

PROBLEMA SALUD

PROBLEMA

SEGUNDA ÉPOCA / AÑO 16 / NÚMERO 32 / JULIO-DICIEMBRE 2022

Mujeres y discapacidad
Salud bucal crítica
Participación en salud
Enfermo y paciente
Reseñas
Homenaje



Casa abierta al tiempo
UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA
UNIDAD XOCHIMILCO

Universidad Autónoma Metropolitana

Dr. José Antonio de los Reyes Heredia

RECTOR GENERAL

Dra. Norma Rondero López

SECRETARIA GENERAL

UNIDAD XOCHIMILCO

Dr. Francisco Javier Soria López

RECTOR

Dra. Maria Angélica Buendía Espinosa

SECRETARIA

Dr. Luis Armando Ayala Pérez

DIRECTORA DE LA DIVISIÓN DE CIENCIAS BIOLÓGICAS
Y DE LA SALUD

Mtra. María de los Ángeles Martínez Cárdenas

JEFA DEL DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN A LA SALUD

Dr. Sergio López Moreno

COORDINADOR DE LA MAESTRÍA EN MEDICINA SOCIAL

Revista *Salud Problema*

DIRECTORA

Soledad Rojas Rajs

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

Carolina Tetelboin Henrion

Consejo Consultivo Internacional

José Carlos Escudero (Argentina)

Jorge Kohen (Argentina)

Saúl Franco (Colombia)

Marc Renaud (Canadá)

Ana Ma. Seifert (Canadá)

Magdalena Echeverría (Chile)

Jaime Breilh (Ecuador)

Clara Fassler (Uruguay)

Oscar Feo (Venezuela)

EDICIÓN TÉCNICA **Agustín Pernia** • DISEÑO Y FORMACIÓN DCG **Rosalía Contreras Beltrán**



Salud Problema, Segunda época, Año 16, No. 32, julio-diciembre de 2022, es una publicación semestral 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, Alcaldía Tlalpan, C.P. 14387, Ciudad de México y Calzada del Hueso 1100, Col. Villa Quietud, Alcaldía Coyoacán, C.P. 04960, Ciudad de México, Tel. 53847402 y 7118. Página electrónica de la revista <http://saludproblema.xoc.uam.mx> y dirección electrónica: saludproblema@correo.xoc.uam.mx. Directora Editorial : Soledad Rojas Rajs. Certificado de Reserva de Derechos al Uso Exclusivo del Título No. 04-2022-110814432100-102, e ISSN 2007-5790, ambos otorgados por el Instituto Nacional del Derecho de Autor. Responsable de la última actualización de este número: Editor técnico: Agustín Pernia, Unidad Xochimilco, División de Ciencias Biológicas y de la Salud, Departamento de Atención a la Salud, Maestría en Medicina Social; Calzada del Hueso 1100, Alcaldía Coyoacán, C.P. 04960, Ciudad de México. Fecha de la última modificación: 06 de noviembre de 2023. Tamaño del archivo 1.4 MB

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

D.R. © 2011 Universidad Autónoma Metropolitana.

Índice

5 EDITORIAL

7 AUTORES Y AUTORAS

ARTÍCULOS

- 9 **Las mujeres con discapacidad en las organizaciones “incluyentes”:
un enfoque de justicia básica y de derechos humanos.**
*Women with disabilities in “inclusive” organizations: basic justice and
human rights approach.*
Roxana Muñoz Hernández

ENSAYO

- 31 **Una aproximación teórico-metodológica crítica para el estudio de la
salud bucal.**
*A critical theoretical-methodological approach to the study of oral
health.*
Odeth Santos Madrigal
Sergio López Moreno
Rafael Malagón Oviedo
- 60 **Participación en salud: entre el individualismo capitalista y los es-
pacios comunitarios.**
*Participation in health: between capitalist individualism and commu-
nity spaces.*
Karen Lucero Quintero Magaña
- 73 **Aproximaciones a las nociones de enfermo y paciente desde el enfo-
que biomédico.**
*Approaches to the notions of sick and patient from the biomedical
focus.*
Bruno Lutz

RESEÑAS DE LIBRO

- 88 Reseña del libro: América Latina, sociedad, política y salud en tiempos de pandemia.**

José Arturo Granados Cosme

- 92 Reseña del libro: América Latina, sociedad, política y salud en tiempos de pandemia.**

Oliva López Arellano

- 96 HOMENAJE A DANUTA RAJS**

Editorial

El número 32 de nuestra revista concluye el año 2022, un año complejo en el campo sanitario en el que se siguen midiendo, comprendiendo y observando los efectos de la pandemia de COVID-19 en la región latinoamericana y el mundo. En el análisis anual de OPS sobre Salud en las Américas 2022, se ofrecen datos sobre el impacto de la pandemia en la región, particularmente en América Latina. Hasta el 31 de agosto de 2022 la región de las Américas había acumulado el 29% de los casos y el 44% de las muertes confirmadas por COVID-19 del mundo. Las desigualdades socioeconómicas y sanitarias, así como los contextos de alta fragmentación de los sistemas de salud fueron algunas de las principales causas del incremento de estos efectos negativos. Estas desigualdades se observan también en la distribución y la letalidad de los casos: América del Norte registró 55% de todos los casos en la Región de las Américas, pero 62% del total de las muertes ocurrió en América Latina y el Caribe (OPS, 2022).

