, China, reportaron un conglomerado de 27 casos de síndrome respiratorio agudo de etiología desconocida entre personas vinculadas a un mercado de productos marinos, de los cuales 7 fueron reportados como graves. Llegado el 7 de enero de 2020, las autoridades chinas informaron la existencia de un nuevo coronavirus (2019-CoV), fue identificado como la posible etiología.

Por su parte, la Organización Mundial de la Salud (OMS) el 30 de enero del 2020 catalogó esta situación como una emergencia de salud mundial, y para el 11 de marzo la consideró: pandemia.

En este sentido, Haití reportó sus 2 primeros casos de COVID-19, el 20 de marzo (Salomón, 2020); sin embargo, llegado el 15 de mayo -según cifras del instituto Johns Hopkins- existían 15 víctimas fatales y 182 personas contagiadas (González, 2020).

El 31 de mayo se reportaba en Haití un total de 1 865 casos confirmados y 41 fallecidos. Un análisis acorde a la incidencia de la COVID-19 en los departamentos, resalta al departamento Oeste -donde se ubica su capital Puerto Príncipe- como el de mayor número de personas infectadas, con un total de 1 494 casos confirmados¹.

¹ Ver <https://www.efe.com>

Haití el país más pobre de América, cuenta con 5 centros médicos habilitados² para tratar a pacientes de la COVID-19. No obstante, se identifican carencias respecto a: equipos de protección, oxígeno, camas dedicadas y materiales para pruebas de laboratorio. Por otro lado, debe señalarse que no basta con garantizar el acceso, *in sito* a los servicios de salud, sino que la población debe igualmente estar preparada, tener capacidad y desear acceder.

En esta misma lógica de análisis, uno de los problemas identificados para enfrentar la pandemia es la falta de información, pues gran parte de la población ni el diagnóstico, control, al mejor manejo de los casos; así como a la protección de los trabajadores de la salud y de la población.

Este escenario, resalta elementos a evaluar, algunos de ellos relacionados con los efectos directos e indirectos de la pandemia; los diferenciales sociales y la población más afectada. Aun así, se debe tener en cuenta que, los casos reportados como fallecidos pudiesen estar siendo inferiores a las cifras reales, amén de la situación económica, política, social y sanitaria existente en el país.

En el contexto de la pandemia -a nivel mundial- las personas mayores (60 años y más) fueron declaradas población de máxima vulnerabilidad, debido a la disminución de sus sistemas inmunológicos y a la mayor presencia de enfermedades de carácter no transmisible (diabetes, hipertensión, cardiovasculares u otras). Todo lo cual determina factores de comorbilidad que acrecientan complicaciones graves en situaciones de contagio; que culmina en la mayoría de los casos con la muerte.

² El centro médico habilitado para tratar pacientes de la COVID-19 en el departamento Grand' Anse se visualiza en la figura 11 (ver Anexo 1).

¿Qué es la ONG SIKSE, cuál es su misión y qué pretensiones tiene?, son algunas de las interrogantes a las cuales se dará respuesta seguidamente.

La Sociedad de Comunicación para la Información, la Educación Social y Económica (SIKSE) tiene como misión el diseño e implementación de proyectos y programas de formación y capacitación a instituciones, y a la ciudadanía sobre el manejo de riesgos en situaciones de desastres, y de emergencia humanitaria.

Actualmente, SIKSE pretende formar y capacitar a la población haitiana sobre educación en salud, específicamente acerca de la COVID-19. Asimismo, otras de sus intenciones son: a) promover la formulación de políticas y programas nacionales y/o departamentales a través del fortalecimiento de las capacidades, las organizaciones civiles y los propios actores sociales, a mediano y largo plazo; y b) producción de conocimientos científicos y datos estadísticos a partir de técnicas y métodos cualitativos y cuantitativos que faciliten la toma de decisiones a los diferentes niveles institucionales y gubernamentales.

Ambas pretensiones, parten de las visiones expuestas en la Agenda 2020-2030 para el Desarrollo Sostenible, aunque con mayor relevancia del ODS 3: Salud y bienestar; mediante el cual se pretende garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades.

El artículo que se presenta pretende contribuir al mejoramiento de la calidad de vida de los haitianos a partir del empoderamiento en temas de educación en salud, frente a la COVID-19 en el departamento Grand' Anse.

Téngase en cuenta que, la educación a través del proceso de socialización de los conocimientos so-

bre la salud a los diferentes niveles, es por sí un elemento catalizador del desarrollo y de la acción presente y continua. La Declaración de Incheon de 2015 corrobora que la educación desarrolla las competencias, los valores y las actitudes para que los ciudadanos gocen de una vida saludable, tomen decisiones bien fundamentadas y afronten los problemas a escala local y mundial (UNESCO, 2019).

Aspectos metodológicos

El análisis que se presenta en el artículo, contempla como periodo de examen al mes de abril de 2020, fecha en la que se realizan las acciones de sensibilización y/o capacitación en los territorios que se enunciarán posteriormente. Téngase en cuenta que, para esta fecha el país aún se encontraba en fase pre-pandémica.

Los encuentros se realizaron en los siguientes territorios:

- Anse-d' Hainault: 22 de abril de 2020
- Jérémie: 30 de abril de 2020

Por otro lado, debe subrayarse que en el desarrollo del trabajo se realiza un análisis del total de la población sensibilizada y/o capacitado acorde a:

- Distribución según sexo: (femenino / masculino)
- Distribución según color de la piel³: (blancos / no blancos)
- Distribución según edad: (grupos de edades quinquenales)

³ El color de la piel es una de las variables poco estudiadas en Haití, entre otros casos por la ausencia de esta variable en las técnicas que se usan para levantar información. A eso debiera sumarse la dificultad metodológica propia de la recogida de este tipo de información, que implica en la mayoría de las ocasiones sesgos atribuibles a la persona que clasifica.

La forma de proceder fue a través del trabajo en equipos, mientras que, el método empleado fue el expositivo y de elaboración conjunta. En tanto, para la creación de los mismos, se tuvo en cuenta los cargos y/o especialidades de los participantes, en aras de lograr un balance entre los propios equipos.

El escrito se divide en cuatro partes. En un primer momento, se establece una aproximación al contexto de análisis, y se ofrece la caracterización socio-demográfica. En tanto, en el apartado ¿Qué entender por buena práctica? se realiza un breve acercamiento a su definición. Asimismo, ¿Qué es lo aprendido? -tercera parte del documento-, expone las lecciones aprendidas y buenas prácticas captadas, una vez agrupadas en cuatro líneas estratégicas. Algunos apuntes, constituye la cuarta y última parte del artículo; en el mismo se ofrecen líneas temáticas por andar, a la vez que se incita al debate. Finalmente, son presentadas las conclusiones.

Desarrollo

Un acercamiento al contexto de análisis

Abordar Haití significa experimentar, al mismo tiempo, fuertes y múltiples sensaciones contradictorias. Se trata de un país extravagante, maximalista, irritante, excepcional, intrigante, valiente, emocionante, devastador, frágil, precioso, digno, orgulloso, injusto. La larga adjetivación es para decir que se trata de un país para ser sentido, más que para ser pensado.

RICARDO A. S. SEITENFUS

Haití se ubica en la zona central de las Antillas, en el tercio occidental de la isla La Española, limitando al norte con el océano Atlántico; al este con la República Dominicana, al sur con el mar Caribe; y al oeste con el paso de Los Vientos. Con 27 750 km² es el tercer país más extenso de Las Antillas, por detrás de Cuba y República Dominicana (CIA, s/f) (figura 1).

Figura 1. Haití. Departamento Grand'Anse



Fuente: Elaborada por los autores.

Haití es el país más pobre del hemisferio occidental. En el 2015, ocupó el puesto 163 de un total de 188 países incluidos en el índice de desarrollo humano (IDH)⁴. Alrededor de dos tercios de la población vive por debajo del umbral de pobreza, y un cuarto por debajo del umbral de pobreza extrema.

En 2019, Haití contó con una población aproximada de 11 123 176 habitantes, para una densidad poblacional de 401,0 hab/km. En tanto, del total de la población el 49,4% son hombres y el 50,6% mujeres. Mientras que, el 61% reside en zonas rurales y el 39% en zonas urbanas.

Una distribución por grupos de edades a partir de datos del año 2018 permite plantear que el 33,24% de sus habitantes se ubican entre 0-14 años; el 61,81% en el 15-64 años; y el 4,95% en el de 64 años o más. La esperanza de vida exhibe un valor de 63,29 años, siendo una de las más bajas del mundo (Expansión, 2020).

Haití se desglosa en los siguientes diez departamentos: Grand' Anse, Nippes, Sud, Sud-Est, Nird, Nord' Est, Centre, Artibonite, Nort' Ouest y Ouest; siendo su capital Puerto Príncipe.

¿Qué caracteriza la dinámica demográfica del país? Seguidamente se exponen algunos de los elementos que permiten caracterizar la dinámica demográfica haitiana, para ello se parte del estudio de las principales variables demográficas (fecundidad, mortalidad y migración).

El comportamiento de la variable fecundidad, muestra una tasa global de fecundidad (TGF)⁵

4 Este indicador se elabora por las Naciones Unidas para medir el progreso de un país. Muestra el nivel de vida de sus habitantes.

5 La interpretación de la TGF es evaluar el número de hijos que en promedio tendría una mujer de una cohorte hipotética de mujeres no expuestas al riesgo de muerte desde el inicio hasta el fin del periodo fértil y que, a partir

con valor de 2,99 hijos por mujer (Expansión, 2020), ubicándose en valores por encima del nivel de reemplazo (2,1 hijos por mujer). Se identifica el embarazo adolescente (15-19 años) como un tema ineludible, que demanda indagaciones científicas a diferentes escalas (familia, escuela, comunidad), con especial atención en niñas menores de 15 años. Se calcula que el 32% de las mujeres haitianas tienen un hijo antes de cumplir los 20 años; mientras que, un 2% antes de los 15 años (UNFPA, 2016).

En lo que respecta a la mortalidad, se tiene una tasa bruta de mortalidad (TBM)⁶ que ascendió a 8,64 muertes por cada mil habitantes en 2017. Mientras que, la tasa de mortalidad materna (TMM)⁷ osciló entre los 529 y los 630 fallecidos por cada cien mil nacidos vivos en el periodo 2005-2017 (UNFPA, 2016).

Desde el punto de vista migratorio, Haití puede ser considerado un país emisor de población (1 585 681 emigrantes y 18 756 inmigrantes para el año 2019) (Expansión, 2020).

Según datos del Diagnóstico regional sobre migración haitiana (MERCOSUR y OIM, 2017), la migración haitiana se define como diaspórica e histórica. El estudio se enfocó en la movilidad haitiana hacia Suramérica (Argentina, Brasil y Chile), iniciado en el 2010 tras el terremoto ocurrido el 12 de enero del mismo año, lo cual condujo al desplazamiento de miles de haitianos.

del momento en que se inicia la reproducción están expuestas a las tasas de fecundidad por edad de la población en estudio (Camisa, 1975; citado por Cristiá, 2019: 175).

6 Se calcula como el cociente entre el número de defunciones ocurridas en un periodo de tiempo determinado (normalmente un año calendario) sobre la población expuesta al riesgo de morir durante ese lapso. Normalmente, se presenta multiplicada por cada mil (Welti, 1997:75).

7 Es el número anual de muertes femeninas por cada mil nacidos vivos por cualquier causa relacionada con o agravada por el embarazo o su manejo (excluyendo causas accidentales o incidentales).

La migración en contextos como la haitiana, se da de manera precipitada y en graves condiciones de vulnerabilidad; lo cual supone de por sí un desafío en dos grandes niveles: el ingreso y las políticas de visado, y los mecanismos de integración a la sociedad receptora.

A modo de síntesis, las causas de la migración en Haití pueden estar marcadas por motivos económicos, familiares, profesionales y/o trabajo⁸, estudios⁹, mejores condiciones de vida, o por el simple hecho de la gran afluencia de peligros hidrometeorológicos¹⁰ y emergencias sanitarias, entre otras.

El departamento Grand' Anse, no escapa a esta realidad. El mismo, se ubica al sur del país -tal cual se visualiza en la figura 1- y cuenta con 11 municipios, ellos son: Les Irois, Anse-d' Hainault, Dame-Marie, Albricots, Moron, Chambeilan, Jérémie, Roseaux, Pestél, Corail, Beaumont. Su capital provincial es la ciudad de Jérémie.

Dicho departamento, cuenta aproximadamente 468 301 habitantes¹¹, para una densidad poblacional de 421,25 hab/km y una superficie total de 2 018 km². En tanto, acorde a la distribución por sexo, se tiene que el 62% son mujeres; mientras que, el restante 38% corresponde a los hombres. Del total de la población, el 66% es joven.

En términos generales, puede decirse que la población en Haití se caracteriza por: prevalencia de féminas, residentes rurales, estructura por grupos

8 Según el Diagnóstico regional sobre migración haitiana (MERCOSUR y OIM, 2017) Brasil y Chile fueron los países de mayor relevancia respecto a esta causa.

9 Según el Diagnóstico regional sobre migración haitiana (MERCOSUR y OIM, 2017) Argentina fue el país de mayor relevancia respecto a esta causa.

10 Ciclones, tornados, tormentas y depresiones que generan fuertes vientos, lluvias de larga duración o de alta intensidad, e inundaciones costeras por penetraciones del mar.

11 Información ofrecida en intercambio con el Vice-Delegado del departamento Grand' Anse.

de edades joven, elevados valores en la TGF y en la TBM; en tanto, se identifica por ser país emisor de población.

¿Qué entender por buenas prácticas?

... no es tan solo una buena práctica que se define buena en sí misma, sino que es una práctica que se ha demostrado que funciona bien y produce buenos resultados ... y que merece ser compartida...

FAO, 2015

¿Qué entender por buenas prácticas? El concepto de buenas prácticas, nacido en el campo de la gestión de empresas para identificar aquellas formas y procesos que permitían obtener resultados exitosos dentro de un campo productivo determinado, es decir, estrategias que permitieran la calidad y excelencia en los procesos productivos, pronto se generalizó a la identificación de un conjunto de procedimientos que eran la mejor manera para tratar con el problema particular, y que podrían ser replicados en cualquier situación y contexto (CONACE, 2002).

Posteriormente, esta concepción fue considerada limitada para su aplicación al campo de los problemas sociales, donde se requiere un concepto más amplio que relacione los aspectos propios de la práctica en el ámbito de la transformación social -la forma específica de tratar el problema- con los contextos donde se realiza y los fundamentos teóricos que la sustentan. De esta forma, la observación e identificación de las buenas prácticas en el ámbito de la transformación social deviene en un proceso que no es definido o estático, sino al contrario, se caracteriza porque los aprendizajes son continuos y contextuales (Duarte y Figueroa, 2005).

Algunas de las definiciones elaboradas, permiten identificar las buenas prácticas como toda expe-

riencia que se guía por principios, objetivos y procedimientos apropiados o pautas aconsejables que se adecuan a una determinada perspectiva normativa o a un parámetro consensuado. Otras conceptualizaciones, la catalogan como toda experiencia que ha arrojado resultados positivos y demuestra su eficacia y utilidad en un contexto concreto (Plan Andino, 2008).

Asimismo la literatura al respecto, pone el énfasis en distintos factores, tal es el caso de las siguientes definiciones: “acción o conjunto de acciones que, fruto de la identificación de una necesidad, son sistemáticas, eficaces, eficientes, sostenibles, flexibles...” (FEAPS, s/f), o como un “conocimiento acumulado y aplicado a un problema dado, en distintos contextos y situaciones, que es fruto de un proceso continuo de aprendizaje, de reflexión y de análisis” (CONACE, 2002).

La conceptualización emitida por CONACE (2002) destaca el conocimiento acumulado; en tanto, corresponde a aquellas prácticas que se clasifican como de excelencia porque retoman aplicaciones anteriores, aprovechan los conocimientos que contienen para mejorar su eficacia y su eficiencia, pero también se consideran buenas prácticas aquellas que se introducen por primera vez y son innovadoras porque no se han hecho nunca antes.

Las buenas prácticas pueden ser catalogadas como toda experiencia que se guía por principios, objetivos y procedimientos apropiados o pautas aconsejables que se adecuan a una determinada perspectiva normativa o a un parámetro consensuado, así como también toda experiencia que ha arrojado resultados positivos y demuestra su eficacia y utilidad en un contexto concreto (Plan Andino, 2008).

A modo general, son experiencias consideradas ejemplares que orientan la acción, pero ello no significa que se trate de algo espectacular ni siempre replicable pues muchas solo se pueden dar en un contexto determinado y no pueden “exportarse” a otros cuyas características difieran sustancialmente de aquellas que las propiciaron. Por tanto, la buena práctica es solamente un modelo y cada contexto exige una adaptación concreta, aunque las adaptaciones deben conservar los principios esenciales de la práctica original (Alonso, 2013).

Las buenas prácticas deben ser documentadas para que sirvan de referentes y de experiencia en la mejora de los procesos que le sucedan; bajo el supuesto de que la sistematización, no sólo sirve para informar del proceso desarrollado, sino para enriquecer y transformar las prácticas, porque reflexionar sobre ellas obliga a reconocer sus avances y limitaciones.

Siendo así, las buenas prácticas que se presentan en el documento parten de la experiencia que tiene lugar en el departamento Grand’Anse en Haití, a partir de una necesidad manifiesta, y un escenario de emergencia de salud mundial: COVID-19.

¿Qué es lo aprendido?

En este acápite, se parte del hecho de que se aprovechan las capacidades instaladas en el país, que van desde los recursos humanos hasta los recursos materiales e institucionales, y la disponibilidad de profesionales altamente capacitados y comprometidos, en las diversas instituciones relacionadas con el tema que se aborda.

Siendo así, las lecciones aprendidas y buenas prácticas captadas a lo largo de este periodo, y luego de realizadas las acciones de sensibiliza-

ción y/o capacitación se pueden agrupar en las siguientes líneas estratégicas: fortalecimiento institucional, capacitación, comunicación y participación (figura 2).

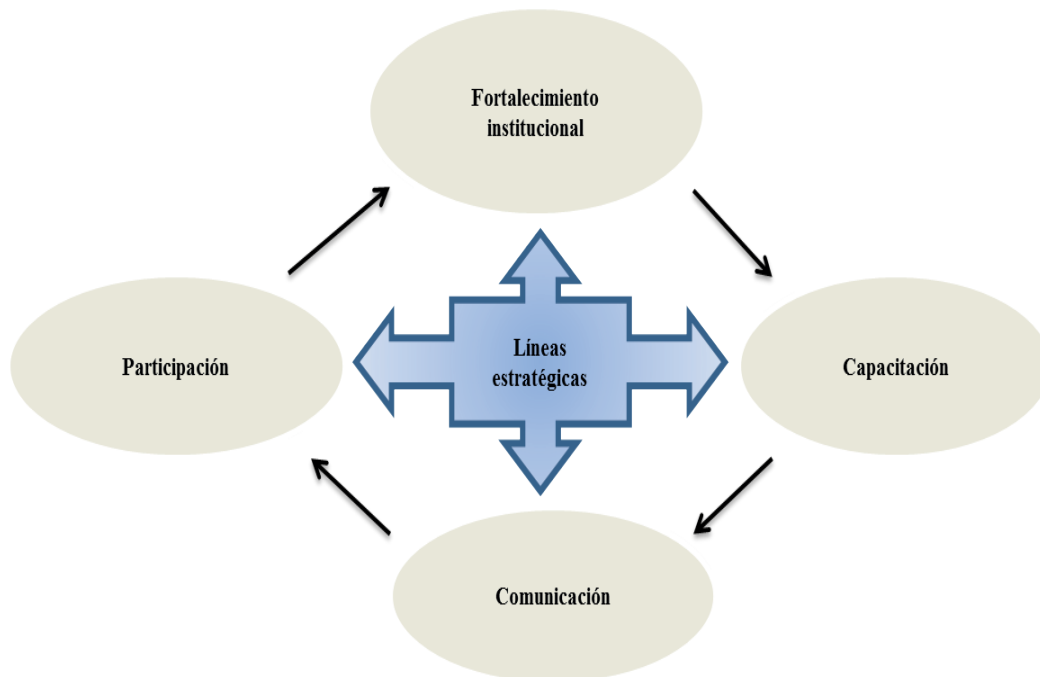
Fortalecimiento institucional

Se logró la articulación y coordinación de las estructuras locales como premisa para la promoción y la participación de los niveles locales y los sectores, a partir de sus funciones y competencias. En tanto, se trabajó en la realización de encuentros de diálogo, coordinación y reporte del trabajo ante la pandemia, teniendo en cuenta las funciones que les corresponden a los diferentes organismos; presidida por el Delegado Departamental y coordinada por el Director Departamen-

tal del Ministerio de Salud Pública y la Población (MSPP) (figura 3). Debe destacarse aquí, que la sensibilización a los decisores constituye el elemento que garantiza el primer acercamiento a la comprensión del fenómeno de la pandemia para el trazado de estrategias en los encuentros de diálogo y coordinación.

Lo anterior, permite elevar la atención a la población, una mayor afluencia de profesionales que laboran en función de disminuir la incidencia de la pandemia en el departamento Grand'Anse, una búsqueda científica y jurídica que valide y ampare las decisiones implementadas, y a implementar. En tanto, se logra una mayor visibilidad de la población en su accionar diario en las comunas, y una mejora en la coordinación institucional para

Figura 2. Líneas estratégicas trabajadas desde SIKSE ante la COVID-19.



Fuente: Elaborada por los autores.

atender los casos que se reciben como posibles portadores de la COVID-19.

Lo expuesto con anterioridad, pudiese estar aportando de alguna manera al enriquecimiento del accionar de SIKSE; en tanto, pone como premisa indispensable la socialización del trabajo que se realiza desde, y en cada una de las comunas. Se trató de captar el momento que se estaba viviendo, en los cuales la familia desempeñó un rol determinante como agente de socialización primaria.

En este sentido, ¿qué entender por socialización? Socialización es el proceso por el cual el individuo se adapta a los requerimientos de la sociedad en que vive. Está estrechamente ligada al aprendizaje y a la formación de la personalidad, y se realiza durante todo el proceso evolutivo. Los agentes de socialización son las personas con las que el individuo se relaciona y de las que aprende normas de conducta y valores (agentes personales) y también las instituciones y los medios de comunicación (agentes impersonales). Este pro-

ceso dura toda la vida, pero se puede hablar de tres tipos: socialización primaria, secundaria y terciaria.

La socialización primaria, se efectúa en la infancia, y es en la que se interiorizan los más importantes elementos de la sociedad, el lenguaje, la identidad de género, de clase, el propio nombre, etcétera. Es la más duradera y los agentes de socialización más importantes de este proceso son los padres (Giner, Lamo de Espinosa y Torres, 2001: 695).

Aun cuando son los padres, los principales agentes de socialización no se debe perder de vista que el fortalecimiento de las relaciones intergeneracionales -dada la situación por la cual transita el país- debe constituir una premisa para cada familia.

Entonces, a través de la comunicación existe un apoyo en las tareas del hogar, emergen redistribuciones en los roles familiares, y se consolida el diálogo intergeneracional. En esta etapa difícil,

Figura 3. Encuentros de diálogo y coordinación. SIKSE y representantes de instituciones.



Fuente: Facilitada por la ONG SIKSE.

debe lograrse que las medidas de protección sean un punto de referencia en cada conversación familiar; aun cuando -tal cual se expresó en párrafos anteriores- la población niegue la existencia real de la enfermedad -reconocida mayormente como "la fiebre"-.

Capacitación

Los procesos de capacitación permitieron la comprensión del fenómeno en el contexto de análisis. Por la importancia de las acciones y de las partes directamente involucradas, las primeras actividades fueron dirigidas de manera esencial a la concientización acerca de la urgencia en la atención y acciones de respuesta rápida a la COVID-19. Lo cual fue posible a través de la comunicación e intercambio de información y experiencias, logrando una integración cada vez mayor con los sectores y dirigentes de las instituciones; los encargados de encausar con la estrategia diseñada en el territorio.

En los encuentros realizados, además de los representantes de los sectores departamentales, participaron periodistas, epidemiólogos, miembros de la protección civil, magistrados, representante de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), matronas, practicantes de vudú¹², así como especialistas que se relacionan con el tema (figura 4).

Destáquese, además, el accionar del Departamento de la Promoción en Salud y Protección del Medio Ambiente del Ministerio de la Salud Pública y Población (MSSP) y de los representantes de la Brigada Médica Cubana (BMC Grand'Anse).

En este sentido, se capacitó a un total de 61 personas, para un 63,9% de hombres y un 36,1% de mujeres, acorde a la distribución por sexo (figura 5).

¹² Tradición asociada a la llegada de esclavos de África a América. Es practicado por el 40% de su población, según el Libro de Curiosidades Mundiales de la CIA-Haití. Disponible en: <https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/geos/ha.html>

Figura 4. Encuentros realizados. SIKSE, instituciones y participantes ante la COVID-19.



Fuente: Facilitada por la ONG SIKSE.

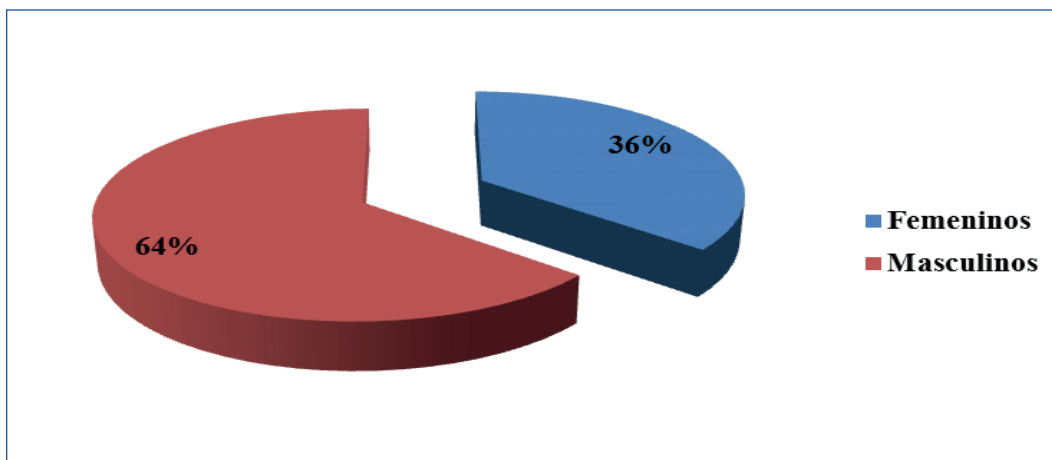
Un análisis por color de la piel destaca que, el 97% de los participantes clasifican como no blancos; mientras el restante 3% es blanco (figura 6).

Por su parte, los participantes -a tenor de las edades- se ubican desde los 20 años hasta los 60 años y más; sin embargo, resaltan los siguientes gru-

pos de edades quinquenales: 40-44 años y 45-49 años, como los de mayor predominio de personas capacitadas.

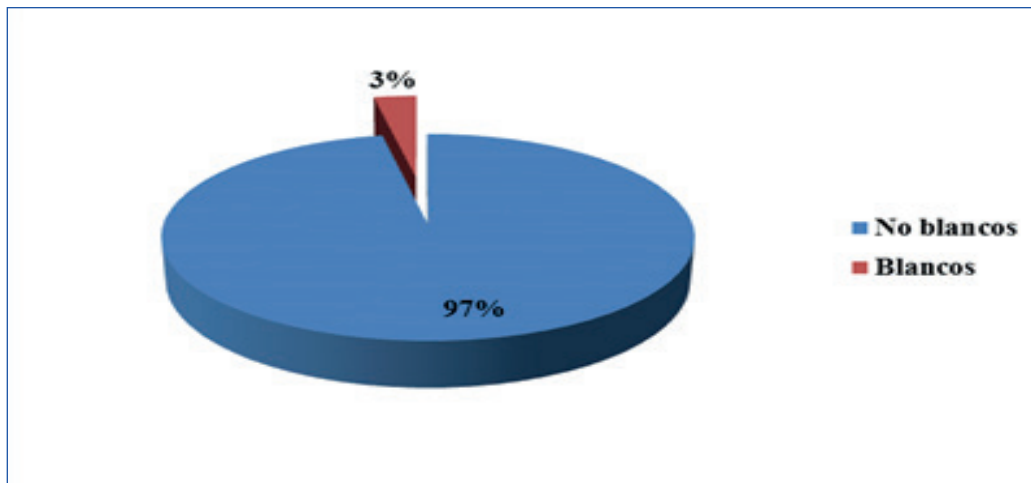
Desde este último análisis, se puede inferir que el maniobrar de SIKSE en próximas acciones de sensibilización y/o capacitación debe estar dirigido a

Figura 5. Distribución según sexo del total de personas capacitadas.



Fuente: Elaborada por los autores a partir de los listados de presencia.

Figura 6. Distribución según color de la piel del total de personas capacitadas.



Fuente: Elaborada por los autores a partir de los listados de presencia.

otros grupos etarios, tal es el caso de los niños¹³, adolescentes y jóvenes; quienes se desarrollan en una realidad local trasmisora de valores universales, de los paisajes sublimes y seductores que esconden terribles y recurrentes peligros, como es el caso de tormentas tropicales, ciclones, inundaciones, fuertes vientos, terremotos y epidemias.

Un elemento a destacar, es el uso de la dramatización como técnica para mostrar la forma errónea de la realización de las medidas higiénico-sanitarias, para luego exhibir el procedimiento correcto a adoptar en aras de prevenir y evitar la propagación de la COVID-19 (figura 7).

Asimismo, el uso del papelógrafo permitió presentar los elementos de riesgo identificados por los propios participantes, y cómo sería el proceder a seguir en la búsqueda de soluciones viables respecto a la pandemia (figura 8).

13 Se han identificado ciertos factores de riesgo en los niños relacionados con una mayor vulnerabilidad, como los casos de cardiopatías, diabetes, cáncer, tratamiento con inmunosupresores, asma severa, entre otras (Singhal, 2020).

Ambas técnicas, se trabajaron desde los equipos conformados, para lo cual se tuvo en cuenta los cargos y/o especialidades de los participantes. De esta forma se procuró un balance entre los propios equipos, al existir representatividad de cada uno de los sectores.

A modo general, se fortaleció la preparación de los tomadores de decisiones, se incentivó el trabajo en equipo en la búsqueda de soluciones viables respecto a la COVID-19, y se consolidó la acción intersectorial.

Comunicación

La comunicación contempla una de las aristas más importantes, encaminada a una mayor profundización y divulgación de los objetivos de trabajo que se persiguen y los avances en cada uno de los encuentros de intercambio.

La participación de los medios de comunicación en la divulgación de las medidas higiénico-sanitarias a seguir, así como del accionar de la ONG,

Figura 7. Uso de la dramatización.



Fuente: Facilitada por la ONG SIKSE.

Figura 8. Exposición de equipos de trabajo y empleo del papelógrafo.



Fuente: Facilitada por la ONG SIKSE.

es de vital importancia. Téngase en cuenta que, la información contribuye a la preparación de la familia en los temas vinculados a la COVID-19, y por ende, se puede estar favoreciendo al mejoramiento de la calidad de vida de los haitianos a partir del empoderamiento en temas de educación en salud, al propiciar el desarrollo de competencias y actitudes para que gocen de una vida saludable, tomen decisiones bien fundamentadas y afronten los problemas que en temas de salud tienen lugar a escala local y mundial.

La creación de murales (figura 9), la difusión por la radio (Radio Caraibes), así como el uso de autos parlantes, constituyen algunas de las iniciativas en las que se apoyó el accionar comunicativo. Aun así, debe lograrse una continua actualización de los datos a informar y una mejor estabilidad -en cuanto a frecuencia- en la divulgación; y en las que las herramientas informativas y divulgativas como los boletines, plataformas digitales y trípticos se configuran como iniciativas para la movilización de recursos y participantes; desde una perspectiva inclusiva y de acción de todos los sectores implicados. Todo lo cual podría estar

contribuyendo en materia de planificación y ejecución de políticas públicas en aras de mejorar la calidad de vida de los haitianos.

Aun así, debe lograrse una continua actualización de los datos a informar y una mejor estabilidad -en cuanto a frecuencia- en la divulgación; y en las que las herramientas informativas y divulgativas como los boletines, plataformas digitales y trípticos se configuran como iniciativas para la movilización de recursos y participantes; desde una perspectiva inclusiva y de acción de todos los sectores implicados. Todo lo cual podría estar contribuyendo en materia de planificación y ejecución de políticas públicas en aras de mejorar la calidad de vida de los haitianos.

Es menester, destacar que a inicios del estudio exploratorio en el departamento objeto de estudio, se detectó -según datos obtenidos a partir del encuentro con el magistrado de Jérémie y periodistas del territorio- la existencia de una deficiente información sobre la COVID-19 en los medios de comunicación masiva, así como la ausencia de una estrategia que llegase a toda la población

Figura 9. Mural.



Fuente: Facilitada por la ONG SIKSE.

(Datos obtenidos a partir del encuentro con el magistrado de Jérémie y periodistas del territorio, 2 de abril de 2020).

¿Qué se debe lograr en la comunicación a través de los medios de prensa? La OPS desde diferentes espacios ha abogado por el equilibrio, por argumentos válidos y respaldados por fuentes científicas. Evitando instigar el miedo, no ser sensacionalistas y contar con un buen manejo de estadísticas que permita mostrar diferenciales sociales o epidemiológicos, entre otros. Estos elementos catalogados como recomendaciones para la comunicación, indican el papel que en tiempos de pandemia deben desempeñar los medios de prensa.

Es, el artículo que se presenta, una de las vías comunicacionales con la que se pretende fortalecer todo el accionar realizado en esta línea estratégica.

Participación

Uno de los logros ha sido la réplica de las acciones descritas a otros niveles del territorio, e implementadas por el propio personal sensibilizado y/o capacitado al que se hizo alusión en párrafos anteriores. Dicho proceder ha sido dirigido a poblaciones específicas a tenor de las características y dinámicas de las comunas. En tanto, se favoreció el trabajo en red a través de colaboraciones o alianzas con otras organizaciones en el diseño y/o ejecución.

Destaca a este nivel el Centro de Operación de Urgencias Departamental (COUD), en el cual el coordinador ejecutivo es el delegado departamental de Grand'Anse, junto a la Dirección de Protección Civil (DPC) (figura 10).

El objetivo de la DPC es hacer que las comunidades haitianas sean resistentes a los desastres. Dentro de sus funciones se encuentran las siguientes: fortalecer la capacidad de las instituciones, orga-

nizaciones y comunidades en la preparación de posibles desastres.

En tanto, lleva a cabo una amplia gama de acciones, tal es el caso de: la capacitación y reactivación de comités, el desarrollo de planes de contingencia, la campaña de concientización y la construcción de centros de operaciones de emergencia comunales (EOC).

En resumen, numerosas experiencias han logrado articular la participación para el accionar hacia la pandemia.

Algunos apuntes

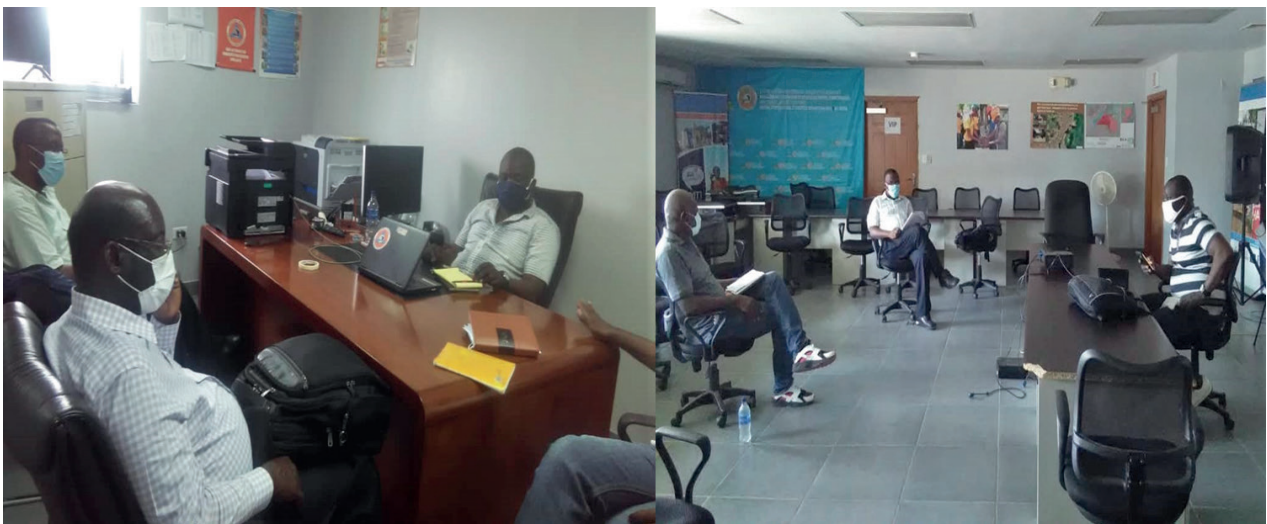
Una vez presentadas las líneas estratégicas, se debe señalar la ausencia de una línea que abarque el componente investigación; de ahí que la misma deba ser incorporada, en aras de contar con un número de estudios científicos que den cuenta de los vínculos de trabajo fortalecidos, del comportamiento adoptado por la población según

diferenciales como el sexo y la edad, entre otros tópicos de interés acorde al territorio y/o la especialidad desde la que se pretenda explorar el tema en cuestión.

Otro elemento a tener en cuenta es el comportamiento de la pandemia por regiones, así como los efectos en las variables demográficas (fecundidad, mortalidad y migración), pues si bien, la mortalidad es la principal protagonista ante el fenómeno que se evidencia en el país como contexto más amplio, habría que estar indagando acerca de los posibles cambios a esperar en la fecundidad y la migración.

Ahora bien, desde el punto de vista gubernamental ¿se debe contemplar en las políticas, programas, planes y estrategias de respuesta y recuperación al impacto de la COVID-19 en Haití, la composición de la población y las dinámicas demográficas? la respuesta es sí; sólo así se podrá contar con un enfoque que privilegie la relación entre la población y el desarrollo del país más po-

Figura 10. Reunión del grupo COUD.



Fuente: Facilitada por la ONG SIKSE.

bre de América, en aras de elevar el nivel y calidad de vida de los haitianos. Es la participación activa un elemento que gana mayor relevancia en un contexto de emergencia sanitaria. Únasele, a lo anterior, que la generación de datos resulta imprescindible, pues permiten desarrollar iniciativas inclusivas. En este sentido, emerge nuevamente la investigación como una de las líneas estratégicas a incorporar.

Por otro lado, y teniendo en cuenta lo declarado respecto al hecho de que las buenas prácticas deben ser documentadas para que sirvan de referentes, se expone en la figura 12 (ver Anexo 2) los pasos seguidos en la estrategia de intervención en el departamento Grand'Anse en Haití. El mismo se estructura en cinco pasos, ellos son: Diagnóstico, Objetivo, Líneas Estratégicas, Actividades, y Resultados; los cuales, definen la coherencia vertical que se evidencia al describir la experiencia, objeto del presente artículo; y en última instancia facilita una lógica de trabajo para futuras intervenciones y/o investigaciones.

Ideas concluyentes

- La pandemia impone desafíos complejos, retos, nuevas prácticas de vida basadas en lecciones aprendidas, estudios y estrategias por aprender a nivel social e individual. En tanto, demanda soluciones rápidas, integradas e innovadoras para proteger a la población. Siendo imprescindible la elaboración de documentos rectores a nivel nacional, cuya finalidad sea la detención de la pandemia.

- Incorporar como línea estratégica la investigación para contar con un número de estudios científicos que den cuenta de los vínculos de trabajo fortalecidos, del comportamiento adoptado por la población acorde a diferenciales como el sexo y la edad, entre otros tópicos de interés acorde al territorio y/o la especialidad desde la que se pretenda explorar el tema en cuestión.

- En síntesis, se puede decir que, se logró una mejora en la articulación y coordinación de las estructuras locales, alianzas de trabajo, una adecuada comprensión del fenómeno por parte de los tomadores de decisiones y la población, y una visibilidad activa de la población en su accionar respecto a la COVID-19.

Se considera oportuna la replicabilidad de la experiencia en otros departamentos del país, dada las potencialidades que la misma ofrece al ser sostenible económica, organizativa y técnicamente en el tiempo. Sólo sería necesario -como toda intervención social- contemplar el vínculo con los contextos sociales, económicos, políticos y culturales; así como adaptarlas a las características del entorno donde se realizaría.

Este carácter flexible, permite potenciar y mejorar paulatinamente la estrategia a seguir en el marco de las buenas prácticas, porque lo que funciona bien y produce buenos resultados, merece ser compartido.

Referencias bibliográficas

- Alonso, M. (2013, 15 de enero). Foro de buenas prácticas de innovación educativa. Salón de Actos de la Delegación Territorial de Educación, Cultura y Deporte de Jaén, España. <http://recursostic.educacion.es/buenaspracticass20/web/es/component/content/article/68-actualidad/1062-foro-de-buenas-practicass-de-innovacion-educativa>
- CIA (s/f). Haití - Geografía - Libro Mundial de Hechos. <https://www.oratlas.com/libro-mundial/haiti/geografia> (consulta 9 de junio de 2020)
- CONACE (2002). Marco Conceptual e Identificación de Buenas Prácticas en los Proyectos de Prevención Secundaria dentro del Programa Salud Joven/Liceo para Todos. [http:// https://www.dipres.gob.cl/597/articles-141124_informe_final.pdf](http://https://www.dipres.gob.cl/597/articles-141124_informe_final.pdf) (consulta 6 de junio de 2020)
- Cristiá L.S. (2019). "Plataforma Articulada para el Desarrollo Integral Territorial (PADIT): provincia de Santiago de Cuba" [versión electrónica], *Novedades en Población*, vol. 15, Núm. 29: 170-182.
- Duarte, K. y Figueroa, R. (2005). Estudio buenas prácticas en orientación vocacional, laboral e intermediación laboral con jóvenes. Informe final. http://www.congreso.gob.pe/sicr/cendocbib/con_4uibd.nsf/.../200709210012_4_2_0.pdf (consulta 6 de junio de 2020)
- EXPANSIÓN (2020). Haití – Pirámide de población. <https://datosmacro.expansion.com/demografia/estructura-poblacion/haiti> (consulta de junio de 2020)
- FEAPS (s/f). Buenas Prácticas ¿Qué son y cómo se valoran?. <http://www.feapsmurcia.org/feaps/FeapsDocumentos.NSF/.../FILE/queesBBPP.pdf> (consulta 6 de junio de 2020)
- Giner, S.; Lamo de Espinosa, E. y Torres, C. (2001). *Diccionario de Sociología*. Madrid: Alianza Editorial, 695.
- González, D. (2020, 12 de mayo). Haití: temor por posibles ataques a pacientes con Covid-19. [en línea]. FRANCE 24. Recuperado el 6 de junio de 2020 de <https://www.france24.com/es/20200511-haiti-temores-posibles-ataques-pacientes-covid19>
- MERCOSUR y OIM (2017). Diagnóstico regional sobre migración haitiana. Instituto de Políticas Públicas en Derechos Humanos (IPPDH) del MERCOSUR, Organización Internacional para las Migraciones (OIM). <https://www.mercosur.int> (consulta 8 de junio de 2020)
- Plan Andino (2008). ¿Qué son las buenas prácticas? Banco de Experiencias para la Prevención del Embarazo en Adolescentes. <https://www.planandino.org/bancoBP/node/3> (consulta 6 de junio de 2020)
- Salomon, G. (2020, 5 de mayo). OPS sobre Haití y COVID-19: "Se acerca una tormenta". [en línea]. AP News. Recuperado el 6 de junio de 2020 de <https://apnews.com/1222be0bb785645b7dbef3e44960c6bc>
- Singhal, T. (2020). "A review of Coronavirus Disease-2019 (COVID-19)" [versión electrónica], *Indian J Pediatr*, vol. 87, Núm. 4: 281-285.
- UNESCO (2019). Informe de Seguimiento de la Educación en el Mundo. <https://es.unesco.org/themes/educacion-salud-y-bienestar> (consulta 8 de junio de 2020)
- UNFPA (2016). Documento del programa para Haití. Fondo de Población de las Naciones Unidas.
- Welti, C. (1997). *Demografía I*. México D. F.: Programa Latinoamericano de Actividades de Población (PROLAP), Instituto de Investigaciones de la UNAM.

ANEXO 1

Figura 11. Centro médico para tratar pacientes de la COVID-19 en el departamento Grand'Anse.



Fuente: Facilitada por la ONG SIKSE.

ANEXO 2

Figura 12. Pasos de la estrategia.

DIAGNÓSTICO

- ✓ Situación / contexto de la pandemia
- ✓ Ubicación físico-geográfica
- ✓ Caracterización socio-demográfica
 - Total de población (distribución según sexo, edad, zona de residencia)
 - Densidad de población
 - Comportamiento de las variables demográficas (fecundidad, mortalidad, migración)



OBJETIVO

Contribuir al mejoramiento de la calidad de vida de los haitianos a partir del empoderamiento en temas de educación en salud, frente a la COVID-19 en el departamento de Grand' Anse.



LÍNEAS ESTRATÉGICAS

- ✓ **Fortalecimiento institucional**
 - Articulación y coordinación de las estructuras locales.
 - Encuentros de diálogo, coordinación y reporte del trabajo.
- ✓ **Capacitación**
 - Concientización y participación de representantes de los sectores departamentales.
- ✓ **Comunicación**
 - Divulgación de los objetivos de trabajo.
 - Divulgación de las medidas higiénico-sanitarias.
 - Creación de murales.
 - Difusión por la radio / autos parlantes.
 - Continua actualización de los datos.
- ✓ **Participación**
 - Réplica de las acciones por el personal capacitado.
 - Dirigir a poblaciones específicas (características y dinámicas de las comunas).
 - Trabajo en red, colaboraciones o alianzas en el diseño y / o ejecución.



RESULTADOS

- ✓ Mejora en la articulación y coordinación de las estructuras locales, así como alianzas de trabajo.
- ✓ Comprensión del fenómeno por parte de los tomadores de decisiones y la población.
- ✓ Visibilidad activa de la población en su accionar diario en las comunas.
- ✓ Creación de murales, así como la difusión por radio y autos parlantes.
- ✓ Replicabilidad de las acciones por el propio personal sensibilizado y/o capacitado.



ACTIVIDADES

- Acciones de sensibilización y capacitación
- ✓ Trabajo en equipos
 - ✓ Método: expositivo y de elaboración conjunta
 - ✓ Técnica: Dramatización
 - ✓ Uso de papelógrafo (identificar elementos de riesgo / soluciones viables)

Fuente: Elaborada por Cristiá, S.

La construcción social del riesgo y el estigma en torno a las pandemias: de la peste negra al COVID-19

Andrea Cristina Moctezuma Balderas*

RESUMEN

Los virus y bacterias asociados a la presencia de las enfermedades, se han transformado a lo largo del tiempo, presentándose nuevos patógenos como el SARS-CoV-2. Aunque los virus se transforman, los sentimientos y reacciones de la sociedad ante dichas amenazas biológicas se repiten cíclicamente. En el presente ensayo, se aborda la dimensión colectiva de la enfermedad, a partir de la construcción social del riesgo, la acusación y el estigma, elementos que se han encontrado presentes en las distintas pandemias acontecidas a lo largo de la humanidad, como la peste negra, el cólera, y el VIH. El análisis de estos tres conceptos, resulta relevante para comprender las experiencias y reacciones de la sociedad mexicana ante la actual pandemia por COVID-19.

PALABRAS CLAVE: Riesgo, Estigma, Acusación, Enfermedad, COVID-19.

The social construction of risk and stigma around pandemics: from the Black Death to COVID-19

ABSTRACT

The viruses and bacteria associated with the presence of the diseases have been transformed over time, presenting new pathogens such as SARS-Cov-2, although the viruses are transformed, the feelings and reactions of society to these biological threats are repeated cyclically. In this trial, the collective dimension of the disease is addressed, from the analysis of the social construction of risk, accusation and stigma, elements that have been found to be present in the various pandemics that have occurred throughout humanity, such as the Black Death, cholera, and HIV. The analysis of these three concepts, is relevant to understand the experiences and reactions of Mexican society to the current pandemic by COVID-19.

KEYWORDS: Risk, Stigma, Accusation, Disease, Pandemics, COVID-19.

* Doctorante en Ciencias Sociales por el Colegio de San Luis. Docente de asignatura en la Facultad de Ciencias Sociales y Humanidades en la Universidad Autónoma de San Luis. Contacto: andrea.moctezuma@col-san.edu.mx

Fecha de recepción: 30 de mayo de 2020.

Fecha de aceptación: 31 de agosto de 2020.

Introducción

Los agentes infecciosos como los virus, aunque de tamaño microscópico y de una estructura sencilla conformada por ácido nucleico (ADN o ARN), han cobrado relevancia en la trayectoria histórica de las sociedades, al producir eventos extraordinarios como las epidemias y pandemias, desde la *Yersinia Pestis* causante de la peste negra en el año de 1347, hasta el SARS-CoV-2 asociado al COVID-19 en el 2019.

Es importante enfatizar que, los virus y bacterias, no son los únicos elementos causantes de las enfermedades; la acción de las sociedades humanas sobre la naturaleza, también ha incidido en el surgimiento de las epidemias. A partir de la epidemiología crítica latinoamericana, surge “la conceptualización de los procesos salud-enfermedad con base en su determinación social, dicha postura, conceptualiza a la salud-enfermedad como un proceso determinado social e históricamente, en el cual se interrelacionan diferentes componentes, cómo las dimensiones políticas, económicas, culturales y ambientales” (Cardona, 2016:186).

En función de lo anterior, cuándo un fenómeno epidemiológico se hace presente, “cada grupo se organiza colectivamente a través de medios materiales, pensamiento y elementos culturales para comprender y desarrollar técnicas en respuesta a las experiencias o episodios de enfermedad e infortunios, sean ellos individuales o colectivos” (Langdon y Wiik, 2010: 182).

El riesgo y el estigma, resultan ser dos elementos que son construidos social y colectivamente, con la finalidad de organizar y dar sentido a fenómenos naturales, como son las epidemias y pandemias. En el caso de México, se ha podido observar el surgimiento de distintas experiencias

colectivas entorno al riesgo que representa la enfermedad por COVID-19, desde prácticas de autocuidado, cómo el confinamiento y el distanciamiento social, pasando por reacciones escépticas sobre el virus y por consiguiente por una resistencia a acatar las medidas sanitarias impuestas por las instancias de salud pública, hasta llegar a reacciones violentas y antisociales, como las compras de pánico, el acaparamiento de medicamentos, y los ataques perpetuados en contra del personal de salud.

El COVID-19, es una enfermedad que se encuentra altamente politizada, ya que surge en un contexto altamente capitalista y globalizado, en el cuál, se presentan distintas pugnas de poder entre los países hegemónicos, (China, E.U.A y Rusia), para dar una solución a la pandemia, bajo un posible móvil de carácter político y económico. En este sentido, la construcción social del riesgo no sólo se construye con base en aspectos sociales, culturales y económicos, el discurso sobre el riesgo también ha sido construido y mediado por el sistema político y los medios masivos de comunicación.

La construcción social del riesgo frente a las contingencias epidemiológicas

El riesgo, ha sido abordado principalmente dentro de investigaciones que abordan la vulnerabilidad de los asentamientos poblacionales frente a desastres naturales o epidemiológicos. El término riesgo, tiene distintos usos y significados, en el campo de la medicina, se significa como “la probabilidad de que las personas sanas, pero expuestas a ciertos factores, adquieran o desarrollen una enfermedad dada. Tales factores, llamados de riesgo, son características que van acompañadas de un aumento en la probabilidad de que ocurra un proceso patológico” (García, 1998:77).

En el campo de la Antropología, el concepto de riesgo fue desarrollado por la antropóloga británica Mary Douglas, en sus obras *Purity and danger* (1966) y *Risk Acceptability According to the Social Sciences* (1986).

Douglas, analiza el riesgo y su concepción en las sociedades no occidentales, mal llamadas “primitivas”, con la finalidad de demostrar que el pensamiento considerado “salvaje” no difería del pensamiento occidental, ya que ambas sociedades compartían una noción del riesgo como un elemento nocivo y por lo tanto evitable. En este sentido, el riesgo, “no es un ente material objetivo, sino una elaboración, una construcción intelectual de los miembros de la sociedad que se presta particularmente para llevar a cabo evaluaciones sociales de probabilidades y de valores” (Douglas, 1986:56).

Al ser el riesgo un elemento que tiene presencia en todas las sociedades, este puede ser considerado como un hecho social morfológico, el cual es: “toda manera de hacer, establecida o no, susceptible de ejercer sobre el individuo una coacción exterior manteniendo el orden y la estructura en la sociedad, teniendo al mismo tiempo una existencia propia, independiente de sus manifestaciones individuales.” (Durkheim, 1997:51-52).

En función de lo anterior, el riesgo como hecho social colectivo, es “construido diferencialmente por cada sociedad con base en su nivel educativo y cultural, es decir, la existencia o no de los riesgos y su aceptación dependen de las características propias de cada sociedad” (De los Ríos y Almeida, 2010: 111).

En la obra de Douglas, se pueden encontrar dos conceptos centrales: el peligro y la culpabilidad, ambos elementos van a encontrarse presentes en

los distintos eventos epidemiológicos. Por un lado, el peligro “se refiere a las concepciones ancladas en las oposiciones entre puro e impuro y a los medios sociales tomados para contrarrestar las amenazas, mientras que la imputación de responsabilidad (culpa), designa la búsqueda del culpable en caso de desgracia” (Dehouve, 2016:33-34).

El riesgo y su relación con las impurezas

Anteriormente a que se tuviera la noción científica sobre los virus como transmisores infectocontagiosos, el ser humano comenzó a relacionar la presencia de la enfermedad con la suciedad y la impureza, generando distintos mecanismos para contrarrestarlas, mismos que van a pasar a convertirse en dispositivos sanitarios, implementados con la finalidad de contener y contrarrestar el efecto de las enfermedades.

La construcción social del riesgo en torno a la enfermedad, ha derivado en la implementación de distintas prácticas sanitarias, las cuales se han ido transformando y mejorando a lo largo del tiempo, con la finalidad de erradicar o contener las enfermedades infectocontagiosas. A continuación, se presentan algunos ejemplos de cómo las prácticas sanitarias se han ido configurando en torno a la emergencia de nuevos virus y bacterias.

Durante el siglo XIV, tuvo lugar la peste bubónica, conocida también como peste negra, dicha pandemia es considerada una de las más emblemática y devastadora en la historia de la humanidad, ya que diezmó a un tercio de la población del continente europeo, muriendo 200 millones de personas a causa de dicha enfermedad. En la actualidad, se tiene conocimiento que dicha pandemia encuentra su etiología en la zoonosis, (transmisión de la enfermedad de un animal a un

ser humano), efectuada mediante la picadura de pulgas infectadas con el virus *yersinia pestis*.

En el año de 1347, fecha en que apareció la peste en Sicilia Italia para después extenderse por el continente europeo, aún no se tenía conocimiento sobre la *yersinia pestis* y la zoonosis como vía de transmisión, por lo que dicha enfermedad emergente, se asoció con las impurezas ambientales y corporales, a partir de la teoría de la infección miasmática.

La teoría miasmática, plantea que las emanaciones fétidas de suelos y aguas, eran los principales causantes de las enfermedades, en ese sentido, se comienza a hablar de olores y aires malsanos, considerados signos de una inminente enfermedad. Aunque la teoría miasmática se sitúa en el siglo XVII, siendo sus precursores Thomas Sydenham y Giovanni María Lancisi, la medicina galénica durante la pandemia de la peste negra “estableció entre el mal olor y la putrefacción y entre ésta y la pestilencia; una asociación que tuvo un amplio reflejo en el establecimiento de medidas preventivas cuyo único objetivo era eliminar el mal olor y, aún mejor, perfumar el ambiente” (Arrizabalaga, 1991:111).

La teoría sobre la transmisión de la enfermedad mediante el aire y los olores fétidos, fue modificándose con el paso del tiempo, hasta acercarse a la teoría del contagio, la cual, en un inicio planteó que el espíritu aéreo mal sano, se transmitía mediante la mirada del enfermo, dicha forma de contagio fue documentada en el Tratado de epidemia (1349) firmado por un médico anónimo de Montpellier.

A partir de la idea de contagio, se implementaron dos importantes medidas profilácticas, las cuales siguen vigentes hasta la actualidad: la cuarentena

y el uso de equipo de protección médico. La implementación de la cuarentena como medida de contención, surgió en 1374, en Italia, mediante el Edicto de Reggio: “el término cuarentena derivó en término marítimo, aplicándose un período de aislamiento a los buques que llegaban de puertos de mala fama médica. Este período llevaba implícita la idea del período de incubación del virus” (Ledermann, 2003:15).

Respecto al uso de equipo de protección, los médicos de la peste negra se caracterizaron por utilizar un peculiar equipo de protección, el cual, hacía apología al horror de la enfermedad. Su confección es atribuida al médico francés Charles de Lorme, dicho traje consistía en un gran abrigo, botas, guantes de cuero, un sombrero acompañado de anteojos y una máscara en forma de pico con dos orificios, en el cual, se colocaban distintas hierbas aromáticas con la finalidad de evitar los miasmas y el contagio (figura 1).

Hoy en día, los trajes de bioseguridad han sido perfeccionados y son utilizados por el personal médico como una forma de protección contra patógenos de riesgo que van desde el nivel 1 hasta el 4, como es el caso del ébola (figura 2). A pesar de que las medidas médicas implementadas durante la peste no tuvieron resultados favorables respecto a la contención del contagio y la disminución de la mortalidad, “la peste negra del siglo XIV resultó ser uno de los impulsos para la mejora de las condiciones sanitarias” (Reklaityte, 2004: 241).

Otra de las epidemias que encuentra su etiología en el problema social relacionado con la ausencia de saneamiento, es el cólera, enfermedad intestinal producida por la bacteria *Vibrio Cholerae*, la cual se encuentra presente en agua y alimentos contaminados con heces fecales u otras excreciones, en este sentido, las condiciones mínimas de

Figura 1. Equipo de protección epidemiológico del médico de la peste



Fuente: Fuente: Grabado de Paul Fürst, 1656

Figura 2. Equipo de protección epidemiológico actual



Fuente: equiposprotección.com

higiene, va a implicar un factor de riesgo directo para el contagio y propagación de esta enfermedad entre los seres humanos.

El cólera, se ha presentado en la historia de la humanidad en distintas temporalidades y contextos sociales, produciéndose un total de 6 grandes pandemias causadas por dicha enfermedad. El primer gran brote de cólera se registró en 1816 en Calcuta, India. Debido a que la India representaba una periferia colonial para el imperio europeo, el cólera fue significado, “como una enfermedad del mundo colonial y de los pobres, los cuales fueron considerados sucios miserables y sin civilización” (Molano, 2020).

El segundo brote de cólera se presentó en 1826, afectando a Europa, principalmente a Inglaterra,

al igual que la peste negra, la presencia del cólera fue abordada a partir de la teoría del contagio y la teoría miasmática. Por un lado, se creía que el cólera se transmitía por el contacto con la persona enferma o con sus pertenencias, por lo que llegó “implementarse la cuarentena, el aislamiento de pacientes y la quema de sus objetos personales como medidas de contención” (Cerdeja y Valdivia, 2007). Respecto a la transmisión miasmática, nuevamente se presentó la teoría de que la enfermedad era transmitida por los aires malsanos, por lo que se debían realizar distintas operaciones para purificar el aire (Figura 3).

La práctica sobre la purificación del aire para contrarrestar los miasmas, se encuentra plasmada en la obra literaria *El amor en los tiempos de cólera* de Gabriel García Márquez, novela situada en

Figura 3. Representación de la pandemia del cólera en el siglo XIX



Fuente: Robert Seymour - A Short History of the National Institutes of Health National Library of Medicine photographic archive

la Colombia del siglo XIX durante el brote de la pandemia ocasionada por el *Vibrio cholerae*, en la cual, se narra lo siguiente:

Desde que se proclamó el bando del cólera, en el alcázar de la guarnición local se disparó un cañonazo cada cuarto de hora, de día y de noche, de acuerdo con la superstición cívica de que la pólvora purificaba el ambiente. El cólera fue mucho más encarnizado con la población negra, por ser la más numerosa y la más pobre, (1985:125).

Tal y como es señalado en la novela de Gabriel García Márquez, el cólera fue una pandemia que presentó una mortalidad diferencial por clase social, al respecto, el epidemiólogo ecuatoriano Breilh, señala que la enfermedad se encuentra atravesada por una “triple inequidad (por clase, etnia y género) que es propia de sociedades organizadas con base en una distribución desigual de la riqueza y del poder; las desigualdades epi-

demiológicas originadas por la sociedad son una evidencia empírica de dicha triple inequidad” (2003, 214).

En el año de 1848, se presentó una segunda epidemia de cólera en Inglaterra, la cual afectó sobremanera a los pobladores del sur londinense, dicha zona de la ciudad se encontraba conformada por la población más empobrecida de la sociedad inglesa, encontrando un ejemplo de cómo opera la desigualdad epidemiológica.

Se atribuye el descubrimiento de la bacteria *Vibrio cholerae* y su forma de transmisión, al médico inglés John Snow, quién observó dicha desigualdad epidemiológica, lo que lo llevó a descubrir que el agua utilizada para consumo humano, provenía corriente abajo del río Tamesí, por lo que plantea la hipótesis de que la enfermedad se transmitía mediante el agua:

El cólera se transmitía mediante la ingestión de una “materia mórbida” invisible al ojo humano, la cual debía actuar a nivel de los intestinos, produciendo un síndrome diarreico agudo con deshidratación severa. Esta “materia mórbida” había de reproducirse y eliminarse a través de las deposiciones, las cuales, finalmente, terminaban en aguas del Támesis. La gente, al beber el agua contaminada extraída del río, ingería la “materia mórbida” (Cerde y Valdivia, 2007:332).

Snow, publica dicha hipótesis, la cual fue refutada por la sociedad médica, quienes seguían asegurando que la teoría miasmática era la explicación correcta sobre la presencia de la enfermedad, es hasta el año de 1854, cuándo Snow puede implementar su teoría al presentarse otro brote de cólera en el sector de Golden Square, realizando una investigación cartográfica, por medio de la cual,

mapeó las distintas tomas de agua de la zona (figura 4), descubriendo que la bomba de agua ubicada en Broad Street (figura 5), era la fuente del contagio (Cerda y Valdivia, 2007:332).

John Snow, transmitió los resultados de su investigación a la autoridad sanitaria, pidiendo clausurar dicha bomba de agua, no obstante, al seguir siendo la teoría miasmática la hegemónica, tiempo después se reabrió la toma de agua. La teoría y método científico de Snow, representa un precedente en la historia de la epidemiología, marcando un antes y un después en el urbanismo y las medidas de sanidad en las ciudades.

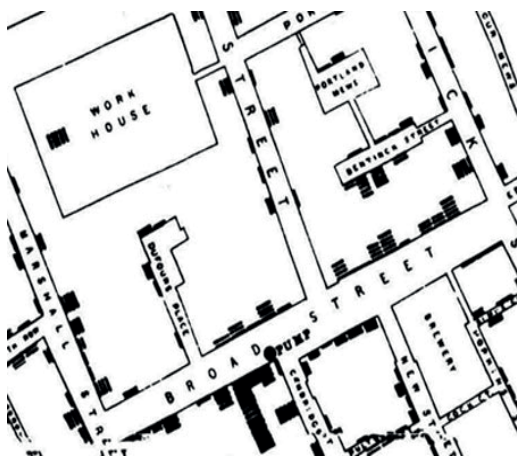
Respecto el concepto de suciedad como sinónimo de riesgo y enfermedad, Mary Douglas, va a enfatizar que “nuestra idea de la suciedad presenta dos aspectos: el cuidado por la higiene y el respeto de las convenciones. Las reglas de la higiene cambian, desde luego, a medida que se modifica el estado de nuestros conocimientos” (1973: 21).

Al irse modificando el conocimiento respecto a los orígenes y transmisión de los virus y bacterias, las sociedades humanas comenzaron a establecer distintas medidas de control sanitarias, como la purificación o cloración del agua para su consumo, la implementación de un sistema de drenaje y alcantarillado, la creación de vertederos de basura, el saneamiento y limpieza de los espacios públicos y la mejora de la higiene personal.

La sopa de Wuhan ¿un riesgo epidemiológico?

La actual pandemia por COVID-19, aunque encuentra su etiología en la zoonosis posiblemente transmitida por mamíferos como el murciélago o el pangolín, (aún no se sabe con exactitud cuál especie es la transmisora), también ha sido producto de una acelerada dinámica capitalista, la cual, “ha organizado y modificado la naturaleza a partir de una intensificación de la mercantilización de la vida social y biológica” (Molano, 2020).

Figura 4. Mapa epidemiológico de John Snow



Fuente: John Snow, 1854.

Figura 5. Toma de agua contaminada por cólera



Fuente: London Magazine "Fun". Agosto 18 de 1866

Respecto a la modificación y explotación acelerada de la naturaleza como una de las causas de la aparición del COVID-19, la activista y filósofa Vandana Shiva, va a señalar lo siguiente:

La invasión de los bosques y la violación de la integridad de las especies está propagando nuevas enfermedades. En los últimos 50 años, han surgido 300 nuevos patógenos a medida que destruimos el hábitat de las especies y las manipulamos para obtener ganancias. Según la OMS, el virus del Ébola se trasladó de animales salvajes a humanos. El virus se transmite a las personas de animales salvajes y se propaga en la población humana a través de la transmisión de persona a persona. El Coronavirus también ha venido de los murciélagos. Como dice Sonia Shah: cuando tálamos los bosques en los que viven los murciélagos, no solo se van, sino que vienen y viven en los árboles de nuestros patios y granjas (Shiva,2020).

La explotación de la naturaleza, ha traído consecuencias negativas para las sociedades humanas, como la contaminación y un sistema alimentario tóxico, elementos que van impactar directamente en la salud de los seres humanos, además de la explotación de los ecosistemas, las sociedades han lucrado con la vida de las especies animales y vegetales, un claro ejemplo de ello es la ingesta de alimentos preparados con animales que se encuentran en peligro de extinción, o que resultan no ser seguros para su consumo humano, tal sería el caso de la sopa de murciélago, famoso platillo del mercado de Wuhan.

La sociedad occidental, ha puesto la mirada en los alimentos que la población de Wuhan consumía dentro de dicho mercado, siendo la sopa de murciélago uno de los tantos platillos que ahí se ofrecían. La sopa de Wuhan, representa para

nuestro contexto sociocultural un tabú alimenticio, el cual es definido “como la práctica de evitar intencionalmente un producto alimenticio debido a su carácter cultural, sagrado o social” (Barfield, 2000: 504).

A su vez, la sopa de murciélago va a conceptualizarse como un elemento contaminado o sucio. Dentro de la cultura occidental, los murciélagos se encuentran asociados con roedores y estos a su vez, con la suciedad, por ende, su consumo humano es algo impensable para nuestra sociedad. La sopa de Wuhan, es un claro ejemplo de cómo cada cultura va a establecer sus parámetros respecto a lo que considera limpio/ sucio, comestible/no comestible y peligroso/seguro.

Independientemente de los tabús alimenticios y del choque entre las tradiciones culinarias de oriente y occidente, el mercado de Wuhan, es un claro ejemplo de la explotación del hombre sobre la naturaleza, y de lo contraproducente que resulta dicha práctica proveniente de un modelo económico capitalista y neoliberal, implementado tanto por países occidentales como orientales, lo que ha provocado un desequilibrio medioambiental, dando paso al surgimiento y propagación de nuevos virus y bacterias.

El riesgo al contagio

Los estudios epidemiológicos actuales, han dejado en el pasado la teoría miasmática, adscribiéndose a la teoría del contagio, como la principal causa de la expansión de los virus, por lo que la enfermedad va a significarse en torno al cuerpo, el cual “es ante todo un elemento cultural y una construcción simbólica, que permite entender a la enfermedad con una causa según la visión del mundo que la sociedad le otorgué” (Le Breton, 2002:14).

A partir de la teoría del contagio, los seres humanos van a convertirse en potenciales vectores, “organismos vivos que pueden transmitir enfermedades infecciosas entre personas, o de animales a personas” (OMS, 2014). Por consiguiente, la cuarentena y la sana distancia, representan las principales medidas de contención implementadas de manera global ante la pandemia por COVID-19.

En México, además del establecimiento del *quédate en casa* y la *sana distancia* como medidas de contención, la Secretaría de Salud ha implementado una campaña de salud en los distintos medios de comunicación, haciendo énfasis de la importancia de la higiene personal en tiempos de contingencia sanitaria, exhortando a la ciudadanía a realizar un constante lavado de manos y desinfección de objetos y superficies, para evitar el contacto con el virus.

Dichas medidas de prevención, nuevamente han trastocado la cotidianidad de los mexicanos, ya que, en 2009 con la aparición de la Influenza H1N1, también se implementaron medidas sanitarias y disciplinas corporales, como lavarse constantemente las manos, no llevarse las manos sucias a la cara, vigilar constantemente la distancia mantenida con otra persona en espacios públicos, y portar siempre cubrebocas al salir, y permanecer dentro de las unidades domésticas.

La disciplina de los cuerpos, supone la manera en la que discursos empleados “por la medicina, la religión, los medios masivos de comunicación y la educación, controlan y disciplinan los cuerpos con la finalidad de ‘normalizar’ y ‘naturalizar’ la existencia de los sujetos,” (Muñiz, 2010:42). El incorporar a nuestro habitus, las prácticas corporales, establecidas por las instancias de salud, resulta ser más complicado de lo que parece, en la práctica, se necesita un considerable lapso de

tiempo para que el ser humano pueda incorporar de manera natural, ciertos comportamientos y actitudes corporales.

La aceptabilidad social del riesgo

Así como la enfermedad se presenta de manera diferencial a partir de una triple inequidad (Breilh, 2003), la percepción social del riesgo y su aceptabilidad, también se encuentra atravesada por la clase social, la etnia y el género. Douglas y Wildavsky, señalan que los riesgos considerados por las sociedades occidentales modernas, corresponden “al temor de un ataque proveniente del extranjero, el crimen, la contaminación, el colapso económico” (1983:2). Respecto a las sociedades no occidentales analizadas por Mary Douglas, el riesgo se significa alrededor de prácticas como la brujería o por el incumplimiento de un tabú establecido por las autoridades de la comunidad.

En la actualidad, la sociedad occidental, se enfrenta a distintas amenazas latentes: contaminación, guerras, pobreza, violencia, desastres naturales y epidemiológico, “a partir del momento en que todo es fuente de riesgo, nadie puede esperar calcular precisamente la cantidad de amenazas que enfrenta -un individuo no puede mirar en todas las direcciones al mismo tiempo-lo que obliga a escoger los riesgos que se aceptan y los que se rechazan” (Dehouve, 2016:37).

En el caso específico de la sociedad mexicana, el fenómeno de la violencia representa uno de los mayores riesgos para la población. De acuerdo al Sistema Nacional de Seguridad Pública, el pasado 2019 se estableció como el año más violento del país, reportándose 20.599 decesos a causa de la violencia, a su vez, el desempleo y la crisis económica, se significan como otras amenazas latentes para los mexicanos.

En función de lo anterior, el INEGI, reportó el 19 de mayo de 2020, que un millón 976 mil de mexicanos se han quedado sin empleo debido a la contingencia sanitaria (Animal Político, 2020) por consiguiente, la cuarentena, ha sido significativa por un sector de la población, (en su mayoría perteneciente a la clase media-alta), como una medida de protección, mientras que, para el sector precarizado y desprotegido económicamente, representa una medida que los está condenando a la pobreza extrema.

A partir de mi lectura como antropóloga social, el COVID-19 en México y en otros países del sur global, ha tenido que competir respecto a peligrosidad, con otros elementos, como la violencia y la pobreza extrema, por ende, para un sector de la población el virus no ha sido considerado un peligro inminente o dentro de su clasificación de riesgo, la violencia, el desempleo y la pobreza, representan uno mayor, por lo que el virus pasó a ser un peligro aceptable con el cual han tenido que convivir, para poder seguir desarrollando en la medida de lo posible sus actividades económicas (figura 6).

Figura 6. Trabajar en tiempo de pandemia



Fuente: autor, 28 de mayo de 2020.

La acusación como reacción social frente a la enfermedad

Cuando una catástrofe se hace presente, los colectivos humanos buscan las causas responsables de dicho fenómeno. “Todas las sociedades atribuyen responsabilidades, es decir, trazan relaciones de causa y efecto entre los peligros naturales y las acciones humanas” (Dehouve, 2016:39). Buscar un culpable, tiene la finalidad de tomar ciertas medidas precautorias contra aquel elemento considerado riesgo.

Al inicio de la pandemia por COVID-19, la mayoría de los países occidentales, principalmente los del norte global, acusaron directamente a China señalándolo cómo el responsable del desastre epidemiológico, dicha acusación no es fortuita, ya que los “desastres son generalmente interpretados de manera política: siempre se encuentra para explicar a un chivo expiatorio ya designado por su impopularidad” (Douglas 2001, citado en Dehouve, 2016: 33).

Estados Unidos, al encontrarse en una guerra política y comercial con China, tuvo el afán de “demonizar a China, señalando las malas condiciones higiénicas en los mercados chinos y los extraños hábitos alimenticios como el origen del mal” (De Sousa Santos, 2020:25). En este sentido, la práctica del chivo expiatorio, surge “frente al sentimiento de impotencia y temor, la búsqueda de un chivo expiatorio ha sido siempre una de las más fáciles y demagógicas salidas” (Mitre, 2004: 131).

Cabe señalar, que no es la primera vez que China es señalado como el causante de la emergencia de una enfermedad, también le fue atribuida la responsabilidad por la peste negra del siglo XIV, bajo la hipótesis de que la peste viajó desde Chi-

na hacia Europa mediante la ruta comercial de la seda (Sánchez, 2008). Del mismo modo, la sociedad inglesa culpó a la India por el origen del cólera y la mayoría de los países del norte global han señalado a Haití y África como los culpables del origen y propagación del VIH.

A partir de un pensamiento etnocentrista y colonial, las grandes potencias del mundo han deslindado su responsabilidad respecto a los desastres epidemiológicos, empero, si hacemos un recuento histórico, Estados Unidos y algunos países de Europa, han tenido una participación crucial en el origen y propagación de los virus, debido a la forma en como han implementado los modos de producción, como ya se ha mencionado anteriormente, mediante una explotación acelerada de los recursos naturales, lo que pudo y sigue siendo, un posible detonante para la emergencia de nuevas enfermedades.

Culpar a otros de los infortunios acontecidos, es una práctica que encuentra presente en la mayoría de los eventos epidemiológicos, un ejemplo de ello es la peste negra, la cual “fue atribuida al enfado de Dios y a partir de ello conduce a la búsqueda de responsables: extranjeros, marginales, judíos, leprosos o supuestas brujas” (Urteaga y Eizagirre, 2013:150).

Durante la peste negra, los judíos fueron acusados directamente de ser los causantes de dicho mal, al no compartir rasgos socioculturales y religiosos con la sociedad europea, por consiguiente, comenzaron a ser acusados de profanar símbolos cristianos como la hostia consagrada, de realizar sacrificios humanos en sus rituales, y por último de envenenar los pozos de agua con la peste:

Se culpó a los judíos de Europa de la enfermedad y que sufrieron uno de los periodos de persecución más devastadores de la historia. Estimamos que había 363 ciudades con comunidades judías a lo largo de Europa antes de la peste negra. Durante la pandemia de la plaga, la mitad de los individuos de esas comunidades fueron asesinados o expulsados de sus casas (Koyama y Johnson, 2020).

A raíz de dichas acusaciones los judíos sufrieron distintas persecuciones y expulsiones en los países de Europa central, obligándolos a desplazarse hacia países de Europa del Este, como Polonia, no obstante, no todos corrieron con la misma suerte, más de 10 mil judíos fueron quemados vivos el 14 de febrero de 1349, en Estrasburgo, Alemania, dicho evento es conocido en la historia como la masacre de Estrasburgo (figura 7).

Figura 7. Quema de un grupo de judíos en Deggendorf, Bavaria, 1492



Autor: Xilografía de Schedel, Crónicas, Alemania, 1493.

De igual forma, la sociedad inglesa acusó directamente a los hindús como los responsables de la presencia del cólera, por haber surgido en el delta del río Ganges. No obstante, la emergencia de dicha enfermedad, justificó aún más el dominio del imperio británico sobre la India, ya que se creó un discurso colonialista que situaba a los hindús como una población “sucias” e “incivilizada”, que necesitaba ser incorporada a la civilización europea, aunque dicha “incorporación” significaba un dominio y explotación colonial.

A continuación, se presenta una litografía de 1832, en la cual se puede observar a John Bull, una personificación nacional del Reino Unido, “atrapando” al cólera, representado mediante un hindú de piel azulada, un rasgo físico característico en los enfermos de cólera (figura 8).

A partir del brote y contagio del VIH o A.I.D.S, en Estados Unidos la comunidad masculina gay fue acusada públicamente como la responsable de la aterradora enfermedad, generando una histeria

colectiva, a partir de la cual, se violentó, discriminó y excluyó a los hombres gay norteamericanos durante los años setentas, en este contexto, el contacto sexual entre hombres, se significó como una práctica impura, sucia y por tanto peligrosa. Fue hasta 1986, cuando se tuvo un mayor conocimiento sobre la transmisión del virus, que se estableció que el VIH, se transmite por sostener relaciones sexuales sin preservativo (sin importar el tipo de orientación sexual), y por el contacto directo con sangre infectada, ya sea por transfusión sanguínea o por compartir jeringas y otros utensilios punzocortantes.

A pesar de los descubrimientos y avances médicos respecto al virus, la responsabilidad que recayó sobre la comunidad LGBT sigue latente, lo que ha significado una lucha para dicha comunidad, quienes han buscado sensibilizar a la población respecto a las personas VIH positivas (figura 9). Desafortunadamente, durante el siglo XX, el SIDA se significó como una enfermedad que contenía los temores y estigmas de todas las pestes:

La muerte al azar (cólera), el temor y el rechazo (el perro rabioso), la segregación y la muerte en vida (lepra), el castigo a la vida licenciosa (la sífilis), la muerte inevitable, lenta y contagiosa (tuberculosis) y los hombres de iglesia, abriendo sus brazos sin temor al contagio, allí donde los médicos vacilan. (Ledermann, 2003:16).

Figura 8. “Litografía de John Bull atrapando el cólera”



Autor: James Gillray, 1832.

La construcción del estigma en torno al cuerpo enfermo

Culpar a otros por el origen de la enfermedad, es una historia que se repite continuamente, y es a partir de la teoría del contagio, que se comienza a hacer una separación entre lo sano y lo patológico, surgiendo de esta forma, la estigmatización, exclusión, rechazo y temor hacia el cuerpo enfer-

Figura 9. “Necesitamos investigación no histeria” Manifestantes en un desfile del orgullo gay en Manhattan, 1983.



Fuente: Barbara Alper

mo. Foucault, “analiza siempre en corpus históricos las formas y las maneras que se establecen dispositivos de poder cuando la peste se declara en una ciudad o cuando hay que apartar a unos sujetos considerados impuros para el conjunto del orden social” (Vaggione, 2013:140).

La práctica de estigmatizar a las personas en base a características o marcas físicas corporales, se remonta a la sociedad griega, quienes crearon el término para “referirse a signos corporales con los cuales se intentaba exhibir algo malo y poco habitual en el estatus moral de quien lo presentaba, los signos consistían en cortes o quemaduras en el cuerpo, y advertían que el portador era un esclavo, un criminal o un traidor” (Goffman, 2006:11).

La lepra, es una de las enfermedades que Foucault (1994:202) toma como referencia, para enfatizar que la enfermedad produce un estigma y exclusión en torno a los cuerpos de los sujetos

considerados enfermos, “el leproso está prendido en una práctica del rechazo, del exilio-clausura; se le deja perderse allí como una masa que importa poco diferenciar”

En función de lo anterior, el estigma es, ante todo, una práctica discursiva entorno a la cual, se construye la otredad y las formas de relacionarse con ella, en la mayoría de los casos de manera evasiva y violenta, al respecto, la antropóloga médica Nancy Scheper-Hughes señala lo siguiente:

El estigma contiene todas aquellas oposiciones excluyentes y dicotómicas que nos permiten trazar los límites seguros de lo aceptable, lo permisible, lo deseable, aplacando así nuestros propios miedos y fobias respecto a la enfermedad, la muerte y el deterioro, la locura y la violencia, la sexualidad y el caos (1977: 358).

Los judíos, la sociedad hindú y la comunidad LGBT, representan colectivos estigmatizados a

partir de determinaciones sociales, como el género y la etnia, elementos que los relacionaron como responsables o portadores de las enfermedades. El estigma y la acusación, también van a encontrarse presentes en la actual pandemia por COVID-19, a continuación, se presentan algunas de las prácticas y reacciones colectivas que han surgido entre la sociedad mexicana en la actual contingencia sanitaria.

Estigma y Acusación en tiempos de COVID-19

La enfermedad por COVID-19, ha causado gran temor, debido a su condición de enfermedad emergente y desconocida, “el significado literal de la pandemia de coronavirus es el miedo caótico generalizado y la muerte sin fronteras causado por un enemigo invisible” (De Sousa Santos, 2020: 32). El temor al Coronavirus, ha generado distintas reacciones sociales, entre las cuales podemos encontrar el señalamiento, la acusación y ataques verbales y físicos.

A partir de la observación en redes sociales y medios de comunicación, se ha podido identificar, que, en cada fase de la emergencia sanitaria, se han presentado distintas reacciones sociales, las cuáles fueron tornándose más agresivas conforme fue agudizándose la problemática sanitaria, por consiguiente, el temor a enfermar, también fue incrementándose.

Las redes sociales y los medios de comunicación, han tenido una importante participación respecto al incremento del temor y la incertidumbre entre la población mexicana, noticias falsas con tintes amarillistas, cómo el supuesto despojo del líquido de las rodillas a pacientes con COVID, la muerte instantánea de los enfermos al ser intubados, y el uso del dióxido de cloro para curar y preve-

nir la enfermedad, son casos emblemáticos de las problemáticas sociales, que ha generado la saturación de información en medios de comunicación, principalmente, en las redes sociales, como Facebook, Instagram y Twitter, medios virtuales, en dónde se han difundido las distintas narrativas que han surgido en torno a la pandemia.

En la primera fase de la pandemia, los casos positivos de COVID-19, fueron atribuidos a contagios provenientes del exterior, por lo que comenzaron a ser señaladas las personas que habían viajado al extranjero como los culpables de traer consigo el virus. El 27 de febrero de 2020, surge en el país el primer caso de COVID-19 positivo, fue una persona del sexo masculino, quién había llegado de Italia, posteriormente, comenzaron a presentarse más casos de contagios externos, es decir, de personas que viajaron al extranjero y adquirieron la enfermedad durante el transcurso de su viaje

En México, los determinantes sociales de la salud, van a encontrarse muy marcados por la condición de clase, ya que vivimos en un país en dónde las condiciones económicas influyen en las desigualdades individuales y colectivas respecto a los procesos salud-enfermedad. Al ser la clase media-alta, la que cuenta con un poder adquisitivo para realizar viajes al extranjero, y al circular en distintos medios de comunicación, noticias respecto a empresarios contagiados de COVID-19, la enfermedad comenzó a asociarse con dicha clase social, a diferencia de otras pandemias, el Coronavirus en un inicio se significó como una enfermedad “de los ricos”.

El primer deceso a causa de Coronavirus en México, se presentó el 23 de marzo de 2020. Martha, una mujer de 61 años a siete días de su regreso de Europa fue la primera mexicana víctima del virus. Posteriormente a la noticia sobre su muerte,

comenzaron a circular en las redes sociales, fotografías de Martha posando junto a su familia en distintos monumentos históricos de Francia e Italia, en las mismas, se les podía observar portando cubre bocas, y en algunas de dichas fotografías, el hijo de Martha escribió comentarios respecto a su experiencia de viaje en medio de la pandemia.

El hecho de que la familia viajará teniendo una noción sobre la contingencia sanitaria, generó una serie de ataques en redes sociales en contra de esta familia, a quienes se les acusó de irresponsables y de ser culpables de la muerte de Martha y de la propagación del virus en México.

Días después, PROCESO, sacó una nota publicada el 1 de abril de 2020, titulada “El sueño de María Martha que el COVID-19 convirtió en pesadilla” (Díaz, 2020), en el cuál, los hijos de Martha, (quiénes también contrajeron la enfermedad), señalaron que el único sueño de su madre, una mujer de clase media pero de orígenes precarios, era el de conocer Europa, y a partir de la publicación y circulación de las fotografías de su viaje en redes sociales, no han dejado de ser atacados y violentados por la ciudadanía, orillándolos a cerrar todas sus redes sociales.

Durante la segunda fase de la emergencia sanitaria, al presentarse contagios locales, el COVID-19 dejó de significarse cómo una enfermedad que sólo afectaba a las personas de clase media-alta por haber viajado al extranjero, y comenzó a verse como un riesgo latente para el resto de la población, sobre todo para los adultos mayores y personas que presentaban comorbilidades como diabetes, hipertensión, sobre peso, VIH, cáncer entre otros padecimientos.

Cuando el COVID-19 representó un riesgo real y latente, la población comenzó a realizar com-

pras de pánico, acaparando productos de higiene, como desinfectantes en aerosol, gel anti bacterial, cloro, jabón, cubrebocas y papel higiénico, con la finalidad de disminuir el riesgo al contagio.