En este contexto adverso los sistemas nacionales de salud de los países latinoamericanos han enfrentado dificultades para su transformación, pues las situaciones de emergencia concentran los esfuerzos, recursos y acciones. No obstante, podemos también reconocer algunos avances en salud en México y América Latina, asociados principalmente al viraje en la concepción sobre la salud y las transformaciones incipientes que se han producido gracias al arribo de gobiernos progresistas a varios países, a los que se suman en 2022 Colombia y Brasil.

Ejemplo de estos logros ha sido la implementación de regulaciones para la industria de los alimentos, cuyos productos y prácticas están asociados a la epidemia mundial de enfermedades crónicas no transmisibles. En noviembre de 2022 México recibió el reconocimiento de la OMS y la OPS por los logros alcanzados tras dos años de implementación del etiquetado frontal de los envases de alimentos. El sistema de etiquetado frontal mexicano recupera las Directrices del Codex sobre etiquetado nutricional en el frente del envase, para facilitar la comprensión de los consumidores sobre el valor nutricional de los alimentos y su elección de alimentos, facilitando el acceso a la información en salud. Esta intervención es considerada por la OMS/OPS como una de las más costo-efectivas y factibles de implementar para la prevención y control de las enfermedades crónicas no transmisibles, si bien desde una mirada crítica reconocemos que no puede ser ni la única ni la más importante medida para atender el problema de dichas enfermedades.

En esta nueva entrega de la Revista *Salud Problema* publicamos trabajos sobre temáticas relevantes para la reflexión y el análisis médico social en América Latina: mujeres y discapacidad, salud bucal, participación en salud; las nociones de enfermo y paciente, además de reseñas y un homenaje. El primer trabajo es el artículo, *Las mujeres con discapacidad en las organizaciones “incluyentes”: un enfoque de justicia básica y de derechos humanos*, escrito por Roxana Muñoz Hernández. En él, la autora in-

vita a problematizar la participación de este sector de la población en los campos de la educación y el trabajo. Desde el enfoque de justicia básica centrado en las capacidades, la autora reflexiona sobre los límites que encuentran las mujeres para su desarrollo personal y profesional dentro de organizaciones incluyentes.

A continuación, se presenta el trabajo: *Una aproximación teórico-metodológica crítica para el estudio de la salud bucal*, escrito por Odeth Santos Madrigal, Sergio López Moreno y Rafael Malagón Oviedo, en el que se plantea un modelo para el estudio de un tema vacante en el campo de la salud colectiva: la salud bucal. Se defiende que la salud bucal se encuentra determinada socialmente bajo lógicas que operan en tres órdenes jerárquicos (macro, meso y micro), los cuales permiten visibilizar la complejidad de los procesos de salud-enfermedad-atención-cuidado involucrados en las prácticas de atención y cuidado de la boca.

En *Participación en salud: entre el individualismo capitalista y los espacios comunitarios*, Karen Luce-ro Quintero Magaña recupera reflexiones sobre las nociones ideológicas y prácticas de la participación comunitaria en salud a través de un recuento histórico de experiencias. La autora nos invita a pensar cuáles serían las condiciones que operan a favor de una participación efectiva en salud.

La colaboración de Bruno Lutz, *Aproximaciones a las nociones de enfermo y paciente desde el enfoque biomédico*, nos aporta reflexiones importantes para el campo de la salud acerca de cómo concebimos a los/as sujetos desde los escenarios clínicos. El autor recupera las representaciones que se sostienen socialmente en prácticas de las categorías “paciente” y “enfermo”.

Asimismo, se publican en este número dos estupendas reseñas del libro del Grupo de Trabajo CLACSO Estudios Sociales para la Salud “*América Latina. Sociedad, política y salud en tiempos de pandemia*” coordinado por Carolina Tetelboin; Daisy Iturrieta y Clara Schor-Landman, publicado en 2021 en una colaboración CLACSO-UAM. Las reseñas de Arturo Granados Cosme y Oliva López Arellano corresponden a sus participaciones en la presentación del libro en la 44 FERIA Internacional del Libro (FIL) en el Palacio de Minería, el martes 28 de febrero de 2023.

Por último, incluimos un breve y sencillo homenaje en memoria de la Dra. Danuta Rajs, quien falleció el 5 de noviembre de 2022 en Santiago de Chile. Danuta fue docente en la Maestría en Medicina Social desde 1975 a 1984, como otras y otros exiliados chilenos y sudamericanos que encontraron en la UAM una casa abierta al tiempo. En esta sección, le dedicamos unas palabras, reconociendo sus aportes a la medicina social latinoamericana, a la formación en estadística en salud y el desarrollo de sistemas de información en salud con enfoque crítico. Les invitamos a leer la revista y a participar en la difusión y debate de los trabajos que presenta.