No obstante, al ser el riesgo una construcción social, su “sentido y valor cambia en función de los contextos” (Urteaga y Eizagirre, 2013: 149), por consiguiente, la aceptabilidad del riesgo sobre la enfermedad, ha generado una confrontación entre distintos sectores de la población; la clase social, la edad y las creencias sobre los procesos salud-enfermedad, han diversificado las prácticas de autocuidado, generando que un sector de la población acate las medidas sanitarias, mientras que otros sectores, se han mantenido escépticos y por consiguiente no han implementado las medidas recomendadas.

Dicho conflicto, ha visibilizado las desigualdades y discriminaciones sociales que existen en la estructura social mexicana, las cuales se han manifestado mediante una caricaturización clasista de los sectores que al tener una percepción distinta sobre él coronavirus y su contagio, realizaron actividades consideradas peligrosas e imprudentes para otro sector de la población, cómo el ir a comprar mariscos en tiempo de cuarentena abigarrando tianguis y mercados, o hacer largas filas para comprar una pizza para celebrar el día del niño.

A partir de dichas acciones, comenzaron a circular en redes sociales, imágenes humorísticas conocidas bajo el nombre de “memes”, en las cuáles se retrataba a este sector como personas de escasos recursos económicos e ignorantes, inclusive se hacía referencia sobre su tono de piel oscura y su forma de vestir, dicha representación nos remite a la práctica de estigmatizar al “otro”. Las redes sociales, al igual que las ilustraciones y xilografías presentadas anteriormente, han tenido la

función de plasmar las prácticas de acusación y señalamiento en tiempos de COVID.

En la fase dos de la contingencia, se presentan reacciones más complejas y violentas. Al ser el SARS-CoV-2, un virus invisible, el cuál no produce marcas visibles en el cuerpo del enfermo, como la peste negra, la viruela, o el cólera, un sector de la población comenzó a asociar la presencia del virus con los espacios hospitalarios y por consiguiente con el personal médico, el cual se encuentra laborando dentro de dichos espacios, quienes lamentablemente han sido estigmatizados y considerados un riesgo de contagio.

A principios de abril, comenzaron a circular en redes sociales y en distintos medios periodísticos, denuncias sobre ataques físicos y verbales cometidos en contra del personal de salud, dichos ataques han sido perpetuados por civiles, quienes, al identificar al personal de salud a partir de su

uniforme de trabajo, han reaccionado de manera violenta a causa del temor de ser contagiados.

Entre los ataques que se han presentado, encontramos a médicos y enfermeras rociados con cloro con la finalidad de ser “desinfectados” (figura 10), agresiones verbales e inclusive físicas en espacios públicos (figura 11), mensajes y grafitis en las puertas de las casas del personal médico con amenazas; discriminación por parte de algunos conductores de transportes públicos, quienes han negado el servicio al personal de salud, y recientemente se reportó el secuestro y extorsión de varios médicos en un hotel de la ciudad de México.

El personal de salud, enfrenta un riesgo constante al encontrarse en la primera línea de batalla en la lucha contra el COVID-19, una lucha que ha cobrado la vida de varios integrantes de dicho sector, aunado a este riesgo, se han tenido que enfrentar a prácticas estigmatizadoras y violentas,

Figura 10. “Me vaciaron una botella de cloro en la cabeza” Luis, enfermero.



Fuente: El País, 14 de abril de 2020

Figura 11. “Contusiones y un dedo roto por llevar uniforme”. Sandra, enfermera.



Fuente: El País, 14 de abril de 2020

perpetuadas en su contra debido al desempeño de su profesión. Este hecho, es un claro ejemplo de cómo puede llegar a reaccionar la sociedad por el temor hacia la enfermedad, “los individuos que forman parte de un sistema definen sus riesgos y reaccionan de manera violenta a algunos de ellos, ignorando a otros, de una manera compatible con el mantenimiento de este sistema” (Douglas, 1986: 56).

Reflexiones finales.

Desde la *yersina pestis* hasta el SARS-CoV-2, los virus han sido significados por el colectivo humano, como enemigos invisibles y mortales que deben ser erradicados, no obstante, algunos de estos patógenos han llegado para quedarse, obligando a los seres humanos a desarrollar distintas medidas de protección para evitar el riesgo al contagio y a la enfermedad, la implementación de medidas sanitarias, la creación de vacunas y el desarrollo del conocimiento epidemiológico, representan algunas de las medidas implementadas a lo largo de historia.

El estigma y la acusación, son dos mecanismos de defensa que las sociedades han implementado en los distintos eventos epidemiológicos, por tanto, es importante hacer una revisión histórica y antropológica, sobre las pandemias y los fenómenos sociales que desencadenaron, con la finalidad de comprender el porqué de las reacciones y prácticas que acontecen hoy día, y sobre todo para recordar, que todos los seres humanos tendemos a reaccionar contradictoriamente cuándo nos encontramos expuestos a elementos considerados riesgosos por nuestro grupo social.

El miedo ante la enfermedad, es un sentimiento inherente en el ser humano, y protegerse ante el

riesgo es una práctica que se encuentra presente en todas las sociedades, “ante los temores que afectan a la sensibilidad colectiva, tales como la epidemia, el incendio, la hambruna, la guerra o el enfado divino, las sociedades despliegan mecanismos de defensa empíricos” (Urteaga y Eizagirre, 2013:150). Dichos mecanismos de defensas al ser empíricos, pueden resultar ser contradictorios o poco ortodoxos, tal es el caso de los ataques en contra de ciertos colectivos o grupos humanos.

Ningún ser humano se encuentra exento de sentir temor, al respecto G. Walter Ledermann, médico infectólogo chileno, en su artículo, *El hombre y sus epidemias a través de la historia*, narra cómo en 1994, solicitaron el apoyo de un especialista para examinar a un infante con VIH, el experto observó al infante a través de una puerta de cristal desconociendo que tenía dicha enfermedad, al preguntar sobre su diagnóstico y al escuchar la palabra SIDA, “él médico se mostró asustado y dijo que bastaba con lo que le habían contado, no siendo necesario el examen físico” (2003:13).

Con este ejemplo, podemos observar que el ser humano tiene un miedo arcaico a la enfermedad, el cual se puede hacer presente, sin importar los grados académicos o conocimientos adquiridos. En el caso de México, el temor hacia el Coronavirus, se acrecentó debido a que nos encontramos viviendo en un sistema en dónde la necropolítica se encuentra latente, y que puede observarse en el desmantelamiento del sistema de salud público, a causa de las distintas reformas neoliberales que han acontecido en el país, acrecentando aún más, la desigualdad respecto al acceso y atención de la salud, en este sentido, el miedo de la población no sólo radica en el hecho de enfermarse, si no en el desahucio que esto representa al no tener acceso a un sistema de salud universal.

Para concluir, en tiempos de crisis, necesitamos hacer una revisión histórica y antropológica sobre los riesgos epidemiológicos, para encontrar nuevas formas de enfrentarlos de una manera más solidaria y empática, alejándonos de prácticas como la estigmatización y la acusación. Como colectivo

humano, debemos de asumir la parte de responsabilidad que nos corresponde, y a su vez, tomar conciencia de que, mientras sigamos consumiendo, explotando y transformando aceleradamente la naturaleza, el riesgo a un nuevo desastre epidemiológico seguirá acechándonos.

Referencias bibliográficas

- Animal Político. (2020). México inició la crisis por COVID-19 con dos millones sin empleo, reportó el INEGI. <https://www.animalpolitico.com/2020/05/sube-desempleo-mexico-millones-personas-primer-trimestre-2020/> (consultado el 30 de mayo de 2020).
- Arrizabalaga, J. (1991). “La Peste Negra de 1348: los orígenes de la construcción como enfermedad de una calamidad social”, *Revista Dynamis*, vol. 11: 73-117.
- Barfield, T. (2000). *Diccionario de Antropología*. México: Siglo XXI, 618-620.
- Breilh, J. (2003). *Epidemiología crítica*. Quito: Lugar editorial, 214.
- Cardona, J. (2016). “Determinantes y determinación social de la salud como confluencia de la salud pública, la epidemiología y la clínica”, *Archivos de Medicina*, vol. 16, Núm. 1:183-191.
- Cerda, L. y Valdivia, C. (2007). “John Snow, la epidemia de cólera y el nacimiento de la epidemiología moderna”, *Rev. chil. Infectol*, vol.24, Núm.4: 331-334.
- De Sousa Santos, B. (2020). *La cruel pedagogía del virus*. Buenos Aires: CLACSO, 25-27.
- Dehouve, D. (2016). *Antropología de lo nefasto en comunidades indígenas*. San Luis Potosí: El Colegio de San Luis, 31-46.
- De los Ríos, J. y Almeida, J. (2010). “La contribución percepciones y formas de adaptación a riesgos socioambientales en el páramo de Sonsón, Colombia”, *Cuadernos de Desarrollo Rural*, vol. 7, Núm.65: 109-127.
- Díaz, L. (2020). El sueño de María Martha que el covid-19 convirtió en pesadilla. <https://www.proceso.com.mx/624121/el-sueno-de-maria-martha-que-el-covid-19-convirtio-en-pesadilla> (consultado el 10 de abril de 2020).
- Douglas, M. (1973). *Pureza y peligro. Un análisis de los conceptos de contaminación y tabú*. Madrid: Siglo XXI, 21.
- Douglas, M. y Wildavsky, A. (1983). *Risk and Culture. An Essay on the Selection of Technological and Environmental Dangers*. Los Angeles: University of California Presses, 2.
- Douglas, M. (1986). *Risk Acceptability According to the Social Sciences*. Nueva York: Russell Sage Foundation, 56.
- Durkheim, E. (1997). *Las reglas del método sociológico*. México: Fondo de Cultura Económica, 51-52.
- Foucault, M. (1994). *Vigilar y castigar. Nacimiento de la prisión*. México: Siglo XXI, 202.
- García, J. (1998). “Medición del riesgo en epidemiología. Primera parte”, *Revista Mexicana de Pediatría*, vol. 65, Núm.2:76-83.
- García Márquez, G. (1985). *El amor en los tiempos de cólera*. México: Diana, 125.
- Goffman, E. (2006). *Estigma. La identidad deteriorada*. Buenos Aires: Amorrortu, 11.
- Koyama y Johnson (2020). Las pandemias y la persecución de las minorías. [92 Salud Problema • Segunda época • año 14 • número 27 • enero-junio 2020](https://www.letras-</p>
</div>
<div data-bbox=)

- libres.com/espana-mexico/historia/las-pandemias-y-la-persecucion-las-minorias (consultado el 17 de abril de 2020).
- Langdon, E. y Wiik, F. (2010). “Antropología, salud y enfermedad: una introducción al concepto de cultura aplicado a las ciencias de la salud”, *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, vol. 18, Núm. 3: 178-185.
- Le Breton, D. (2002). *Antropología del cuerpo y modernidad*. Buenos Aires: Buena Visión, 14.
- Ledermann, W. (2003). “El hombre y sus epidemias a través de la historia”, *Rev Chil Infect*, edición aniversario: 13-17.
- Mitre, E. (2004). *Fantasmas de la sociedad medieval: enfermedad, peste muerte*. Valladolid: Universidad de Valladolid, 131.
- Molano, F. (2020). Pandemias: capitalismo naturaleza. Tercera sesión: cólera. https://www.youtube.com/watch?v=9AsPN7UMyMU&lc=Ugwrw_zuqxVPM2r2J4AaABAg (consultado el 23 de abril de 2020).
- Muñiz, E. (2010). *Disciplinas y prácticas corporales, una mirada a las sociedades contemporáneas*. México: Anthropos, 42.
- OMS. (2014). Día Mundial de la Salud, enfermedades transmitidas por vectores. Campañas mundiales de salud pública de la OMS. <https://www.who.int/campaigns/world-health-day/2014/event/es/> (consultado el 20 de mayo de 2020).
- Reklaityte, I. (2004). “Las condiciones higiénico sanitarias en las ciudades europeas: introducción al análisis”, *SALDVIE*, Núm. 4:229- 245.
- Sánchez, D. (2008). “La muerte negra. El avance de la Peste”, *Revista Med*, Núm. 16: 133-135,
- Scheper-HugheS, N. (1977). *Las muertes sin llanto*. Barcelona: Ariel, 358.
- Shiva, V. (2020). Vandana Shiva sobre el coronavirus: de los bosques a nuestras granjas, a nuestro microbioma intestinal. <https://navdanyainternational.org/es/vandana-shiva-sobre-el-coronavirus/> (consultado el 23 de abril de 2020).
- Urteaga, E. y Eizagirre, A. (2013). “La construcción social del riesgo”, *EMPIRIA. Revista de Metodología de las Ciencias Sociales*, Núm. 25: 147-170,
- Vaggione, A. (2013). *Literatura / enfermedad: escrituras sobre sida en América Latina*. Córdoba: Editorial CEA, 140.

Violencia estructural y salud subjetiva: los casos de Mérida y Morelia de 2006 a 2017

Adrián Govea Fernández Cano* • Sergio López Moreno**

RESUMEN

El presente trabajo pretende identificar cómo ha influido la violencia estructural sobre la salud de la población en México, específicamente en las ciudades de Morelia, Michoacán y Mérida, Yucatán, entre 2006-2017. La investigación enfatiza la diferencia entre violencia subjetiva y violencia objetiva (o estructural), conceptos descritos por Benjamín y Zizeck. El concepto de salud-enfermedad se abordó desde la interpretación de la medicina social (Laurell y Menéndez), diferenciando dos tipos de salud: a) la salud objetiva (en su expresión corporal y psicológica) y b) la salud subjetiva (como la capacidad para elegir libremente la vida que se considera valiosa). El concepto de capacidad se aborda como la calidad de vida que cada persona puede alcanzar gracias a la libertad que tiene para elegir la vida que desea vivir. La limitación de las capacidades en salud impide a los sujetos elegir libremente su vida, lo que tiene consecuencias significativas incluso sin haber sufrido un acontecimiento de violencia. La investigación buscó conocer el significado de la violencia sobre la salud subjetiva.

PALABRAS CLAVE: Violencia Estructural, Salud Colectiva, Salud Subjetiva, Miedo, Capacidades.

Structural violence and subjective health: the cases of Mérida and Morelia from 2006 to 2017

Abstract

This work aims to identify the impact of structural violence on the health of Mexico's, specifically in the cities of Morelia, Michoacán and Mérida, Yucatán, between 2006-2017. The work emphasizes the difference between subjective and objective violence, concepts described by Benjamin and Zizeck. The concept of health was addressed from the interpretation of social medicine (Laurell and Menéndez).

* Doctor en Ciencias en Salud Colectiva por la Universidad Autónoma Metropolitana (UAM). Visitador adjunto encargado de capacitar, atender y brindar apoyo en materia psicológica y de derechos humanos en la Comisión Nacional de los Derechos Humanos (CNDH). Correo electrónico: adriangoveaf@yahoo.com.mx** Doctora en Ciencias en Salud Colectiva por la Universidad Autónoma Metropolitana (UAM). Profesora-Investigadora de la Licenciatura de Promoción de la Salud del Colegio de Ciencias y Humanidades en la Universidad Autónoma de la Ciudad de México (UACM).

** Doctor en Epidemiología por la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM). Profesor Investigador del Doctorado en Ciencias en Salud Colectiva, División de Ciencias Biológicas y de la Salud, en la Universidad Autónoma Metropolitana Unidad Xocbimilco.

Fecha de recepción: 19 de febrero de 2020.

Fecha de aceptación: 06 de marzo de 2020.

We distinguish two types of health: a) the objective (in its organic and psychological expression) and b) subjective health (as the ability to freely choose the life that every one considered more valuable). The concept of capacity is addressed as the quality of life that each person can achieve thanks to the freedom they have to choose the life they want to live. The limitation of health capabilities prevents subjects from freely choosing their lives, which has significant consequences even without having suffered an event of violence. The research sought to know the meaning of violence on subjective health.

KEYWORDS: structural violence, collective health, subjective health, fear and capabilities

Introducción

En México, a partir de diciembre de 2006, la violencia se generalizó a tal grado en infinidad de comunidades y pueblos mexicanos, que en algunos sitios la situación fue comparable a un estado de guerra, Andreas Schedler (2015), señala que el nombre de guerra civil se puede dar cuando se presenta una confrontación entre un grupo armado y el Estado, causa por lo menos mil muertos en un año. En conjunto, en los dos últimos gobiernos se han registrado 234 mil muertes violentas, siendo 2017 el año más violento en la historia reciente del país¹ (Hernández, 2017).

Las políticas de seguridad implementadas por el gobierno en los años 2006-2017 se caracterizaron por una “salida” a las calles de las Fuerzas Armadas (Secretaría de la Defensa Nacional y Secretaría de Marina Armada de México).

En este estudio se evalúan los efectos de la violencia comparando dos entidades federativas: Michoacán y Yucatán. La comparación es lícita debido a que la presencia militar fue muy distinta, y además porque de acuerdo con la Encuesta Nacional de Victimización y Percepción sobre Seguridad Pública (ENVIPE) del Instituto Nacional

de Estadística y Geografía (INEGI), los habitantes del Estado de Yucatán percibieron menos de la mitad de delitos dolosos que los habitantes de Michoacán (INEGI, 2016).

Por ello, se presenta el impacto que la violencia estructural tiene específicamente en las poblaciones de Mérida y Morelia en su proceso de salud-enfermedad, fundamentalmente a partir del miedo y la pérdida de la confianza.

El periodo de estudio se caracteriza por ser el de mayor incremento en la violencia en la historia reciente de México, y parece innegable que la presencia militar, agregada a la del crimen organizado, afectó la salud de los habitantes de las ciudades y pueblos del país.

Es importante discutir la relación entre la violencia estructural y la salud desde una mirada amplia, esto se podría plantear a partir del estudio de las condiciones de vida, las cuales deben ser entendidas desde una caracterización histórica del sujeto.

Un estudio publicado en la revista “Health Affairs” (Aburto et. al., 2015) refiere que la esperanza de vida en México había aumentado durante más de seis décadas; sin embargo, el crecimiento sin precedentes de homicidios después de 2005 condu-

¹ Datos del Secretario Ejecutivo del CNCP señalan que de enero a octubre de 2017 se han registrado 23,968 homicidios dolosos (Hernández, 2017).

jo a una reversión en la esperanza de vida en los hombres. El estudio demuestra que el aumento de la violencia en el país tuvo un impacto en la esperanza de vida de los hombres con la llamada “lucha contra los cárteles” iniciada en el estado de Michoacán en 2006, la cual continuó principalmente al norte del país. Como se ha señalado, la ENVIPE publicada por INEGI el 27 de septiembre de 2016 reveló que la tasa de víctimas del delito incrementó permanentemente durante el periodo que corre entre 2010 y 2015: en 2010 la tasa fue de 18.2 víctimas por cada cien mil habitantes; en 2011 de 18.8; en 2012 de 21.6; en 2013 de 22.5; en 2014 de 22.8, hasta llegar finalmente a 23.3 en 2015. En la misma encuesta también se muestra la percepción de la población respecto de la seguridad pública por entidad federativa y se puede observar que el 71.7 por ciento de la población de Michoacán percibía un ambiente de inseguridad, mientras que en el Estado de Yucatán este porcentaje sólo alcanzaba el 31.5 por ciento.

La presencia de militares en las calles encargados de realizar trabajos de investigación propios de las policías municipales provocó que la vida cotidiana de los habitantes permanentes y turistas, cambiara drásticamente.

La manera en la que se ha estudiado la violencia de Estado tiene distintas aristas, existen escasos estudios sobre la influencia de la violencia de Estado sobre el proceso salud-enfermedad. La literatura relacionada con el impacto de la violencia sobre el proceso salud-enfermedad es casi nula. No se han estudiado los daños causados a la población que no sufrió directamente la violencia de Estado. Es decir, no se toma en cuenta a los ciudadanos que ven modificadas sus condiciones de vida, familiares y de trabajo, esenciales para su desarrollo como sujetos.

Marco conceptual

Para conocer como influyó la violencia estructural en la salud subjetiva en las ciudades de Mérida y Morelia durante el periodo 2006-2017, es necesario desarrollar los conceptos de violencia estructural, salud colectiva, salud subjetiva, miedo y capacidades.

Los gobiernos son actores fundamentales que inciden en el proceso de salud-enfermedad; en el periodo de estudio mencionado, México estaba enfrentando cambios políticos significativos que buscaban principalmente obtener legitimidad para gobernar; las teorías de Estado que han sido abordadas por autores como Thomas Hobbes en el *Leviatán*, que explica la dominación de los hombres a través del miedo a una muerte violenta (Hobbes, 2004), permite comprender el lugar que los gobiernos tienen sobre la población, en el cual se pensaba al Estado como una necesidad de protección. Norberto Bobbio (Bobbio, 1989) abandona el término Estado y lo sustituye por el de sistema político, quien ejerce el monopolio del uso legítimo de la fuerza.

El Estado tiene el “derecho” de ejercer la fuerza para mantener el orden social. El derecho consiste en ejercer una violencia sobre los actos violentos con el fin de mantener el control del propio Estado, sin embargo, no se habla de violencia, sino de uso legítimo de la fuerza. La Ley previene la posibilidad de que la sociedad utilice su fuerza en contra del Estado.

Así, la voluntad del poder (política) es el impulso vital y fundamental que se presentó en México durante los años 2006- 2017. Los Estados buscan el control del zóo a través de la política, que se puede obtener por medio de la sangre, por medio de la muerte o por medio del espectáculo (Agam-

ben, 2010). La vida de las personas es marcada por la política, al grado que la vida y la muerte están determinados por ésta (Agamben, 1995).

La violencia se encuentra presente a lo largo de la historia y se inscribe como parte indispensable de las sociedades (Girard, 2006), la violencia no es natural, son las circunstancias sociales las que determinan las acciones y sus modalidades de violencia, es un comportamiento adquirido (Ted Gurr, citado por Blair, 2009); Jean-Marie Domenach (1981)— refiere que la violencia predominante desde el siglo XX es en el aspecto político.

Al estudiar como influyó la violencia en el proceso salud-enfermedad, la Organización Mundial de la Salud (OMS) otorga un corte fuertemente biologicista, refiere que se trata del uso intencio-

nado de la fuerza o del poder físico, así como las amenazas contra uno mismo o contra otro sujeto.

Así pues, entenderemos como violencia la postura de Slavoj Zizek, quien retoma y desarrolla las propuestas originalmente planteadas por Walter Benjamín. Zizek nos aproxima a una definición de violencia dividiéndola en dos grupos: a) violencia subjetiva y b) violencia objetiva.

Los actos violentos cometidos y percibidos por los sujetos como acciones que dañan a otros sujetos y que están constituidos por acciones contra las personas, las instituciones o los gobiernos, son denominados violencia subjetiva (Zizek, 2009). La violencia que no puede percibirse tan fácilmente ha sido llamada violencia invisible o violencia objetiva. La violencia objetiva es aquella

Tabla 1. Tipología de la violencia

Violencia	A	B	C	Impacto
Autoinflingida	Comportamiento suicida	Autolesiones		En este tipo de violencia la OMS incluye los pensamientos suicidas llamados para-suicidios o intentos deliberados de matarse.
Interpersonal	Familia o pareja	Comunidad		Se observa en lo físico, en lo sexual, en los psíquico y en la privación o descuido.
	Menores			
	Pareja			
Ancianos				
Colectiva	Social	Política	Económica. El interés se encuentra centrado en obtener un beneficio económico.	La violencia colectiva será de esta manera, a diferencia de las anteriores, la cometida por un grupo de sujetos, o incluso por el Estado.
Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la OMS.				

que permite que la vida cotidiana de una sociedad permanezca como ha sido siempre. En otras palabras, los sujetos realizan sus actividades cotidianas obligados por una forma de violencia que tiene como fin impedir que los sujetos o la población en general puedan alterar el orden de la nación.

La postura de Walter Benjamin (2010) en su obra “Crítica de la violencia”, refiere que ésta se encuentra presente tanto en el derecho natural como en el derecho positivo. El derecho pretende como finalidad el bien común, o en palabras de Walter Benjamin, (2010) fines justos, los cuales serán alcanzados por medios legítimos. La violencia ejercida por el derecho se basa en la aplicación de medios legítimos para el alcance de fines justificados. A esta violencia la nombramos como violencia estructural, la cual evidencia los cambios significativos que se presentan en la sociedad y modifica la vida social de los sujetos; permite describir a los gobiernos en sus políticas y los efectos sobre la confianza, el miedo y la vida cotidiana de los sujetos, y permite comprender cómo se relaciona, en general, con la salud de las personas.

En este orden de ideas, la violencia estructural se vincula con la definición de biopoder que explica cómo una serie de mecanismos políticos se apropian de los rasgos biológicos (Foucault, 2011). Por lo tanto, al analizar las condiciones de salud se debe superar el punto de vista biologicista, y tener una visión compleja de las condiciones de los sujetos. El estudio de la violencia estructural y su relación con el proceso de salud/enfermedad se presenta como un asunto histórico; por lo tanto, las enfermedades tienen un carácter social, existe una relación entre los procesos sociales y la salud-enfermedad.

Las ciudades de Mérida y Morelia experimentaron violencia estructural y el deterioro de la sa-

lud se manifiesta en las capacidades de identidad y adaptación que los sujetos tienen dentro de su contexto social y político, por lo cual es necesario comprender las condiciones sociales, económicas y culturales que afectan a los sujetos en su salud (López, 2011).

Para abordar el problema de salud y su relación con la violencia estructural en las ciudades de Mérida y Morelia, es necesario conocer las condiciones de vida actuales, las necesidades de nutrición y vivienda adecuada, ejercicio, descanso, servicios médicos personales preventivos, curativos y de rehabilitación, servicios de ayuda médica, tanto personal como social (Dieterlen, 2015).

La salud subjetiva que presentan las personas de las ciudades de Mérida y Morelia que no sufrieron violencia subjetiva, se aborda desde el concepto de capacidades desarrollado por el filósofo y economista Amartya Sen, quien permite conceptualizar el desarrollo tanto individual como social bajo el concepto de capacidades (Sen, 1979), el cual se encuentra fundamentado en la libertad que los sujetos tienen para alcanzar lo que consideran valioso (Urquijo, 2008).

Las capacidades están relacionadas con el entorno social, con la historia y con la cultura (Sen, 2002), estos elementos engloban el término de salud, la cual para efectos del presente estudio definimos como salud subjetiva.

El miedo es un obstáculo que impide a las personas vivir como lo desean (Bauman, 2007; Robin, 2009; Virilio, 2012; Valenzuela, 2016). Los gobiernos buscan tener mayor control sobre la seguridad de la población a través de la invasión de la vida, lo cual se logrará a través del miedo, mejor dicho, del ejercicio del temor que el Estado administra.

El miedo es político, funciona cuando los líderes definen qué tipo de miedo será impuesto a la sociedad, y limita, sanciona y previene con castigos a un grupo determinado. Propone un orden social, que restringe las libertades de las personas, surgen injusticias y divisiones sociales que impiden que las personas logren desarrollar sus capacidades y, por ende, tener una vida con opciones según sus intereses personales.

Metodología

Para el presente trabajo se utilizó una metodología cualitativa, la cual permite aproximarse a una comprensión de los por qué y los cómo, se obtuvieron datos contextualmente valiosos, mismos que permitieron analizar los significados personales y sociales, así como las prácticas individuales y culturales.

En los modelos cualitativos de investigación siempre hay dos actores: "...el participante, que aporta la información, y el investigador que, como aprendiz y co-intérprete, guía el proceso hacia el conocimiento que ambos desean expresar. Crear una asociación en la investigación cualitativa exige un alto grado de habilidad y también entraña profundas obligaciones éticas, ya que la relación se basa en la confianza y la mutua comprensión de una meta común" (Ulin et. al., 2005:5).

Se exploraron los diferentes aspectos psicológicos, sociales y/o políticos derivados de la investigación. Los datos provinieron de la intervención con los entrevistados, de la observación y de fuentes secundarias, se analizaron en conjunto para comprender el significado de los sujetos de la violencia sobre la salud subjetiva.

Las conclusiones alcanzadas se basan en los datos obtenidos en las ciudades de Mérida y More-

lia. El análisis efectuado contiene fragmentos de las entrevistas, lo que permite elaborar conclusiones basadas en la experiencia de los sujetos investigados.

El trabajo de campo implicó el uso de ciertas herramientas que permitieron crear conocimiento sobre el efecto de la violencia estructural en el funcionamiento de la salud en México. Por ello, en primera instancia se realizó un vagabundeo en las ciudades de Mérida y Morelia, lo cual permitió conocer la cotidianidad de la gente en estas ciudades. Se realizaron entrevistas preliminares que permitieron una aproximación al conocimiento y al campo de investigación.

Posteriormente, la entrevista semiestructurada fue la herramienta que aportó una mayor información sobre los significados que se ponen en relación. Se consideró el uso de una guía de entrevista, debido a que permite rastrear a profundidad elementos de significación para el entrevistado (Rivas,1996).

Resultados

Contextualicemos históricamente el estado de Michoacán. Del año 1940 a 1945 se comenzó a cultivar marihuana y amapola en la región conocida como "tierra caliente", debido a dos factores principales; grandes extensiones de tierra y la pobreza de los ciudadanos.

Al principio de la década de 1980 la demanda de droga para los Estados Unidos de América se incrementó, lo que provocó en el estado una mayor organización, se creó el cártel de Michoacán.

En el año 2001 el brazo armado del cartel del Golfo, llamado "los Zetas" llegó a Michoacán "...Pero Michoacán ya estaba ocupado por la or-

ganización de los Valencia y sus socios del Pacífico, y los Zetas tuvieron que pelear por él...” (Rivera, 2014)

Al establecerse el grupo armado se presentaron cambios en la vida cotidiana de la población, debido a que se puso en marcha un modelo de criminalización basado en secuestro, pagos forzados, amenazas y violencia “...los métodos brutales de los Zetas perturbaron radicalmente la forma tradicional de relación de la sociedad local de Michoacán con el narcotráfico...” (2014: 6).

A partir del año 2006 comenzaron a surgir diferentes grupos para enfrentar a los Zetas, entre ellos podemos nombrar a “La Familia Michoacana”, que pretendían terminar con los diferentes actos de violencia; en 2011 surgió el grupo de los Caballeros Templarios, quienes lucharon por ocupar un lugar dentro de la delincuencia organizada. Finalmente, en el año 2013 surgen las llamadas Autodefensas, conformadas por civiles armados decididos a enfrentarse a los Caballeros Templarios.

Por lo tanto, la violencia que propició el crimen organizado, se sumó a la violencia estructural y el encuentro de estas dos violencias tuvo repercusiones directas en la población.

En el estado de Yucatán no se cuenta con algún hecho histórico en el que se pueda involucrar a grupos del crimen organizado. Se analiza la violencia estructural y el contexto en el que viven los ciudadanos de la misma forma que se hace para el estado de Michoacán.

Para el análisis del material obtenido, rastreamos en primera instancia las significaciones sobre el efecto que la violencia estructural tuvo sobre el funcionamiento de la salud en las ciudades de Mérida y Morelia. El análisis se hace desde los

significados que los sujetos otorgaron al Estado, la seguridad, el miedo y la salud. Los resultados se presentan en tres categorías: 1) Situación general, 2) Salud, y 3) Miedo.

Situación general en Morelia

Los entrevistados caracterizan al Estado con mucha violencia subjetiva. Se volvió imposible transitar y/o acudir a lugares públicos: “...las cabezas que dejaban, las balaceras que nos tocó escuchar, porque cerca de donde vivíamos una vez mataron al jefe de la policía de Morelia, ahí cerca de mi casa, por eso te hablo que era mucha violencia...” (H/55/empleado/C).

Las extorsiones no fueron impuestas únicamente por la delincuencia, sino también por las autoridades. La ciudad de Morelia llegó a tener uno de los niveles más altos en la historia del país de narcotráfico, secuestro, y robos.

La inseguridad es percibida por las personas de manera evidente, se considera a las mujeres como las personas más vulnerables: “...acá en Morelia yo creo que no hace ni dos meses encontraban en la presa de dos a tres cuerpos de mujeres violadas, encontraron una chava violada y empalada, o sea, las cosas que les están haciendo a las jovencitas morelianas horrible...” (M/24/M/S).

De acuerdo con los informantes, la población general conocía la relación entre el gobierno y la delincuencia organizada, y se refería a esta relación como “narco-gobierno”:

...Lamentablemente todos estaban coludidos. Nada más para que te des una idea si a ti te ocurría un asalto o te secuestraban algún conocido o un pariente y todo, e ibas y denunciabas saliendo tú de lo que era Ministerio Público te

hablaban y te decían que no siguieras tú con eso porque te iban a desaparecer, te amenazaban, entonces ¿qué es lo que pasa? ¿quién se dio cuenta de que yo fui a denunciar? O sea, estaba coludido todo y hasta la fecha o sea vivimos en un sistema donde no crees tú en la justicia, en la policía y dices ¿qué hago? Por eso la gente no denuncia, porque al final de todo o sea no te lo van a solucionar nada y al contrario vas a correr más peligro... (H/52/empleado/C).

Refieren que las negociaciones entre el narcotráfico y el gobierno se realizaban con tensión, en donde los morelianos eran las personas afectadas. Un ejemplo son las granadas que aventaron el 15 de septiembre de 2008 durante la conmemoración del día de la independencia de México.

...el periodo de Gobierno de Godoy que, o sea, fue un periodo de mucha inseguridad, fue cuando tuvimos el bombardeo de la plaza de catedral que todo mundo se refería al narco-gobierno porque prácticamente nos gobernaba el narco y siguen diciendo ahorita que está el gobernador actual es controlado por Godoy... (M/24/m/S).

Ante la presencia del Ejército mexicano, las cosas no cambiaron, ya que perciben que éste también se coludió con los delincuentes. Los empresarios se retiraron y los medios de comunicación no publicaban detalles de los acontecimientos.

Uno de los rumores que se menciona en las entrevistas es el incremento de asaltos violentos, asesinatos, violaciones y robo de celulares, herramienta vital para los pobladores, ya que todos deben estar comunicados y lo hacen a través del celular.

Dejaron de confiar en las autoridades, ya que creen que se encuentran emparentados con los

narcotraficantes y temen al poder que tienen como autoridad del Estado:

...lo analizas que está involucrado el gobierno y otra con lo que te platican; platica una persona que fue ex agente ministerial que cuando él estaba llegaron y los citaron a todos dentro del ministerio público y se les dijo bien claro dos personas que se presentaran ahí, van a trabajar para las dos partes, van a recibir dos sueldos el de la procuraduría y el de nosotros y de una vez el que no esté de acuerdo que se abra, que se vaya, pero van a ganar bien van a tener doble salario, muchos se quedaron... Ministerio Público a poner su denuncia entra a la agencia en turno y lo primero que ve es el maletín que él entregó con el dinero a un lado de los pies del Ministerio Público del agente, entonces dice ¿qué hago?... (H/55/empleado/C).

Se percibe esa desconfianza no únicamente hacia la delincuencia o hacia los gobernantes, también tienen miedo de cualquier persona. Las acciones federales produjeron mayores enfrentamientos y su actuar estuvo dirigido hacia el partido diferente al que pertenecía el presidente; todas estas acciones fueron nombradas como “el michoacanazo”.

La salud en Morelia

Ante la violencia subjetiva que se presentaba en el periodo de estudio, las personas modificaron sus conductas; se estableció una desconfianza del otro y de sí:

... yo noté un cambio cuando ahora en los desfiles y todo cierran, todo cierran todo el centro y hay este hay cosas para detectar metales, armas y todo y hay mucha más seguridad precisamente por lo que pasó en esa ocasión, pero en leyes no, más bien en cuidados... (M/53/H/C).

En el periodo de estudio la gente prefería no salir, las actividades en familia también se modificaron, debido a la inseguridad que prevaleció en Morelia. Se limitó de manera evidente la convivencia, la recreación, así como la socialización. Las diferentes reuniones familiares se realizaban durante el día por temor a que les pudiera ocurrir una desgracia:

...yo por ejemplo eso de ir de fiestas con los amigos o algo era no muy aconsejable porque decían que en los antros se encontraba mucha gente de ese tipo, a cada ratito había balaceras en los antros, balaceras que pasaban en la calle; a mí me tocó una yo estando en mi casa este, está cerca de un bar que le llaman “pecato” que es muy conocido porque va mucho narco ahí, a cada ratito lo cierran y a cada ratito hay balaceras y estando en mi casa en el semáforo pasó una balacera como a más de una cuadra persiguiendo a un carro y acabó en matanza... (M/24/MS).

En este lapso de tiempo la delincuencia se incrementó, los robos se comenzaron a realizar en lugares que anteriormente no se habían presentado.

...empezó a pasar en esa época llegaba a la Iglesia a asaltar a quitar joyas y bolsas, verdad que sí, o restaurantes en esa época sí no, y asaltaban a todos los comensales a todos los feligreses y no pasaba nada porque es un lugar turístico importante; pero también hay otra cosa o sea estamos en la capital del Estado, entonces muchas cosas no salen por ejemplo a nivel nacional...pero si hubo un tiempo de Morelia, que hablaban de Michoacán y era lo peor... (M/53/M/C).

La cotidianidad se afectó, no podían hablar de sus ideas, de sus vidas o de cuestiones personales.

Dejaron de usar joyas, tarjetas de crédito, no se arreglaban físicamente y no compraban artículos de marca:

...en mi caso, este yo no me pongo joyas me pongo pura bisutería, pura bisutería, y si voy a ir por ejemplo al mercado pues si traigo anillo de compromiso o el que me regalaron para casarme mejor me lo quito y yo por ejemplo te puedo dar este información verídica de que la mayor parte de mis compañeras de trabajo y que tú a lo mejor no me vas a dejar mentir no llevas tarjeta de crédito incluso ni de IFE llevas a lo mejor tu licencia de manejo porque la tienes que llevar y trae tu domicilio ahí; o sea si son cosas así personas te da miedo perder la bolsa o que te la arrebaten, no es el dinero que te quitan sino toda la información que traes ahí... (M/53/M/C).

Refieren que muchos negocios comerciales cerraron derivado del temor a sufrir violencia subjetiva; uno de los cambios más visibles que percibieron fue en los empresarios, quienes temen del otro, cualquier otro, tomaron acciones de seguridad para ellos en sus negocios:

...negocios con rejas, y te atienden por la puer-tita ¿cuándo vimos, hoy cuándo fue? ¿dónde estábamos? que estaba viendo un negocio con, ah ahí el de la ropa tiene la señora su negocio de ropa y la puerta y todo es un enrejado, si quieres entrar ya ve y todo y te abre para que entres, la dentista como tenía también pobre... (H/53/ empleado/C).

Se presentó un desplazamiento interno de la población; las personas que decidieron abandonar el estado eran en especial las personas que tenían algún negocio: “...uh si muchas, hubo una grande migración...” (M/53/M/C), “...es más, los gran-

des comerciantes o los que tenían se fueron...” (H/52/empleado/C).

La vida en Morelia cambió, se modificaron los traslados a la escuela, al trabajo y las fiestas familiares:

...pues de tantas cosas que veías o sea o escuchabas y a veces salían en las noticias y a veces no, entonces tu vida tiene que dar un cambio de ser muy precavido hasta para llevar a los niños a la escuela, hasta para irte tú al trabajo y regresar, o sea ya no puedes regresar tu antes doce una de la mañana, tienes que ser muy precavido... ya mejor haces fiestas en tu casa, va a ser mi cumpleaños, va a ser en mi casa, pero sabes que mejor a medio día... (H/52/empleado/C).

Parece evidente que las capacidades de esta población —entendidas como las libertades reales de vivir una vida considerada suficientemente valiosa— se encuentran limitadas; los padres de familia, tienen que estar en constante comunicación con sus hijos, el teléfono celular parece convertirse en la herramienta principal para los morelianos: “...me vas a estar llamando y yo te voy a estar regresando las llamadas. Si ves que no te contesto yo te marco ¿dime dónde estás? ¿Con quién fuiste? Si te vas a otro lado me llamas para ver en dónde andas... Así estamos, así vivimos...” (M/53/M/C).

Las fiestas que normalmente se acostumbraba festejar en la ciudad de Morelia ya no se realizan, esto impide que la gente pueda convivir con nuevas personas de otras colonias; algunas tradiciones se han perdido: “...y convivían gente de otra colonia que no se conocían, y eso se acabó por ejemplo ahora ya ni puedes hacer una fogata en la calle...” (H/52/empleado/C).

La joven entrevistada señaló que vive en un constante estrés, que los gobernantes no logran generar aspiraciones en los jóvenes y que la delincuencia sí lo está realizando: “...Si de sexto de primaria inhalando Lucas, lo preocupante es donde lo vieron, a quien viste que hace eso...” (M/24/M/S).

La ideología de los ciudadanos de Morelia es no darse por vencidos, seguir en lo posible con sus actividades cotidianas, ya que de lo contrario se estaría reconociendo plenamente el triunfo de la gente que no les permite vivir con mayor libertad de decisión.

El miedo en Morelia

Las personas sólo confían en otras personas que ya conocen, es una confianza depositada en sus amistades y no en el gobierno:

...como era joven, quería salir. Yo no salgo si no pasan por mí a mi casa y si no me llevan a mi casa, o sea yo no salgo si tengo que tomar taxis. No me siento con confianza, no me es seguro y tiene que llevarme alguien. Que si yo me voy con mi amigo fulanito de tal, él me llevo, el me trae... casi yo no me voy con nadie más... (M24/M/S).

Desconfían del gobierno, ven en diversas acciones que están involucrados con el crimen organizado, tampoco confían en la gente; los vínculos sociales, así como la cotidianidad se modificó:

...Sí y lo permitían, estaban involucrados desde procurador, el jefe de la policía, agentes de la ministerial, agentes de la policía, el famoso “Moncois”, estaban involucrados, de hecho, era una guerra, daba la impresión, entre el gobierno federal y estatal...En el 2010 hubo unas

balaceras fuertísimas donde quemaron muchos vehículos, carros, camiones, de todo, entonces el gobierno Federal venía a detenerlos y se defendían y eran protegidos por el gobierno Estatal y municipal. Sí, sí estaba cuidado, mejor no digas nada porque ir a poner una demanda era un peligro para ti, ir al teléfono de emergencia y denunciar o reportar a alguien era un peligro, porque se suponía que el que estaba ahí recibiendo esas llamadas estaba involucrado con toda la maña, entonces mejor no decías nada... (H/55/empelado/C).

Los entrevistados señalaron que en los años 2006-2017 la delincuencia se incrementó, temían a que les pase algo y nadie se entere. Los entrevistados no perciben ninguna diferencia entre los delincuentes y las fuerzas del Estado. Hay incluso quien señala que en Morelia es más peligrosa la policía:

...te da más miedo la policía que el delincuente ¿no?, porque ya no te da esa seguridad ellos ¿no?, a pesar de... el cambio vino desde pues con Godoy, trajo mucho policía del Estado de México y hasta la fecha, nuestro procurador es de allá ¿sí?, entonces es gente que viene de unas ciudades muy grandes y que ya vienen muy, este, muy maleados, y debes tener mucho cuidado con ellos, no te metas con ellos, porque, porque corres mucho riesgo, ellos vinieron a acabar la delincuencia, ¿sí?... según eso, y no es cierto, se quedaron ellos como delincuentes ¿sí?... (H/52/empelado/C).

El miedo se tiene en primera instancia a los criminales y en un segundo momento a la policía:

...creo que a mí en ese momento me daba más miedo que la policía viera que yo era una muchacha joven a que yo ir en un taxi con un ta-

xista desconocido porque llegó un momento en el que le tenías más miedo a la misma policía que a una persona extraña como un taxista... (M/24/M/S).

Situación general en Mérida

Los meridianos no perciben cambios significativos en el periodo estudiado, de 2006 a 2012 refieren un sexenio enérgico en cuanto a la seguridad. Se vivió por primera vez un acontecimiento de violencia subjetiva, unas personas fueron decapitadas en una hacienda, presentaron sentimientos de vulnerabilidad, desconfianza y temor; sin embargo, las reuniones y convivencia con sus amistades continuaron igual:

...Pues en mi parte sí, como que nos impactó la noticia y dos porque jamás había pasado algo similar, había pasado otros tipos de situaciones, pero no a tal grado de que tuviéramos así miedo, porque teníamos miedo nos sentíamos inseguros, entonces salir a la calle ya no sabías qué y en quién confiar... (M/34/M/C).

La modificación en la convivencia entre las personas de la ciudad de Mérida en los últimos años se atribuye al desarrollo tecnológico, que ha impedido que las personas convivan más. Las personas pueden solicitar ayuda a la autoridad (a la policía) y serán atendidos de manera respetuosa.

La salud en Mérida

Describen a la ciudad como una ciudad tranquila, los patios de las casas se comunican, esto nos habla del sentimiento de confianza y seguridad que tienen. La gente sale por las noches sin preocupación alguna, dejan las puertas abiertas sin temor a que una persona desconocida entre a su propiedad:

...Puedes salir, por ejemplo, yo con mi esposo salimos a cenar y ya salimos tarde o cuando hay ferias igual este vamos paseamos generalmente con la niña, no, si salimos a cenar si salimos de noche si podemos salir, este sin tener ese temor. De disfrutar paseos hay como puedes ir a museos, hemos ido a museos o vamos que lo que es el zoológico, o sea si hay lugares en los que puedas, o sea si ya tiene un poco más de dinero pues te vas como que a Chichen te vas y disfrutas la ruta tour que son las zonas arqueológicas, puedes pasear muy bien y hay mucho extranjero... (M/30/H/C).

Normalmente las personas de la ciudad acuden los fines de semana a un lugar llamado Puerto Progreso o se reúne con sus amistades; se reúnen para poder apoyarse en las diferentes necesidades que puedan tener y se defienden:

...teníamos un grupo de dueños de aserraderos que nos juntábamos y convivíamos o sea era una familia, así decíamos cuando tenía algún problema alguno todos se juntaban para defendernos, si te defiendes tu sólo no es lo mismo si nos defendemos entre cuatro o entre diez para repartir las patadas... (H/63/empresario/C).

Los cambios en las convivencias familiares se atribuyen a la modernidad, a una vida más rápida; los niños prefieren estar en sus casas jugando con sus videojuegos, sin embargo, las tradiciones las representan en sus días de fiestas.

...Sí la verdad la tecnología ha venido, así como que a dar un cambio impresionante de la nueva generación y pues, así como tiene sus beneficios, sus ventajas, también tiene las desventajas porque hoy por hoy los niños o los jóvenes prefieren estar encerrados en sus casas jugando x-box o sus juegos y que ir a caminar, a

correr o salir a jugar pelota, antes estábamos en la calle jugando chacara, como se llama palillos chinos... (M/34/M/C).

Se sienten orgullosos de los lugares turísticos que tienen, de su lengua (maya) y de los centros históricos. Un ejemplo es la descripción que hacen de la fiesta de Hanal Pixán:

...Hanal que significa comida y Pixán, ánimas, el Hanal Pixán, comida de ánimas. Se hace en las casas, porque ya tenemos la costumbre de las casas por nuestros abuelitos, que ponemos el altar con lo que más le gustaba al difunto con velas, flores, retratos y se acostumbra, en el lugar de la ermita, en el parque de la ermita, el parque de la ermita es como si fuera una placita, entonces ahí se hacen las exposiciones de altares, de varios, de varias comunidades, entonces cada uno prepara su altar y esa noche del cementerio, hasta llegar a la ermita, es un buen tramo, la gente van vestidos de catrinas o sea que se pintan la cara y las mujeres van con su huipil, que es el traje típico de acá y los señores van con su guayabera, sus alpargatas, su sombrero, igual maquillados, por eso se llama el paseo de las ánimas, porque salen del cementerio simulando que salen a la vista para la comida; entonces tal vez esa es la festividad más importante..." (M/34/M/C)

Los fines de semana acuden a fiestas, espectáculos o a reuniones a las cuales pueden invitar a otras personas que no son de su familia; a sus hijos les inculcan valores y reglas, les proporcionan herramientas para que tengan seguridad en la vida:

...tenemos mucha comunicación con él y pues todo lo que él sienta, lo que él pase pues igual nos los comunica, hace un tiempo él también fue víctima de bullying, lo golpearon, entonces,

como que eso le ha dado armas a él también, bueno no armas, herramientas, esa es la palabra correcta, herramientas, para decir ah bueno yo soy, o sea yo puedo y entonces le dio más seguridad... (M/34/M/C).

El miedo en Mérida

Durante el periodo de estudio el gobierno aplicó una ley en la que prohibía el polarizado oscuro en los cristales de los automóviles. Estas acciones fueron relevantes ya que en Mérida se requiere esta protección en los automóviles por las altas temperaturas; refieren que el peligro al que están expuestos es al sol y su preocupación son las enfermedades en la piel.

Sus gobernantes les han permitido desarrollar sus capacidades, disfrutaban la sensación de poder salir a las calles para realizar sus diferentes actividades:

...en ese tiempo estaba la señora como gobernadora, entonces hubo demasiada seguridad en el Estado, se quitaron de los vehículos que estaban blindados, le tenían que quitar lo polarizado de los autos y todo eso y en cada determinado punto había mucha vigilancia, en toda la ciudad, sí... (M/34/M/C/).

Temían a no poder tener acceso a los planes de apoyo que otorga el gobierno y han perdido cierta confianza en las personas que no son originarias de la ciudad.

Discusión

Morelianos y meridianos en funcionamiento

En las ciudades estudiadas, así como en todo el país, cambió la vida cotidiana, el miedo generado en los ciudadanos de Morelia durante los años

2006-2017, entre otras cosas, permitió un beneficio económico a dos grupos (al Estado y al crimen organizado). La presencia de muertes violentas se presentó como una constante, por lo que los morelianos modificaron radicalmente su conducta; ya no asistían a lugares públicos, la convivencia con amistades o familiares era ocasional y siempre que tenían que salir regresaban de día a sus hogares; perdieron funcionamientos valiosos, por lo que se puede apreciar que su libertad para elegir la vida que valoran se limitó.

En la ciudad de Morelia no se denunciaban los hechos de violencia, debido a que, según su percepción, el Estado estaba coludido con el crimen organizado. Su desconfianza en la autoridad, así como en los sujetos en general, provocó que buscaran la seguridad por sus propios medios.

El miedo fue un elemento que se incrementó considerablemente en este periodo, les impidió salir a las calles, reunirse por las noches, iniciar un negocio y/o salir de vacaciones.

Los empresarios que había en Morelia decidieron irse a otros lugares, lo cual agravó el problema, pues perjudicó la economía y el futuro de la juventud, orillando a los jóvenes a ligarse con las organizaciones criminales.

Los morelianos dejaron de utilizar objetos personales valiosos y el celular se convirtió en un objeto valioso ya que les permite estar en comunicación con sus familiares.

La violencia estructural ejercida en la ciudad de Morelia a través del miedo, controló y modificó la vida de los sujetos, impidió que desarrollaran las capacidades de movilidad, de adecuada nutrición y de atención a la salud. No podían elegir la forma de vida que consideraban valiosa.

A diferencia de Morelia, en Mérida se describe a un gobierno que los apoya y en el que confían. La violencia estructural que se vive en la ciudad de Mérida no es percibida como un hecho que afecte sus condiciones de vida. El cambio más significativo que se presentó durante los años de 2006-2017 en la ciudad de Mérida, fue que el Estado prohibió usar cristales polarizados en sus vehículos.

Algo que se puede resaltar es el temor que tienen los meridianos a la gente que llega a vivir a la ciudad, creen que son ellos los que alteran el orden. Aunque la convivencia entre los jóvenes ha disminuido, esto se atribuye a los avances tecnológicos que incrementa el uso de videojuegos.

Las diversas tradiciones que se practican en Mérida favorecen la convivencia y se crean nuevas relaciones entre las personas. El gobierno fomentó la confianza hacia ellos y a su vez entre las personas. Esta atmósfera es propicia para desarrollar sus capacidades y elegir, hasta donde es económicamente posible, aquello que valoran. No tuvieron ninguna preocupación por algún peligro que les pueda ocurrir, no presentaron grandes temores, y ejercieron sus capacidades más o menos como lo deseaban.

La violencia estructural que se presentó en México durante el periodo 2006 a 2017 impactó de forma diferente a los sujetos de las ciudades de Morelia y Mérida. Desde que inició la Guerra contra el Narcotráfico los ciudadanos de Morelia no pueden expresarse libremente, se modificó la percepción de libertad; se incrementó notablemente la desconfianza en el otro, al grado de crear nuevos modelos para obtener seguridad. La desconfianza en sus gobernantes, así como en el resto de la población limitó a los sujetos de Morelia para tener la libertad para llevar a cabo acciones para superarse y para alcanzar muchos de sus deseos.

El impacto de la violencia estructural en la ciudad de Morelia —especialmente debido al incremento del miedo, la pérdida de confianza y la restricción de las acciones de cooperación— afectó el proceso salud-enfermedad de las personas al limitar el desarrollo de sus capacidades básicas. El incremento del miedo propició un cambio en las conductas de los morelianos; los miedos quedan registrados en la sociedad; dichos registros tendrán que ser estudiados en un futuro.

Es posible afirmar que el estrechamiento de la libertad, la pérdida de capacidades y la restricción de habilidades que siguieron al incremento de la violencia estructural son un tema de salud, de salud subjetiva. Reiteramos que el proceso salud-enfermedad y su relación con la violencia se ha estudiado casi exclusivamente en relación con los daños provocados por la violencia subjetiva. Sin embargo, los principales efectos de los dos tipos de violencia pueden apreciarse en un diagrama como el siguiente:

Como se puede apreciar en la tabla 2, la violencia estructural se ejerce a partir del incremento del miedo, la inseguridad y la desconfianza, así como la restricción de las relaciones de cooperación y solidaridad. El efecto de estos eventos se expresa como una disminución de las capacidades que permiten a las personas ejercer la libertad de elegir y desplegar la vida que personalmente consideran valiosa, en el sentido en el que las concibe Amartya Sen (2010). Esta cara de la salud, que contiene aquellas capacidades básicas que no dependen estrictamente de las condiciones corporales y mentales de las personas, puede denominarse salud subjetiva.

Es notable que los efectos de la violencia estructural se expresen sobre la salud subjetiva, y los de la violencia subjetiva lo hagan sobre la salud ob-

Tabla 2. Impacto de los dos tipos de violencia sobre la salud objetiva y la salud subjetiva

	Impacto sobre el <i>p-s-e</i>		
	A través del sujeto	A través del entorno (territorio en el que se ejerce la <i>normatividad</i>)	
<i>Violencia Subjetiva</i> (individual o colectiva)	Salud objetiva Daños corporales [muertes, discapacidades, lesiones] Daños mentales [depresión, ansiedad, estrés]		El Estado causa: i) muertes y lesiones El crimen organizado causa: i) muertes y lesiones
Violencia Estructural (objetiva)		Salud subjetiva Daño a las capacidades básicas [Miedo, desconfianza, restric- ción de las redes de coopera- ción]	El Estado actúa: i) Limitando la vida cotidiana El crimen organizado actúa: Imponiendo nuevas: i) normas ii) penas iii) impuestos
	Pérdida de la vida, limitación del desempeño orgánico y psíquico.	Pérdida de la autonomía y limi- tación de las funcionalidades	

Fuente: Elaboración propia

jetiva. Es el resultado de la forma de clasificación de ambos fenómenos, ya que la violencia nunca se presenta en forma pura (pura violencia estructural o pura violencia subjetiva). La separamos por razones explicativas, pero también es cierto que en cada situación violenta una de las modalidades domina a la otra. Con la salud ocurre lo mismo, los daños (la muerte, las discapacidades, la depresión o la angustia), producen inseguridad, miedo y afectan las redes de cooperación y solidaridad. No obstante, hemos visto que cuando la violencia afecta predominantemente a una población bajo la modalidad de violencia estructural, sus daños se minimizan con demasiada frecuencia, en especial cuando los efectos sobre la salud corporal y mental no son apreciables.

Los entrevistados en la ciudad de Morelia señalan sistemáticamente que estas situaciones han resultado cruciales para definir la vida que actualmente llevan, y que en ocasiones se limita a lo indispensable para seguir sosteniendo unas precarias relaciones sociales.

La autonomía es la capacidad que tienen los sujetos para tomar decisiones en libertad, basadas en información suficiente, pertinente y completa. El ejercicio de la autonomía permite a las personas, de manera inmediata, decidir lo que a su parecer es mejor para ellas en lo que respecta a su vida cotidiana (es decir, respecto a su alimentación, su trabajo, su forma de recreación, su descanso y relación con los demás). A la larga, las decisiones

autónomas inmediatas constituyen la elección de un modo de vida en particular, una preferencia específica sobre otros posibles modos de vivir. En teoría, la vida que cada quien elige, cuando elige en libertad, representa la vida que considera más valiosa.

Cuando una persona tiene una limitada capacidad para ejercer libremente su autonomía inmediata, a la larga ve afectada su capacidad para vivir la vida que hubiera deseado. Esta forma de limitación, que estrecha las opciones para el pleno ejercicio de la libertad personal afecta —entre otras, pero especialmente— la esfera de la salud subjetiva.

De acuerdo con nuestros resultados, la violencia estructural que sufrieron los sujetos en Morelia —ejercida tanto por el crimen organizado como por el Estado— provocó severas afectaciones en su salud subjetiva. Estos daños operaron mediante los diversos mecanismos señalados en la tabla 2.

La presencia del crimen organizado y la violencia subjetiva que despliega tiene como fin imponer un orden en el que su autoridad no se cuestione, y el rechazo de esta nueva normatividad implica todo tipo de sanciones, incluida la muerte.

Un último mecanismo se refiere a la aplicación de impuestos ilegales, establecidos por el crimen organizado como pagos de “derecho de piso” por los negocios y comercios formales. Esta forma de

extorsión desangra la economía cotidiana y crea un temor permanente que el gobierno no es capaz de evitar.

Adicionalmente, en Morelia existe la convicción de que el gobierno adopta los mismos mecanismos que el crimen organizado para cumplir sus propósitos, utilizando las detenciones arbitrarias, la creación de pruebas falsas y las desapariciones forzadas como medios de control de la población civil. Estos medios se han convertido paulatinamente en mecanismos de gestión del miedo entre la ciudadanía, y limitan severamente la vida cotidiana de las personas. Los habitantes de estas regiones no tienen más opción que huir, desplazándose hacia otras entidades, o adaptándose a una forma de vida en donde las libertades son mínimas. Las capacidades básicas de las personas quedan restringidas permanentemente.

La relación que existe entre violencia estructural y/o objetiva, miedo y capacidades básicas es un tema que todavía debe abordar en profundidad la salud colectiva. Lo único que actualmente puede afirmarse es que conforme aumenta la violencia estructural, la libertad de los sujetos se estrecha, los limita para desarrollar sus capacidades e impide el pleno ejercicio de sus funcionalidades, al impedirles llevar el tipo de vida que desearían. Este estrechamiento de la vida cotidiana es una afección a la salud, a la salud subjetiva cuyo impacto aún desconocemos.

Referencias bibliográficas

Aburto, M. et. al. (enero 2015) Homicidios en México invirtieron el aumento en la esperanza de vida de los hombres y lo alentaron para las mujeres, 2000-10 [versión electrónica]. *Health Affairs*, vol. 35, Núm. 1: 88-95. Recuperado el 18 de enero de 2016,

de <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2015.0068>
 Agamben, G. (1995). *Homo Sacer. El poder soberano y la nuda vida*. Madrid: Giulio Einaudi Editores.
 Agamben, G. (2010). *Estado de excepción*. Buenos Aires: Adriana Hidalgo Editora.

- Bauman, Z. (2007). *Miedo líquido. La sociedad contemporánea y sus temores*. España: Paidós.
- Benjamin, W. (2010). *Crítica de la violencia*. España: Biblioteca Nueva.
- Blair, E. (2009). “Aproximación teórica al concepto de violencia: avatares de una definición”, *Revista Política y Cultura*, núm. 32: 9-33.
- Bobbio, N. (1989). *Estado, gobierno y sociedad. Por una teoría general de la política*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Dieterlen, P. (2015). *Justicia distributiva y salud*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Domenach, J. et. al. (1981). *La violencia y sus causas*. Francia: UNESCO.
- Foucault, M. (2011). *Seguridad, territorio, población*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- Girard, R. (2006). *La violencia y lo sagrado*. Buenos Aires: Anagrama.
- Hernández, M. (2017, 23 de noviembre).. Peña y Calderón suman 234 mil muertos y 2017 es oficialmente el año más violento en la historia reciente de México. [en línea]. MUCD México unido contra la delincuencia. Recuperado el 23 de noviembre de <https://www.mucd.org.mx/2017/11/pena-calderon-suman-234-mil-muertos-2017-oficialmente-año-más-violento/>
- Hobbes, T. (2004). *Leviatán*. Buenos Aires: Losada.
- INEGI. Encuesta Nacional de Victimización y Percepción sobre Seguridad Pública (ENVIPE). https://www.inegi.org.mx/contenidos/programas/envipe/2016/doc/envipe2016_presentacion_nacional.pdf (septiembre de 2016).
- López, S., López, O., Puentes, E. (2011). “Concepto de salud pública”. En: López, S. y Puentes, E. (eds.) *Observatorio de la salud pública en México 2010*. México: Universidad Autónoma Metropolitana, 19-27.
- Rivas, M. (1996). Ivonne Szasz y Susana Lerner, Para comprender la subjetividad. Investigación cualitativa en salud reproductiva y sexualidad, México, El Colegio de México, 1996. *Estudios Demográficos y Urbanos*, vol. 14, Núm. 2. Recuperado el 25 de agosto 2017, de <http://dx.doi.org/10.24201/edu.v14i2.1053>.
- Rivera, J. (2014). Crimen organizado y autodefensas en México: el caso Michoacán. *Programa de cooperación en Seguridad Regional Friedrich-Ebert-Stiftung (FES)*, Núm. 6. Recuperado el 18 de octubre de 2016, de <http://library.fes.de/pdf-files/bueros/la-seguridad/10845.pdf>
- Robin, C. (2009). *El miedo. Historia de una idea política*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Schedler, A. (2015). *En la niebla de la guerra. Los ciudadanos ante la violencia criminal organizada*. México: Centro de investigación y docencia económica.
- Sen, A. (1979). “¿Igualdad de qué?” Ciclo de Conferencias Tanner, Universidad de Stanford, 22 de mayo de 1979. En McMurrin, S. (Editor) *Libertad, Igualdad y Derecho*. Barcelona: Ariel Derecho.
- Sen, A. (2002). “¿Por qué la equidad en salud?”, *Revista Panamericana de la Salud Pública*, vol. 11, Núm. 5-6: 302-310.
- Sen, A. (2010). *La idea de la justicia*. México: Taurus.
- Ulin, P. Robinson, E. Tolley, E. (2005). “Invitación a investigar”. En: Ulin, P. *Investigación aplicada en salud pública. Métodos cualitativos*. Washington: Organización Panamericana de la Salud, 1-10.
- Urquijo, M. (2008). *La libertad como capacidad. El enfoque de las capacidades de Amartya Sen y sus implicaciones en la ética social y política*. Colombia: Programa Editorial Universidad del Valle.
- Valenzuela, A. (2016). *La construcción espacial del miedo*. México: Juan Pablos.
- Virilio, P. (2012). *La administración del miedo*. España: Editorial Pasos Perdidos en coedición con Ediciones Barataria.
- Zizek, S. (2009). *Sobre la violencia. Seis reflexiones marginales*. Barcelona: Ediciones Paidós Ibérica.

Investigación odontológica en México, 2009-2016

Victor Enrique López-Cámara* • Norma Laura Lara Flores**

RESUMEN

Objetivo: Describir y analizar la situación de la producción científica en el campo de la Odontología en México para los años 2009 a 2016 **Método.** Utilizando el método bibliométrico, se consultaron los índices PubMed, Medline, Redalyc y Scielo. El recuento de las revistas, los autores, su procedencia institucional, codificación de los temas abordados por su objeto de estudio y campo de especialidad odontológica, se realizaron con el programa estadístico SPSS-21. **Resultados:** El total de publicaciones entre 2009-2016, fueron 1550, correspondientes a 835 autores, 51% mujeres, con un promedio de 2.1 artículos por autor. Se publicaron 1274 artículos en revistas nacionales y 276 en internacionales. El 81% de los autores procedieron de universidades públicas. Sobresalieron el campo de la Epidemiología como objeto de estudio y el de la Patología Bucal como especialidad, ambos campos del conocimiento orientados a la producción de conocimientos nuevos, mientras el área de Ciencias Básicas fue el tema olvidado. Se advirtió una deficiente investigación sobre análisis de la práctica odontológica y de propuestas para modificar aspectos de un modelo de atención inequitativo y excluyente. **Conclusiones** La tendencia sugiere que persiste aún baja productividad y escasa investigación que aporte conocimientos nuevos.

PALABRAS CLAVE: Bibliometría, Odontología, México..

Dental research in Mexico, 2009-2016

ABSTRACT

Aim. To carry out the description and analysis of the scientific production in the area of dentistry in Mexico during the years 2009-2016. **Methodology.** Bibliometric method indexes as PubMed, Medline,

* Master of Public Health por la Universidad de Michigan y Master of Medical Science por la Universidad de Sheffield. Profesor-Investigador del Departamento de Atención a la Salud en la Universidad Autónoma Metropolitana (UAM) Unidad Xochimilco. victorlc@correo.xoc.uam.mx

** Maestra en Salud Pública por el Instituto de Desarrollo

de la Salud, Ministerio de Salud Pública de Cuba. Profesora-Investigadora del Departamento de Atención a la Salud en la en la Universidad Autónoma Metropolitana (UAM) Unidad Xochimilco.

Fecha de recepción: 30 de mayo de 2020.

Fecha de aceptación: 20 de agosto de 2020.

Redalyc and Scielo were consulted. Number of journals, authors, institutions where the project were performed, codification of fields of studies, and areas of dental specialties were obtained by using the statistical program SPSS-21. **Results.** The total amount of publications during the years 2016-2019 were 1550, published by 835 authors, 51% of them women, with an average of 1.8 articles per author. 1274 papers were published in national and 276 in international journals. 81% of authors belong to public universities. Epidemiology was the main area of field of studies, and oral pathology of the area of specialties. Research in basic sciences seemed to be forgotten also as the lack of articles related to proposals of changing the current dental practice model. **Conclusions.** Trends show that there is still a low productivity and scarce research that could produce new knowledge.

KEY WORDS: Bibliometry, Dentistry.

Introducción

El interés sobre la investigación en el campo de la odontología en México se ha manifestado en diversos estudios de los cuales uno de los pioneros, empleó el método bibliométrico, para indagar sobre el estado que guardaba la producción publicada de artículos científicos de autores mexicanos consignada mediante la revisión de las principales bases de datos reconocidas, nacional e internacionalmente entre los años 1994 a 2000 (López-Cámara y Lara, 2001). Dicho estudio, tuvo como enfoque el análisis de la contribución de los investigadores mexicanos al desarrollo de la odontología a través de la descripción de sus características personales, las temáticas abordadas, las instituciones que los respaldaban y el tipo de revistas científicas donde difundieron sus trabajos. El mismo método fue empleado para dar cuenta de la situación en cuanto a este tema durante el período 2001 a 2008 (Lara y López-Cámara, 2011) comparándola con la producción documentada de algunos países latinoamericanos y otros con mayor desarrollo en este campo de la investigación. Otros estudios que, en odontología, han empleado el método bibliométrico como recuento, clasificación e identificación de las publicaciones y sus autores, han abordado la producción científica se-

leccionando algunos aspectos específicos, como son, aquellos que se relacionan con las competencias profesionales del odontólogo (García et al., 2010), la calidad de los trabajos publicados, usando indicadores como el factor de impacto (Medina et al., 2008), y también, por ejemplo, mediante el análisis del número de odontólogos reconocidos por el Sistema Nacional de Investigadores (SNI) y sus áreas de estudio, tomando estos datos como indicadores indirectos de la cantidad y calidad de los productos de la investigación (Grajeda-Cruz y López-Verdín, 2017). Los estudios bibliométricos pueden enfocarse no solo en los investigadores, sino también en la evaluación de las revistas para medir su productividad científica en términos de los artículos publicados por año, la calidad de éstos, el rigor de las metodologías utilizadas y el contenido temático catalogado según criterios establecidos por los investigadores (Castro-Rodríguez y Grados-Pomarino, 2016)

Sin embargo, independientemente de la idoneidad de estas medidas bibliométricas y de su mayor o menor precisión a la hora de lograr su cometido, se ha señalado que la mayor dificultad que presentan todas ellas, se deriva de la ausencia de un debate teórico sobre lo que significa el concepto de calidad científica. Por ello, se ha propues-

to que la construcción del sistema de evaluación debe fundamentarse en lo que conocemos acerca del asunto, tanto en términos teóricos como empíricos, en las deducciones que pueden extraerse de los resultados de la aplicación de estos indicadores y, sobre todo, el considerar las condiciones en las que se desarrolla la investigación en contextos reales y en cada campo del conocimiento (cfr. González-Ramos et. al., 2006).

Tomando en cuenta lo anterior, se consideró de interés preguntar ¿cuáles son algunas características recientes de la producción científica de la odontología en México en términos cuantitativos y cualitativos? El objetivo fue cuantificar y clasificar los artículos de odontólogos procedentes de instituciones mexicanas o que ejercían su práctica profesional en México durante el período 2009-2016, para observar el número de trabajos publicados, los campos disciplinarios u objetos de estudio, los temas seleccionados de acuerdo a las especialidades odontológicas, las revistas en donde se concentraban la mayor parte de las publicaciones, así como la procedencia institucional de los autores.

Material y métodos

Las bases de datos que se utilizaron para la búsqueda fueron: PubMed-Medline, Redalyc y Scielo. Se eligieron debido a que en su colección, *PubMed-Medline* posee referencias, revisiones sistemáticas, guías para la práctica clínica, informes de ensayos clínicos y artículos de revisión y presenta una tendencia marcada a procesar materiales publicados por revistas en idioma inglés (Hevia et. al., 2017). Por su parte, el índice *Redalyc* coloca a la disposición de la comunidad científica internacional, en la esfera de la salud, cientos de contribuciones publicadas en revistas de la región latinoamericana e ibérica, mientras

que *SciELO* (Scientific Electronic Library Online) es un modelo para la publicación de revistas científicas en Internet cuyo objetivo principal es aumentar la difusión y visibilidad de la ciencia generada en Latinoamérica, el Caribe, España y Portugal. Su filosofía es facilitar el acceso universal y gratuito a las publicaciones científicas del ámbito ibero y latinoamericano y de este modo aumentar su visibilidad (Aguirre-Pitol et.al., 2013).

Se incluyeron aquellos artículos publicados durante el periodo 2009-2016 por primeros autores que estaban trabajando para alguna institución en México, o cuya práctica profesional se desarrollaba en este país, ya que difícilmente se podía corroborar la nacionalidad mexicana de los mismos. Se consideraron las revistas nacionales e internacionales registradas en los índices seleccionados en las cuales, durante el período estudiado, hubieran publicado autores procedentes de México.

Los criterios de exclusión fueron los artículos publicados fuera del rango del periodo de tiempo y artículos publicados por autores cuya adscripción no fue corroborada; se incluyeron solamente artículos de investigación, excluyéndose editoriales, notas, cartas al editor, resúmenes de reuniones o memorias de congresos.

Para la búsqueda por autor, se hizo un primer listado con los nombres de los autores identificados en los estudios de los periodos 1994-2000 (López-Cámara y Lara, 2001) y 2001-2008 (Lara y López, 2011); se incluyeron, además miembros reconocidos por el Sistema nacional de Investigadores (CONACYT, 2016a). La búsqueda por revistas se realizó identificando aquellas en las cuales aparecieron, en los periodos previos ya mencionados, artículos de autores provenientes de instituciones mexicanas o ejerciendo su pro-

fesión en México. Se revisaron los números completos de dichas revistas.

Se elaboró una base de datos registrando nombre del autor, sexo, institución de procedencia, revista y año de publicación, título del artículo, objeto de estudio y especialidad odontológica a la que a la que correspondían. Estos rubros se definieron mediante la revisión de los títulos y los resúmenes de los artículos y no fueron excluyentes.

Se entendió como *objeto de estudio* a las áreas disciplinarias constituidas por: epidemiología (distribución y factores determinantes de enfermedades y condiciones de salud bucal a nivel poblacional); investigación clínica (aplicación de nuevos medicamentos, modalidades de tratamiento seguimiento de tratamientos y ensayos clínicos); ciencias básicas (anatomía humana y estomatológica, bioquímica general y aplicada, histología y embriología general y estomatológica, microbiología bucal); investigación de servicios de salud (disponibilidad, acceso, uso de servicios odontológicos y satisfacción de usuarios, de diferentes grupos poblacionales); desarrollo tecnológico (búsqueda de alguna innovación en la aplicación de procedimientos o nuevos materiales); aplicación de tecnologías existentes (ejecución de procedimientos o materiales ya probados con anterioridad); educación odontológica (estudios relacionados con la formación de personal de salud en odontología); ciencias sociales aplicadas a salud bucal (conocimientos, creencias, hábitos y comportamientos respecto a la salud bucal); historia de la odontología (estudios sobre hechos o personajes importantes para la profesión) y administración de la práctica profesional (modelos de servicio en la práctica institucional o privada). Se incluyeron en esta tipología, casos clínicos y artículos de revisión de la literatura. En el rubro *otros* se asignaron los artículos que no se ajustaron a los objetos anteriores.

El segundo criterio de clasificación fue respecto a las *especialidades odontológicas*. La Dental American Association (ADA), reconoce formalmente 9 áreas de especialidad de la práctica odontológica: salud pública dental, endodoncia, patología oral y maxilofacial, cirugía oral y maxilofacial, ortodoncia y ortopedia dentofacial, odontología pediátrica, periodoncia, prostodoncia, radiología oral y maxilofacial. A estas se añadieron: operatoria dental y materiales dentales y en el rubro prevención se consideraron los artículos referidos a salud pública dental por concordancia con la definición (ADA, 2019).

En el programa SPSS versión 21, se realizó el análisis descriptivo de frecuencias relativas y promedios.

Resultados

El total de artículos publicados entre los años de 2009 al 2016 fue de 1550, de éstos, 1274 artículos aparecieron en 73 revistas nacionales y 276 en 170 revistas internacionales; haciendo un total de 243 revistas. El total de primeros autores diferentes fue de 835; de ellos 427 (51.1%) mujeres y 377 hombres (45.1%), en 31 (3.7%), no pudo identificarse sexo. El número de investigadores con reconocimiento en el Sistema nacional de Investigadores fue de 49 de los cuales 47% fueron mujeres y 53% hombres.

El cuadro 1 muestra el número y porcentaje de artículos y el año de publicación de los mismos.

Se observó que el número de publicaciones por año tuvo tendencia a aumentar progresivamente. Fue únicamente en el año 2012 que hubo una disminución de publicaciones. El promedio de artículos registrados en las bases consultadas fue de 193.6 por año.

El cuadro 2 presenta la lista de revistas especializadas registradas en los índices consultados, con los números y porcentajes en relación al total de

artículos que aparecieron en ellas, entre los años de 2009 al 2016.

Cuadro 1. Frecuencia de publicaciones odontológicas por año, México, 2009-2016

Año de publicación	No. de artículos	%
2009	150	9.6
2010	161	10.3
2011	194	12.5
2012	160	10.3
2013	180	11.6
2014	190	12.2
2015	255	16.4
2016	260	16.7
Total	1550	100

Fuente: Elaboración propia

Cuadro 2. Revistas especializadas con 15 o más publicaciones de odontólogos investigadores provenientes de México, 2009 a 2016

Nombre de la revista	No de artículos	%
ADM	288	18.6
Revista Odontológica Mexicana	230	14.8
Oral	224	14.5
Revista Mexicana de Cirugía Bucal y Maxilofacial	83	5.4
Revista Mexicana de Ortodoncia	70	4.5
Odontología Actual	67	4.3
Revista Mexicana de Periodontología	60	3.9
Revista Odontológica Latinoamericana	28	1.8
Revista de Ciencias Clínicas	24	1.5
Medicina Oral Patología Oral y Cirugía Bucal	22	1.4
Odontopediatría Actual	19	1.2
Ortodoncia Actual	18	1.2
Revista Académica Mexicana de Odontología Pediátrica	18	1.2
Revista de Investigación Clínica	15	1
Otras 229 revistas con menos de 15 artículos	384	24.7
Total	1550	100

Fuente: Elaboración propia

El cuadro anterior muestra que la mayor parte de las publicaciones (47.9%) se concentra únicamente en tres revistas ADM en primer lugar seguida por la Revista Odontológica Mexicana y la revista Oral, mientras que el resto de los artículos fueron publicados en 240 revistas. Por otro lado, el 24.7% de las otras 229 revistas publicaron menos de 15 artículos. de odontólogos mexicanos en el período estudiado, entre éstas, se ubicaron revistas internacionales de las cuales, las que tuvieron más publicaciones alcanzaron cinco.

Fueron once las revistas internacionales que publicaron más de tres artículos de autores provenientes de México.

El número y promedio de artículos publicados en el período estudiado, según la institución de pro-

cedencia, se presenta en el cuadro 4, donde aparecen los autores que laboran en universidades, instituciones de servicio, o que reportan resultados derivados de su práctica privada.

De las instituciones educativas destacaron tres en las cuales se concentró el 46.9% del total de publicaciones odontológicas, dos de ellas se ubican en la capital del país y la otra está en Puebla. Por otra parte, a estas mismas instituciones pertenecían el 48.1 % del total de autores. Aunado a lo anterior también se observó que, en segundo lugar, después de la Universidad Nacional Autónoma de México, el 17.4% del total de las publicaciones procedieron de autores que se dedican únicamente a la práctica privada. Finalmente podemos observar que el promedio global de artículos por autor en este período fue de 2.1

Cuadro 3. Revistas especializadas internacionales con tres o más publicaciones de odontólogos investigadores provenientes de México, 2009- 2016

Nombre de la revista	No de artículos	%
Medicina Oral, Patología Oral y Cirugía Bucal	5	2.80
American Journal of Infection Control	5	2.80
Nutrición Clínica	4	2.27
Salud Pública de México	4	2.27
Archives of Medical Research	3	1.70
Archives of Oral Biology	3	1.70
Journal Clinical Pediatric Dentistry	3	1.70
Journal of Clinical Periodontology	3	1.70
Journal Public Health Dentistry	3	1.70
Revista Médica del IMSS	3	1.70
Archjives of oral Biology	3	1.70
Otras 45 revistas con menos de tres artículos	237	77.85
Total, artículos publicados en revistas internacionales	276	100.0

Fuente: Elaboración propia

Cuadro 4. Frecuencia de publicaciones, promedio de publicaciones por autor e institución, México, 2009 -2016

Institución	No. de artículos	Porcentaje de artículos por institución	No. de primeros autores	Promedio de artículos por autor
Universidad Nacional Autónoma de México	428	27.6	229	1.8
Práctica privada	269	17.4	171	1.5
Benemérita Universidad Autónoma de Puebla	156	10.1	129	1.2
Universidad Autónoma Metropolitana	142	9.2	44	3.2
Universidad Autónoma del Estado de México	72	4.6	32	2.25
Universidad Autónoma de San Luis Potosí	67	4.3	32	2
Universidad Autónoma de Nayarit	47	3	20	2.35
Universidad Autónoma de Tlaxcala	31	2	22	1.4
Universidad de la Salle Bajío	30	1.9	22	0.7
Universidad Autónoma de Ciudad Juárez	28	1.8	6	4.6
Universidad Autónoma de Tamaulipas	22	1.4	14	1.5
Universidad Autónoma de Nuevo León	22	1.4	17	1.2
Universidad Autónoma de Yucatán	21	1.4	16	1.3
Universidad Autónoma de Baja California	20	1.3	12	1.6
Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo	20	1.3	6	3.3
Universidad de Monterrey	18	1.2	6	3
Universidad Intercontinental	18	1.2	11	1.6
Universidad Tecnológica de México	17	1.1	10	1.7
Universidad Autónoma de Colima	16	1	8	2
Universidad Autónoma de Guerrero	15	1	12	1.25
Otras instituciones con menos de 15 artículos cada una	91	5.8	16	5.6
Total	1550	100	835	2.1

Fuente: Elaboración propia

Cuadro 5. Frecuencia de publicaciones en relación al objeto de estudio. México, 2009-2016

Objeto de estudio	No. de artículos	%
Presentación de casos clínicos	459	29.6
Epidemiología	252	16.3
Investigación clínica	156	10.1
Tecnología: aplicación	142	9.2
Revisión de la literatura	140	9
Tecnología: desarrollo	130	8.3
Ciencias básicas	103	6.6
Investigación de servicios de salud	52	3.4
Educación	35	2.3
Administración	23	1.5
Ciencias sociales y salud	13	0.8
Historia de la profesión	11	0.7
Otros	34	2.2
Total	1550	100

Fuente: Elaboración propia

En las publicaciones clasificadas por su objeto de estudio, Cuadro 5, se observa que la presentación de casos clínicos fue el campo más difundido, correspondiendo a casi 3 de cada 10 trabajos. El conjunto de la investigación clínica, y epidemiológica representó el 26.4%; la aplicación de tecnologías ya probadas tuvo el 9.2%, mientras que el desarrollo de tecnologías nuevas contribuyó con un 8.3%. Las revisiones de la literatura tuvieron un 9.0%. Los estudios sobre servicios de salud, educación, administración, ciencias sociales y salud e historia de la profesión representaron el 8.7%. En el campo de las ciencias básicas se publicaron solamente un 6% de los estudios realizados.

Los artículos publicados en relación a alguna de especialidad odontológica indican que, después de la práctica general donde se publica el 18.6%

del total de artículos (291), es en la especialidad de patología bucal donde existe un mayor número de trabajos (15.9%), seguido por las especialidades de cirugía y ortodoncia con un 12.5% y 11.7% respectivamente, mientras que el campo de la prevención aparece solo en dos de cada cien artículos.

Discusión

El período 2009- 2016, presenta un panorama de la investigación odontológica mexicana caracterizado por la mayor participación de las mujeres como primeras autoras y una producción sostenida, en mayor medida, por las instituciones públicas de educación superior. El promedio de publicaciones por autor, como muestra el cuadro 4, fue de 2.1 con un rango de 1 a 5 artículos por autor y una moda de 1.2 artículos, esto indicaría

Cuadro 6. Frecuencia de publicaciones en relación a las especialidades odontológicas. México, 2009-2016

Especialidad	No. de artículos	%
Práctica general	291	18.6
Patología bucal	247	15.9
Cirugía	193	12.5
Ortodoncia	182	11.7
Periodoncia	147	9.5
Odontopediatría	97	6.3
Materiales dentales	85	5.5
Endodoncia	68	4.4
Prevención	42	2.7
Prostodoncia	26	1.7
Rehabilitación	22	1.4
Operatoria	12	0.8
Radiología	7	0.5
Otra	131	8.5
Total	1550	100

Fuente: Elaboración propia

que existe una productividad diferenciada entre autores, ya que mientras hubo algunos que mantuvieron una producción mayor 210 (26%), otros 625 (74%), publicaron un sólo artículo durante este periodo. Esta situación ha sido formulada como Ley de Lotka, una ley bibliométrica, que establece que existe una distribución desigual en el número de autores que hacen contribuciones en un determinado campo científico puesto que, se ha mostrado, que la mayoría de los artículos están concentrados en una pequeña porción de autores altamente productivos, mientras aquellos que hacen una sola contribución suelen ser de alrededor del 60% (Kawamura, 1999; Urbizastegui, 2002).

El número de odontólogos miembros del SNI para 2016 que fueron 49, concordó con lo reportado por Grajeda-Cruz y López-Verdin (2017) y repre-

sentaron el 5.9% de los autores lo cual no sugiere una relación franca con quienes publicaron con mayor frecuencia, sin embargo, aquellos cuya actividad investigativa fue esporádica, se ubicaron en mayor proporción dentro de la práctica privada (17%). Un resultado semejante es el reportado por García (2010) para México entre 1989-1996.

Sobre las áreas del conocimiento, objetos de estudio y especialidades odontológicas, aquellas que pueden aportar conocimientos en epidemiología, investigación clínica, ciencias básicas y desarrollo de tecnologías contribuyeron con la tercera parte de las publicaciones, siendo ciencias básicas la que ocupó el último lugar. En tanto, como especialidades odontológicas las relacionados con patología y medicina bucal se colocaron en el segundo sitio con el 15.9% de las publicaciones

predominando la publicación de casos clínicos. Este resultado, no es comparable con respecto de la producción científica en odontología de otros países de Latinoamérica, ya que ésta ha sido reportada mediante estudios que, si bien emplearon el método bibliométrico, lo hicieron tomando en cuenta otros criterios y parámetros. Sin embargo, tres revistas nacionales, que concentraron las publicaciones más relevantes de investigadores en el campo odontológico del Perú, publicaron en un período de 10 años, entre 2005 y 2014, 662 artículos (Aravena et. al., 2013). El promedio de publicaciones por año en esas tres revistas fue de 66.2. En México el promedio de publicaciones por año en las tres revistas nacionales más populares entre los investigadores entre 2009-2016 fue de 182.7, es decir, 3.6 veces mayor, sin embargo, la composición temática difirió, ya que mientras que en el Perú las publicaciones relacionadas con ciencias básicas ocuparon 4 de cada diez publicaciones, en nuestro país fueron una de cada diez, lo que indica que este importante campo del conocimiento no está siendo suficientemente estudiado, excepto en la producción de aquellos investigadores reconocidos en México por el SNI, en quienes representó el 10% de los artículos reportados (Grajeda-Cruz y López Verdín, 2017). La producción científica de la odontología chilena entre 2001 y 2010, se realizó analizando las publicaciones con factor de impacto (FI); Top-10 de: autores, instituciones, revistas y países de coautoría (Cartes-Velásquez y Aravena, 2012), y mostró el aumento de la producción durante la última década que, sin embargo, según estos autores estuvo muy por debajo de los grandes productores internacionales y además se observó una baja cooperación internacional en términos de investigación, aspectos que no fueron analizados en el presente estudio.