Soledad Rojas Rajs
Agustín Pernia

Autores y Autoras

ROXANA MUÑOZ HERNÁNDEZ

Licenciada en Administración por la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM); maestra en Sociología del Trabajo por la Universidad de París 7 Jussieu y doctora en Estudios Organizacionales por la Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Iztapalapa, México. Profesora-investigadora del Departamento de Producción Económica, División de Ciencias Sociales y Humanidad, Unidad Xochimilco de la Universidad Autónoma Metropolitana, México. Líneas de investigación: políticas públicas en el tema de discapacidad, organizaciones incluyentes, educación inclusiva y políticas de inclusión en las organizaciones con perspectiva de género. Correo electrónico de contacto: roxanamunozhernandez@gmail.com

NATALIA ODETH SANTOS MADRIGAL

Cirujana Dentista por la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM); especialista y maestra en Medicina Social y doctora en Ciencias en Salud Colectiva por la Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco, México. Profesora de asignatura de “Salud pública y epidemiología” en la Universidad Autónoma de la Ciudad de México e investigadora asociada proyecto de investigación “Abordaje transdisciplinario de mesiotelioma pleural maligno” del IMSS-CONACYT y en el Grupo de Trabajo UNAM-Facultad de Estudios Superiores-Zaragoza. (PAPIME-PAPIIT-UNAM), Investigadora asociada al Grupo de Trabajo Salud Internacional y Soberanía Sanitaria del Consejo Latinoamericano de Ciencias

Sociales (CLACSO). Líneas de investigación: feminismos descoloniales, negros y comunitarios, salud pública, interseccionalidad y determinación de la salud colectiva, políticas públicas en salud, políticas públicas en salud bucal, significados en salud y salud bucal. Correo electrónico de contacto: nataliaodeth@gmail.com

SERGIO LOPEZ MORENO

Médico Cirujano y Partero por el Instituto Politécnico Nacional, especialista en Medicina Familiar y Comunitaria por la Secretaría de Salud de México y doctor en Ciencias en Epidemiología por la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM). Profesor-investigador titular C de tiempo completo y coordinador de la Maestría en Medicina Social en la Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco, México. Líneas de investigación: epistemología médica, derecho a la salud, ética de la salud. correo electrónico: slopez@correo.xoc.uam.mx

RAFAEL ANTONIO MALAGÓN OVIEDO

Odontólogo de la Universidad Nacional de Colombia; maestro en Educación y doctor en Salud Pública por la Fundación Oswaldo Cruz, Brasil (RJ). Profesor de tiempo completo y director del Departamento de Salud Colectiva de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional de Colombia. Profesor del doctorado en Salud Pública, Programa Interfacultades de la Universidad Nacional de Colombia. Líneas de investigación: salud colectiva, vulnerabilidad social y salud, promoción, prevención en salud, economía, polí-

ticas públicas y ciudadanía. Correo electrónico de contacto: ramalagono@unal.edu.co

KAREN LUCERO QUINTERO MAGAÑA

Médica Cirujana y Partera por la Universidad de Guadalajara y maestra en Salud Pública con área de concentración en Ciencias Sociales y del Comportamiento por el Instituto Nacional de Salud Pública/Escuela de Salud Pública de México. Tiene experiencia en atención integral de personas migrantes en la frontera sur y en entornos rurales con población originaria Tseltal y Tojolabal de la zona selva de Chiapas en México. Sus líneas de investigación son: Trato digno en la atención a la salud, promoción de la salud y equidad en salud. Correo electrónico de contacto: karen.quintero@protonmail.com

BRUNO LUTZ

Licenciado en Sociología y Etnología y maestro en Antropología ambos por la Sorbona de París, Francia; doctor en Ciencias Sociales por la Universidad Autónoma Metropolitana (UAM), Unidad Xochimilco y ha realizado un posdoctorado en Sociología en la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM). Es profesor-investigador titular de tiempo completo en el Departamento de Relaciones Sociales de la Unidad Xochimilco en la UAM. Líneas de investigación: Salud pública, Desigualdades Sociales; Políticas públicas. Correo electrónico de contacto: brunolutz01@yahoo.com.mx

JOSÉ ARTURO GRANADOS COSME

Médico Cirujano, diplomado en Promoción de la Salud y maestro en Medicina Social por la Universidad Autónoma Metropolitana (UAM), Unidad Xochimilco, y doctor en Antropología por la Escuela Nacional de Antropología e Historia (ENAH). Es profesor-investigador Titular C del Departamento de Atención a la Salud en la UAM, imparte docencia en la Licenciatura en Medicina, en la Maestría en Medicina Social y en el Doctorado en Ciencias en Salud Colectiva de la UAM. Sus líneas de investigación son: Cultura, sexualidad y salud, y Políticas de Salud. Correo electrónico: jcosme@correo.xoc.uam.mx

OLIVA LÓPEZ ARELLANO

Médica-cirujana y maestra en Medicina Social por la Universidad Autónoma Metropolitana (UAM), doctora en Ciencias en Salud Pública por el Institución Nacional de Salud Pública (INSP). Es profesora-investigadora del Departamento de Atención a la Salud en la UAM, Xochimilco, y actualmente es la Secretaria de Salud del Gobierno de la Ciudad de México. Sus líneas de investigación son: condiciones de vida y servicios de salud en ámbitos urbanos y políticas y sistemas de salud. Correo electrónico: oli@correo.xoc.uam.mx

Las mujeres con discapacidad en las organizaciones “incluyentes”: un enfoque de justicia básica y de derechos humanos

Roxana Muñoz Hernández*

RESUMEN

Las mujeres con discapacidad en México han enfrentado diversos obstáculos en su vida de trabajo, educativa y de salud, para poder llevar una vida acorde con la dignidad humana. La carencia de políticas de inclusión en las organizaciones como la falta de accesibilidad física y tecnológica, ajustes razonables y formatos accesibles, la discriminación, así como los bajos salarios de los puestos de inclusión y el acceso a los servicios de salud son algunos de los problemas que tienen que enfrentar las mujeres con discapacidad en las organizaciones “incluyentes” privadas y públicas. El objetivo de este artículo es analizar, con el apoyo de la metodología cualitativa, las incidencias de las organizaciones privadas y públicas en el ejercicio del derecho al trabajo y del derecho a la educación de las mujeres con discapacidad. A partir de la implementación del enfoque de justicia básica centrado en las capacidades de Martha C. Nussbaum y la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad de la Organización de las Naciones Unidas.

PALABRAS CLAVE: discapacidad, mujeres, justicia básica, derechos humanos, capacidades, organizaciones.

Women with disabilities in “inclusive” organizations: basic justice and human rights approach

ABSTRACT

Women with disabilities in Mexico have faced various obstacles in their work, educational and health lives to lead a life accordance with human dignity. The lack of inclusion policies in the organizations like physical and technological accessibility, reasonable adjustments and accessible formats, the discrimination as well as the inclusion positions with low wages and access to health services, there are some of the problems that women with disabilities have to face in the private and public “inclusive” orga-

* Departamento de Producción Económica, División de Ciencias Sociales y Humanidades en la Unidad Xochimilco de la Universidad Autónoma Metropolitana. Correo electrónico: roxanamunozhernandez@gmail.com

Fecha de recepción: 23 de febrero de 2023.

Fecha de aceptación: 14 de septiembre de 2023.

nizations. This article objective is to use qualitative methodology to analyze the incidences of private and public organizations in the exercise of the right to education and right to work of women with disabilities. Through the implementation of the basic justice approach focused on capacities of Martha C. Nussbaum and the Convention on the right of persons with disabilities of United Nations Organization.

Keywords: disabilities, women, basic justice, human rights, capabilities, organizations.

Introducción

Se ha escrito poco sobre la inclusión de las mujeres con discapacidad en las organizaciones privadas y públicas. Han sido las películas como, *Bailando en la oscuridad* (Trier, 2000) que han descrito en sus imágenes y guiones los diversos obstáculos que enfrentan las mujeres con esta condición en su trabajo y en su vida social. Son muchas las argucias que desarrollan para mantener su empleo en organizaciones sin protocolos de trabajo para salvaguardar los derechos humanos y la dignidad de este grupo de mujeres. A esto se agregan los abusos, la violencia física, económica, psicológica, patrimonial y judicial a las que están expuestas en su vida social, como lo narra la película mencionada sobre una mujer joven, inmigrante y madre soltera con discapacidad visual en los Estados Unidos.

En México tenemos un escenario semejante al que describe la película *Bailando en la oscuridad*. Las organizaciones se dan a conocer como “incluyentes” por haber contratado una o dos personas con discapacidad sin haber elaborado estrategias que consideren las convenciones, normas y leyes al contratar a mujeres con discapacidad. Se concretan a un diseño de “marketing inclusivo” para mejorar la imagen de la organización y presentarse como socialmente responsables y así lograr vender más servicios y/o productos.

El objetivo de este trabajo es analizar, con el apoyo de la metodología cualitativa, las incidencias de las organizaciones privadas y públicas en el ejercicio del derecho al trabajo y de la educación de las mujeres con discapacidad. A partir de la implementación del enfoque de la justicia básica centrado en las capacidades elaborada por Martha C. Nussbaum y de la Convención sobre los derechos humanos de las personas con discapacidad de la Organización de las Naciones Unidas.

Las preguntas de investigación que acompañan este artículo son:

- ¿Cuáles son las barreras que enfrentan las mujeres con discapacidad en el ejercicio de sus derechos laborales y educacionales?
- ¿Por qué las organizaciones “incluyentes” privadas y públicas no han implementado políticas de inclusión para las mujeres con discapacidad?
- ¿Cómo el enfoque de justicia básica centrado en las capacidades y el de derechos humanos apoyan a las mujeres con discapacidad para llevar una vida acorde con la dignidad humana?

La metodología que dio origen a este texto es cualitativa (Vasilachis, 2006, Taylor y Bogdan, 1997) con sus principales herramientas: análisis de documentos, la observación participante que produce notas de campo y la entrevista en profundidad que sigue el modelo de una conversación entre iguales, y no de un intercambio formal de preguntas y respuestas. El diseño fue el desarrollo de entrevistas flexibles en zoom con un guion de entrevista previamente elaborado para asegurarnos de que los temas claves sean explorados, en el que las palabras de las mujeres con discapacidad motriz y visual nos ayudaron a aproximarnos a la problemática de la inclusión en las organizaciones. Se aplicó la estrategia del muestreo teórico como guía para seleccionar las personas a entrevistar. Las reglas del análisis permitieron la elaboración de una matriz de datos por cada entrevista transcrita con las palabras de las personas entrevistadas, los temas clave y las preguntas centrales en cada tema. La codificación y separación de los datos permitió comparar los diferentes fragmentos relacionados con cada tema y en consecuencia refinar y ajustar ideas. La fase final del análisis fue interpretación de los datos en el contexto en que fueron recogidos.

Las dos mujeres con discapacidad tienen estudios superiores, en el Instituto Politécnico Nacional y en la Universidad Nacional Autónoma de México, con las licenciaturas de física-matemáticas y psicología respectivamente, se encontraban trabajando en el Estado de México, en una organización industrial durante la Pandemia en 2020. El enfoque es descriptivo y explicativo con base en nuestro marco teórico. Los datos estadísticos utilizados corresponden a los del Censo de Población y Vivienda 2020 del Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI).