En Brasil se realizó un estudio para obtener un mapa de la investigación odontológica en la última década mediante el examen de los resúmenes de ponencias presentadas en el evento científico más importante del país, donde odontología restaurativa representó para 2009, el 23.11 %, de los trabajos presentados, técnicas tradicionales de la profesión 30%, temas de la salud pública 13.9%, nuevas tecnologías 1.01% y ciencias básicas 0.64%. (Scariot, 2011), un patrón semejante al reportado en el presente estudio, aunque, por supuesto, no da cuenta del número de trabajos presentados en dicho congreso que concluyeron con una publicación.

Algunos trabajos que prefieren Web of Science (WoS) sobre otras bases de datos señalan, que ésta, permite una búsqueda más amplia e incluso un acercamiento multidisciplinario Kawamura, et. al. (1999). Usando WoS, Pulgar et. al. (2013) mostraron la producción científica mundial, calculada bajo la identificación de artículos recuperados incluidos en el Journal of Scieces Report (JCR), mismos que colocaron a Brasil como el cuarto país, único de América Latina, que calificó para ser considerado entre los que aportaron artículos científicos en proporción del 8.2% de la producción entre 2006 y 2008, antecedido por Estados Unidos con 22.3%, Gran Bretaña 9.8%, y Japón 9.1% (Pulgar et. al., 2013).

México, no aparece en la lista de países con un aporte significativo en investigación odontológica y esto puede relacionarse con que es uno de los miembros de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) que menos invierte en ciencia y tecnología (Ruelas, 2019), dicha inversión, fue para 2016 del 0.48 % de su Producto Interno Bruto (PIB), cifra por de-

bajo del 2.3% que era el promedio alcanzado por los países miembros, mientras que Brasil, para ese año, destinó 1.14% del PIB (CONACYT, 2016b; R&D, 2106).

Dentro de este contexto, cabe mencionar que la odontología ha recibido escasa consideración en las políticas públicas de salud y por tanto la investigación en este campo no se ha desarrollado dentro de las instituciones del sector salud, sino principalmente se sigue llevando a cabo en las escuelas y facultades de Odontología de universidades públicas (García et. al., 2010). Éstas dirigen sus programas y recursos primordialmente a la formación profesional y en menor escala a la capacitación de sus estudiantes en investigación y a la realización de la misma (Lara y López-Cámara, 2013). Por otra parte, la elección de los temas y problemas de la investigación, están definidos por el enfoque y las prioridades que, tanto las instituciones, como los investigadores confieren a las distintas áreas de la odontología y a los problemas de salud bucal de la población. Las escuelas y facultades de odontología y más aún sus posgrados, que en general es donde se lleva a cabo la investigación, tienen una fuerte orientación hacia las especialidades de la odontología restauradora.

Algunas tendencias en la investigación odontológica en México

Es posible comparar los resultados del presente estudio realizado en 2009-2016, en México, con los publicados para los periodos 1994-2000 y 2001-2008 (López Cámara y Lara, 2001; Lara y López-Cámara, 2011), debido a que fue empleado el mismo método, semejantes criterios y estrategias de búsqueda análogas, lo cual permite trazar algunas tendencias, aunque sin pretender que

éste, tenga el rigor de un estudio longitudinal y suponer que los resultados aquí presentados sean exhaustivos.

Hubo un incremento del número y promedio anual de artículos publicados que fue 3.1 veces mayor que en el documentado para 1994-2000 y el número de mujeres como primeras autoras se incrementó de 46.9% (López-Cámara y Lara, 2001), a 51.1% en este estudio. Siguen siendo las instituciones públicas de educación superior las que respaldan la investigación en este campo y es en éstas que se realizan estudios de patología bucal, ciencias básicas y ciencias clínicas, debido a que la investigación es una de las funciones que caracterizan a una universidad pública, por lo que suelen contar con infraestructura de laboratorios y espacios académicos para esta tarea; no es el caso de las instituciones privadas cuyo fin es la formación profesional y cuyos recursos no están destinados a la producción de conocimientos. Ha habido un incremento de las publicaciones que provienen de profesionales que ejercen la práctica privada, respecto a lo observado en anteriores estudios (López-Cámara y Lara, 2001; Lara y López, 2011), quienes, en su mayoría, reportaron la aplicación de procedimientos y tecnologías ya probadas o temas de práctica general que, en conjunto, representaron el 17.4 % de las publicaciones; esto sugiere que ha crecido el interés de este sector de la odontología por compartir las experiencias que derivan de su práctica clínica, lo cual podría apuntar a que, quienes publican, están interesados en mantenerse al día con los cambios en sus áreas de trabajo en beneficio de la población que accede a este tipo de servicios (Brignardello-Petersen et. al., 2014). Con respecto al desarrollo de tecnologías, éste sigue siendo un campo de estudio con resultados limitados y

muestra que la odontología mexicana continúa marcada por su dependencia con los avances en equipo, técnicas y materiales producidos en otros países, y esta situación repercute en los costos de la atención privada y el limitado acceso que tiene la mayoría de la población a la atención a su salud bucal (Lara y López-Cámara, 2013).

En un contexto socio-epidemiológico como el de México, donde destacan necesidades de salud bucal no atendidas derivadas de enfermedades prevenibles de alta prevalencia como son la caries dental, la enfermedad periodontal y aquella patología bucal que se asocia con las altas tasas de enfermedades crónicas, contrasta la menor producción sobre prevención, ciencias sociales aplicadas a salud, así como las que toman como objeto de estudio los servicios de salud.

Es en este sentido que la investigación en la odontología mexicana queda a deber una mayor producción orientada hacia la modificación de la práctica hegemónica y que brinde, desde un enfoque crítico, perspectivas para la mejoría de la salud de la población y la reorientación de los servicios de salud institucional y de la propia práctica privada (García-Zavaleta, 2015).

Conclusiones

Los hallazgos del presente estudio, esbozan algunos rasgos del panorama de la investigación odontológica en México y permiten visualizar ciertas constantes como son el hecho de que hay una baja productividad y un predominio de trabajos que se dirigen a investigar o documentar problemas ya estudiados o bien, reportan casos que se resuelven a nivel de la práctica privada con procedimientos restauradores, habiendo menor producción en los

avances actuales en ciencias básicas, nuevas tecnologías, promoción y educación para la salud. Es decir, los trabajos se orientan a mejorar la práctica odontológica tal como siempre se ha ejercido, pero con pocas propuestas para transformarla y generar alternativas que contribuyan a ampliar la cobertura de los servicios odontológicos.

El papel de las instituciones públicas de educación superior en la investigación odontológica es innegable y podría afirmarse que, sin su participación, ésta no existiría. Por ello, es de suma importancia que, en las escuelas y facultades de odontología, se establezcan estrategias, líneas de investigación y se destinen recursos que permitan fortalecer esta actividad desde la formación profesional de los odontólogos, con una orientación hacia la mejora de la práctica odontológica, elevar la calidad científica y el compromiso social y ético que requiere la resolución de los problemas de salud de la población. Este esfuerzo requiere del respaldo de políticas públicas de salud que incluyan la atención a la salud bucal como parte de la salud integral y calidad de vida de las personas y del desarrollo de programas y acciones, tanto a nivel institucional como privado, fundamentados en conocimientos científicos sólidos y un compromiso ético a fin de proteger la salud de la población.

Por último, es necesario considerar que el presente estudio es una aproximación a la producción científica de la odontología mexicana en el período estudiado y que se requiere el empleo de diferentes métodos y estrategias de búsqueda, más precisos, para completar el panorama presentado y así contribuir al estudio de este importante campo que denominamos investigación de la investigación.

Referencias bibliográficas

- Aguirre-Pitol, M.; Leal, M. y Martínez, N. (2013). Análisis comparativo de la cobertura de SciELO y Redalyc.org. <http://hdl.handle.net/20.500.11799/571> (consulta 15 de mayo de 2020).
- ADA. (2019). ADA specialties. <https://www.ada.org/en/ncrdscb/dental-specialties/specialty-definitions>. (consulta 8 de agosto de 2020)
- Aravena, T.; Cortes, R. y Manterola, C. (2013). “Productividad y calidad metodológica de artículos clínicos en cirugía oral y maxilofacial en Chile: Período 2001-D2012”, *Revista Chilena de Cirugía*, vol. 65, Núm. 5: 382-388.
- Brignardello-Petersen, R.; Carrasco-Labra, A.; Glick, M.; Guyatt, G. y Azarpazhooh, A. (2014). “A practical approach to evidence-based dentistry: Understanding and applying the principles of EBD”, *Journal of the American Dental Association*, vol. 145, Núm. 11: 1105-1107.
- Castro-Rodríguez, Y. y Grados-Pomarino, S. (2016). “Productividad científica de revistas odontológicas peruanas. Evaluación de los últimos 10 años”, *Revista de Educación Médica*, vol. 18, Núm. 3:174-178.
- Cartes-Velásquez, R. y Aravena Torres P. (2012). “Perfil bibliométrico de la odontología chilena, 2001-2010” [versión electrónica], *Revista clínica de periodoncia, implantología y rehabilitación oral*, vol. 5, Núm. 1: 5-8.
- CONACYT (2016a). Tablas de Investigadores Vigentes por Grado, Nivel Adscripción, Entidad Federativa y Área de Conocimiento 2016. <https://datos.gob.mx/busca/dataset/sistema-nacional-de-investigadores> (consulta 3 de abril de 2019).
- CONACYT (2016b). Informe General de la Ciencia, la Tecnología y la Innovación, México 2016. <https://www.siicyt.gob.mx/index.php/estadisticas/informe-general/informe-general-2016/3835-informe-general-2016/file> (consulta 11 de agosto de 2020)
- García, M.; García, C.; Carreño, H. y Maldonado, R. (2010). “La productividad científica de la odontología en México”, *ADM Revista de la Asociación Dental Mexicana*, vol. 67, Núm. 5: 223-232.
- García-Zavaleta, C. (2015). “Equidad y salud bucal: Equity and oral health”, *Revista Estomatológica Herediana*, vol. 25, Núm. 2: 85-86.
- González-Ramos, A.; González De La Fé, T.; Fernández P. y Muñoz, M. (2006). “Idoneidad de los indicadores de calidad de la producción científica y de la investigación” *Política y Sociedad*, vol. 43, Núm. 2: 199 – 213.
- Grajeda-Cruz, J. y López-Verdin, S. (2017). “Déficit de odontólogos investigadores con reconocimiento en México”, *Revista Salud Jalisco*, vol. 4, Núm. 3:154-160.
- Hevia, J.; Huete, A.; Alfaro, S. y Palominos, V. (2017). “Herramientas útiles y métodos de búsqueda bibliográfica en PubMed: guía paso a paso para médicos”, *Revista médica de Chile*, vol. 145, Núm.12:1610-1618.
- Kawamura, M.; Thomas, CDL.; Kawaguchi, Y. y Sasahara, H. (1999). “Lotka’s law and the pattern of scientific productivity in the dental literature”, *Med Inform*, vol. 24: 309–315. Recuperado el 11 de agosto de 2020, de <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/146392399298320>
- Lara, N.; López-Cámara V. y Mendoza, M. (2011). “La investigación odontológica en México, 2001-2008”, *ADM Revista de la Asociación Dental Mexicana*, vol. 68, Núm. 51: 229-236.
- Lara, N. y López- Cámara V.(2013). “Formación y práctica profesional de la odontología en México, 30 años de investigación”. En: Chapela, C y Mosqueda, A. (coord.) *De la clínica a lo social. Luces y sombras a 35 años*. México: UAM Xochimilco, 261-287.
- López-Cámara V, y Lara, N. (2001). “Un estudio bibliométrico sobre la investigación en la odontolo-

- gía mexicana. 1994-2000”, *Práctica Odontológica*, vol. 11, Núm. 12: 4-12.
- Medina, J.; Fernández, I.; Gil-Montoya, J. y Fernández-Cano, A. (2008). “La investigación odontológica española en la base Science Citation Index: un estudio cuantitativo (1974-2006)”, *Revista Española de Documentación Científica*, vol. 31, Núm. 2: 169-189.
- Pulgar, R., Jiménez-Fernández, I., Jiménez-Contreras, E., Torres-Salinas, D. y Lucena-Martín, C. (2013). “Trends in World Dental Research: an overview of the last three decades using the Web of Science”, *Clinical Oral Investigations*, vol. 17, Núm. 7: 1773–1783. Recuperado el 12 de agosto de 2020, de <https://bidi.uam.mx:6990/10.1007/s00784-012-0862-6>
- R&D. (2016). Global Funding Forecast. https://www.iriweb.org/sites/default/files/2016GlobalR&D-FundingForecast_2.pdf (consulta 10 de Agosto de 2020).
- Ruelas, A. (2019, 13 de diciembre). Gasto público en ciencia y tecnología en México. ¿Por qué? ¿Cómo? y ¿Para qué? [en línea]. *Revista Nexos*. Recuperado el 10 de agosto de 2020, de <https://educacion.nexos.com.mx/?p=2073>
- Scariot, R., Stadler, A.; Assunção, C.; Pintarelli, T. y Ferreira, F. (2011). “A map of Brazilian dental research in the last decade”, *Brazilian oral research*, vol. 25, Núm. 3: 197-204.
- Urbizagastegui, R. (2002). “La ley de Lotka y la literatura de bibliometría”, *Investigación Bibliotecológica*, vol. 16, Núm. 33: 126-139. Recuperado el 11 de agosto de 2020, de <http://revib.unam.mx/ib/index.php/ib/article/view/4005>

Salud Penitenciaria en Chile: retos para su transformación desde la mirada de la Salud Colectiva

Daisy Iturrieta Henríquez* • Carolina Tetelboin Henrion**

RESUMEN

La Salud Colectiva, se ha propuesto históricamente reflexionar y comprender las múltiples sociedades, culturas, los modos de vida y cómo cada uno de ellos desde sus diferencias, demandan una preocupación y respuestas distintas por parte del Estado a través de las políticas públicas en Salud. Todos los seres humanos tienen derecho a una vida digna y por tanto a ejercer el Derecho a la Salud de manera plena, sin embargo, para las mujeres, hombres, niños y niñas que como personas habitan las cárceles, esta aspiración se evidencia como uno de los nudos más críticos que enfrenta la gestión penitenciaria. El objetivo del presente artículo, es dar visibilidad a la problemática de la Salud Penitenciaria en Chile, recuperada desde investigaciones previas realizadas entre el 2008-2018, integrando los aportes que la Salud Colectiva ofrece para su análisis e introduciendo los retos que se deben gestar para la transformación del contexto carcelario en esta materia.

PALABRAS CLAVE: Salud Penitenciaria, Proceso salud-enfermedad-atención, Determinación Social.

Penitentiary health in Chile: challenge for its transformation from the Collective health view

ABSTRACT

The collective health has historically proposed to reflect and comprehend the multiple societies, cultures, ways of lives and how each of them, from their differences, demand a different concern and responses from the State through public policies in Health. All human beings have the right of having a decent

* Socióloga, Magister en Salud Pública, Doctora en Ciencias en Salud Colectiva. Académica de la Escuela de Medicina de la Universidad de Valparaíso. Chile. Coordinadora del Grupo de Trabajo Estudios Sociales para la Salud de CLACSO.

** Profesora investigadora de los programas de Maestría en Medicina Social y Doctorado en Ciencias en Salud Colectiva, Departamento de Aten-

ción a la Salud, División de Ciencias Biológicas y de la Salud, Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco, México. Coordinadora del Grupo de Trabajo Estudios Sociales para la Salud, CLACSO.

Fecha de recepción: 09 de julio de 2020.

Fecha de aceptación: 20 de agosto de 2020

life and exercise the right to health, however, for women, men, boys and girls that inhabit prison. This aspiration is evidenced as one of the most critical issues that prison management confronts.

The objective of this article is to give visibility to the problem of Prison Health in Chile, recovered from previous research carried out between 2008-2018, integrating the contributions that Collective Health offers for its analysis and introducing the challenges that must be gestated to the transformation of the prison context in this area.

KEY WORDS: Prison health, health process-sickness-attention, social determination.

Introducción

Chile es un país en el que prevalece un modelo económico-político neoliberal, demarcando una sociedad de mercado con fracturas en la concepción de derecho y garantía, generándose tensiones en la definición de las políticas públicas de salud y en sus resultados.

El Derecho a la Salud en este país, ha sido minimizado, tensionado históricamente y reducido en la Constitución Política de la República de Chile a la expresión mínima de Derecho a la Protección de la Salud. Lo anterior, trae consigo consecuencias negativas en la vivencia del proceso de salud-enfermedad-atención de las personas, ejemplificadas con mayor magnitud en las instituciones penitenciarias, en donde las condiciones de vida y salud, violentan el derecho a la vida digna y a la salud en particular, lo que nos lleva a problematizar el entramado que cruza la salud como construcción social, como bien público y como Derecho Fundamental.

La sociedad humana es un espacio de construcción de mundo, pues en ella confluyen condiciones objetivas e interpretaciones de la vida cotidiana, así como también se colocan, en diálogo contradicciones y consensos. Aplicado a la salud,

podemos sostener que ésta es un hecho constituido por la biología, pero domesticado por las condiciones sociales y culturales, a la vez que es un acto de formación y reformulación continua, el cual se constituye en una estructura de comportamiento social que tiene su trazabilidad en la individualidad de los sujetos. La salud es definida como un “objeto construido y transformado cultural, social e históricamente como producto de la existencia humana” (Casallas, 2017), que está vinculado al anclaje material y territorial que tienen los seres sociales y, por ende, al modelo de sociedad en el cual se desenvuelven.

En el análisis de la vinculación entre salud y sociedad, la salud se ubica como “un campo disciplinar complejo donde los objetos, saberes y prácticas son abordados desde distintos paradigmas o perspectivas epistémicas” (Casallas Murillo, 2017), por lo que su significación está trazada por contextos políticos, económicos e ideológicos-culturales que acompañan la historia de una sociedad y que, por ende, determinan la concepción de vida (digna o no), del buen o mal vivir, de la persona como sujeto sometido o de derecho y del respeto a la existencia de diversas formas de prácticas en salud, además de la hegemónica que se origina por parte de los distintos actores sociales.

Vinculado a lo anterior, la cárcel se define como “la conjugación entre el espacio físico, en el cual se encuentra la persona privada de la libertad y su entorno, donde se desarrolla un estilo de vida particular de supervivencia, adaptación, sometimiento, interacción cultural, social y educativa dentro del sistema”(INPEC - INPEC, 2019), permeada por relaciones sociales y de poder, en donde participan distintos actores sociales y a distintos niveles de jerarquía, lo que demarca una realidad social compleja en una sociedad desigual como la chilena.

Es a partir de lo anterior, que el objetivo del presente artículo es reflexionar desde la mirada de la Salud Colectiva sobre la problemática de la Salud Penitenciaria en Chile y de los retos que se deben gestar para la transformación del contexto carcelario en esta materia.

Se comprende la Salud Colectiva, como una corriente de pensamiento socio-histórica que permite comprender los fenómenos de salud-enfermedad-atención y la respuesta social hacia estos, desde una perspectiva transdisciplinaria compleja, teniendo como base el materialismo histórico y la determinación social como categoría de análisis, la que se comprende como el sometimiento que genera el orden estructural, desde las esferas económicas, políticas e ideológicas-culturales, sobre el quehacer en salud, y al mismo tiempo, las prácticas de resistencia que genera la misma sociedad sobre este orden impuesto.

Lo anterior, nos ofrece una mirada distinta a la hegemónica sobre cómo pensar y actuar frente a las problemáticas sociales y sanitarias a través de la acción de las distintas formas de organización, ubicando y reconociendo la salud como un derecho humano fundamental, más allá de la enfermedad y la concepción biomédica.

Para el análisis propuesto se revisaron un cuerpo de investigaciones e informes emitidos por organismos nacionales e internacionales entre el 2008-2018. Los antecedentes revisados, evidencian el papel distante que ha ejercido el Estado chileno en materia de salud penitenciaria, pues no ha liderado la revisión de las condiciones de vida y salud a las que se ven expuestas las personas privadas de libertad y menos aún la generación de una estrategia de Salud Pública que desarrolle un abordaje integral de esta problemática social.

Complejidades presentes en la Salud Penitenciaria en Chile

Gendarmería de Chile es el organismo dependiente del Ministerio de Justicia responsable del sistema carcelario en Chile, país en el que opera un sistema mixto de provisión de servicios, participando el Estado y privados en su desarrollo.

La Declaración de Derechos y Deberes de la Constitución de la República de Chile de 1980, deja de manifiesto en el artículo 19 el derecho a la protección de la salud, para lo cual el Estado debe proteger el libre e igualitario acceso a las acciones de promoción, protección y recuperación de la salud y de rehabilitación del individuo. Por ello la cárcel en tanto institución pública, debe garantizar los derechos humanos fundamentales. Sin embargo, la premisa ético-política desde la cual se inicia este escrito es que ello no sucede, debido a que diferentes estudios a nivel nacional e internacional han evidenciado cómo las condiciones de las cárceles de Chile favorecen la pobreza y exclusión y como esto impacta en la calidad de vida y salud de las personas que allí cohabitan.

Lo anterior permite problematizar el Rol que ha asumido el Estado Chileno en materia de Salud Penitenciaria a través de las políticas públicas de

Salud presentes, en donde el modelo económico político neoliberal vigente en Chile, ha demarcado una sociedad permeada por relaciones mercantiles, fraccionada en clases sociales y en donde el Estado es reducido a su expresión mínima versus el protagonismo que asume el mercado para regular la provisión de bienes y servicios, dando paso a la reducción y privatización de derechos y garantías sociales, impactando de manera específica la vida de las personas que viven en contextos carcelarios.

En este sentido el modelo imperante en Chile, ha determinado el tipo de políticas, actores participantes, significaciones y prácticas desarrolladas en contextos carcelarios, pues incluso el Estado ha permitido la asociación público-privada para la provisión de servicios, dando lugar desde el año 2005 a la construcción y ejecución de cárceles concesionadas.

Las condiciones estructurales y sanitarias, en que permanecen los internos en los recintos penitenciarios, se ha constituido en uno de los temas más críticos, desde el punto de vista del respeto a los derechos humanos y el de salud, en particular. Existen importantes carencias en cuanto a infraestructura y recursos, cuestión que transforma a la cárcel en un lugar con graves deficiencias para la satisfacción de necesidades básicas y de las condiciones de vida, entre ellas, el acceso oportuno a la atención de salud (Instituto Nacional de Derechos Humanos, 2018).

La situación de salud de la población penal es menos saludable que la población general, y la prevalencia de enfermedades infecciosas, crónicas y de riesgo, es significativamente mayor en condiciones de encarcelamiento. Además de las enfermedades infectocontagiosas, el consumo de sustancias tiene una alta prevalencia al interior de

las cárceles, y los trastornos de salud mental están sobre representados en ella (Centro de Estudios en Seguridad Ciudadana, 2008).

Asimismo, se ha evidenciado que al sistema de cárceles en Chile, “le falta buena salud y atención médica especializada” (Estados Americanos, 2008), lo que se traduce en la muerte frecuente de grupos de internos por causas evitables, un alto nivel de hacinamiento en los centros de privación de libertad para mujeres, condiciones de insalubridad extremas, falta de atención médica especializada para las mujeres y de servicios pediátricos para sus hijos de corta edad, que están con ellas en prisión y la presencia de ancianas en centros que no cuentan con servicios geriátricos y alimentación adecuados a su edad (Gutiérrez, 1994).

Se visualizan precarias condiciones de higiene, pues el acceso al aseo personal es complejo, así mismo las condiciones de aseo de las celdas son precarias y dan lugar a enfermedades infecciosas, siendo, muy común, que en las celdas abunden *cimex lectularius* (chinchas de cama) y sarna. En muy pocos penales, las personas pueden hacer efectivo el derecho a la salud sexual y reproductiva y, sólo se ha avanzado en un programa que les permite postular al beneficio de venustorio, conocida como la visita conyugal, en donde se les autoriza mantener relaciones sexuales con sus parejas en un dormitorio acondicionado para ello. Al ser abordado como un beneficio, no todos pueden acceder, por lo que se siguen utilizando como parte de su cultura los famosos “camaros”, que son una especie de carpa instalada por los mismos internos, en algún sector del espacio común, dentro del horario de visita, para poder intimar con sus parejas (Instituto Nacional de Derechos Humanos, 2014).

Por otro lado, existen dificultades para acceder a la atención secundaria, pues en primera instancia se debe dar una atención primaria al interior del recinto, la que por sí tiene complejidades de acceso y los procesados tienen que pedir permiso al tribunal y los condenados al Alcaide Mayor del Centro de Cumplimiento Penitenciario, lo que implica una segunda barrera para acceder a la atención secundaria. Se ha constatado, además la brecha en la afiliación en FONASA (Fondo Nacional de Salud – Seguro Público de Salud), a la que se ven expuestas las personas privadas de libertad, una vez que ingresan a un establecimiento penitenciario, evidenciándose dificultades en cuanto a la gestión de su afiliación, lo que repercute en el acceso a la atención en la red asistencial más cercana al momento que lo requieran (Hoffman, 2009).

Como hecho histórico debemos recordar que, en diciembre del año 2010, Chile fue remecido por un incendio en la Cárcel de San Miguel, en donde un grupo de internos de la torre cinco, cuarto piso, ala sur, comenzaron a ingerir alcohol, generando una riña. Los bandos estaban subdivididos en “la pieza chica” y “la pieza grande”, espacios, particularmente precarios, desprovistos de iluminación y ventilación, donde habitaban 146 personas, lo que equivale a un 300% de hacinamiento. Durante la riña se utilizaron elementos punzocortantes de distintas dimensiones y un balón de gas, que fue acondicionado como lanzallamas. El incendio ocasionó la muerte de 81 internos, quienes murieron como consecuencia de la inhalación de gases tóxicos, ya que no fueron oportunamente evacuados.

La pregunta que surge de entrada es ¿Por qué no fueron asistidos?, la evidencia da cuenta de que los funcionarios de Gendarmería de guardia del recinto, no pudieron prevenir estos acontecimien-

tos, ya que no efectuaron las rondas al interior de las torres, tal como lo exige su reglamento, permaneciendo en el perímetro externo del recinto, tampoco actuaron frente a los gritos ni al desplazamiento de estoques de más de dos metros por los muros externos de la torre. Las llamas se propagaron alrededor de las 5:00 horas y los bomberos fueron alertados del siniestro a las 05:47 horas, por la llamada efectuada por un interno. Los funcionarios no utilizaron los escasos mecanismos ni protocolos de emergencia existentes, además, la infraestructura disponible (mangueras, red seca y húmeda) no funcionó.

La muerte de los internos evidenció las indignas condiciones carcelarias en que vivían, cerca de 54.000 personas en ese entonces, en Chile, así como la ausencia de una política pública, destinada a corregir tales condiciones. Cabe señalar que el veredicto absolvió a los ocho funcionarios de Gendarmería de Chile, acusados como coautores de los cuasidelitos de homicidios y lesiones reiteradas (Fernández y García, 2015).

Producto de las distintas presiones de organismos nacionales, como internacionales, Gendarmería de Chile en el año 2014, creó la Unidad de Protección y Promoción de los Derechos Humanos, teniendo como funciones:

- A nivel nacional, promover la construcción de una cultura que reconozca el respeto, la protección de los derechos y garantías de las personas privadas de libertad.
- Coordinar y asesorar en las subdirecciones, direcciones regionales, Escuela de Gendarmería y los departamentos de la Institución, en el desarrollo e implementación de programas y planes orientados al cumplimiento de los DD.HH.

- Promover el desarrollo de actividades de capacitación en el marco de los DD.HH. que incentiven su aplicación al interior del Servicio.

- Coordinar la entrega de información y colaborar en la elaboración de informes relativos a la materia, solicitados por organismos, tanto nacionales como internacionales, encargados de observar su cumplimiento (Gendarmería de Chile, s. f.).

Esta unidad, se impulsó la realización de la Primera Encuesta Nacional de Percepción de Calidad de Vida Penitenciaria (Unidad de Protección y Promoción de los DD.HH, 2014). A partir de sus resultados, se constata una primera aproximación a las inequidades que vivencian hombres y mujeres privados de libertad. Respecto al contexto sociopolítico, comprendido como los factores del sistema político y social, que inciden en la calidad de vida y las desigualdades que afectan a las personas, la encuesta revela el escaso acceso que se tiene al Sistema de Protección Social, en donde los internos e internas, en bajos porcentajes se han vinculado con ellos, tanto en programas de capacitación laboral (29,1%) , de educación (32,4%), apoyos psicosociales (22,9%) y en, mucha, menor medida, en programas vinculados a la recreación y cultura (19,7%).

Por otro lado, las circunstancias materiales, que hacen alusión a las condiciones en que las personas nacen y se desarrollan durante su ciclo vital, lo que influye en sus formas de subsistencia y posibilidades de satisfacer sus necesidades, siguen siendo precarias en el contexto carcelario. Ejemplo: los datos demuestran que aún existe una brecha de mejora en las condiciones medioambientales, de habitabilidad, de acceso a bienes y de trabajo, en donde, sólo 30,4% ha trabajado de manera remunerada, los espacios en las celdas siguen siendo insuficiente, sólo 48,5 % declaró te-

ner un baño en buenas condiciones y sólo un 60% considera que duerme en un lugar limpio.

Respecto a los factores conductuales que inciden en la calidad de vida de las personas, los datos revelan la necesidad de potenciar acciones de promoción en el ámbito de la nutrición, la actividad física y recreación y el consumo de drogas.

La ocupación sobre los factores psicosociales y la cohesión social, es otro desafío, pues el entorno carcelario en el que las personas se desenvuelven, la falta de apoyo social, el estrés y el poco control sobre sus vidas, afecta negativamente sobre la situación de su salud. Ejemplo, sólo 22,9% declara haber participado en algún taller psicológico o social y, con fuerza, 66,5% proclama la necesidad de contar con mayores beneficios penitenciarios, que desde la óptica del enfoque de derechos humanos no se vincula con privilegios, sino más bien con la igualdad de condiciones, que se debiese tener con las mujeres y hombres, que en su calidad de ser humano cohabitan un espacio de nuestra sociedad.

Cabe destacar que, respecto de la atención de salud, los resultados, son desoladores, 80,4% señala que el acceso a la atención médica o de enfermería no es de fácil acceso y que cuando accede, sólo 19,8% la considera de buena calidad.

Lo anterior, se valida con los hallazgos del estudio titulado “Atención de salud en los centros de cumplimiento penitenciario: un desafío pendiente para la salud pública en las provincias de San Felipe y Los Andes” (Iturrieta y Tetelboin, 2016) realizado en el año 2014. En él se confirman los hallazgos de los organismos internacionales y nacionales, permitiendo dar visibilidad a esta problemática y configurándose, como un tema preocupante desde lo público. Los resultados dan

cuenta de una contradicción, entre lo dispuesto por los reglamentos de Gendarmería de Chile y los hallazgos de la investigación, ratificándose condiciones de vida indignas (hacinamiento, violencia, fractura familiar, sometimiento etc.), contextos sanitarios deficientes, tensión entre la relación médico-paciente, escaso acceso a la atención médica especializada, problemas de salud mental escasamente abordados, escaso abordaje de las indicaciones de dietas alimenticias diferenciadas y presencia de causas de mortalidad evitables.

A nivel particular, el estudio evidenció que la Salud, está vinculada sólo a las prácticas de atención de la enfermedad. En general, la atención se lleva a cabo por solicitud espontánea, por parte de los internos, sin contar con una programación preventiva; los técnicos paramédicos, son la figura troncal del proceso de atención dentro de los espacios denominados “Unidad de enfermería”. El médico, con escasas horas de servicio en cada centro de atención penitenciario, es quien tiene la facultad de derivar, por lo que las complejidades de salud de los internos en los horarios que no se encuentra el médico, queda frecuentemente a criterio del funcionario de turno, a cargo del Centro de Cumplimiento Penitenciario.

Para efecto de resolver las urgencias, existe una buena coordinación con la red de Salud, ejemplificada en la coordinación que se tiene con el servicio de urgencia (SAPU) más cercano al recinto penal. Desde el discurso del equipo de Salud existe entrega de fármacos, pero ello es cuestionado por los internos. Por parte de los funcionarios y profesionales se verbaliza una valoración positiva a los procesos de atención y condiciones para ésta. Sin embargo, dichos relatos se contraponen a lo expresado por los internos e internas, quienes en su mayoría demandan una atención oportuna, humana y la integración de acciones de preven-

ción y promoción pertinentes al espacio que habitan. En este sentido, se evidencia la pérdida de autonomía por parte de los internos, remitiéndose la atención en salud a lo establecido por los centros de cumplimiento penitenciarios y no en función de lo que establece la normativa vigente.

Por otro lado, la Corte de Apelaciones de Santiago, ha estado sistemáticamente emitiendo informes, en donde da cuenta de las precarias condiciones de habitabilidad a la que se exponen las personas privadas de libertad. En uno de los recientes informes emitido en el año 2016, se revela una cantidad considerable de internos que duermen casi apilados, unos sobre otros, en reducidos espacios, con nula ventilación y luz natural, en condiciones insalubres, con presencia de chinches y otros parásitos. En segundo lugar, persisten las instalaciones eléctricas irregulares, lo que constituye una amenaza permanente, no sólo de electrocución, sino que también, como agentes, potencialmente generadores de incendios. En tercer lugar, respecto a la alimentación, se registraron quejas de los internos sobre la entrega en ocasiones de alimentos fríos y panes semicongelados, además de la entrega de alimentos en una bandeja desprovista de cubiertos, lo que obliga a los internos a consumirlos con la mano, atentando a un aspecto elemental de dignidad humana. En esta misma línea, se advierte el prolongado tiempo en que los internos permanecen sin alimentación, debido a que cenan a las 17:00 hrs., debiendo esperar el desayuno que se sirve a las 9:00 de la mañana del día siguiente (Corte de Apelaciones Santiago. Comisión visita semestral de cárcel, s.f).

Dichos antecedentes ponen en evidencia que:

Las condiciones de las cárceles de Chile favorecen la pobreza y exclusión, impactando en la calidad de vida y salud de las personas que allí

cohabitan, en sus familias y en los propios funcionarios y profesionales, que se desempeñan laboralmente en dicho espacio, en donde se reafirma a partir de los aportes de Rosen (1986) que “... *las relaciones entre la gente, las condiciones en las que nacen, se desarrollan y trabajan; su edad, medio, distribución territorial, suelo en que viven, el agua que beben, su nivel económico, su nutrición, etcétera, todo se debe relacionar con las enfermedades, con la duración de la vida y con la mortalidad, a fin de determinar las causas que conducen a la enfermedad y a la muerte prematura*” .

La incorporación de la población privada de libertad a las políticas de salud pública es un desafío necesario para la intervención carcelaria, puesto que las personas privadas de libertad, al no recibir un tratamiento apropiado mientras están en la cárcel, pueden retornar a sus comunidades, representando riesgos y amenazas para su salud, su familia y la salud pública, en general (Villagra Pincheira, 2008).

Existen complejidades que se materializan en la orgánica estructural del fenómeno penitenciario, entre las que destacan: El rol que ha asumido el Estado Chileno y el Ministerio de Salud en Chile en esta materia, quien declara como Misión en su discurso la necesidad de “*construir un modelo de salud sobre la base de una atención primaria fortalecida e integrada, que pone al paciente en el centro, con énfasis en el cuidado de poblaciones durante todo el ciclo de vida, y que además estimule la promoción y prevención en salud, así como el seguimiento, trazabilidad y cobertura financiera*” (MINSAL, s. f.).

Dicho discurso trae consigo repercusiones políticas, económicas e ideológicas en la praxis en Salud, tensionando la posibilidad de garantizar

el Derecho a la vida digna y a la salud, en particular, en los contextos carcelarios, lo que nos lleva a cuestionar la acción de la Salud Penitenciaria en Chile, comprendida, como el conjunto de bienes y servicios encaminados, a preservar y proteger la salud de las personas que habitan en los recintos penitenciarios y a reflexionar el entramado que cruza la salud como construcción social, tomando en consideración los aportes que hace la salud colectiva al análisis de contextos divergentes y objetos de transformación que están tensionados históricamente, en este caso el Derecho a la Salud en los contextos penitenciarios.

La Salud Colectiva y sus aportes al análisis de la Salud Penitenciaria.

El quehacer de la Salud Colectiva posiciona una triada, en donde se interrelaciona la generación de conocimiento, la definición y diseño de políticas públicas y la praxis sanitaria, teniendo como núcleo medular la tensión entre las dimensiones económicas, políticas e ideológico-culturales en su pertenencia a la estructura social, desde una historia, temporalidad y lugar determinado.

Esta corriente de pensamiento, se ha preocupado de comprender de manera holística los procesos de salud-enfermedad, los que se enmarcan en un contexto sociocultural que en ocasiones es diverso como es la cárcel y que por ende a diferencia de la mirada salubrista convencional, su ocupación está en generar conocimiento y propuestas de solución a las necesidades y problemas de salud que presentan las colectividades. Esta mirada cuestiona el núcleo del positivismo en salud, el causalismo y la teoría del riesgo y se permite avanzar hacia interpretaciones sustentadas en el materialismo histórico, las teorías del conflicto social y las teorías críticas dispuestas por las Ciencias Sociales (Morales, Borde y Eslava, 2013).

Ahora bien, la Salud Colectiva dispone de argumentos teóricos metodológicos que permiten avanzar en el análisis de la salud penitenciaria, reconociendo la salud y la enfermedad como partes de un mismo proceso, el que atraviesa una dimensión material y simbólica y que por tanto como fenómeno social tiene sus raíces en la historicidad de los sujetos y en la subjetividad que permea la cotidianidad. En este sentido, la vida cotidiana tiene su anclaje en la cultura, la que incluye los significados y prácticas de los sujetos sociales, en donde el habitus producen prácticas en salud, en concordancia a los esquemas históricamente establecidos. Lo social determina lo biológico y por ende tiene niveles de producción y reproducción, así como niveles de complejidad, que configuran las ideologías presentes en la sociedad y por ende, las relaciones de subordinación y hegemonía (García, 1984). Finalmente desde la mirada de la Salud Colectiva, las personas se configuran como sujetos políticos, lo que permite colocar en valor la posibilidad de ser gestores de sus propios procesos de transformación y de la lucha por el reconocimiento de la Salud como un Derecho Fundamental (López, 2013).

A partir de esta mirada, tiene sentido la propuesta de Ferrajoli (2004), quien parte de la premisa de que en nuestros días no se puede reducir los derechos del hombre a los derechos del ciudadano por consistir estos últimos en un factor de exclusión y desigualdad. Y es así como la ciudadanía contradice la universalidad de los derechos reconocidos en constituciones estatales, declaraciones y pactos internacionales.

La salud colectiva ha estado trabajando en la construcción integral de su objeto de estudio y por ende su preocupación se vincula con el alcance de una práctica integral de transformación vinculada a los procesos de determinación que implican

modos históricos estructurales, lo que conlleva a la emancipación de los grupos sociales y la superación de las desigualdades sociales (Bertolozzi y De la Torre, 2012).

De esta manera, desde la mirada de la Salud Colectiva, la Determinación Social, se configura como un marco orientador para el análisis de la Salud Penitenciaria, dando lugar y colocando en valor la mirada histórico social, el sentido de complejidad, el contenido transformador y el rol protagónico que tienen los sujetos sociales en la definición de las significaciones y transformaciones sobre sus vivencias del proceso de salud-enfermedad-atención. A continuación, revisaremos la vinculación de estas categorías con el contexto de salud que se da en los espacios penitenciarios.

1. La mirada histórico social asumida en el enfoque de determinación social en el contexto carcelario, se explica en la medida en que se comprende que la historia individual y colectiva, las condiciones materiales y simbólicas para sobrellevar los proceso de salud-enfermedad-atención y el tipo de relaciones que se configuran al interior de la cárcel, determinan el modo de enfermar y el tipo de respuesta a ella y que por tanto, existen cambios que se dan a través del tiempo en el perfil epidemiológico, que no se explican por los cambios biológicos ocurridos en la población ni por la evolución de la práctica médica, sino más bien por el componente de historicidad. (Laurell, 1982)
2. La determinación social, visibiliza y ubica el fenómeno de la salud desde una mirada compleja y multidimensional, dando lugar al análisis de los procesos estructurales que lo conforman (CEBES, 2011). En el contexto carcelario se reafirma por ejemplo que las

estructuras de poder evidencian hegemonías, las que reproducen por cierto inequidades y es por ello que surge la necesidad de contar con espacios para el debate público dentro y fuera del Estado, lo que potencia la aspiración de transformación social en salud desde los distintos contextos y actores. Ahora bien, para comprender la complejidad de dicho contexto, necesariamente debemos observar cómo se configuran las relaciones sociales intramuros, las decisiones sanitarias y, por ende, de qué manera el Estado se hace cargo de potenciar contextos de salud penitenciarios, más equitativos e igualitarios, en donde el valor este puesto en cada una de las personas y en los derechos que amparan su calidad humana.

3. La determinación social, contiene un eje transformador, que busca “pasar de una lucha por las prestaciones y derechos más inmediatos de la salud individual, que sin embargo siguen siendo vitales, a un trabajo más amplio pero necesario por los derechos integrales humanos y de la vida” (CEBES, 2011). Avanzar desde dicha propuesta en el contexto carcelario, es de vital relevancia, pues ésta problemática de salud, no sólo la debemos referir al interno que no recibe la atención de salud, sino también al contexto familiar, quienes sufren la fractura familiar, la estigmatización en los espacios de visita y la exposición al contagio de distintas enfermedades.

En este sentido la Salud Colectiva, propone que, para pensar la determinación social en salud, es “necesario fortalecer y difundir una praxis que denuncie, enfrente y contribuya a transformar los procesos sociales que destruyen la salud y la vida de las colectividades y producen inequidades múltiples” (López, 2013). A partir

de dicho fundamento el proceso de observación-acción se torna un desafío metodológico para el estudio de la categoría de determinación social en la cárcel, es decir, se requiere avanzar de estudios declarativos, descriptivos y explicativos que dan cuenta de las observaciones de las problemáticas y necesidades en salud de los internos, hacia diseños que permitan transformar la realidad con y desde los sujetos sociales insertos en el contexto de estudio, dando lugar a la participación social como categoría de anclaje desde la mirada de la Salud Colectiva y valorizando así su responsabilidad social como eje articulador de su praxis.

4. En este sentido, los sujetos definidos como sujetos políticos desde la Salud Colectiva, cumplen un rol fundamental en los procesos de transformación, pues son precisamente ellos quienes pueden dar cuenta de cómo se vive, piensa y articulan los nudos críticos de los procesos de salud-enfermedad-atención, e incluso cuentan con la claridad de las necesidades y propuestas de mejora para sus modos de vida, lo que evidencia la capacidad de acción y de sentido. Así mismo en este contexto se debe configurar un trabajo colaborativo con actores que tengan capacidad política, dando lugar a estrategias de mediación desde distintos niveles.

Retos para la transformación de la salud penitenciaria, desde la mirada de la Salud Colectiva.

Uno de los postulados centrales de la Salud Colectiva es que el proceso de salud-enfermedad está mediado por las condiciones materiales de vida, es decir, por su determinación social, lo que implica, que se manifiesta en mayor medida, a ni-

vel de la colectividad que, del individuo, lo que conlleva a condicionar su biología y a determinar la enfermedad (Laurell, 1982).

Lo anterior se vincula con los aportes que hace la sociología, para la cual la salud es parte del proceso de socialización del individuo, lo que encierra múltiples panoramas para la práctica médica familiar, es el resultado de la interacción de factores individuales, sociales, políticos, económicos y culturales y por ende la Salud y su reproducción social en la cárcel está determinada históricamente bajo las macro y microestructuras sociopolíticas. Según Durkheim, la Salud, es un hecho social y, por tanto, una expresión cultural. Como seres sociales, compartimos una serie de principios básicos saludables que permiten integrarnos en el sistema social más cercano. Por otro lado, el sociólogo Anthony Giddens (2002), nos plantea a la enfermedad como una experiencia vivida, por lo que en ella también confluyen significados y patrones culturales, que integran una dimensión personal pero también pública.

Desde esta mirada la significación de la Salud en la cárcel, no puede seguir centrada en la acción de atender sólo la enfermedad, se requiere contar con una mirada más amplia con aportes de distintas disciplinas y diversos actores, con el fin de configurar una política pública que lea de manera distinta la configuración de las relaciones y los modos de vida que se gestan al interior de la cárcel.

En este sentido se propone como primer reto; avanzar en una construcción integral del concepto de Salud Penitenciaria, incorporando los conceptos que emergen desde las Ciencias Sociales y que han sido plasmados en la Medicina Social y la Salud Colectiva. Para ello se requiere admitir que en el contexto carcelario las personas priva-

das de libertad viven el proceso de salud- enfermedad-atención propuesto por Menéndez (López, Chapela, Hernández y Outón, 2011), desde una complejidad mayor en comparación con quienes gozan del Derecho a la libertad. Este proceso se comprende como universal y determinado por las subjetividades que se gestan en los procesos sociales e históricos de las colectividades, lo que permea también la forma de enfrentar la enfermedad. En este sentido, los hombres, mujeres, niños y niñas que habitan las cárceles en calidad de internos, sobrellevan este proceso desde una realidad y desde una posición distinta, en donde la capacidad de decisión frente a la salud sólo encuentra respuestas en los constructos de poder que se gestan en las relaciones que se configuran en dicho contexto.

Un segundo reto e interrogante para este fenómeno, es cuestionarse y dar respuesta a la vinculación entre Estado y Sociedad, como ello determina la promoción, protección y garantía de los Derechos Humanos en las personas privadas de libertad y de qué manera está dispuesta la Salud como Derecho Fundamental en los marcos jurídicos que configuran las Políticas Públicas en materia de Salud Penitenciaria.

El tercer reto, implica que para efectos de investigaciones sobre el proceso salud- enfermedad-atención en las instituciones penitenciarias, se incorpore la Determinación Social como una categoría de estudio, que supera los alcances interpretativos propuestos por la Comisión de los Determinantes Sociales de la Salud.

A partir de este constructo teórico-metodológico, se propone avanzar de estudios declarativos y descriptivos que dan cuenta de las observaciones de las problemáticas y necesidades en salud, ha-

cia diseños explicativos que permitan transformar la realidad con y desde los sujetos sociales insertos en el contexto carcelario, dando lugar a la participación social como categoría de anclaje y valorizando así su responsabilidad social como eje articulador de su praxis. Lo anterior permite producción de conocimiento a partir de metodologías atingentes y pertinentes a los contextos penitenciarios, lo que trae como resultado formas críticas y creadoras de pensar, propiciando autonomía en los participantes para la construcción de una sociedad y de un sistema penitenciario fundado en el respeto a los derechos humanos, la diversidad y promotor de la participación social en los procesos resolutivos de las problemáticas de salud.

Conclusión

Indagar sobre la cárcel es escarbar en el Chile más pobre entre los pobres. “En Chile se encierra la pobreza” es una de las frases más potentes que permite comprender que el objeto de estudio, tiene una muestra de todos los fracasos del Estado, de todas las fallas e inoperancias dispuestas en una escena en que, finalmente, la maldición de haber nacido pobre se paga con el cuerpo dispuesto tras los barrotes de la desigualdad.

La particularidad actúa sobre el objeto de estudio, pero, además es una metáfora de la indolencia de la acción, sobre los que importan menos, de los despojados, delincuentes, presos y hoy titulados como “lumpen”, quienes a la luz de los hechos no son los únicos excluidos en un sistema que colapsó, y que evidentemente se desplomó a partir de octubre del 2019 con el conocido estallido social.

En este contexto la salud penitenciaria tiene bordes difusos, contenido inconclusos y está lleno de zonas grises, el acceso a la salud se posiciona

como un privilegio y no como un derecho. En este escenario el abordaje de la salud desde el enfoque de la salud colectiva se levanta como una acción reparatoria, pues permite abordar desde lo comunitario el andamiaje necesario para que se generen grupos de trabajo proactivos y protagonistas de los procesos que garanticen el buen vivir, paso previo resignificante y redignificante para asegurar una reinserción integral.

Incorporar desde los aportes de la Salud Colectiva, la determinación social como perspectiva de análisis del proceso de salud-enfermedad-atención en la cárcel contribuye a avanzar en la Significación de la Salud Penitenciaria de manera crítica, respetuosa y reflexiva, lo que da cuenta de interpretaciones fundamentadas en antecedentes históricos, económicos, políticos, culturales y epidemiológicos, permitiendo sin duda posicionar la salud como derecho fundamental y avanzar en su garantía dentro del contexto penitenciario.

En este escenario se requiere reflexionar de manera interdisciplinaria, abriéndonos a la innovación metodológica desde una actitud transformadora y asumiendo un rol de portavoz de los fundamentos y principios que la Salud Colectiva ofrece para afrontar los procesos investigativos en el campo de la Salud Penitenciaria y las posibles acciones desde el marco de la política pública de salud.

A partir de lo documentado en el presente ensayo, se recomienda la implementación y fortalecimiento del sistema de vigilancia en salud, dentro de los establecimientos carcelarios, posibilitando la detección oportuna de riesgos y eventos, así como también el desarrollo de acciones de prevención y promoción, que se verán reflejados en mejores condiciones de salud de la población y en un manejo eficientes de los recursos.

Se sugiere avanzar en la construcción de un marco conceptual que quiebre con los paradigmas imperantes sobre la cárcel, avanzado en concebirla como un espacio que rehabilite de manera integral a las personas privadas de libertad, lo que implica, necesariamente resituar el valor y la dignidad del cuerpo. El cuerpo de una persona que cometió un delito y que hasta ahora el paradigma imperante sugiere que debe ser vigilado, controlado y castigado. Ese cuerpo debe aprender de autocuidado integral multidimensional y es labor de Gendarmería de Chile, de acuerdo al mandato presente en la ley orgánica y en su reglamento, generar acciones en esta línea, propiciando el desarrollo y anclaje de la atención primaria con énfasis en lo promocional preventivo.

En tal sentido, deconstruir el entramado, que en teoría sostiene o articula el ejercicio del derecho,

Bibliografía

- Bertolozzi, M. y De la Torre, M. (2012). “Salud colectiva: Fundamentos conceptuales” [versión electrónica], *Salud Areandina*, vol. 1, Núm. 1: 24-36.
- Casallas Murillo, A. (2017). “A Medicina Social-Saúde Coletiva Latino-Americanas: Uma Visão Integradora frente à Saúde Pública Tradicional” [versión electrónica], *Revista Ciencias de la Salud*, vol. 15, Núm. 3: 397-408.
- Centro de Estudios en Seguridad Ciudadana. (2008). Debates Penitenciarios N° 7. Revista electrónica N° 7. Área de Estudios Penitenciarios. Universidad de Chile. Recuperado el 20 de octubre de 2018, de <https://www.yumpu.com/es/document/read/14380135/debates-penitenciarios-n-7-centro-de-estudios-en-seguridad->
- CEBES (2011). El debate y la acción frente a los determinantes sociales de la Salud. Documento de posición conjunto ALAMES y CEBES. Presentado en Cebes e Alames lançam posicionamento em Conferência da OMS, Río de Janeiro. <http://cebes.org.br/2011/10/cebes-e-alames-lancam-posicionamento-em-conferencia-da-oms/> (consulta 20 de octubre de 2018).
- Corte de Apelaciones Santiago. Comisión visita semestral de cárcel 2015. (s. f.). Conclusiones informe cárceles segundo semestre 2015. <https://www.24horas.cl/incoming/article1920753.ece/BINARY/CONCLUSIONES%20INFORME%20CARCELES%20SEGUNDO%20SEMESTRE%202015.pdf> (consulta 20 de octubre de 2018).
- Estados Americanos. (2008). Informe anual de la comisión interamericana de derechos humanos 2008. <http://www.cidh.oas.org/Comunicados/Spanish/2008/39.08sp.htm> (consulta el 15 de marzo de 2017).
- Fernández N. y García F. (2015). “El incendio de la

- Cárcel de San Miguel, su veredicto absolutorio y las obligaciones internacionales de protección de los derechos humanos involucradas” [versión electrónica], *Anuario de Derechos Humanos*, Núm. 11: 135-145.
- Ferrajoli, L. (2004). *Derechos y garantías: La ley del más débil*. Traducción de: Ibáñez, P. y Greppi, A. Madrid: Trotta, 31.
- García, C. (1984). “Gramsci con Bourdieu. Hegemonía, consumo y nuevas formas de organización popular”, *Nueva Sociedad*, Núm 71: 69-78. Recuperado el 15 de octubre del 2017, de <http://nuso.org/articulo/gramsci-con-bourdieu-hegemonia-consumo-y-nuevas-formas-de-organizacion-popular/>
- Gendarmería de Chile. (s. f.). Unidad de protección y promoción de los derechos humanos. <https://www.gendarmeria.gob.cl/ddhh.html> (consulta 28 de octubre de 2019).
- Giddens, A. (2002). *Sociología*. Madrid: Alianza.
- Gutiérrez, A. (1994). *Las prácticas sociales: Una introducción a Pierre Bourdieu*. Córdoba: Ferreyra Editor.
- Hoffman, L. (2009). Voz de los Internos: Atención de salud en el recinto penal en Arica, Chile. https://digitalcollections.sit.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1735&context=isp_collection (consulta el 30 de abril de 2015)
- Instituto Nacional de Derechos Humanos. (2014). Estudio de las Condiciones Carcelarias en Chile: Diagnóstico del Cumplimiento de los Estándares Internacionales de Derechos Humanos. <http://www.pensamientopenal.com.ar/doctrina/38605-estudio-condiciones-carcelarias-chile-diagnostico-del-cumplimiento-estandares> (consulta 25 de marzo de 2017).
- Instituto Nacional de Derechos Humanos. (2018). Estudio de las Condiciones Carcelarias en Chile 2016 - 2017: Diagnóstico del Cumplimiento de los Estándares Internacionales de Derechos Humanos sobre el Derecho a la Integridad Personal. <http://bibliotecadigital.indh.cl/handle/123456789/1180> (consulta 20 de febrero de 2019).
- INPEC. (2019). Instituto nacional Penitenciario y Carcelario. <http://www.inpec.gov.co/web/guest> (consulta 18 de octubre de 2019).
- Iturrieta, D. y Tetelboin, C. (2016). “La atención de Salud en los centros de cumplimiento penitenciario. Un desafío pendiente para la Salud Pública en las Provincias de San Felipe y los Andes” [versión electrónica], *Revista Salud Problema*, vol. 10, Núm.19: 53-67.
- Laurell, A. (1982). “La Salud-Enfermedad como proceso social”, Cuadernos Médico Sociales N° 19.
- López, S.; Chapela, M.; Hernández, G. y Outón, M. (2011). “Concepciones sobre la salud, la enfermedad y el cuerpo durante los siglos XIX y XX. En: *La salud en México*. Mexico: Universidad Autónoma Metropolitana, 51-90.
- López, A. (2013). “Determinación social de la salud: Desafíos y agendas posibles”, *Divulg. saúde debate*, Núm. 49: 150-156.
- MINSAL. (s. f.). Ministerio de Salud: Misión y Visión. <https://www.minsal.cl/mision-y-vision/> (consulta 28 de octubre de 2019).
- Morales, B.; Borde, E. y Eslava C. (2013). “¿Determinación social o determinantes sociales? Diferencias conceptuales e implicaciones praxio-lógicas” [versión electrónica], *Revista de Salud Pública*, vol. 15, Núm. 6: 797-808.
- Rosen, G. (1986). *¿Qué es la medicina social? En De la policía médica a la medicina social: Ensayos sobre historia de la atención a la salud*. México: SIGLO XXI Editores, 111.
- Unidad de Protección y Promoción de los DD.HH. (2014). Encuesta Nacional de Percepción de Calidad de Vida Penitenciaria. Recuperado de Gendarmería de Chile. https://html.gendarmeria.gob.cl/doc/ddhh/Archivos_Adicionales/Resultados_Encuesta_Percep_Calidad_Vida_Penitenciaria.pdf
- Villagra P. (2008). *Hacia una política postpenitenciaria en Chile*. Santiago de Chile: RIL editores, 45.

Determinantes o determinación social en la comprensión de la salud-enfermedad. Una reflexión necesaria

Jorge Ignacio Sandoval Ocaña* • Susana Martínez Alcántara**
Edgar Carlos Jarillo Soto***

RESUMEN

En la actualidad diversos análisis sobre la salud y la enfermedad remiten al concepto de determinantes sociales, principalmente desde el planteamiento resultado de la Comisión de Determinantes Sociales de la Organización Mundial de la Salud, pero en muchas ocasiones se pasa por alto la noción de Determinación Social de la Salud-Enfermedad proveniente de la perspectiva crítica latinoamericana. El objetivo de este trabajo es realizar un análisis comparativo de los conceptos de determinantes sociales de la OMS y el de determinación social de la medicina social/salud colectiva. Se reconoce un avance en la propuesta de la OMS al abordar los determinantes sociales pero se señalan sus limitaciones a partir de su posicionamiento político-ideológico; se identifican los orígenes de la postura latinoamericana sobre la determinación social del proceso salud enfermedad y se revisa el sentido de lo colectivo y lo social desde la perspectiva de la salud colectiva. Aquí se plantea al trabajo como actividad determinada y determinante que configura perfiles de morbimortalidad junto con las condiciones de vida, y como un fenómeno que tiene que ser revalorado desde la salud colectiva, dados los cambios observados en los últimos años.

A diferencia de los factores de riesgo propios de la concepción biomédica, la salud colectiva parte de una concepción compleja que reconoce la determinación histórica de los procesos, sobre todo a nivel de los grupos humanos, superando la visión individualista o simplemente gregaria. Se concluye que el concepto de determinación social de la medicina social/salud colectiva es más pertinente para comprender la dinámica de la salud-enfermedad de las poblaciones.

PALABRAS CLAVES: Determinantes Sociales de la Salud, OMS, Medicina Social-Salud Colectiva.

* Doctorante del programa en Ciencias en Salud Colectiva de la Universidad Autónoma Metropolitana (UAM) Unidad Xochimilco. Profesor de Tiempo Completo de la Licenciatura en Psicología de la Facultad de Estudios Superiores (FES) Zaragoza de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM). jorgisao@unam.com

** Doctora en Ciencias de la Salud en el Trabajo por la Universidad de Guadalajara. Coordinadora y Profesora-Investigadora de la Maestría en Ciencias en Salud de los Trabajadores de la Universidad Autónoma Me-

tropolitana (UAM) Unidad Xochimilco. Profesora invitada de la Universidad Autónoma de Querétaro en la Maestría en Psicología del Trabajo.

*** Doctor en Sociología por la Universidad de Barcelona. Profesor-Investigador de la Maestría en Medicina Social y el Doctorado en Ciencias en Salud Colectiva en la UAM Unidad Xochimilco.

Fecha de recepción: 24 de junio de 2020.

Fecha de aceptación: 18 de agosto de 2020.

Determinants or social determination in the understanding of health-disease

ABSTRACT

Currently, various analyzes of health and disease refer to the concept of social determinants, mainly from the approach resulting from the Commission on Social Determinants of the World Health Organization, but on many occasions the notion of Social Determination is overlooked. of Health-Disease from the Latin American critical perspective. The objective of this work is to carry out a comparative analysis of the concepts of social determinants of the WHO and that of social determination of social medicine / collective health, an advance in the WHO proposal is recognized when addressing the social determinants but they are pointed out its limitations based on its political-ideological position; The origins of the Latin American position on the social determination of the health-disease process are identified, and the meaning of the collective and the social from the perspective of collective health is reviewed. Here, work is considered as a determined and determining activity that configures morbidity and mortality profiles together with living conditions. Unlike the risk factors typical of the biomedical conception, collective health starts from a complex conception that recognizes the historical determination of processes, especially at the level of the community, overcoming the individualistic or simply gregarious vision. It is concluded that the concept of social determination of social medicine / collective health is more pertinent to understand the dynamics of health-disease in populations.

KEYWORDS: Social Determinants of Health, WHO, Social Medicine-Collective Health

Introducción

A dos décadas del año 2000, cuando se esperaba haber cumplido con la meta de «salud para todos» establecida en la declaración de Alma-Ata en 1978¹, no solamente quedó en una aspiración por alcanzar, sino que, peor aún, la situación de acceso a la atención de la salud sigue agravándose para la mayoría de habitantes del mundo² (Organización Panamericana de la Salud, 2019).

En esa declaración, no obstante la diversidad de participantes, se logró reconocer a la situación de la salud-enfermedad de los pueblos no restringida a las acciones, o la falta de ellas, en el terreno exclusivo de las instituciones sanitarias o el actuar de los profesionales de la medicina. De manera más o menos explícita se planteó que las condiciones económicas, políticas y sociales determinan la salud enfermedad de los distintos grupos humanos.

Ante el incremento considerable de los problemas de salud-enfermedad como resultado del abandono de los gobiernos de parte de su responsabilidad de garantizar las condiciones mínimas para la salud de la población, resultado de la implementación del modelo neoliberal en la década de los 90

¹ La conferencia instó a la OMS y a UNICEF, como coordinadores, a alcanzar esa meta como prioritaria de la aplicación del modelo de Atención Primaria en Salud, en cierta medida motivada por el Informe Ladonde de 1974.

² La pandemia de SARS-Cov 2, como una emergencia sanitaria, al 3 de agosto reporta más de 17.8 millones de casos en el mundo (WHO, 2020).

del siglo XX (Laurell, 2014; González, 2015), y en consonancia con la presión social ejercida por los sectores críticos de algunos países de Latinoamérica, en 2005 la Organización Mundial de la Salud (OMS) creó una comisión especial con la misión de poner en el centro del análisis la importancia de las relaciones sociales y otros aspectos relacionados con influencia en la salud de las poblaciones y en los sistemas de salud de los países.

Así, se conformó la Comisión sobre los Determinantes Sociales de la Salud con 20 expertos de distintos países y con la presidencia del epidemiólogo británico Michael Marmot (Medicina social, 2009). Esto ocurrió sin que, a juicio de Acero, Caro, Henao, Ruiz y Sánchez (2013), los aportes de la medicina social latinoamericana no fueran considerados con suficiencia por la Comisión de la OMS.

Múltiples vertientes resultan importantes al crearse esa Comisión, entre ellos destaca que la OMS finalmente tomó una posición al reconocer a los servicios de salud y las intervenciones de la medicina solamente como uno de los elementos que influyen sobre la salud de las poblaciones y reconoce la existencia de otros elementos para explicar la salud enfermedad, entre ellos las condiciones sociales y económicas bajo los cuales viven las colectividades humanas.

En un sentido, el reconocimiento de la OMS de los «determinantes sociales» puede parecer un avance importante en las conceptualizaciones sobre las posibles razones de la salud de las colectividades, principalmente las más desprotegidas, mucho más si se compara con las posturas impulsadas por el Banco Mundial en 1993 en su Informe sobre el Desarrollo Mundial (Banco Mundial, 1993). En ese informe, después de un balance parcial sobre las condiciones de salud de distintas

sociedades, se plantea que a pesar de las existencia de desigualdades importantes en indicadores como la esperanza de vida y el comportamiento de algunos padecimientos, finalmente había avances significativos en materia sanitaria y la forma efectiva de enfrentar los problemas no resueltos era incentivar el gasto en salud, fundamentalmente a partir de mayor participación de los servicios privados en su provisión, dejando de lado el objetivo de la prestación de servicios sanitarios como responsabilidad del Estado para amplios sectores de la sociedad con carencia de algún acceso a los servicios de salud. El Estado debería ser desfinanciado y desarticulado. Así la subsidiariedad de mayores recursos públicos dirigidos al sector privado hace su entrada triunfal como espacio importante para el mercado rentable.

Visto así el asunto, parece atractiva la idea de reconocer los trabajos de la Comisión de la OMS sobre determinantes sociales como un avance significativo a nivel mundial en el diagnóstico y las propuestas de solución a los problemas de salud-enfermedad en el mundo; no obstante, es necesario detenerse en algunos puntos porque a partir de un enunciado valioso existen interpretaciones divergentes fundamentales.

Determinantes sociales o determinación social

La Comisión de Determinantes Sociales de la Salud (CDSS) creada en el año 2005 y el reporte donde dan a conocer al mundo sus conclusiones se presenta en 2008. Sin embargo, un antecedente fundamental es la Declaración de Alma Ata en 1978, en ella se encuentran los gérmenes de ideas básicas tales como: la salud para todos, el reconocimiento de las condiciones sociales y económicas en la configuración del estado de salud de los países y la explicitación de la obligación

de los gobiernos en el cuidado de la salud de sus respectivas poblaciones (Organización Mundial de la Salud, 1978).

En esa perspectiva histórica puede concluirse que lo plantado por la CDSS en su informe de 2008 no constituye el primer esfuerzo ni el más comprometido con la salud de los pueblos.

Si bien la concepción de la influencia, el condicionamiento, o la determinación de las condiciones sociales sobre la salud y la enfermedad representan una idea refrescante en contraste con las concepciones biológicas, medicalizadas, individualistas y mercantilizadas imperantes en el mundo dentro del pensamiento sobre la salud enfermedad, la perspectiva de los determinantes sociales de la OMS significa un referente de suma importancia, y aún con las limitaciones en el reconocimiento por los organismos oficiales, no puede dejarse de lado al tratar el tema. Ese referente a su vez se cimienta en otro: la determinación social de la salud, una propuesta formulada desde los años setenta del siglo pasado en algunos países latinoamericanos, Breilh (2013) la denomina «epidemiología crítica latinoamericana», la cual ha nutrido múltiples debates, aproximaciones empíricas, constitución de grupos académicos y referente para acción social y políticas públicas (Waitzkin, Iriart, Estrada y Lamadrid, 2001).

Para la OMS los determinantes sociales se entienden como:

«las condiciones en las que la gente nace, vive, trabaja y envejece, incluido el sistema de salud. Estas circunstancias están moldeadas por la distribución del dinero, el poder y los recursos en los niveles local, nacional y mundial, sobre los cuales influyen las decisiones económicas y políticas. Los determinantes sociales de la

salud son, en su mayor parte, responsables de las inequidades en salud. Este término es una manera sencilla de incluir los esfuerzos sociales, económicos, políticos, culturales y medioambientales que determinan las condiciones de vida *de las personas*.» (Organización Mundial de la Salud, 2011:44).

Según el informe de la CDSS de la OMS, los determinantes sociales de la salud son, en esencia, la conjunción de determinantes estructurales y condiciones de vida. Los primeros se refieren al conjunto de condiciones políticas, económicas, sociales y medioambientales que determinan la salud; los segundos, también conocidos como determinantes intermedios, son las condiciones de vida, las circunstancias psicosociales, los factores conductuales o biológicos y el propio sistema de salud. Un objetivo prioritario dentro de la propuesta de la OMS es lograr la equidad en las políticas, sistemas y programas sanitarios; el informe lo plantea de la siguiente manera:

«Los fundamentos para actuar sobre los determinantes sociales de la salud se basan en tres temas amplios. En primer lugar, es un imperativo moral reducir las inequidades en salud. En segundo lugar, es fundamental mejorar la salud y el bienestar, promover el desarrollo y alcanzar las metas de salud en general. En tercer lugar, es necesario actuar sobre una serie de prioridades sociales –además de la misma salud– que depende de una mayor equidad en salud.» (OMS, 2011:2).

Sin embargo, un problema de fondo es que en 2008, en el resumen del informe final, cuando se plantea subsanar las desigualdades sanitarias en una generación se reconoce explícitamente que eso es una aspiración, no una predicción.

Referirse a los determinantes sociales de la salud enfermedad no resuelve por sí mismo la manera de explicar el origen o las causas de la salud y la enfermedad de las colectividades. Para comprender cómo lo «social»³ interviene y participa en la determinación de los procesos, existen varios modelos conceptuales que incluyen en sus discursos los aspectos sociales (Almeida-Filho, 2013), con la pretensión de subsanar la carencia o insuficiencia de explicaciones en la comprensión de cómo aquello enunciado como «social», influye, determina, condiciona, o causa todo tipo de fenómenos, en donde está involucrado el ser humano y sus distintas formas de organización y relación, y por lo tanto la salud y la enfermedad. En muchas ocasiones algunas posturas teóricas suponen suficiente mencionar la palabra «social» para asumir la intervención de esa dimensión en la salud enfermedad, y pasan por alto el encuadre epistemológico y, por lo tanto conceptual, así como las implicaciones políticas que dan contenido y sentido al concepto de determinación social.

Las posturas teóricas y su entramado conceptual posibilitan la acción social, esto es mucho más evidente en el caso de la salud enfermedad, porque en razón de las interpretaciones formuladas, se orientan posicionamientos con implicaciones directas en la política pública y en consecuencia en las posibilidades de los sujetos para su vida y desarrollo en una sociedad. Roth-Dubel (2006:85) lo aborda de la siguiente manera:

«Un conjunto conformado por uno o varios objetivos colectivos considerados necesarios o deseables, y por medios y acciones, que son tratados, por lo menos parcialmente, por una institución u organización gubernamental con la finalidad de orientar el comportamiento de

actores individuales o colectivos para modificar una situación percibida como *insatisfactoria o problemática*».

La definición orientadora de la política pública formulada desde las instancias del Estado, implica, en último análisis, una posibilidad de incidir desde el poder público una determinada direccionalidad para la acción social. Esto no puede soslayarse porque la salud colectiva como campo de estudio, formación e intervención social, desde sus inicios ha hecho uso de categorías analíticas y conceptos de diversos modelos teóricos y desde distintas disciplinas. Algunos de los conceptos más recurrentes, a decir de Duarte (2010), y necesarios de analizar desde el punto de vista epistemológico, son lo colectivo, sociedad y estructura.

Por otra parte, los conceptos encuentran su traducción en la dimensión política y pueden ser utilizados desde una postura no convencional y crítica o desde marcos más conservadores, y ello obliga a hacer las precisiones necesarias. En casos como el presente trabajo, el análisis epistemológico, conceptual y político es imprescindible para la comprensión más integral del fenómeno, considerando con claridad los distintos niveles de análisis y los planos o dimensiones específicas del fenómeno estudiado.

Si bien no puede negarse una interacción entre lo que se puede denominar un orden natural y un orden social, es imprescindible reconocer cierto grado de especificidad de «lo social» a parte de considerarlo, también, una construcción histórica, donde el entorno del humano no es el medio ambiente tal y como se entiende desde encuadres naturalistas o ecológicos; lo social sólo es posible entenderlo desde sus marcos históricos y en este sentido, la salud y la enfermedad son, principalmente, fenómenos histórico-sociales y por lo

³ Lo social implica una discusión amplia y profunda, como una aproximación de base véase Herrera, 2019.

tanto complejos (Jarillo, 2019). Lo histórico no es solamente la ubicación de hechos o acontecimientos significativos en un momento del tiempo de existencia de la especie humana, sino como reconocimiento del cambio constante con especificidades explicativas en antecedentes o coyunturas. Por su parte la dimensión social corresponde al interjuego de estos cambios de transformación geopolítica, económica y cultural de manera dinámica y propositiva por parte de los diversos actores sociales (Quevedo y Hernández, 1994).

Lo anterior conlleva la aceptación de la vida del ser humano de forma dinámica, no estática, se distingue por mostrarse en constante transformación, con al menos cuatro grandes características: la vida del ser humano se entiende como un proceso fundamentalmente colectivo e histórico; el mundo es esencialmente contradictorio y, en consecuencia, dinámico; la realidad social se manifiesta como un fenómeno complejo, integrado e indisoluble, no obstante el reconocimiento de procesos generales, particulares y singulares, se caracteriza por compartir propiedades universales y, por último, la vida colectiva se mueve dentro de un mundo jerarquizado donde existen procesos con mayor capacidad de influencia respecto a otros, los cuales en conjunción definen la dinámica de los sucesos.

Por lo anterior, la salud enfermedad no es un fenómeno exclusivamente biológico, es un proceso sociobiológico integrado y dinámico, determinado por leyes distintas a las de la vida animal y vegetal, aun cuando algunas de ellas se expresen y expliquen cierta parte del proceso, o alguno de sus atributos. En esa perspectiva se reconoce la unidad entre lo biológico y lo social en distintos niveles, que al final implica la subordinación y determinación de lo biológico a lo social (Breilh, 1994).

No obstante la preocupación por parte de la OMS a decir de Laurell (1994), la medicina dominante se caracteriza por no revisar la pertinencia de su concepción de la salud y la enfermedad; fincada en la concepción biomédica naturalista, su interés se centra en cómo racionalizar las intervenciones biomédicas y optimizar los recursos, y lo más que se aleja de esta perspectiva biológica, es incluir dentro de su esquema causal explicativo el hecho de que determinadas condiciones de vida juegan algún papel en la generación de la enfermedad a partir del concepto «estilos de vida». Siguiendo con esta autora, al referirse al carácter social del proceso salud-enfermedad hay dos interpretaciones sobre la determinación: una señala que los procesos sociales son origen de un conjunto específico de «riesgos» o procesos deteriorantes que producen patologías a nivel biológico y psíquico a partir de factores específicos que aparecen como mediadores entre lo social y lo biológico; es decir, los perfiles de morbimortalidad particulares de las colectividades son resultante de cómo los integrantes de estas comunidades se exponen de la misma manera a esos riesgos, lo que implica que la probabilidad de morir o enfermar simplemente se incrementa. Esto hace más que patentes las desigualdades y las inequidades existentes en la salud (Lima, 2017).

Otra forma más de interpretar la determinación social, es a partir de la propuesta de la existencia de niveles de mayor complejidad superpuestos a otros de menor complejidad; esto es, en el nivel social se subsume el nivel de lo biológico y lo psíquico, ambos con menor nivel de jerarquía, no obstante su alto grado de complejidad como fenómenos particulares. Esta concepción se entiende como una determinación estructurada en donde lo social como fenómeno de mayor jerarquía contiene a lo psíquico y lo biológico. En esta perspectiva quedan superados los conceptos de riesgo o

factores de riesgo (al menos en su acepción más tradicional) como mediadores, pues asumiendo al fenómeno en su complejidad se establece un nuevo orden y una lógica y jerarquía distinta en la relación entre los niveles de mayor y los de menor complejidad.

Si bien los elementos explicativos desde la complejidad permiten desarrollar una mayor comprensión del fenómeno de la salud y la enfermedad de los individuos y los colectivos, a partir de entender que no sólo ocurre una “multicausalidad” o una relación entre variables, sino una interrelación sistémica, jerarquizada, diferenciada de un subconjunto de elementos o componentes y subsistemas con cierto nivel de organización y equilibrio, con gradaciones y mediaciones, de transformaciones de orden cualitativo que pueden derivar en procesos emergentes, donde también existen momentos de desequilibrio, de intervención azarosa, todo lo cual orienta prácticas individuales y colectivas, estructura patrones culturales y que se encuentra determinado por el gran macrosistema social configurado por sus componentes económicos, ideológicos y políticos (Sandoval, 2009; Jarillo, 2019), aún falta articulación suficiente con la perspectiva del carácter social del proceso salud-enfermedad, centrado fundamentalmente en la historicidad de los fenómenos y no sólo en su carácter natural. Por ejemplo, la historicidad de los procesos biológicos en el humano como consecuencia de la plasticidad inherente al organismo y la mente humana, que le permite responder contra y a través de sus condiciones de desarrollo. El «contra» se refiere a cómo las condiciones concretas de carácter social implican exigencias de corte psicobiológico a enfrentar, y el «a través» indica la capacidad para transformar dichas condiciones, lo que muestra la acción transformadora de las condiciones sociales de la existencia de los individuos (Laurell, 1994).

Por lo tanto, son necesarios conceptos que permitan identificar los procesos sociales no sólo de manera general, sino cómo expresión particular, donde lo social tiene la cualidad de impactar a los procesos psíquicos y biológicos, desentrañarlos sigue siendo un reto. Un concepto que puede permitir establecer los procesos de determinación de lo social sobre lo corpóreo-mental es el de desgaste, formulado por Laurell (1989:76) como: «la pérdida de capacidad efectiva y/o potencial biológica y psíquica» determinada por los rasgos de los momentos productivos y reproductivos y que favorece el desarrollo de perfiles patológicos, malestares o padecimientos de los distintos grupos sociales. Salazar (1982:15), por su parte, se refiere al desgaste «como el proceso a partir del cual se pierden sustancias vitales y se acumulan materiales nocivos, se distorsionan las estructuras biológicas y se produce un deterioro de las funciones psicofisiológicas». De acuerdo con este último autor, las maneras de configurar el desgaste junto con la reproducción, la maduración, la salud, la enfermedad y el envejecimiento, están determinadas por la forma como se realizan la producción, distribución y consumo de bienes; caracterizando este proceso como estrictamente social y al trabajo como un determinante fundamental de ese rasgo social.

En el proceso de desgaste se concreta la expresión de las condiciones de vida y de trabajo en el individuo y la colectividad: jornadas extendidas e intensivas de trabajo, niveles constantes y/o altos de estrés, insuficiente o inadecuado sueño reparador, ingesta calórica y proteínica por debajo del nivel mínimo necesario, escasos momentos para el descanso, la distracción o diversión con familia, amigos o pareja; todo ello mina el cuerpo y mente, desgasta los procesos «naturales» y saludables del organismo, exige del cuerpo y de la mente respuestas por encima de la capacidad

compensatoria, rompe el equilibrio del organismo con el entorno y del sujeto con su medio. El cuerpo, en alguno de sus órganos, aparatos o sistemas se ve alterado, cuando no es una respuesta sistémica; el funcionamiento cognitivo y las respuestas emocionales o afectivas se trastocan al ser rebasados estos ámbitos, reducidos al mínimo de su expresión posible, parcializados, separados, o manipulados al grado de tener que mostrar cierto tipo de desempeño cognitivo junto con emociones contrastantes; por ejemplo, alta atención para la ejecución de la tarea al mismo tiempo que aburrimiento por la misma. Todo ello presupone un desgaste que de inicio se puede manifestar como dolencia, malestar o sufrimiento, no necesariamente como enfermedad, pero que de continuar es altamente probable se expresará en un cuadro patológico en el organismo o en una alteración de la dinámica mental.

Para Laurell (1989), el desgaste explica de una manera diferente el fenómeno del envejecimiento entendido como un proceso natural; para entender la duración de la vida de un individuo no basta con la explicación genética que determina un tiempo preestablecido de vida de un organismo, es necesario tener en cuenta las formas cómo viven su vida y su trabajo los sujetos, lo que se expresa en el proceso de desgaste.

Desde la perspectiva de la salud colectiva, es la sociedad y los movimientos más generales de la organización, la producción y la reproducción los que aparecen como los determinantes esenciales para la comprensión del proceso salud-enfermedad (Cabezas y Feo, 1994).

De manera específica, la salud y la enfermedad desde el marco conceptual de la salud colectiva se entienden como «momentos diferenciados del proceso vital humano, en constante cambio y ex-

presión de la corporeidad humana del modo específico de apropiación de la naturaleza, bajo una determinada forma de relaciones y organización social» (López, Escudero y Carmona, 2008:323-324).

Si bien, explícitamente se asume esta postura, también es de suma importancia cuidar de no caer en lo que Yépez y Barreto (1994), denominan la absolutización de lo social, caracterizado por ser, de la misma manera que el biologismo, un enfoque unilateral y reduccionista al subestimar el papel de lo biológico en la dinámica de los procesos de salud enfermedad.

Los rasgos definitorios de la perspectiva de la medicina social/salud colectiva

La determinación social de la salud y la enfermedad, según el paradigma de la medicina social y la salud colectiva, se distingue de la propuesta de la OMS en varios de sus fundamentos. En primer lugar, Breilh (2008) planteó que desde 1979 la determinación quedó entendida como un proceso o forma del devenir por medio de lo cual los objetos adquieren sus propiedades. Un primer rasgo del enfoque latinoamericano de los determinantes es su crítica sobre el causalismo que supone la noción de conexiones causales y asociaciones externas entre factores como variables o conjuntos de riesgos aislados sin conexión, lo cual implica la actuación sobre esos posibles factores y no sobre los procesos estructurales como el cimiento sobre el cual se enraízan todas las posibles causas de la salud y la enfermedad. Esta perspectiva atraviesa por el análisis crítico de los modelos médicos y epidemiológicos que naturalizan los aspectos sociales y centran en los individuos los fenómenos grupales o colectivos, no obstante, lo aborden metodológicamente con los criterios de las ciencias sociales.

Desde la salud colectiva se estudia el proceso salud enfermedad y otros procesos vitales humanos a partir de una dimensión material, como hecho concreto, y otra subjetiva, la cual se corresponde con las formas en cómo se viven, interpretan y afrontan este conjunto de procesos desde la subjetividad de las colectividades y su expresión en los individuos (López, Escudero y Carmona, 2008).

Otra característica destacada de esta visión, es el reconocimiento entre los diversos determinantes de las condiciones económicas, políticas e ideológicas imperantes en un momento histórico determinado como componentes estructurales y esenciales para comprender las distribuciones, frecuencias e intensidades de las patologías y la mortalidad en las poblaciones, junto con otras con diferente nivel de complejidad y por tanto de influencia en la generación del fenómeno y no sólo como meras variables con cierta influencia en la aparición de los riesgos y los daños. Entre otras dimensiones, también se encuentran las relaciones de clase, las inequidades por origen étnico, por género, las estrategias de sobrevivencia de las familias, las formas de vida cotidiana, el territorio, las redes sociales y los procesos de autoconstitución por parte de los propios sujetos (López, Blanco et. al., 2008).

De esta manera, la medicina social y la salud colectiva tienen como principio generador básico para comprender la salud y la enfermedad, que no basta con entender únicamente a la salud y la enfermedad, sino los determinantes que la explican en su génesis y distribución, en tanto proceso histórico social, en sus dimensiones individuales, pero principalmente en tanto grupos colectivos y sociedades completas, articuladas y organizadas en torno al proceso central que las explica: la producción de bienes.

Un concepto nuclear en la comprensión de la salud colectiva y la medicina social es, por supuesto, el de «lo social». Sobre este concepto, Spinelli (2008) señala a lo social como una palabra imprecisa y cuasificativa, y parece tener la razón. Sobre el uso del concepto social se destacan dos grandes formas de abordaje: un uso indiscriminado y difuso sin ninguna precisión sobre el significado o sentido que se le da a la palabra al utilizarla en los análisis «sociales» o «sociológicos», o un uso más o menos claro del significado del término social, pero con un contenido simplista y reduccionista que distorsiona los análisis sobre la «realidad social» o encubre las trampas analíticas y políticas para lograr una real comprensión de la dinámica de esas problemáticas sociales.

Así, el uso del concepto ha significado desde lo simplemente «colectivo» entendido como suma de individualidades, que resultaría ser lo gregario; en otras puede entenderse como lo relacional en los individuos, o la interacción que se establece entre ellos o el plano de lo «intersubjetivo» (De la Garza, 2006), pero en todos estos casos el concepto parece quedar limitado para explicar lo que es realmente lo social.

De acuerdo con Gómez (2004), lo social es una producción eminentemente humana que articula ámbitos de un amplio rango de generalidad que, de cierta manera, influyen, condicionan, regulan o determinan otros fenómenos de menor grado de generalidad y complejidad. Estos ámbitos son lo económico, lo ideológico, lo político, lo ético y moral, lo estético o artístico y lo gnóstico; todos ellos considerados como una construcción histórica propia de la especie humana que da sentido a la existencia de las colectividades con todas sus contradicciones y esquemas de convivencia desde los niveles macros, como la relación entre na-

ciones, hasta los niveles micro como la relación entre individuos.

Así, al referirse a la determinación social de la salud y la enfermedad se alude a la articulación y dinámica diferenciada y jerarquizada en un momento determinado en una colectividad, incluye niveles estructurales y estructurantes de formas de relación, intercambio de productos o ideas, así como disputas por intereses que se expresan en las distintas formas de existencia de la salud o en las diversas formas de enfermar y morir dentro de una sociedad. Plantear así lo social no significa dejar de reconocer la capacidad de actuación de otros planos de la realidad social de menor nivel de generalidad y de ubicación en la jerarquía de la determinación.

La perspectiva de la Determinación Social de la salud-enfermedad es mucho más que un antecedente, surgida del seno de la Medicina Social y de la Salud Colectiva, como importantes corrientes de pensamiento en Latinoamérica, con pioneros en el campo como Juan César García de Argentina, María Isabel Rodríguez de El Salvador, y Miguel Márquez de Ecuador (Iriart et. al., 2002), Edmundo Granda de Ecuador y Cristina Laurell de México, entre otros más (Franco et. al., 1991). Representa una ruptura de fondo con el pensamiento médico conservador, con la epidemiología tradicional y con la salud pública oficialista y pasa a ser un encuadre epistemológico, teórico y político que desde una visión crítica reconstruye las formas de comprender y de actuar sobre lo que originariamente se denominó el proceso salud enfermedad.

Bajo este encuadre, lo colectivo no se entiende como sinónimo de «lo social», tampoco se concibe como lo gregario, como sumatoria de individuos dispersos o espacialmente agrupados; lo

colectivo se puede explicar no únicamente como lo compartido por un conjunto de individuos, es, principalmente, lo resultante de la construcción conjunta de esos individuos, a partir del intercambio entre los sujetos actuantes, pensantes, racionales, propositivos y con visión crítica de la realidad, permite conformar códigos, simbolismos, formas de actuación en y ante la sociedad. Lo colectivo es una delimitación de sujetos a partir de su coincidencia en tanto sujetos y les permite sobrepasar los límites de lo estrictamente individual para convertirse en una especie de ente con cualidades distintas y posiblemente superiores a lo aportado de individuo en individuo dentro de la dinámica social. La sociedad como el gran sistema global puede estar constituida por clases, estratos o grupos sociales con gran diversidad de intereses y posturas ante el mundo, pero también por colectivos que difieren y comparten pero que se auto reconocen como tal, como colectividades.