El texto está compuesto de tres partes, en el primer apartado comentamos los datos estadísticos del INEGI 2020, sobre la población de mujeres con discapacidad en México. En la segunda parte abordamos los antecedentes y el marco teórico. En el tercer apartado presentamos los resultados. Finalmente, ofrecemos la discusión y la bibliografía

Primera parte

Población de mujeres con discapacidad en México

De acuerdo con el Censo de Población y Vivienda del INEGI 2020 la población total en México es de 126,014,024 millones de personas y la población con discapacidad corresponde a 20,838,108 millones de personas, es decir que el 16.53% de la población tiene alguna discapacidad. El INEGI desglosa la población con discapacidad en tres entidades: población con discapacidad 6,179,890 (4.3%), población con limitación 13,934,448 (11.17%) y población con algún problema o condición mental 1,590,583 (4.3%).

De la población total con discapacidad, el 53.0% son mujeres y el 47.0% son hombres. Podemos decir que en México hay una feminización de la discapacidad a partir de la población de mujeres de 45 años y más, concentrándose en las mujeres de más de 60 años (Muñoz y Pimienta, 2019).

Las mujeres con discapacidad tan solo alcanzan los 5.8 de años de educación primaria. El informe Discapacidad y derecho a la educación en México elaborado por la Comisión Nacional para la Mejora Continua de la Educación (2022) destaca que la mayoría de los planteles no cuentan con las condiciones para recibir niñas (os) y jóvenes con

discapacidad y ofrecerles una buena educación con justicia social.

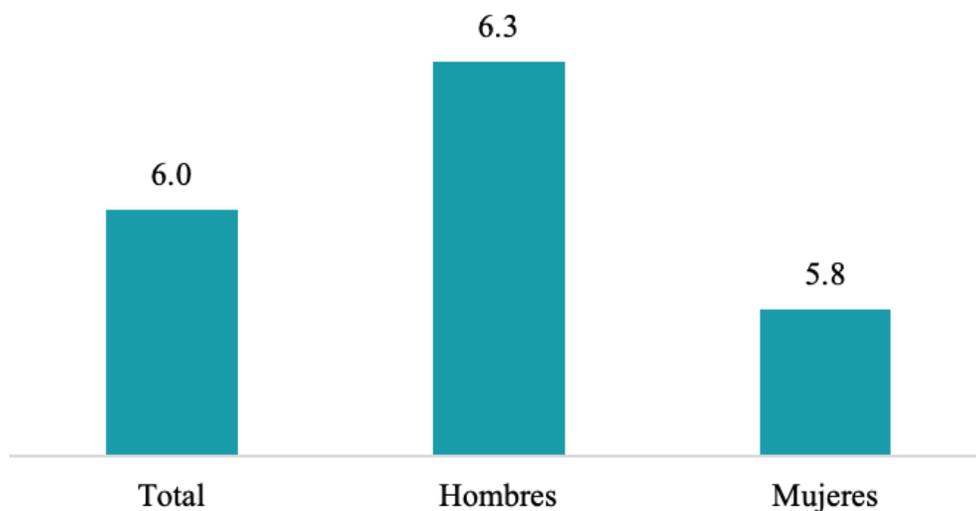
Respecto a analfabetismo de la población de 15 años y más con discapacidad encontramos que el 20.2% de la población con discapacidad no sabe leer ni escribir. La desventaja de género está también presente en este rubro. De los 4,456,431 millones de personas analfabetas, 1,121,722 (25.2%) tienen discapacidad. De los cuales 655,897 (59.4%) son mujeres y 455,825 (40.6%) son hombres.

Estos datos son preocupantes ya que la mayoría de las personas con discapacidad de ambos sexos solo termina los seis años de la educación primaria y un 20.2% no sabe leer ni escribir. Este es un foco de atención para las políticas públicas en el tema de la discapacidad con enfoque de género.

Con las estadísticas presentadas no sorprende que en México tan sólo el 5% de las personas con discapacidad logran ingresar a la enseñanza superior. Contamos con diversos y valiosos instrumentos nacionales e internacionales que garantizan la educación inclusiva como: La nueva Ley General de Educación Superior 2021, art 36 y 37, la Agenda 2030 del desarrollo sostenible, objetivo 4, 4.a y 4.5, el Tratado de Marrakech (Organización Mundial de la propiedad intelectual. Tratado de Marrakech, 2013) y la observación general núm. 4 de la ONU que establece los 4 principios de educación inclusiva interrelacionados entre sí: disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y adaptabilidad.

En contraste con lo anterior, las instituciones de educación superior no han consolidado las políticas y estrategias de inclusión de las personas con

Gráfica 1. Grado promedio de escolaridad de la población de 15 años y más con discapacidad



Fuente: INEGI (2020)

discapacidad al interior de sus comunidades. Esto se ve reflejado en diversos indicadores como el bajo índice de inclusión de estudiantes con discapacidad, la falta de cambios estructurales en los planes de estudio y en las estrategias de enseñanza-aprendizaje como el diseño universal en el aprendizaje (Bruslovsky, 2017), la falta de capacitación de las (os) profesores para atender estudiantes con discapacidad, las prácticas culturales de estigmatización, discriminación y violencia de género y la ausencia de becas para este sector de la población estudiantil.

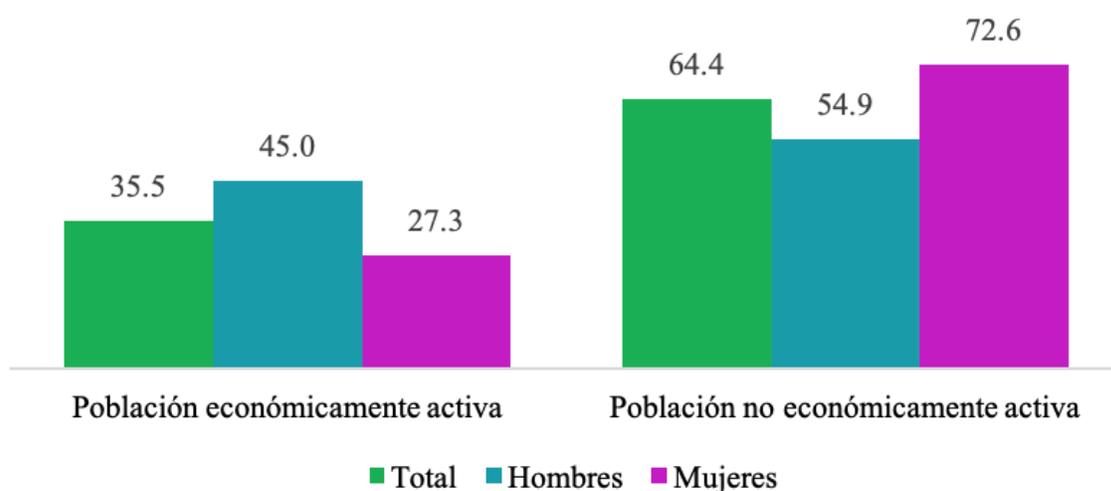
Si bien ha habido progresos en algunas universidades públicas y privadas con acciones como los ajustes razonables en los exámenes de ingreso para las(os) estudiantes con discapacidad, así como la formulación de políticas, programas y diplomados. La mayor parte de las políticas están centradas en las llamadas discapacidades tradicionales como la motriz, visual, auditiva y in-

telectual, con la ausencia de planes de inclusión para las personas con discapacidad psicosocial.

Los efectos de las barreras a la educación de las mujeres con discapacidad y la discriminación en el ámbito laboral se reflejan en una menor participación en el mercado de trabajo y el alto porcentaje que alcanzan como población no económicamente activa. El derecho al trabajo está garantizado en nuestro país, en la Constitución y en la Ley Federal del Trabajo para las personas con discapacidad. Sin embargo, las organizaciones privadas y públicas tienen prácticas de discriminación para contratar a las personas con esta condición.

El acceso desigual al mercado de trabajo remunerado es un indicador de los obstáculos que enfrentan las mujeres con discapacidad para ejercer su derecho a un trabajo. Tan solo el 35.5% de la población con discapacidad es económicamente

Gráfica 2. Población de 12 años y más con discapacidad según condición de actividad económica



Fuente: INEGI (2020)

activa. De los cuales 27.3% son mujeres y 45 % son hombres como puede observarse en la Gráfica 2.

En relación a la población no económicamente activa la desventaja de género es todavía más grande, las mujeres alcanzan el 72.6 % en comparación con los hombres con 54.9%.

Tenemos mejores cifras para las mujeres en la población con discapacidad afiliada a los servicios de salud. El INEGI nos informa que la población afiliada es de 4,703,057 millones de personas, de las cuales 77.5% son mujeres y el 74.5% son hombres. Aún cuando el tipo de afiliación a los servicios de salud de las mujeres con discapacidad se da generalmente por algún familiar dentro del hogar o por medio de los programas sociales.

Cabe mencionar que de acuerdo con la sexta Encuesta Nacional sobre Salud y Envejecimiento (INEGI, 2023) la desventaja de género se hace nuevamente visible; las mujeres de 53 años y más

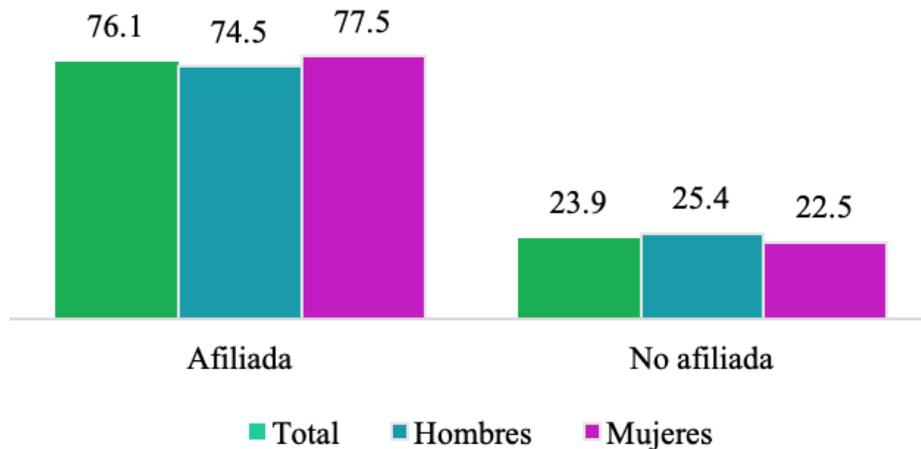
padecen en mayor proporción que los hombres las enfermedades de hipertensión, diabetes y artritis, entre otras.

Segunda Parte

Antecedentes

Las investigaciones sobre la discapacidad se pueden agrupar en dos movimientos: el que se refiere a la búsqueda de la justicia para las personas con discapacidad y el que está centrado en los derechos humanos. El enfoque de justicia básica centrado en las capacidades de Nussbaum se ubica en el primero y la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad, en el movimiento de los derechos humanos. Si bien ambos movimientos están interrelacionados y se complementan es importante distinguirlos para conocer sus aportaciones a la justicia, a los derechos humanos, al bienestar y a la calidad de vida de las personas con discapacidad.