La trascendencia de esta perspectiva es limitada, parece inexplicable la falta de reconocimiento amplio y explícito de las aportaciones al análisis de los problemas de la salud y la enfermedad de este enfoque, eso también puede entenderse en el ámbito de lo social. Varias razones son posibles para comprender el ocultamiento de las formulaciones realizadas desde la salud colectiva y la medicina social, pero hay una posible idea general comprensiva de todas estas razones: es un modelo de pensamiento que critica de fondo la configuración de la sociedad con todas sus contradicciones, inequidades e injusticias, y su análisis, certero con todo lo que corresponde al campo de la salud, va más allá de ese campo circunscrito y, puede plantearse, alcanza las dimensiones de una meta-teoría y puede que supere incluso a muchos de los análisis que desde algunos enfoques de las ciencias sociales se hacen sobre la realidad social.

No obstante, los intentos de soslayar su presencia y aportes por parte de la visión imperante en las ciencias de la salud, no han podido borrar la importancia de la medicina social y la salud colectiva, la misma Organización Panamericana de la Salud da crédito a los impulsores de la concepción de la determinación social y los cita como referentes obligados para la comprensión de la evolución del pensamiento social en el campo de la salud, (Akerman et. al., 2010). Finalmente, es un espacio de disputa científica, técnica, ideológica y política, donde las posiciones dominantes han cooptado la mayor parte de los espacios donde se gesta y circula el pensamiento sanitario, al mismo tiempo que descalifican y oponen posiciones supuestamente desprendidas de compromiso ideológico, ratifican su hegemonía como pensamiento científico válido.

¿Qué distingue de manera específica la concepción de los «determinantes sociales de la salud» de la OMS de la perspectiva de «la determinación social del proceso salud-enfermedad-atención» de la medicina social-salud colectiva? Pareciera que la distinción entre determinantes y determinación es de simple matiz, cuando no ficticia, pero ubicados en el terreno firme que va de lo epistemológico a lo político se pueden identificar diferencias de fondo.

Una primera diferencia de origen epistemológico se encuentra en los mismos conceptos de determinismo/indeterminismo y determinación de acuerdo con Restrepo (2013:45). Para este autor, el determinismo cancela la libertad humana y se entiende como una acción lineal donde la actuación y voluntad se nulifican y en sus palabras, esto: «tiene dos implicaciones éticas fundamentales: en primer lugar, el borramiento del sujeto y en segundo lugar, la naturalización de la injusticia». Por su parte, la noción de determinación remite al

interjuego dialéctico de categorías que permiten identificar la salud-enfermedad como un proceso emergente en el sentido que lo plantea Bunge, (2004) y ubicado en sus dimensiones históricas y sociales.

Otro conjunto de diferencias se encuentra en cómo para la Comisión de la OMS los determinantes sociales de la salud se conceptualizan como «las condiciones sociales en las cuales viven y trabajan las personas [...] apuntan tanto a las características específicas del contexto social que influyen en la salud como a las vías por las cuales las condiciones sociales se traducen en efectos sanitarios» (Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud, 2005:4).

Si bien es cierto que la comisión de la OMS en sus documentos de trabajo de 2005 y después en el informe de 2008, «Subsanar las desigualdades en una generación» y por último en el documento de trabajo de 2011, «Cerrando la brecha: la política de acción sobre los determinantes sociales de la salud», se refiere a las condiciones sociales, la inequidad, la justicia, promoción de entornos saludables, protección social, atención universal, la responsabilidad del mercado, emancipación política y lucha contra la pobreza, todo se plantea sin distinción de jerarquía entre esas dimensiones, si bien constituyen componentes estructurales, funcionales y coyunturales de situaciones sociales, económicas, políticas y culturales, se agrupan en conglomerados de complejidad analítica en la dimensión social, con lo cual la determinación de unas sobre otras se pierde. Además, su enunciado comprensivo para todos los gobiernos miembros, implica la necesidad de dar cabida a todas las posiciones posibles, como discurso de los organismos oficiales pierde la posibilidad de estructurar una noción de causalidad y fuente estructural de los procesos.

También parten desde el encuadre del desarrollo de políticas reformistas del periodo neoliberal, sin cuestionar los orígenes, las causas profundas de todas estas problemáticas y las posibles soluciones las concentra en el plano de lo técnico-científico, con una perspectiva funcionalista, y en espera de la buena disposición de los gobiernos y la buena voluntad del mercado para contribuir y colaborar en mejorar la situación sanitaria en el mundo.

Desde la concepción general de la salud colectiva, la Organización Mundial de la Salud no da cuenta del origen de esta problemática, en tanto

«Están ausentes las reflexiones críticas y el análisis sobre la fase actual de desarrollo capitalista, sobre la globalización neoliberal y la recomposición geoestratégica del mundo, que impone un orden depredador y lesivo para la vida y la salud de los pueblos e impulsa procesos que ponen en riesgo la viabilidad del planeta (el cambio climático global, las guerras por recursos renovables y no renovables y más recientemente la crisis alimentaria y financiera)»
(López, Escudero y Carmona, 2008:327-328).

A diferencia de lo planteado por la Comisión de la OMS, para la perspectiva de la Salud Colectiva, la determinación social del proceso salud-enfermedad-atención, se encuentra marcada por la inequidad y la injusticia en la prestación de servicios sanitarios, la falta de empleo y la precarización del trabajo, la pobreza, la disminución de protección y la seguridad social, la inseguridad en todos los territorios y la falta de participación política de los ciudadanos, entre otros muchos componentes problemáticos, como resultado de un sistema de producción capitalista globalizado, marcado por los intereses del mercado afectando el ritmo de la vida social. En la actualidad la fase

de globalización neoliberal, produce sociedades divididas, cada vez más las relaciones de clase, resultado de las formas de producción, distribución y consumo, excluyen a amplios sectores y a otros los mantienen en el margen de lo necesario para la subsistencia.

Para la perspectiva de la determinación social, el problema no se reduce a formas de gobernanza, sino a la forma de estructuración de la sociedad basada en la extracción de valor por parte del capital y su distribución entre grupos y población de la sociedad, así como el sometimiento de políticas y acciones de los gobiernos nacionales a capitales nacionales y su complicidad con los transnacionales.

Para la medicina social y la salud colectiva la solución no se encuentra en el avance científico-técnico para el diagnóstico y el tratamiento de las enfermedades, sin duda necesario, pero no suficiente; tampoco únicamente en la disminución de las brechas ni en la democracia electoral, sino en la construcción colectiva de una nueva forma de sociedad donde todos los grupos sociales tengan la posibilidad de participar desde otra forma de producción y distribución, y en la toma de decisiones, lo cual implica que el conocimiento esté a su alcance, el poder no se concentre en grupos económicos con participación política alejados del ciudadano que los elige y la acción política colectiva sea a partir de un actuar consciente, no mediatizado ni alienado por estrategias electorales superficiales, propagandísticas con base en la mercadotecnia, sin discusión de los elementos totales y estructurales de la sociedad.

A decir de Breilh (1995), la salud colectiva y el concepto de determinación social emergen como un intento de transformación, como la intención de una construcción alternativa de la realidad, de

nuevos métodos para su estudio y de la praxis necesaria para lograr esos fines. A ello agrega que la salud colectiva y sus procesos determinantes necesitan el abordar una multiplicidad de procesos con todos sus atributos, magnitudes, su dinámica y sus relaciones.

El trabajo como un fenómeno central en la determinación y la salud colectiva y la medicina social

Un hecho a destacar en el caso de la salud colectiva, es considerar al trabajo como un componente constituyente de lo social, de las relaciones entre los dos grupos sociales que han configurado la historia de la humanidad. El trabajo es la actividad que permitió a una especie homínida transformarse en la especie humana, debido a ello el trabajo tiene una función trascendente entre las determinaciones sociales que configuran la salud y la enfermedad de las colectividades y, a la vez, el trabajo más que en cualquier otro momento de la historia, está determinado por otros ámbitos de lo social, la economía y la política en el plano global. Siendo parte estructurante de las determinaciones sociales, el trabajo se encuentra hoy más que siempre determinado.

Ha sido el trabajo la actividad que ha estado marcando la transición en la vida social, la relación entre los individuos y los grupos, desde la superación por la especie de las condicionantes estrictamente biológicas que le permitieron evolucionar hasta lo específicamente humano. La apropiación de la naturaleza para satisfacer las necesidades para la subsistencia de la especie en su desarrollo, se constituyó en un conjunto de actividades reguladoras de la vida colectiva, lo social se conformó a partir de dividir dichas actividades; la evolución social facilitó la apropiación del resultado del tra-

bajo de muchos por parte de otros pocos, la riqueza generada fue expropiada por quienes lograron concentrar poder para controlar a los otros, la sociedad se dividió en clases y por encima de cualquier otro tipo de actividad el trabajo condicionó la vida colectiva, como resultado del despojo inherente a la acumulación originaria.

Es a partir de eso que el conjunto de actividades denominadas «trabajo» configura a la sociedad en su conjunto, desde la recolección y el trabajo de la tierra, hasta la producción altamente industrializada o los trabajos intangibles del siglo XXI, la producción de bienes-mercancías, de servicios con alto grado de planificación-organización para la generación de una riqueza supuestamente «social», es decir creada por todos y para todos; el trabajo ha sido mediador, regulador, condicionante y determinante de la vida de todas las colectividades, de todos los grupos sociales.

Por supuesto no puede pasar desapercibido que el trabajo es a su vez condicionado, regulado, mediado o determinado por la gran estructura económica y por los intereses políticos, pero mediado y mediador, es el trabajo quien configura las relaciones sociales.

El trabajo como actividad principal en la vida humana, es lo que, de manera fundamental media, condiciona o determina las posibilidades de salud plena o de enfermar o morir por encima de los posibles condicionamientos de orden biológico o naturales, las formas de vivir, las maneras de «andar por la vida». A partir del trabajo se han configurado formas de hacer política, de estructurar formas culturales, hábitos colectivos, sistemas económicos, ideologías y creencias de distinto orden. El trabajo es parte fundamental constituyente del entramado económico como el determinante

último de la dinámica de la sociedad contemporánea. En el trabajo puede condensarse la relación dialéctica entre determinado y determinante.

A diferencia del papel central que tenía el trabajo industrial en los inicios de la medicina social latinoamericana, en la actualidad las actividades laborales han adquirido preeminencia en el sector de los servicios, y además, el denominado trabajo informal se ha extendido entre las poblaciones en todas las regiones del mundo, incluidas las de los llamados países desarrollados (Siqueira, 2016). Esta situación interpela a la salud colectiva de la segunda década del siglo XXI para retornar al liderazgo reflexivo, analítico, teórico y movilizador que le caracterizó en las décadas de los 60 y 80 del siglo pasado, cuando logro explicar la relación trabajo-salud desde una visión y un compromiso que le permitieron acompañar movilizaciones obreras importantes. Lamentablemente, este panorama se desdibujó en los 90 con los embates del neoliberalismo a la clase trabajadora; simultáneamente, el rango de temáticas, y la inclusión de otras categorías y fenómenos, enriquecieron el pensamiento crítico latinoamericano pero diluyeron el estudio sobre la salud en el trabajo.

Consideraciones finales

Así, se tienen son dos grandes concepciones sobre los determinantes y la determinación de lo social sobre la salud y la enfermedad, y a simple vista parecieran iguales o al menos muy similares, y cualquiera podría llegar a plantear que las diferencias, en caso de haberlas, son mínimas, de simple matiz, de lenguaje o incluso, en realidad son inexistentes. Lo que se tiene enfrente son dos posturas sobre el particularísimo fenómeno de la salud y la enfermedad no de individuos solamente, sino fundamentalmente de los grandes colec-

tivos que conforman la sociedad. Dos perspectivas disputando no solamente la explicación sobre cómo enferma la gente, sino la explicación sobre la forma como se distribuye de manera desigual la enfermedad, por qué el sufrimiento ante la falta de vida saludable es más intenso en ciertos grupos sociales y por qué la muerte se presenta más tempranamente y con mayor incidencia en unos sectores de la sociedad con relación a otros y con más carga de sufrimiento y, no en pocas veces, de crueldad.

El interés de la salud colectiva es desarrollar e impulsar el conocimiento científico para enfrentar los problemas sanitarios, entra en contradicción con la perspectiva de conocimiento fragmentado, de visiones lineales y mecánicas, características de la interpretación sobre los determinantes sociales surgida a partir de la Comisión constituida por la OMS. Las explicaciones desde la perspectiva de la determinación social de la medicina social y salud colectiva pretenden desentrañar los mecanismos complejos, las interrelaciones de los diversos componentes, los intercambios dialécticos, las mediaciones entre las múltiples funciones y estructuras; para comprender cómo lo biológico se constituye con lo social, cómo lo histórico configura las acciones presentes, cómo lo individual se articula con lo colectivo y se ve afectado, cómo la salud y las buenas formas de andar por la vida se enfrentan a las formas de morir, resultado de las formas de trabajar y vivir bajo condiciones adversas. Desde la perspectiva crítica la salud y la enfermedad, son lo central en el estudio de este proceso, pero eso no significa, como en el caso de la perspectiva medicalizada que sea lo único y todo ello esté desvinculado, desarticulado; si bien se busca la salud y el bienestar de los grupos humanos, se pondera todo lo que en apariencia es externo al logro de ese objetivo.

Para la salud colectiva y la medicina social, desde el modelo de la determinación social, la salud no es una mercancía, es un bien social, pero aún es necesario construir un proyecto social donde las inequidades y las injusticias sean ausentes y la salud adquiriera el rango de importancia que en el sistema imperante ha sido disminuido.

La discusión que se tiene entre los determinantes sociales y la determinación social va del plano epistémico al político, pero también atraviesa por otros niveles, por ejemplo, en el plano estrictamente metodológico, Santos (2010) establece que dada la complejidad del estudio de las desigualdades en salud, se recomienda el uso de técnicas y modelos matemáticos como los de regresión y la construcción de indicadores, pero también la evaluación de factores determinantes de carácter psicosocial a través de la técnica de auto reporte individual, a partir de encuestas sobre la percepción de las condiciones de salud, el entorno de vida y el porvenir personal y familiar.

La comprensión del fenómeno de la salud y la enfermedad implica ubicar los distintos planos en su contexto social y cultural, en su lugar en la historicidad y en la óptica desde donde se observa dicho fenómeno; la discusión acerca de determinantes y determinación social de la salud y la enfermedad, son parte de ello y requieren explicitar las posturas epistemológicas desde las que se parte y los recursos teóricos con los cuales se interpreta.

De acuerdo con Morales-Borrego y colaboradores (2013), las diferencias entre la perspectiva de la medicina social y la salud colectiva con respecto a la vertiente de la OMS se pueden identificar al analizar los supuestos ontológicos, epistemológicos y praxiológicos, particularmente en los planos ético-políticos. Un poco de este análisis es lo

que se ha presentado en este artículo. La discusión está abierta, es compleja pero necesaria en estos tiempos, donde se avizoran importantes cambios estructurales en la sociedad y en la concepción del mundo de los grupos que la conforman.

El análisis de la determinación social y los determinantes sociales como perspectivas de análisis, si no contrapuestas totalmente si distantes y con implicaciones diferentes para la acción, ha sido revisado en otros momentos, por distintos pensadores, con énfasis y matices diversos, es conveniente insistir que ambas categorías reflejan formas distintas para comprender y actuar sobre la realidad. El ejemplo coyuntural de este momento crucial de la historia del mundo es la pandemia de COVID-19, la OMS lo ha enfrentado desde la perspectiva de la epidemiología más convencional, mientras desde la medicina social y la salud colectiva latinoamericana las lecturas tienen más lejano alcance y enfatizan sus consecuencias mostrando las profundas desigualdades e inequidades sociales (Franco, 2020).

En el caso específico del trabajo, la situación sanitaria mundial hace suponer que el trabajo informal en el mundo, particularmente en los países no desarrollados y “emergentes” se verá afectado de dos maneras: por el significativo incremento porcentual de esa población y la agudización de los daños a su salud a partir del empeoramiento de la precarización de las condiciones de trabajo y la disminución sustancial de los ingresos obtenidos por su actividad. La Organización Internacional del Trabajo (2020), y la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (Gerdin y Kolev, 2020) ya analizan el fenómeno. De igual manera, el teletrabajo, y el *home office* y sus implicaciones en la salud de las colectividades que han modificado sus actividades laborales

en esa forma, renuevan la prioridad del estudio de la actividad laboral, con nuevos procesos, relaciones sociales y consecuencias en la salud, como

tema prioritario de la medicina social y la salud colectiva

Referencias bibliográficas

- Acero, M.; Caro, I.; Henao, L.; Ruiz, L. y Sánchez, G. (2013). “Determinantes sociales de la salud: postura oficial y perspectivas críticas”, *Rev. Fac. Nac. Salud Pública*, vol. 31(supl 1):103-110.
- Almeida-Filho, N. (2013). “Towards a Unified Theory of Health-Disease: I. Health as a complex model-object”, *Revista de Saúde Pública*, vol. 47: 433-450.
- Akerman, M.; Cavalheiro, C.; Bógus, C.; Chioro, A. y Buss, P. (2010). “Las nuevas agendas de la salud a partir de sus determinaciones sociales”. En: Galvao, L.; Finkelman, J. y Henao, S. (Eds.) *Determinantes ambientales y sociales de la salud*. Washington, D. C.: Organización Panamericana de la Salud. McGraw-Hill Interamericana Editores, 1-15.
- Banco Mundial/Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento/ (1993). *Invertir en salud: indicadores del desarrollo mundial. Informe sobre el desarrollo mundial 1993*. Washington, D.C: Oxford University Press, 1-37 y 161-180
- Breilh, J. (1994). “Las ciencias de la salud pública en la construcción de una prevención profunda: «determinantes y proyecciones»”. En: Rodríguez, M. (Coord.) *Lo biológico y lo social: su articulación en la formación del personal de salud*. Washington: Organización Panamericana de la Salud: 63-100
- Breilh, J. (1995). *Nuevos conceptos y técnicas de investigación: guía pedagógica para un taller de metodología (epidemiología del trabajo)*. Quito: Ediciones CEAS, 27-49.
- Breilh, J. (2008). Una perspectiva emancipadora de la investigación y acción, basada en la determinación social de la salud. Trabajo presentado en el Taller Latinoamericano sobre Determinantes Sociales de la Salud. México.
- Breilh, J. (2013). “La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva)”, *Rev. Fac. Nac. Salud Pública*, vol. 31 (supl 1): 13-27.
- Bunge, M. (2004) *Emergencia y convergencia: novedad cualitativa y unidad del conocimiento*. Buenos Aires: Gedisa, 25-44.
- Cabezas, G. y Feo, O. (1994). “Desarrollo del conocimiento científico biológico y social en la teoría y la práctica de la salud de los trabajadores”. En: Rodríguez, M. (Coord.) *Lo biológico y lo social: su articulación en la formación del personal de salud*. Washington: Organización Panamericana de la Salud, 129-142.
- Comisión sobre determinantes sociales de la salud. (2005). *Hacia un marco conceptual que permita analizar y actuar sobre los determinantes sociales de la salud*. Borrador. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- De la Garza, E. (2006). “¿Hacia dónde va la teoría social?” En: De la Garza E. (coord.) *Tratado Latinoamericano de Sociología*. México: Anthropos, Universidad Autónoma Metropolitana-Iztapalapa, 19-38.
- Duarte, E. (2010). “Por una epidemiología de la Salud Colectiva: los conceptos sociológicos”. *SALUD COLECTIVA*, vol. 6, Núm.1: 11-19.
- Franco, S.; Nunes, E.; Breilh, J. y Laurell, C. (1991). *Debates en medicina social*. Ecuador: Organización Panamericana de la Salud / Asociación Latinoamericana de Medicina Social, 7-57.

- Franco, S., (2020, 13 de abril). Algo demasiado grave nos puede pasar con esta pandemia [en línea]. El Espectador. Recuperado el 4 de agosto de 2020 de <https://www.elespectador.com/opinion/algo-demasiado-grave-nos-puede-pasar-con-esta-pandemia-columna-914315/>
- Gerdin, A. y Kolev, A. (2020). Why protecting informal economy workers is so critical in time of COVID-19. <https://oecd-development-matters.org/2020/04/17/why-protecting-informal-economy-workers-is-so-critical-in-time-of-covid-19/> (consulta 3 de agosto de 2020).
- Gómez, G. (2004). *Lo social*. En: Apreciaciones Teórico-metodológicas: una mirada desde la psicología. Querétaro: Universidad Autónoma de Querétaro, 47-78,
- González, R. (2015). Ética neoliberal y nuevas ideas críticas en salud. En Tetelboin, C. y Laurell, A. (coord.) *Por el derecho universal a la salud: una agenda Latinoamericana de análisis y lucha*. México: Universidad Autónoma Metropolitana/Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales, 139-155.
- Herrera, I. (2019). “Ontologías y emergencia de «lo social» en el pensamiento en salud”, *Salud Problema*, Segunda Época, vol. 13, Núm.25: 69-76.
- Iriart, C.; Waitzkin, H.; Breilh, J.; Estrada, E. y Merhy, E. (2002). “Medicina social latinoamericana: aportes y desafíos”, *Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health*, vol.12, Núm. 2: 128-136.
- Jarillo, E. (2019). “La complejidad del concepto Salud-Enfermedad”. En: Rosales, R.; Rodríguez, J.; Arreola, P. y López, J. (coords). *Epistemología de la Salud. Perspectivas desde la transdisciplinariedad y el pensamiento complejo*. México: Universidad Autónoma de la Ciudad de México, 9-116.
- Laurell, A. (1989). “Para el estudio de la salud en su relación con el proceso de producción”. En: Laurell, A. y Noriega, M. *La salud en la fábrica: estudio sobre la industria siderúrgica en México*. México: Ediciones Era, 65-92.
- Laurell, A. (1994). “Sobre la concepción biológica y social del Proceso salud-enfermedad”. En: Rodríguez, M. (coord.) *Lo biológico y lo social: su articulación en la formación del personal de salud*. Washington: Organización Panamericana de la Salud, 1-12.
- Laurell, A. (2014). “Contradicciones en salud: sobre acumulación y legitimidad en los gobiernos neoliberales y sociales de derecho en América Latina”, *Saúde em Debate*, vol. 38, Núm.103, 853-871.
- Lima, M. (2017). “Desigualdades en salud: una perspectiva global”, *Ciência & Saúde Coletiva*, vol. 22, Núm.7, 2097-2018.
- López, O.; Escudero, J. y Carmona, L. (2008). Los determinantes sociales de la salud. Trabajo presentado en el Taller Latinoamericano sobre Determinantes Sociales de la Salud. México.
- López, O.; Blanco, J.; Garduño, M. et al. (2008). Los determinantes sociales de la salud y la acción política. Una perspectiva desde la academia. Trabajo presentado en el Taller Latinoamericano sobre Determinantes Sociales de la Salud. México.
- Medicina Social (2009). “Entrevista a Sir Michael Marmot”, *Medicina Social*, vol. 4 Núm. 2, 122-126.
- Morales-Borrego, C.; Borde, E.; Eslava-Castaño, J. y Concha-Sánchez, S. (2013). “¿Determinación social o determinantes sociales? Diferencias conceptuales e implicaciones praxiológicas”, *Revista de Salud Pública*, vol. 15, Núm. 6: 797-808.
- Organización Internacional del Trabajo. (2020). Nota informativa. La crisis de COVID-19 y la economía informal: respuestas inmediatas y desafíos de política. https://www.ilo.org/global/topics/employment-promotion/informal-economy/publications/WCMS_745450/lang es/index.htm (consulta 3 de agosto de 2020).
- Organización Mundial de la Salud (1978). *Alma-Ata 1978: Atención Primaria de Salud*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.

- Organización Mundial de la Salud (2008). Subsanan las desigualdades en una generación: alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- Organización Mundial de la Salud (2011). Cerrando la brecha: la política de acción sobre los determinantes sociales de la salud. Brasil: Organización Mundial de la Salud.
- Organización Panamericana de la Salud (2019). Salud Universal en el Siglo XXI: 40 años de Alma-Ata. Informe de la Comisión de Alto Nivel. Edición revisada. Washington, D.C.: OPS.
- Quevedo, E. y Hernández, M. (1994). “La articulación del conocimiento básico biológico y social en la formación del profesional de la salud: una mirada desde la historia”. En: Rodríguez, M. (coord.) *Lo biológico y lo social: su articulación en la formación del personal de salud*. Washington: Organización Panamericana de la Salud, 13-34.
- Restrepo, D. (2013). “Determinismo/indeterminismo y determinación: implicaciones en el campo de la salud pública”, *Rev. Fac. Nac. Salud Pública*, vol. 31 (supl. 1): 42-46.
- Roth-Deubel, A (2006). *Políticas Públicas. Formulación, implementación y evaluación*. Bogotá: Ediciones Aura, 73-106.
- Salazar, H. (1982). “La determinación social del desgaste y el envejecimiento 1º Parte”, *Salud problema*, Primera Época, Núm. 8, 14-21.
- Sandoval, J. (2009). “El fenómeno psíquico como fenómeno complejo: el caso de las representaciones sociales”. En: Miranda, A. y Torres, H. (coord.) *Modelos teóricos en psicología*. México: Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, Universidad Autónoma de México, 97-131.
- Santos, H. (2010). “Los determinantes sociales, las desigualdades en salud y las políticas, como temas de investigación”, *Revista Cubana de Salud Pública*, vol. 37, Núm. 2: 136-144.
- Siqueira, C. (2016). “Does Informal Employment Exist in the United States and Other Developed Countries?”, *NEW SOLUTIONS: A Journal of Environmental and Occupational Health Policy*, vol. 26, Núm. 2: 337-339.
- Spinelli, H. (2008). La acción de gestionar y gobernar frente a las desigualdades: un nuevo punto en la agenda del pensamiento crítico en América Latina. Los determinantes sociales de la salud y la acción política. Una perspectiva desde la academia. Trabajo presentado en el Taller Latinoamericano sobre Determinantes Sociales de la Salud. México.
- Waitzkin, H., Iriart, C.; Estrada, A. y Lamadrid, S. (2001). “Social medicine in Latin America: productivity and dangers facing the major national groups”, *The Lancet*, vol. 358: 315-323.
- World Health Organization. (2020). WHO Coronavirus Disease (COVID-19) Dashboard. <https://covid19.who.int/> (consulta 4 de agosto de 2020).
- Yépez, R. y Barreto, D. (1994). “La interdisciplinariedad, lo biológico y social en la formación de médicos”. En: Rodríguez, M. (coord.) *Lo biológico y lo social: su articulación en la formación del personal de salud*. Washington: Organización Panamericana de la Salud, 143-161.

La Unidad Temporal COVID-19 del Centro Citibanamex: ¿la campana de la esperanza o de alerta?

Ana Rita Castro* • Rosiane de Melo**

El presente trabajo tiene como objetivo conocer la organización, funcionamiento y filosofía de la Unidad Temporal COVID-19 en el Centro Citibanamex, ubicado en la Ciudad de México. Esto a partir de una entrevista realizada a un actor clave, como es el actual director médico de la propia unidad. Para ello, construimos una guía de la entrevista que contempló 4 dimensiones: proceso de atención, gestión, recursos humanos y retos y visión a futuro.

La mirada desde donde se analizan estas dimensiones y las alusiones del discurso por parte de la persona entrevistada, es desde la Medicina Social y la Salud Colectiva (de ahora en adelante MS-SC) y retomando algunos conceptos clave de la teoría política. Lo que nos permite señalar que desde estas perspectivas teóricas conformamos nuestro marco de referencia.

La MS-SC estudia los fenómenos de salud-enfermedad-atención-cuidado desde una conceptualización amplia, no solamente biológica, ni tampoco identificando lo social, como algo marginal, como un factor o proceso más a incluir. El

reto está en la propia construcción de objetos de estudio que entrelacen -por nombrarlo de alguna manera- estas dimensiones. No es una cuestión menor ni mucho menos obvia, contemplar estas dimensiones biológico-social, pues en las investigaciones y estudios sobre salud, hay una tendencia a una mirada exclusiva en la enfermedad y en su atención, dejando de lado otras dimensiones. No obstante, en los últimos años ha crecido el número de investigaciones desde perspectivas más multi e interdisciplinarias, entre ciencias de la salud y las ciencias sociales.

Es por ello, que para la MS-SC se parte del supuesto que la salud es un campo multidimensional determinando socio-históricamente. Y esto es así, para asumir que las relaciones de poder -sobre todo las del poder político- en un nivel macro, pero también meso y micro, son influyentes en el proceso de salud-enfermedad-atención. En ese sentido, para la MS-SC el sistema de salud no sería el único tipo de determinante en cuanto a tipo de sistema, sino también en gran medida el sistema político.

* Doctora en Ciencias en Salud Colectiva por la Universidad Autónoma Metropolitana (UAM) Unidad Xochimilco. Responsable académica del Centro Universitario de Enfermería Comunitaria (CUEC) de la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia (ENEO), de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM). Profesora de asignatura en la Academia de Ciencias Sociales y Salud de la ENEO. Proyecto PAPIIT IN 305519 Antropo-enfermería y cuidados culturales a la salud: migración, interculturalidad y salud pública, de la ENEO, UNAM. castroanarita@gmail.com
** Maestra en Enfermería por la Universidad San Camilo. Tutora académica y clínica del CUEC de la ENEO de la UNAM. Enfermera Supervi-

sora clínica y parte de un equipo de investigación en la Unidad Temporal COVID 19 en el Centro Citibanamex. Profesora de asignatura en la Academia de Ciencias Sociales y de la Salud y en la Academia de Cuidados Comunitarios de la ENEO. Proyecto PAPIIT IN 305519 Antropo-enfermería y cuidados culturales a la salud: migración, interculturalidad y salud pública, de la ENEO, UNAM.

Fecha de recepción: 21 de julio de 2020.

Fecha de aceptación: 20 de agosto de 2020.

La dimensión política de la salud: nivel macro

A grandes rasgos, estableceremos 3 elementos para esta dimensión: el Estado, el régimen y el gobierno. Un importante actor del sistema político sería el Estado, que para este trabajo lo vamos a entender como “el conjunto de instituciones y relaciones sociales (casi todas ellas sancionadas y respaldadas por el sistema legal de ese Estado) que normalmente penetran y controlan la población y el territorio que ese conjunto delimita geográficamente” (O’Donnell, 2004:12). Por lo tanto, el Estado incluiría 3 dimensiones: “un conjunto de entes burocráticos, un sistema legal y un foco de identidad colectiva construido por medio de una idea mínima de nación” (O’Donnell, 2004:12 citado por Cantamutto et. al, 2017: 17).

Para la MS-SC el Estado es objeto de análisis, porque se parte que la salud es un derecho humano social, que exige prestaciones y que el sujeto obligado sería el Estado. Asimismo, en el campo de la política social, las políticas públicas en salud son como el *Estado en acción* (Muller, 2002; Jobert, 1994). Por eso es importante, que el Estado sea responsable, el rector en el campo de la salud, y garante de un conjunto de condiciones, para que pueda concretarse el derecho a la salud y el derecho a la protección de la salud.

Siguiendo a O’Donnell, el régimen se compone de “los patrones, formales e informales, y explícitos e implícitos, que determinan los canales de acceso a las principales posiciones del gobierno, las características de los actores que son admitidos y excluidos de ese acceso, los recursos y las estrategias, que les son permitidos para ganar tal acceso, y las instituciones a través de las cuales el acceso es procesado y, una vez obtenido, son to-

mas las decisiones gubernamentales” (O’Donnell, 2004:13-14).

Para el mismo autor, el gobierno son las “posiciones en la cúspide del aparato del estado; el acceso a dichas posiciones se realiza a través del régimen, el cual permite a quienes los ocupan tomar, o autorizar a otros funcionarios del estado a tomar decisiones que son normalmente emitidas como reglas legales y vinculantes sobre el territorio delimitado por el Estado” (O’Donnell, 2004:14).

Los tres elementos que hemos definido suponen a su vez, distintos niveles de análisis, y sus fronteras son borrosas, pero nos permiten ubicar un término en el marco del análisis de la experiencia de la Unidad Temporal COVID-19 del Centro Citibanamex, la ‘crisis en salud en México. Esta sería a ¿qué nivel?: ¿del Estado? ¿o de régimen? O, por el contrario, sería una ¿crisis gubernamental? La respuesta no es obvia, y tampoco resulta retórica, porque dependiendo de donde se ubique la crisis, el tipo de respuesta será diferente.

Pensamos que la crisis es a nivel estatal, donde yacen “los acuerdos más básicos de distribución del poder político y económico, que constituyen las relaciones sociales que dan forma al Estado (Pereyra, 1988 citado por Cantamutto et. al., 2017:19). De ser así, no bastaría solamente con un cambio en las reglas del juego político, para acceder a los distintos cargos, ni tampoco un cambio en los representantes de turno, y nótese que ambas cuestiones en México no son menores, sino que son de suma importancia. No obstante, haría falta incidir y trabajar en las 3 dimensiones que arriba mencionamos que incluye el Estado. En este sentido, la idea de forjar una comunidad política mexicana pasa por ser incluyente y pensarse a partir de una pregunta que retomamos de

Cantamutto et. al. “¿quiénes son parte, y quiénes han sido sistemáticamente relegados?” (2017:20).

Actualmente, en México -y también específicamente en la Ciudad de México-, desde el 2018 se vive un proceso de cambio en el régimen y en el gobierno, que pretende revertir la crisis en el nivel estatal -por lo menos así se ha manifestado discursivamente-. Este cambio en el gobierno con una orientación más progresista enfrenta nuevos retos que, en cuestiones de salud, no solo comprendería cambios a nivel del régimen, y del gobierno de turno, sino que implica revertir ciertas lógicas que imperan en el campo de la salud y el sistema público de salud mexicano: como sería la mercantilización de la salud y la fragmentación del mismo sistema (Tetelboin, 2009; López y Blanco, 2001).

Es así como, como los países latinoamericanos, se han vistos a adoptar para la política social en general, y la política de salud, en particular, las recomendaciones y en varios sentidos imposiciones de los organismos internacionales financieros. “En las condiciones impuestas por el entorno sociopolítico y económico internacional y la adopción por los gobiernos nacionales incluso con diferentes signos políticos, se ha reorientando prácticamente toda la actividad social pública, hacia criterios privados” (Tetelboin, 2009:2). México, no ha sido la excepción en este sentido, y es una muestra fehaciente de orientar la salud en términos del mercado.

El tipo de política de salud que se ha venido constituyendo en México en los últimos 30 años, es del tipo regresivo y excluye a grandes contingentes de la población de una atención de calidad por parte de los servicios de salud, con una fuerte focalización de los recursos. “ Los recursos públi-

cos limitados solo a financiar paquetes básicos de salud, el traslado de los costos de la atención a los usuarios y la privatización de lo público rentable muestran un retraimiento selectivo del Estado en la cuestión sanitaria y el viraje neoliberal de la política de salud” (López y Blanco, 2001:52).

El sistema de salud mexicano y los servicios: nivel meso

Consideramos que la organización de los servicios o atención en este rubro, no es un asunto meramente técnico. Es político, por varias razones. Por la visión que posean los diferentes actores involucrados y las interacciones entre los mismos, en y con la propia institución. Asimismo, como las condiciones institucionales y organizativas condicionan a los mismos.

Las gestiones político-administrativas son en gran medida reflejos de las ideas políticas del grupo de turno. Es por ello, que arriba definimos grandes categorías analíticas (Estado, régimen y gobierno), que nos permitiera ubicar una crisis en salud en México, al nivel estatal, donde yacen los acuerdos básicos. En un segundo nivel de análisis, hemos planteado el nivel meso, donde identificamos al sistema de salud y los servicios de atención. De esta manera, pretendemos dar cuenta de los distintos niveles político-institucionales que hay en el campo de la salud, con diferentes actores, agentes y sujetos.

El sistema de salud es la respuesta social organizada. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) un sistema de salud es:

la suma de todas las organizaciones, instituciones y recursos cuyo objetivo principal consiste en mejorar la salud. Un sistema de salud nece-

sita personal, financiación, información, suministros, transportes y comunicaciones, así como una orientación y una dirección generales. Además tiene que proporcionar buenos tratamientos y servicios que respondan a las necesidades de la población y sean justos desde el punto de vista financiero. Un buen sistema de salud mejora la vida cotidiana de las personas de forma tangible¹.

Y de la definición de arriba, rescatamos que el sistema de salud requiere de orientación y dirección, de una rectoría, donde el Estado a través del gobierno, haga un ejercicio de apropiación de lo público, con una mirada de derechos, y no de beneficencia pública. Un sistema de salud que ha sido en los últimos años, fragmentado, bajo una lógica de “descentralización”, pero entendida, para el despojo, y para un desmantelamiento progresivo de lo público en aras de una lógica privatizadora, en la que la salud ha pasado a ser una mercancía, y no un derecho. Es por ello, que cuando se les pregunta a las personas usuarias si se perciben como sujetos de derechos, la respuesta es que no, que dan gracias por la atención, y la representación que aparece en el imaginario es de “dádiva”, de “me están haciendo el favor”. Recuperar lo público forma parte de ampliar la concepción de derechos.

Un sistema de salud es una construcción de la relación entre gobernantes y gobernados. En palabras de Lefio, puesto en contexto histórico “los sistemas de salud, tal como los conocemos hoy, son parte de la construcción de un cuerpo colectivo mayor, llámese este estado/nación” (2013:164). En cuanto a los servicios, es decir, en el “ámbito de la atención de salud, las formas y mecanismos de esta relación se sintetizarán en el encuentro

entre el personal sanitario con los miembros de la comunidad, en un marco de espacios físicos y sociales que enmarcan el orden de la relación” (Lefio, 2013: 164).

En el contexto que hemos tratado de delinear a grandes rasgos, establecemos que hay un intento por alcanzar un nuevo punto de inflexión, para la relación entre gobernantes y gobernados, en lo que al sector salud se refiere. Se apunta al desarrollo de nuevas prácticas dentro de la institucionalidad pública, para devolver legitimidad al propio campo de la salud e incluido el propio sistema público de salud, así como recuperar infraestructura pública y dotar de los recursos necesarios, bajo un esquema de derechos, y no de lógicas mercantilistas y de “dádivas” a los más pobres de los más pobres.

Por otra parte, pretendemos tener un acercamiento a la respuesta institucional emergente, como lo representa la Unidad Temporal COVID-19, pues pensamos que puede ser de utilidad para los futuros desafíos a los sistemas de salud, que imponen emergencias sanitarias, como la que se vive actualmente, además sin precedente alguno. Nos demanda a académicos y personal de salud, reflexiones acerca de cómo fortalecer lo público y hasta donde llega la acción de lo privado en contextos de contingencia sanitaria.

Enmarca una coyuntura atípica, que quisimos recuperar, para ilustrar cómo respondieron los diferentes actores y agentes, provenientes de diferentes sectores y cómo se organizaron temporalmente para la atención a pacientes con COVID-19. Reiteramos que nos parece importante tal aproximación, con relación a la experiencia que se describe a partir de la propia voz de un actor clave, sea *ah hoc*, como es el director de la Unidad.

¹ En <https://www.who.int/features/qa/28/es/>

La Unidad Temporal COVID-19 como respuesta emergente: nivel micro

Esta unidad temporal se creó para evitar escenarios de desbordamiento asistencial, con una convicción de garantizar la atención a todas las personas que se contagien y presenten una sintomatología que amerite su hospitalización. Es decir, con la finalidad de evitar una posible congestión en los diferentes hospitales del sistema de salud mexicano, en cuanto a la atención y cuidado de personas pacientes con COVID-19. Participan varios actores: Secretaría de Salud de la Ciudad de México (Sedesa), Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma Nacional de México (UNAM), así como parte del sector privado lo es la Fundación Carlos Slim y otras 15 empresas y fundaciones.

Es el resultado de un trabajo entrelazado entre el sector público y el sector privado. Por ejemplo, la Facultad de Medicina de la UNAM “fue la responsable de las decisiones técnicas, médicas y hospitalarias para los trabajos de habilitación de la Unidad, y mantiene una estrecha coordinación con los institutos de salud”².

La Sedesa como institución rectora de las políticas de salud de la capital lleva el control del personal de salud que se contrata, así como la responsabilidad en cuanto a dirección, operación y provisión médica, y conforme a las condiciones que se vayan presentando y al propio curso de la pandemia, determinará el inicio de cada etapa. Este esfuerzo forma parte de la estrategia nacional “Todos juntos contra la COVID-19”. Este tipo de proyectos como respuesta institucional a la pandemia, fue promovido y organizado por el gobierno de la Ciudad de México.

² <http://gaceta.facmed.unam.mx/index.php/2020/04/22/la-unam-participa-en-habilitar-el-centro-citibanamex-como-unidad-temporal-covid-19/>

Reiteramos la importancia de conocer el funcionamiento y organización de respuestas institucionales de este tipo, que permita tener un acercamiento de cómo se está operando en un contexto de alta presión, que exige respuestas inmediatas, bajo qué parámetros, cuáles son los actores convocados y cuáles se sumaron, la estrategia de atención, la filosofía del servicio, las lecciones que se van aprendiendo y los retos que imprime al sistema público de salud. Lo ideal es que aproximaciones de este tipo, permitan realizar al mediano plazo, una valoración de cómo está el sector salud, con relación a insumos, recursos humanos y estrategias organizacionales. Este tipo de respuestas se dieron en varios países³, donde se habilitaron espacios para otorgar la atención correspondiente a personas diagnosticadas con COVID-19.

A continuación reproducimos la entrevista completa al médico que desde que se inauguró la unidad temporal ha estado a cargo y cuando se escribe el presente trabajo sigue en la misma función.

Es importante señalar que se logró el acceso al director, porque una de las autoras del presente trabajo, se desempeña en el mismo, como supervisora en el área de enfermería, en el turno matutino. La entrevista se realizó el día 18 de junio de 2020, a las 11 horas de la mañana, en la oficina del propio director en la Unidad Temporal COVID-19 del Centro Citibanamex.

Encuadre

Rafael Ricardo Valdez Vázquez, de 51 años, médico cirujano, egresado de la Universidad Autónoma de Coahuila en la ciudad de Torreón. Estudio medicina interna e infectología en el Instituto

³ <https://www.elnacional.com/venezuela/habilitaran-el-poliedro-de-caracas-para-atender-contagiados-de-covid-19/>

Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán en la Ciudad de México. Posteriormente hizo la Maestría en Ciencias Médicas y Microbiología Clínica, en la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM).

Trabajo 5 años en el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER) en la Ciudad de México, adscrito a la Clínica de Tuberculosis. Tuvo la oportunidad de trabajar para diferentes programas de la Organización Mundial de la Salud (OMS), como capacitador para los programas nacionales y tuberculosis multirresistente de los países de Centroamérica y del Caribe, y posteriormente trabajó durante casi 10 en el Hospital General Dr. Manuel Gea González, ocupando la Subdirección de Epidemiología Hospitalaria y Control de Infecciones e Infectología. Allí también tuvo la oportunidad de trabajar en el programa de atención y de reconversión hospitalaria para enfermos con influenza H1N1 en el 2009, durante la pandemia. Desde el 2016 trabaja como Director Médico del portafolio hospitalario y anti infecciosos de Pfizer en México.