Gráfica 3. Porcentaje de población con discapacidad, afiliada a servicios de salud



Fuente: INEGI (2020)

El enfoque de justicia básica centrado en las capacidades fue sostenido primeramente por Amartya Sen en economía y después por Nussbaum en filosofía. Sen centra el enfoque en una evaluación comparativa de la calidad de vida y Nussbaum como base filosófica para una teoría de los derechos básicos de los seres humanos. En su libro *Las mujeres y el desarrollo* sostuvo “que la mejor forma de plantear la idea de un mínimo social básico es un enfoque en las capacidades humanas, es decir, en aquello que las personas son efectivamente capaces de hacer y ser, según una idea intuitiva de lo que es una vida acorde con la dignidad del ser humano” (Nussbaum, 2017: 32)

Debemos partir, nos dice la autora, de una concepción de la dignidad del ser humano y de una vida acorde con esa dignidad; una vida que incluye un funcionamiento auténticamente humano, en el sentido descrito por Marx en sus *Manuscritos de economía y filosofía de 1844*. Marx considera que el ser humano se halla “necesitado de una totalidad de actividades vitales humanas y el enfoque parte de esta idea, e insiste en que las capacidades a las que tienen derecho todos los ciudadanos son muchas, no una sola, y que son oportunidades para actuar, no sólo cantidades de recursos”. (Nussbaum, 2020: 87)

Por su parte, la Convención es un tratado internacional vinculante sobre los derechos humanos de las personas con discapacidad, elaborado por la Organización de las Naciones Unidas (ONU) en 2007. Tiene sus orígenes, siguiendo a (Astorga, 2009) en 1987 cuando se analizaba el Programa de Acción Mundial para los impedidos. Surgieron en esos años las Normas Uniformes para la Igualdad de Oportunidades para las personas con discapacidad, que no implicaban obligatoriedad de cumplimiento para los Estados. Se estableció que una nueva convención debería incluir espe-

cíficamente las disposiciones sobre derechos humanos, cubriendo las necesidades de las personas con discapacidad (PCD). Es de destacar en este largo proceso de elaboración la participación de las personas con discapacidad y de las organizaciones de la sociedad civil.

“A partir de diciembre de 2006, el modelo social de la discapacidad contó por primera vez con un instrumento universal de derechos humanos de aplicación obligatoria.” (Astorga, 2009: 285). La mayor parte de los países que participan en la ONU, entre ellos México, lo han ratificado, tanto la convención como el protocolo facultativo, solo falta que los preceptos se conviertan en práctica viva por medio de cambios en las normativas internas de los Estados, a fin de armonizarlos con las disposiciones del tratado. Sin embargo, en México son escasos los estados que han realizado la armonización de sus normas vigentes con la Convención. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS) la discapacidad afecta al 16% de la población mundial, es decir, 1 de cada 6 personas en todo el mundo sufren una discapacidad importante. (OMS, 2023). En 2020 vivían en México 16.53% de personas con algún tipo de discapacidad, es decir más de 20 millones de personas de la población total (INEGI, 2020).

Marco Teórico

El enfoque de justicia básica centrado en las capacidades

El enfoque de justicia básica centrado en las capacidades surgió como una alternativa a los enfoques utilitaristas que dominaban los debates sobre la calidad de vida. El principal criterio para la evaluación de la calidad de vida en el campo de la economía del desarrollo consistía en clasificar a los países en función del producto interno bruto.

Amartya Sen argumentó la inadecuación de los ingresos y la riqueza como índices del bienestar y propuso las capacidades para medir la calidad de vida.

La necesidad de centrarse en las capacidades se ve especialmente clara cuando se consideran casos en los cuales las personas se encuentran limitadas de formas atípicas por la estructura misma de la sociedad como es el caso de las PCD: “una persona que va en silla de ruedas puede tener los mismos ingresos y la riqueza que una persona con movilidad “normal”, y, sin embargo, poseer una capacidad desigual de moverse de un lado al otro” (Nussbaum, 2020: 171).

Por su parte Nussbaum suscribe la propuesta de Sen partiendo de una concepción política de las personas y de una vida acorde con la dignidad del ser humano. Se propone relacionar las capacidades con el bienestar y la calidad de vida de las personas con todo tipo de discapacidad en especial de las personas con discapacidad intelectual.

Para Nussbaum el enfoque parte de “una concepción de la persona desarrollada especialmente para fines políticos. Esta concepción de la política de la persona incluye la idea de un ser humano como un ser político por naturaleza, es decir, un ser que encuentra una profunda realización en las relaciones políticas, sobre todo las relaciones caracterizadas por la virtud de la justicia”. (Nussbaum, 2020: 97). Se reconoce en la concepción aristotélica-marxista del ser humano como un ser social y político, que se realiza a través de sus relaciones con otros seres humanos. El énfasis sobre el sujeto político tiene más importancia cuando se trata de personas con discapacidad en México, que participan poco en la exigencia de sus derechos humanos. Así lo problematiza Mayer

Foulkes al proponer “robustecer el sujeto político de la “discapacidad” en la lógica de la interpelación, haciendo del sujeto con “discapacidad” un actor de pleno derecho en toda suerte de situaciones diseñadas para que su intercambio con otros resulte fecundo para la sociedad en su conjunto” (Mayer, 2022: 39).