Entrevista

¿Cuándo y cómo fue seleccionado para trabajar en el hospital temporal del Centro Citibanamex?

—Durante el inicio de la de la pandemia de COVID-19, Pfizer global, lanzó un programa denominado Servicio Médico Voluntario, en el cual yo me inscribí, con la finalidad de apoyar las acciones de atención a COVID-19 en la Ciudad de México, me lo aprobaron. De manera coyuntural en la Ciudad de México a través de la Secretaría de Salud, esta me hizo el ofrecimiento de incorporarme a la Dirección de la Unidad Temporal COVID-19 en el Centro Banamex, lo cual acepté, como un reto muy importante en mi carrera profesio-

sional, dado que es algo inédito para nuestro país en que se instala una unidad temporal dentro de un centro de eventos y de un centro de espectáculos para dar respuesta a la pandemia, y sobre todo este para apoyar a los hospitales de primera línea y a los hospitales reconvertidos para la atención de pacientes con COVID-19.

¿Participó de alguna manera en el diseño de la propuesta del hospital?

—Sí participé dentro del diseño, sobre todo de los procesos de atención clínica y también ajustes a la unidad hospitalaria temporal. Respondiendo a la pregunta de si participé de alguna manera en el diseño de la propuesta del hospital, no directamente. Sin embargo, ya cuando yo ocupó la dirección médica del hospital, la capacidad instalada ya estaba alrededor del 90%. Entonces sí tuvimos que hacer algunas adecuaciones, sobre todo tomando en cuenta la vinculación a los diferentes procesos de atención clínica que ya habíamos diseñado o que fuimos diseñando en el camino. Hay que mencionar que desde que tomo la dirección y que se conforma el grupo de liderazgo clínico, tanto médico como de enfermería a que recibimos al primer enfermo pasaron tan sólo 16 días, lo cual eso fue uno de los grandes retos: el tener todos los procesos de atención, tanto clínicos, médicos y de enfermería en un tiempo récord.

Dimensiones

1) Proceso de atención

¿Cómo es el acceso al hospital por parte de las personas usuarias, posibles pacientes con COVID-19? ¿Qué documentos se les pide?

—Este hospital, su concepto y su misión inicial era atender pacientes referidos de otros hospita-

les sobre todo los hospitales llamados de primera línea de atención o aquellos hospitales que se fueron reconvirtiendo para dar respuesta a los enfermos con COVID-19. Y estos pacientes referidos tienen que reunir ciertas características, principalmente que se encontraran en fase de convalecencia o que tuvieran bajo riesgo de progresión a la gravedad, esta es una unidad temporal en la cual, el apoyo avanzado para la vida a través de la unidad de cuidados intensivos es limitada.

De tal manera, que lo que pretende esta unidad es apoyar a la capacidad hospitalaria desocupándoles camas de pacientes leves o de pacientes en su fase de recuperación y que pudieran tener camas disponibles para recibir a pacientes más graves en estos hospitales que les he comentado de primera línea. Sin embargo, durante la evolución de la epidemia nos hemos dado cuenta que, estos hospitales reciben a los pacientes ya muy graves y que oportunidades de atención temprana se pierden durante la evolución del enfermo, es así que cambiamos las últimas dos semanas la estrategia de atención y del tipo de pacientes que ahora recibimos y es así que implementamos un programa denominado *hospitalización anticipada*. Esta estrategia está enfocada principalmente aquellos enfermos que inician síntomas y que tienen algún factor de riesgo de progresión a la gravedad como diabetes, hipertensión, obesidad, etc. Estos enfermos, hemos visto que si nosotros intervenimos de manera temprana con oxigenoterapia, anticoagulación profiláctica o inclusive manejo de la inflamación y control de las comunidades, principalmente de los niveles de glucosa evitaremos que progresen a la gravedad, es así que instalamos 7 módulos de triaje en sitios estratégicos, en diferentes jurisdicciones sanitarias de la Secretaría de Salud de la Ciudad de México o centros de salud y también en algunos hospitales, en donde evaluamos a los pacientes, reúnen

los criterios de COVID-19 y también criterios de hospitalización tempranas son referidos a dicha Unidad Temporal.

Por otra parte, lo único que se les pide es una identificación oficial y es todo. Esto no está circunscrito a derechohabiencia, a Seguro Social, ISSSTE o medio privado, recibimos a todos los pacientes, no tiene ningún costo, no se les pide dinero en lo absoluto. Toda la atención desde diagnóstico hasta el traslado y la atención clínica dentro del hospital es completamente gratuita.

¿Sólo se atiende a personas con COVID-19 o con diagnósticos similares? ¿Las personas deben mostrar el resultado de alguna prueba? ¿Nos podría definir cómo es el proceso de atención? ¿Cómo es el proceso de alta? ¿Cuáles son las indicaciones para las personas que se les da el alta?

—Sólo se atienden personas con COVID-19, en ese sentido este es un hospital monotemático, solo atendemos a pacientes con COVID-19. Los pacientes que se reciben no necesariamente se les pide resultado de alguna prueba, siempre y cuando cumplan con el criterio operacional vigente de COVID-19 o infección por SARS- CoV-2.

En cuanto al proceso de atención clínica desde el ámbito médico, es un proceso de atención dirigido principalmente a la atención de las complicaciones derivadas del COVID-19 que es el SARS, que es el síndrome respiratorio agudo grave. Para eso tenemos un sistema de atención que le hemos denominado de *alta supervisión bajo posición*, en donde tenemos toda una serie de checklist o de listas de cotejo de síntomas y signos que nos permiten categorizar bajo escala clinimétrica el riesgo de progresión hacia la gravedad y además este proceso lo hemos estandarizado, porque nuestro sistema de atención es piramidal, en don-

de la base son médicos generales y estos atienden a manera de cuadrilla, no de 4 elementos, de 3 a 4 elementos a un grupo de 10 hasta 13 pacientes y que son supervisados por un médico especialista. Por eso, esta estandarización en los procesos nos permite atender un gran volumen de pacientes y que la supervisión sea muy intensa, pero que la exposición hacia el paciente no ponga en riesgo al personal de salud, por la contagiosidad que representa la enfermedad. El especialista entonces estará supervisando sobre todo aquellos enfermos que de acuerdo a nuestras escalas estén señalando que hay progresión de la enfermedad o que están señalando que el paciente está grave, entonces el especialista pondrá más atención e inclusive activará códigos de respuesta rápida hacia la unidad de terapia respiratoria avanzada, eso es a grandes rasgos.

Tenemos procesos de atención también muy bien definidos, cuando el paciente progresa a la gravedad, que es un programa de uso temprano de esteroides, inclusive también de inhibidores, para aquellos que se ponen graves y también los equipos de respuesta rápida para la atención a aquellos que requieran un mayor aporte de oxígeno, ya sea con mascarilla reservorio o inclusive con puntas de alto flujo o en caso de ser necesario apoyo mecánico ventilatorio a través de ventilación invasiva.

¿Cómo es el proceso de alta? Lo que se hace es que se vincula directamente con Trabajo Social. Tenemos un proceso de pre alta en donde se va estimando que paciente pudiera estar ya en condiciones de poder ser egresado. Nuevamente aquí nos apoyamos en las escalas clinimétricas en donde la clave es el aporte de oxígeno, no si el paciente ya no está en requerimientos de oxígeno y que tenemos indicadores de inflamación con tendencia a la normalidad o ya normales, así se hace

la pre alta al día siguiente, Trabajo Social entra en contacto directo con la familia para anunciar que el paciente será egresado y finalmente acude la familia por el enfermo en donde se hace la entrega con sus indicaciones para continuación de tratamiento e inclusive también con indicaciones para sus cuidados en casa, sobre todo en temas de aislamiento.

¿Cuándo alguna persona hospitalizada muere, qué procedimiento se sigue?

—De hecho, tenemos lo que hemos llamado el protocolo de fallecimiento, en donde hay una ruta bien específica y seria de procesos para poder garantizar, primero que todo el tema sensible que rodea la muerte; pero por otro lado también el protocolo está muy bien cuidado para poder garantizar la identificación del fallecimiento y de la entrega del fallecido hacia sus familiares cumpliendo con toda la normatividad que dicta la Ley General de Salud, en término de manejo del cadáver incluyendo todo lo que es la nota de defunción más el certificado propio de defunción. En todo este proceso, hay un equipo que se estructura en el momento en que ocurre el fallecimiento y hemos estado cuidando hasta el más mínimo detalle. Hasta este momento, a poco más de mes y medio de inicio de operaciones, no hemos tenido ningún fallecimiento en el sitio, pero es algo que estamos reforzando continuamente para cuando esto ocurra.

¿Existe restricción para atender a una persona que ya estuvo hospitalizada?

—No ninguna, no hay ninguna restricción. Si un paciente es egresado de la unidad y requiere nuevamente de nuestra atención por COVID-19 o derivado de una complicación por COVID-19, no habría ninguna restricción.

—Si una persona se queja, ¿hay algún mecanismo para recibir y atender su queja?

Tenemos la instrucción para Trabajo Social, cuando se recibe de un paciente algún señalamiento siempre buscamos que sea la Dirección Médica que reciba este tipo de quejas, sobre todo con fines de generar acciones de mejora.

2) Gestión

Entendemos que es un hospital con capitales mixtos. ¿Nos podría explicar en qué consiste esa distribución? ¿Cuáles son las implicaciones en términos de la gestión?

—Sí, el capital de la instalación propia del recinto, las camas, la oxigenoterapia y todo lo que concierne a la operación limpieza, desinfección de camillería, almacén, insumos, fuera de los medicamentos, pertenecen a una consorcio de fundaciones que se conformó precisamente para crear esta Unidad Temporal, pero a su vez también la Secretaría de Salud de la Ciudad de México y el Gobierno de la Ciudad de México, aportan con la contratación de personal y también todo lo que son insumos de farmacia. Entonces, así como con este capital mixto bajo una estrategia que se denomina, es una estrategia mixta entre la iniciativa privada y el Gobierno de la Ciudad de México, es una estrategia que se llama: *Todos juntos por México contra el COVID-19*, nace entonces esta Unidad Temporal en el Centro Citibanamex, y así es como hemos estado operando.

En cuanto al material que se utiliza, ¿cómo es la dotación? ¿Con cuánta periodicidad?

Bueno cada área tiene la responsabilidad de poder estar calculando sus insumos y la solicitud hacia

los almacenes. Enfermería hace gran labor en esta parte, sobre todo con un sistema de sub-almacenes y de coordinadores de sus almacenes, que van haciendo cálculos del stock necesario tanto de medicamentos, ropería, insumos, curaciones, etc. Y se hace avances dos o tres veces por turno, tanto para las áreas de terapia como para las áreas de hospitalización.

Sobre el equipo de protección personal, ¿cómo es la dotación?, ¿es de una calidad aceptable?

—Aquí es muy importante, una de las actividades fundamentales es que el equipo de protección personal (EPP) sea acorde a la actividad que se va a realizar. Tenemos tres niveles de EPP, aparte de que implica el uso de cubrebocas de manera sistemática, pero, por ejemplo: en el área de atención clínica, no se producen aerosoles, el código de vestimenta está alineado a las recomendaciones internacionales y alojamientos que dicta la OMS en donde también el Gobierno y la Secretaría de Salud de México estamos alineados. En el área de hospitalización, donde no se producen aerosoles es máscara quirúrgica de tres capas, protección ocular con careta, bata de protección y guantes, esto es algo que es para hospitalización, para la zona donde se produce en aerosol fuera de la terapia intensiva es el mismo sólo se cambia por una protección KN95 o N95 y; en la terapia intensiva el uso de traje TYVEK más un N95 completo. Podemos decir que es de una calidad no nada más aceptable, si no certificada para el equipo que usamos.

¿Cómo es la distribución de las tareas? ¿Cuántas áreas de trabajo se dispusieron?

—Pues tenemos áreas de trabajo de hospital: área de trabajo de una terapia intermedia y el área de

trabajo de terapia intensiva más un área de trabajo administrativo, esas son como las áreas que se tienen dispuestas.

¿Cuáles son los horarios?

—Los horarios son de 8 horas, sin embargo, están intercalados con 4 horas, esto hablando del área médica, el área de enfermería tiene otros temas de uso horario, pero nosotros del área médica dispusimos trabajos intercalados de 4 horas, tanto para el área de terapia intensiva como para el área de hospitalización. En dónde están 4 horas frente al paciente y 4 horas están haciendo un trabajo parac clínico, este tipo de trabajo incluye trabajo en epidemiología hospitalaria, trabajo en informática médica, en dónde aquí se incluyen actividades de informes hacia los familiares, registro de las notas y revisión de que todos los expedientes estén al día y también las bases de datos de clinimétricas estén actualizadas. Esto es en cuanto al trabajo administrativo en epidemiología hospitalaria, y otras actividades específicas como sería la gestión y cálculo de materiales. Con respecto, al seguimiento del personal de salud que esté en categoría del sospechoso infectado, este también es otra de las actividades que hace el área médica y también actividades en el sistema de referencia y contra referencia, tenemos un equipo que está encargado de dirigir y direccionar a todos los pacientes que son referidos de las diferentes unidades a las que nosotros prestamos atención, también ellos participan en esta actividad, cuando están, digamos, en sus cuatro horas de trabajo.

En cuanto a la infraestructura, ¿es adecuada, se podría mejorar?

—Digamos que es una infraestructura que está en proceso de mejora continua, a mi me parece que es una, para un hospital temporal muy óptima.

Eso sí tenemos la necesidad de estar haciendo adecuaciones de acuerdo a las necesidades que se nos van presentando.

¿Hay articulación entre el área operativa y administrativa del hospital?

—Sí la hay. Es fundamental tener esta coordinación de otra manera no podríamos operar.

Este hospital, ¿a quién o quiénes debe rendir cuentas, para cuidar el tema de la transparencia?

—Directamente a las fundaciones, a la Secretaría de Salud, al Comité Directivo de la Unidad Temporal COVID-19, que está conformado por representantes del Gobierno de la Ciudad de México, representantes de la Secretaría de Salud y representantes de las fundaciones. A mí me toca y al Dr. Heberto Arboleya, precisamente rendir cuentas a todos ellos y lógicamente el Gobierno de la Ciudad de México tiene sus organismos de control para la rendición de cuentas, que es el Instituto Nacional para el manejo de la información y datos confidenciales.

3) Recursos humanos

¿Con cuánto personal de salud cuenta actualmente el hospital? ¿Cuáles son las profesiones y especialidades presentes?

—Dentro del área médica somos alrededor de 260 médicos, entre médicos generales que son la mayoría, es una cifra alrededor de 16. Hay como 50 especialistas, en donde se incluyen especialistas en terapia intensiva, anestesiología, infectólogos, internista, geriatra, otorrino. Los especialistas que participan directamente en la atención del paciente en estado crítico no son precisamente infectólogos, sino más bien, que tengan experiencia en

la atención hospitalaria y es así que tenemos otorrinos, internistas, cardiólogos, también tenemos reumatólogos y tenemos geriatras, etc.

¿Cómo se hizo la selección?

—Se hizo a través de una convocatoria abierta y la identificación del equipo de liderazgo. Para la selección se tomo en cuenta sus antecedentes curriculares.

¿Cómo y con cuánta frecuencia se realiza la capacitación para hacer frente al COVID-19?

—Pues tenemos un programa de capacitación continua. De hecho, de manera inicial se tiene todo un proceso que dura casi 2 semanas, desde la parte virtual y una parte ya presencial y desde el área médica nosotros tenemos un proceso de capacitación y actualización a los equipos de liderazgo basado en la información que se va generando.

¿Cómo se evalúa el desempeño del personal de salud?

—Básicamente el desempeño está basado en sus actividades en el día a día, no tenemos una métrica específica para un hospital temporal no, no es algo que nosotros hayamos desarrollado métricas específicas. Estamos más enfocados en el resultado final, que el paciente egrese, pero en términos de calidad de la atención. Si lo que pretendemos es apegarnos a las normas internacionales de seguridad en calidad de la atención y en eso sí tenemos métricas para el cumplimiento de la misma.

¿Hay acompañamiento psicológico para el personal de salud?

—En la parte del área médica, tuvimos hace una

semana una reunión, que le hemos llamado descompresión, en donde el equipo de liderazgo tuvo una reunión con la psicóloga, precisamente para expresar el sentir del personal de salud, sobre todo desde la parte de liderazgo.

Si alguien del personal de salud se contagia de COVID-19 ¿sigue recibiendo su salario? ¿Recibe atención en el hospital? ¿Se aísla? ¿Por cuánto tiempo? ¿Alguien monitorea esta situación?

—Si alguien del personal de salud se contagia de COVID-19 sigue recibiendo su salario. Recibe atención del hospital, y si se aísla de acuerdo a la recomendación de la CDC vigente, 10 días a partir del inicio de síntomas y asintomático nosotros lo hemos puesto entre 10 y 14 días o con prueba ya negativa. Todo el equipo de epidemiología hospitalaria monitorea estas situaciones, de hecho, hasta el momento se ha tenido bajo monitoreo alrededor de 140 empleados. Tanto lo que son los confirmados más los sospechosos, más los que han sido contactos directos de los casos confirmados, por eso son tantos, enfermería también.

¿Existe algún sindicato u organización colectiva de las y los trabajadores, ya sea personal de salud, así como trabajadores administrativos y de limpieza?

—No lo hay, por el carácter de temporal. Y bueno, los administrativos y de limpieza son empresas contratadas por las fundaciones o por el corporativo, ellos tienen una cultura organizacional independiente de la cual desconozco si hay un sindicato.

4) Retos y visión a futuro

¿Cuál sería su opinión con respecto al servicio que presta actualmente el hospital?

—Yo creo que es un hospital que ha cumplido su misión; la misión era crear un modelo de atención dentro de los hospitales temporales para casos de pandemias en la Ciudad de México, y además incorporando tecnología de punta sobre todo en términos de informática médica y de procesos de atención. Creo que esta es la visión que nosotros queremos dejar para el futuro dentro de esta unidad, que sea un modelo y que además pueda ser replicado en otras entidades de la ciudad, del país o para futuras pandemias. Entonces, creo que en mi opinión el servicio que presta actualmente el hospital es un servicio ejemplar y modelo para otras unidades temporales.

Hablando de las quejas, no hemos tenido ninguna queja que pudiéramos nosotros considerar crítica o significativa; al contrario, hemos recibido felicitaciones de diferentes índoles, de diferentes niveles y creo que la mayor satisfacción que tenemos hasta ahora es que no hemos tenido ninguna muerte en el sitio, si ha habido fallecidos en los pacientes transferidos, pero han sido 4, tomando en cuenta que hasta el momento ha sido egresado cerca de 400 pacientes, 360 egresos. Casi 600 ingresos en mes y medio, 40 pacientes que han pasado por la terapia intensiva, una tasa de entubación de 11 pacientes, la verdad es que esto es gracias a todo el compromiso que tiene personal.

¿En qué se podría mejorar?

—Procesos que se han implementado y reconociendo que todo es perfectible y que algo que yo le decía a todo el equipo de liderazgo, es que una vez que hubiéramos nosotros creado un proceso de atención clínica, pensar que es el mejor que tenemos y tenemos que hacerlo funcionar, pero nunca olvidar que lo podemos mejorar. Y ese ha sido uno de nuestros lemas y que no podíamos invertir mucho tiempo en la planeación, porque la

urgencia de la epidemia nos está pidiendo la ejecución, pero dentro de esa ejecución teníamos que estar pensando, siempre como estarlo mejorando, eso que se llama *una mejora del proceso durante la ejecución*, entonces aquí respondo la pregunta en que se podría mejorar, siempre un proceso tiene que estar sujeto a una mejora continua.

¿Será un hospital temporal? ¿O podría quedarse? En caso que se quedara, ¿piensa usted que seguiría solamente atendiendo a personas pacientes con COVID-19?

—Es un hospital temporal, no es un hospital que vaya a permanecer, es insostenible una unidad hospitalaria como esta en un recinto como este de manera permanente.

¿Cómo evalúa la creación de este tipo de hospitales?

—Este tipo de hospitales es necesario en una pandemia, esto si generará un precedente de que una unidad como esta es necesaria cuando hay una pandemia o una epidemia de esta magnitud.

¿Cuáles son los retos que tiene el actual sistema público de salud de México y de la Ciudad de México?

Creo que es el reto máximo que tiene todo sistema de atención y particularmente de la Ciudad de México, que sea un sistema unificado, pues tenemos un sistema fragmentado: ISSSTE, Seguro Social, Pemex, Fuerzas Armadas, Secretaría de Salud y la verdad es que entre estos sistemas fragmentados no hay una lectura coordinada, regulada y efectiva que impacte de manera uniforme a todos los pacientes; yo creo que este es el gran reto, quedo muy evidente ahora con la pandemia.

En este tiempo como director, ¿cuáles son las enseñanzas? ¿cuáles serían las situaciones vivenciadas en las que destacaría aspectos positivos y negativos? ¿cuál es su perspectiva actual y a futuro?

—Las enseñanzas, pues son muchísimas. Una para mí, la enseñanza más importante es como poder empoderar a un equipo de liderazgo, a un equipo de líderes para la ejecución en un tiempo muy corto. La enseñanza es que el empoderando a las personas y convertirte tú como un facilitador y depositarles la confianza a talentos es la clave. Y esto yo lo había visto en el papel, quizá de manera teórica, pero al ponerlo en práctica me convenzo más, que en la medida en la que tú convanzas a las personas del porqué está haciendo las cosas y sobre todo alentando sus motivaciones, se va a poder ejecutar de manera más eficiente. También el que podamos nosotros enfrentar de manera asertiva con comunicación todos los retos, es como los podemos resolver, por el poco tiempo, para el tiempo que tenemos en el sentido de urgencia, pues nos lleva a tomar decisiones que tenemos que hacernos responsables rápidamente de las consecuencias que estas puedan tener y siempre pensar que es la mejor decisión que podemos tomar en ese momento y; que si el resultado no es el óptimo, poderlo rectificar y aceptar que uno pudo haberse equivocado.

Siempre tener la humildad de reconocer que no funcionó y poderlo resolver rápidamente, porque hay vidas de por medio y es otra de las enseñanzas que yo me llevo de esto.

En cuanto a las situaciones vivenciales, en las que destacaría aspectos positivos creo que es todo lo que vivimos en el momento en que egresa un paciente de la unidad, es quizás la parte climática de lo que hacemos y lo que valida la decisión de

vernos involucrados en la atención de pacientes. Tenemos una campana cada vez que un paciente egresa, el paciente la toca y todo mundo aplaude, todo mundo se emociona, todo mundo grita, y de hecho pocos lo saben, pero esa campana se llama *Esperanza*, y así le pusimos entonces porque es la esperanza de que todos los enfermos que tenemos aquí en la unidad hospitalaria puedan regresar a sus casas. Esto se lo queremos transmitir a todos los pacientes que todavía se encuentran hospitalizados, que pueden salir y restaurarse en su familia, en su comunidad, a la vida productiva, ese es pues nuestro propósito inspirador al final. Los aspectos negativos, la verdad es que es difícil el poder enumerar aspectos negativos cuando el motivador principal que tenemos es ayudar a las personas, entonces más que hablar de aspectos negativos yo digo que son circunstancias de la vida humana, de la profesión, de las interacciones, no veo cosas negativas, traicionaríamos nuestro propósito inspirador, yo lo veo más como parte de la vida, parte del quehacer, parte de las interacciones y las relaciones humanas, yo no lo veo como algo negativo. Por ejemplo: alguien me podría decir, es que es mucho trabajo, pues el trabajo, nunca puede ser negativo o es que estoy cansado, bueno pues entonces quédate en tu casa a descansar, es decir en mí no estar en ver el lado negativo de las cosas porque entonces estaría yo traicionando mi propósito, pues si a veces llego cansado, pues si dejo de ver a mi familia, sin embargo, trato de verlo positivamente por el trabajo que desempeñamos.

Sobre la perspectiva actual y a futuro, el mundo ya cambió, ya esto no va a ser igual hasta que esta enfermedad se erradique tenemos que cambiar muchos códigos de comportamiento social, de higiene, de salubridad, de sistemas. Desde el punto de vista individual, tenemos que querernos más pero más importante es querer más al prójimo.

Y cuidar de nosotros, tenemos que comportarnos ahora como un potencial contagiador y esa es la clave, ahora para proteger a los demás es más importante protegerse uno mismo y por eso el uso del cubrebocas, el saludo, la proximidad con los convivientes, pues tiene que cambiar porque de otra manera, mientras no tengamos una vacuna podremos ser parte de una cadena de transmisión que le genera sufrimiento a otra persona, que puede llevarle a la muerte.

Por último, ¿podría decir cuál es la filosofía del servicio en este hospital? ¿en qué se diferencia este hospital de otros hospitales?

—La filosofía de servicio tiene que ver con la calidad de la atención y que los enfermos pueden estar en ambiente seguro y que el personal de salud sienta que puede trabajar en un lugar seguro; por otro lado, lo que nos diferencia es que lo más importante para la ejecución y para cumplimiento de la misión y visión en los procesos siempre estar rodeados de calidad, de calidez y sobre todo de la solidaridad, validando las motivaciones de cada quien, y de cada grupo, y de cada líder, así como de toda la institución en una filosofía que nos permita ser un modelo para el futuro.

Consideraciones finales

Este ejercicio exploratorio, nos permite conocer de una manera más ordenada a través de las cuatro dimensiones que contemplamos para la entrevista, la experiencia que hemos denominado como respuesta institucional emergente en la actual emergencia sanitaria. La Unidad Temporal COVID-19 o “el hospital” como lo llaman el personal de salud que labora allí, cómo es su organización y funcionamiento y qué representa en términos simbólicos, dentro de los cambios que experimenta México como país en su sistema

político y sistema de salud, con nuevos actores y nuevas perspectivas.

Queda claro, que hay limitaciones de tipo metodológicas, pues este caso, se da en una coyuntura excepcional, en una emergencia sanitaria dictada por la pandemia del COVID-19.

Este es sin duda alguna, una aproximación y no pretendemos de ninguna manera que sea exhaustiva en algunas de las temáticas que hemos esbozado. No obstante, ambas autoras consideramos que es importante mostrar desde la voz del propio actor, que dirige dicha unidad, conocer las experiencias y visiones del mismo en la conducción de esta unidad de atención, y **cómo se va** adaptando la estrategia y proceso de atención a medida que se va presentando la trayectoria de la enfermedad y su alto nivel de contagio.

En cuanto a la gestión de los procesos resulta fundamental la comunicación y articulación entre el área clínica y el área administrativa-operativa, con una instrucción clara de que todos se necesiten. Con respecto a los recursos humanos, se evidenció que constituyen un factor determinante en las respuestas institucionales, y que los procesos de convocatoria, selección y capacitación, a pesar de ser de forma masiva, se dieron de manera inaudita, pero al parecer bastante expeditas. Se conformaron bajo la noción de equipos de liderazgo clínico, donde la comunicación y el registro resulta ser crucial ante la gran demanda.

Por último, destacamos que, en las lecciones aprendidas según el propio director, es el trato igualitario para todas y todos, quienes trabajan, en los diferentes roles, y por supuesto que en la atención que se ofrece sea de calidad y calidez, donde los retos que se imprimen para México y para la Ciudad de México serán muchos, siendo

uno de ellos, que los espacios de salud, sus organizaciones sean bajo el principio de dignidad no solo para las personas que reciben la atención, sino para todo el personal de salud y demás trabajadores. La colaboración e intersectorialidad en salud es imprescindible y la rectoría debe recaer en la institucionalidad pública. Debe privar una

noción de derechos y los espacios que se dispongan para la atención y cuidado deben no solamente representar una atención a la enfermedad, sino que debe ‘producir salud’, en diferentes escalas, en cada área, municipio, entidad, y hasta el país. Deben ser campanas de esperanza.

Referencias bibliográficas

- Cantamutto et. al. (2017). *Imaginar un país. América Latina, procesos constituyentes y proyecto de nación en México*. México: Fundación para la Democracia, Alternativa y Debate A.C., CLACSO, 17-22.
- Jobert, B. (1994). “El Estado en acción: la contribución de las políticas públicas”. *Ciencia Política: Revista trimestral para América Latina y España*, Núm. 36: 79-104.
- Lefio C. (2013). “El Sistema de Salud como determinante de la salud poblacional”, *Revista Chilena Salud Pública*, vol. 17, Núm. 2: 162-166.
- López A. y Blanco, G. (2001). “La polarización de la política de salud en México”, *Cadernos de Saúde Pública*, vol. 17, Núm.1: 43-54.
- Muller, P. (2002). *Las políticas públicas* (Jean-Francois Jolly y Carlos Salazar Vargas, trad.) Colombia: Universidad Externado de Colombia, 29-54 (Obra original publicada en 2000).
- O’Donnell, G. (2004). “Acerca del Estado en América Latina contemporánea: diez tesis para discusión”. En PNUD (Ed.). *La democracia en América Latina*, Buenos Aires: Contribuciones para el debate, 149-192.
- Tetelboin, H. (2009). Evaluación de las reformas a la salud y a la seguridad social en América latina. XXVII Congreso de la Asociación Latinoamericana de Sociología. VIII Jornadas de Sociología de la Universidad de Buenos Aires. Asociación Latinoamericana de Sociología, Buenos Aires.

Alfredo Jadresic: la historia de la medicina chilena en primera persona

Jennifer Abate C.*

A sus 94 años, el decano de la Facultad de Medicina en tiempos de la Reforma Universitaria de 1968 ha sido testigo de los cambios de un sistema de salud que, a su juicio y en el contexto de la pandemia por Covid-19, hoy no da el ancho. Pero aún no es tarde. El médico y Profesor Emérito de la Universidad de Chile cree que si replicamos las experiencias exitosas de “los mejores años de la medicina chilena” podemos reconstruir un sistema sólido, integrado y en línea con las necesidades de quienes habitan este país.

Alfredo Jadresic es médico, pero quizás será recordado más como un pensador del siglo XX. Ingresó a la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile en 1943 e incluso desde ese momento asumió un compromiso no sólo con su carrera, sino con el estado de la salud pública en Chile. Fue el creador de instituciones pioneras como el Laboratorio de Investigaciones Endocrinas y la Unidad de Radioisótopos del Hospital San Juan de Dios y figura clave de la Reforma Universitaria de 1968, que cambió el cariz de la Casa de Bello y la dotó de mayor democracia y de una cercanía más estrecha con la sociedad chilena. Opositor a la dictadura, fue detenido en el Estadio Nacional y en 1973 inició un exilio que sólo terminó a fines de los años 80, cuando regresó al país y se sumó a la tarea de la renovación de los estatutos de la Universidad. Hoy, confinado en su casa junto a su compañera Patricia Samsing y muy al día en el acontecer nacional, ve con indignación la respuesta que el Ministerio de Salud ha tenido frente a la pandemia del Covid-19 y recuerda mejores tiempos, cuando las características del sistema de salud chileno eran su enfoque social y su fuerte integración a lo largo y ancho del país.

Esperanzado en una nueva Constitución, la reconoce como la principal vía para solucionar las deudas estructurales de un país que dejó de preocuparse por sus habitantes.

* Periodista. Editora del dossier de Palabra Pública y docente de la Universidad de Chile. Jefa de Gabinete de la Vicerrectoría de Extensión y Comunicaciones de la Universidad de Chile.

¿Cuáles son esos cambios estructurales que usted cree que le faltan a Chile?

—Creo que la experiencia del 18 de octubre es contundente. Lo que me sorprendió a la vuelta del exilio, mucho más que se produjera el 18-O, es que se demoraran tanto en manifestarse. Te diría que mi esperanza es que salga una nueva Constitución que restablezca en Chile el sentido de un gobierno solidario, responsable. Yo creo que hay que aumentar los impuestos de los sectores de mayores ingresos gradualmente, y eso lo ha declarado con un éxito muy grande Thomas Piketty en un libro que tiene casi el mismo título que el de Karl Marx, *El capital en el siglo XXI*, y ahí plantea que, para alcanzar la paz social, lo que hay que hacer es establecer como derechos humanos el derecho a la salud, a la educación, previsión, y resulta que esto requiere aportes solidarios. ¿De dónde puede venir esa solidaridad? De los sectores más ricos, ahí hay una posibilidad de entregar en Chile educación gratuita, de calidad, para toda la población, servicios de salud excelentes y de gran calidad.

El historiador Marcelo Sánchez dice que el modelo fragmentario que tenemos hoy no puede recibir el nombre de sistema de salud. ¿Cuál fue la orientación sanitaria predominante en el siglo XX chileno? ¿Cuándo pasamos de una atención sanitaria concebida como medicina social a un instrumento administrativo que hoy llamamos red asistencial?

—La dictadura barrió con todo. Por ejemplo, se acabó el Servicio Nacional de Salud unificado (que en nuestro país estuvo vigente entre 1952 y 1979) y se formaron 29 servicios regionales que se entienden directamente con el Ministerio de Salud. En el Servicio Nacional de Salud yo tuve la experiencia de ser miembro del Consejo Na-

cional Consultivo de Salud, que se creó para perfeccionar la situación docente asistencial que se daba desde la Facultad de Medicina y que funcionaba en los hospitales estatales. Estaba presidido por el ministro de Salud y lo integraba el director del Servicio Nacional de Salud, los directores de otros servicios de salud de carácter público, el presidente del Colegio Médico, de los odontólogos y químicos farmacéuticos, la Sociedad Constructora de Establecimientos Hospitalarios que la dictadura hizo desaparecer el año 82, representantes de los trabajadores y empleados, y otros organismos. Bueno, ese consejo asesor establecía todo lo que son los planes, la coordinación de todos los servicios, la integración. Eso significaba orientación, participación social. Ahora, con la pandemia y lo que ha ocurrido, se ha llegado a hablar de que nosotros hemos vivido el desastre porque aquí hay un desgobierno total. En ninguna parte se da una integración, hay un sentido de la libertad en que cada uno hace lo que se le da la gana. Lo que yo te cuento sobre la integración tan interesante de las universidades tradicionales con el servicio a lo largo de todo el país aseguraba que en esos hospitales hubiera educación continua para la gente, porque todos los hospitales de mayor jerarquía estaban vinculados con la Universidad de Chile, la Universidad Católica, la del norte y la de Concepción. Hay evidencia de que no se puede entregar, como si fueran dictadores, a un presidente y a sus ministros todo lo que hay que hacer en este país. Yo digo que no hay por dónde perderse, hay experiencias en Chile de que las cosas marchan mejor cuando el Estado es gobernado con un entendimiento social amplio.

¿Cuáles son las características que debería tener un sistema de salud que responda a las necesidades del país?

—Te lo explico desde mi experiencia, ni siquiera

es una elucubración esto: yo creo, simplemente, que aquí falta una contribución de la gente que está mejor dotada para opinar y participar en esto. Mira, la Sociedad Constructora de Establecimientos Hospitalarios, que fue clave para darle estructura a los hospitales a lo largo del país, desapareció y en Chile no se construyó ningún hospital desde 1973 hasta 1990. ¿Cómo puede darse eso? Son casi 20 años de crecimiento de la población y en el país no se crean nuevos hospitales. ¿Dónde está la clave de todo? La clave de todo está en la experiencia que Chile ha tenido, se está hablando de cosas concretas que pueden hacerse y la esperanza, para mí, es la nueva Constitución. Después del 18 de octubre y de la pandemia, cualquier visión inteligente reclama seguridad en este país, que el Ministerio de Salud sea solidario y responsable de la cobertura adecuada.

La Escuela de Salud Pública de la U. de Chile anunció que ya no utilizará los datos del Ministerio de Salud porque “hacen imposible toda modelación”. No han sido los únicos: el requerimiento de datos fidedignos ha sido una pieza clave en el debate sobre transparencia en nuestro país. ¿Cuál es la relevancia de contar con datos fiables y que sean bien informados a la población?

—Yo creo que ha sido vergonzosa la manera en que el gobierno y el ministro Mañalich aparecieron como un gobierno triunfalista que lo hacía mejor que Argentina. Mira, las estadísticas se pueden manipular mucho y pueden servir para muchas cosas, pero la manera en que se enfrentó aquí [la pandemia] fue tan deshonesto, que resultó en la caída del ministro más blindado que tenía este gobierno. Se habla a cada rato de transparencia y se burla la transparencia, es absolutamente obvio. Este gobierno ha hablado de solidaridad, pero solidaridad, ¿dónde?, ¿con quién? Aquí la

única solidaridad que puede darse para solucionar este tema es un financiamiento adecuado. Este país, en los últimos 40 años, ha multiplicado por cuatro, cinco veces el Producto Nacional Bruto, y un país rico lo que ha hecho es aumentar la distancia que hay entre los pobres y los ricos. El avance ha sido mínimo y la solidaridad no puede darse de otra manera: toda la riqueza de este país, a la que contribuyen todos los trabajadores, debe repartirse a todos los trabajadores, son cosas muy elementales. Este gobierno sigue usando la palabra solidaridad, son los capitalistas que hablan de solidaridad y no han entregado un peso para las necesidades de la sociedad.

Las ventajas del cogobierno Sin esperarlo y dedicado en ese tiempo a sus estudios de endocrinología, el doctor Alfredo Jadresic se convirtió en decano de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile entre los años 1968 y 1973. Le correspondió liderar, desde la que entonces era la Facultad con mayor peso en la Universidad, la Reforma Universitaria de 1968 que cambiaría el rostro de la institución, pues modificó, como rescata Memoria Chilena, de “manera sustancial el contenido y las orientaciones de las funciones universitarias, estableció una nueva estructura de autoridad y poder que permitió la participación de la comunidad universitaria en el gobierno de las universidades y se esforzó por buscar una mejor inserción de estas en los afanes por lograr el desarrollo y la modernización del país”.

“Hay evidencia de que no se puede entregar, como si fueran dictadores, a un presidente y a sus ministros todo lo que hay que hacer en este país. Yo digo que no hay por dónde perderse, hay experiencias en Chile de que las cosas marchan mejor cuando el Estado es gobernado con un entendimiento social amplio”.

¿Cuál era la relevancia de emprender un proceso de esas características en la Universidad de Chile? ¿De qué manera la reforma cambió a esta institución?

—En Chile se pensaba que en las universidades había una estructura muy autoritaria, muy dirigida por los profesores y que en algunos aspectos no reconocía los esfuerzos sociales que eran muy importantes, pertinentes a la universidad. Se trataba de que desde la universidad hubiera una visión en todos los ámbitos de práctica que estaban ocurriendo, pero esa participación no se podía dar porque no había ningún organismo en que los estudiantes estuvieran representados. Entonces irrumpe una demanda muy fuerte de participación y desde ese momento se elige al rector, decanos, en los consejos hay participación triestamental y eso determina un cambio muy fundamental en la orientación que toma el trabajo universitario, que en salud fue muy importante. La Chile introdujo un cambio notable en los planes y programas de enseñanza. Por ejemplo, se sacó la enseñanza de la medicina de los hospitales a las poblaciones, a los consultorios, para que se conocieran otros aspectos de la realidad nacional. En la experiencia que yo tuve, la universidad tuvo un vuelco muy fundamental.

La idea del cogobierno sigue generando incomodidad. Usted vivió ese “experimento” en la Facultad de Medicina. ¿Cómo funcionó esa iniciativa?

—En la Facultad de Medicina tuvimos un entendimiento absolutamente total con los estudiantes y funcionarios. Los estudiantes con un 25% y los funcionarios con un 10% y, bueno, con un 65% los académicos, pero se introdujo en ese momento un concepto que es muy importante, que es hablar no de una institución, sino de una comu-

nidad, porque tenemos todos algo en común y lo que tenemos en común son los planes y programas que señalan hacia dónde va la Facultad, y en Medicina se produjo una filosofía muy favorable. El respeto mutuo que se establece en ese momento es porque tenemos algo en común, que es el objeto en que tú estás empleando tu actividad laboral. El año 69, cuando dimos la bienvenida a los nuevos estudiantes, invité a un funcionario a que participara en los discursos de bienvenida. Mira, el funcionario hizo un discurso que fue el mejor de todos, había una pasión en su voz, un entusiasmo con el que este funcionario se refería a lo que era la bienvenida para los estudiantes, que venían a cumplir una función tan importante. El hospital universitario anterior tenía paros unas tres o cuatro veces al año, a veces de semanas, no se atendía; nosotros no tuvimos nunca, en los cuatro años, un conflicto con los estudiantes que llegara a un paro. Yo soy un absoluto partidario de que la Facultad de Medicina no tuvo un periodo mejor que los cuatro años del 68 al 72, sin conflicto y con expansión y desarrollo increíbles, yo creo que todo el mundo se identificó con el proyecto. ¿Por qué no hacer participar a los estudiantes en los consejos? Yo soy un gran partidario de los cogobiernos. Si a mí me preguntan “¿usted, en que se basa para decir esto?”. Me baso en los tres años en que fui decano de la Facultad de Medicina, que era la Facultad más amplia que tenía la Chile en esa época.

Usted enfrenta la pandemia con 94 años. Sabemos que el virus afecta de manera particular a las personas mayores. ¿Cómo ha vivido el proceso de confinamiento?

—Mira, yo tengo una compañera maravillosa, Patricia es profesora de inglés, pero es poeta, pintora, ceramista, muchas cosas más, con muchas inquietudes intelectuales. A la semana de conocerla,

yo le propuse matrimonio y ella dijo que sí, que se casaría conmigo. Mi madre, que estaba preocupada porque tenía 30 años y no me casaba, me pedía que aceptara ver a algunas jóvenes compañeras de mi hermana y apareció un día Patricia, era un jueves. Ese fin de semana le dije a mi mamá: “parece que conocí a la persona con la que me voy a casar”. El jueves siguiente, sin haber tratado de ninguna manera un tema sentimental, yo le dije “¿tú te casarías conmigo?”. Y ella me dijo que sí. Le escuché a González Vera, que era nuestro amigo, decir un día en Isla Negra que “un matrimonio

feliz es una conversación interminable” y eso se ha cumplido. Para mí ella es la compañera ideal y tengo que reconocer que este confinamiento, con el departamento en que tenemos todas las ventanas que miran al exterior y con terraza, no me aflige en ese sentido.

¿Ha sentido miedo de la muerte en este contexto?

—Me da pena dejar sola a la Patricia, sé que le soy necesario.

LIGAS DE INTERÉS

●Programa Sectorial de Salud 2020-2024

Decreto por el que se aprueba el Programa Sectorial de Salud 2020-2024

https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/570541/DECRETO_por_el_que_se_aprueba_el_Programa_Sectorial_de_Salud_2020-2024..pdf

Programa Sectorial de Salud 2020-2024

https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/570535/PROGRAMA_Sectorial_de_Salud_2020-2024.pdf

●Intervenciones de APS-I MX en los distritos de salud

Subsecretaría de Integración y Desarrollo

https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/557320/3.1_VERSION_DIGITAL_20-06-2020_Intervenciones_de_APS-I_Mx_en_DS.pdf

●Administración y Organización de los distritos de salud (APS-I Mx)

Subsecretaría de Integración y Desarrollo

https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/555667/VERSION_DIGITAL_0306-2020_Administracion_y_organizaci_n_DS.pdf