El enfoque de justicia básica opera con una lista de capacidades que es la misma para todos los ciudadanos con o sin discapacidad, como requisitos básicos para una vida digna. Y de la noción de un umbral para todas las capacidades concebido como un mínimo por debajo del cual se considera que los ciudadanos no pueden funcionar de un modo auténticamente humano. Las capacidades se refuerzan mutuamente y todas tienen una importancia básica para la justicia social.

A continuación, presento la lista de diez capacidades propuestas por la autora (Nussbaum, 2020: 88) para las personas con y sin discapacidad:

1. Vida. Poder vivir hasta el término de una vida humana de una duración normal.
2. Salud física. Poder mantener una buena salud, incluida la salud reproductiva; disponer de una alimentación adecuada; disponer de un lugar adecuado para vivir.
3. Integridad física. Poder moverse libremente de un lugar a otro, estar protegido de asaltos violentos, incluidos los asaltos sexuales y la violencia doméstica. Poder de decisión en cuestiones sexuales y reproductivas.
4. Sentidos, imaginación y pensamiento. Poder usar los sentidos, la imaginación, el pensa-

miento y el razonamiento que se configura a través de una educación adecuada, lo cual incluye la alfabetización y la formación matemática y científica básica.

5. Poder usar la imaginación y el pensamiento para la experimentación y la producción de obras y eventos literarios, musicales, religiosos etc. según la propia elección. Implica las garantías de la libertad de expresión tanto en el terreno político como en el artístico.
6. Emociones. Poder mantener relaciones afectivas con personas. Implica defender diversas formas de asociación humana.
7. Razón práctica. Poder formarse una concepción del bien y reflexionar críticamente sobre los propios planes de vida. Implica una protección de la libertad de conciencia.
8. Afiliación:
 - a) Poder vivir con y para otros, participar en diversas formas de interacción social. Implica proteger la libertad de expresión y de asociación política.
 - b) Que se den las bases sociales del auto respeto y la no humillación; ser dotado de dignidad e igual valor que los demás. Implica leyes contrarias a la discriminación por razón de raza, sexo, orientación sexual, etnia, casta, religión, origen nacional y discapacidad.
9. Otras especies. Poder vivir una relación próxima y respetuosa con los animales, las plantas y el mundo natural.

10. Juego. Poder reír, jugar y disfrutar de actividades recreativas.

11. Control sobre el propio entorno

a) Político. Poder participar de forma efectiva en las elecciones políticas que gobiernan la propia vida, tener derecho a la participación política.

b) Material. Poder disponer de propiedades (bienes mobiliarios o inmobiliarios) y ostentar los derechos de propiedad en plano de igualdad con los demás; tener derecho a buscar trabajo en un plano de igualdad con los demás, no sufrir persecuciones y detenciones sin garantías. En el trabajo, poder ejercer la razón práctica y entrar en relaciones valiosas de reconocimiento mutuo con los demás trabajadores.

Si las personas se encuentran por debajo del umbral, nos dice la autora, en algunas capacidades, estamos ante una carencia de justicia básica, con independencia de lo elevado que sean en sus niveles en todas las demás. Una vez identificado este umbral, se buscará un umbral más elevado, el nivel por encima del cual no sólo es posible una vida humana, sino una buena vida. “El objetivo social debe comprenderse en términos de llegar a tener ciudadanos por encima de esa capacidad mínima” (Nussbaum, 2017: 33).

La Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (Convención)

La Convención tiene como propósito el promover, proteger y asegurar el goce pleno y en condiciones de igualdad de todos los derechos humanos y libertades fundamentales por todas las

personas con discapacidad, y promover el respeto de su dignidad inherente.

Las personas con discapacidad incluyen a aquellas que tengan deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales a largo plazo que, al interactuar con diversas barreras, puedan impedir su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás (ONU, 2007, Convención, Art. 1).

Es un instrumento universal de los derechos humanos de aplicación obligatoria, “un hecho de valor inmenso, ya que en este paradigma la discapacidad es colocada como una característica más dentro de la diversidad de los seres humanos y no como la característica que debe definir la vida de una persona o que totaliza la vida de una persona en un marco de discriminación y exclusión” (Astorga, 2009: 285).

Es importante destacar algunos de los conceptos básicos de la Convención que deberían aplicarse en las organizaciones “incluyentes”:

Ajustes razonables: se entenderán las modificaciones y adaptaciones necesarias y adecuadas que no impongan una carga desproporcionada o indebida, cuando se requieran en un caso particular, para garantizar a las personas con discapacidad el goce o ejercicio, en igualdad de condiciones con las demás, de todos los derechos humanos y libertades fundamentales. (ONU, 2007, Convención, Art. 2)

Accesibilidad física y tecnológica: los Estados Parte adoptarán medidas pertinentes para asegurar el acceso de las PCD, en igualdad de condiciones con los demás, al entorno físico, el transporte, la información y las comunicacio-

nes, y a otros servicios e instalaciones abiertos al público o de uso público. Estas medidas, incluyen la identificación y eliminación de obstáculos y barreras de acceso. (ONU, 2007, Convención, Art. 9)

Discriminación salarial: b) Proteger los derechos de las personas con discapacidad, en igualdad de condiciones con las demás, a condiciones de trabajo justas y favorables, y en particular a igualdad de oportunidades y de remuneración por trabajo de igual valor, a condiciones de trabajo seguras y saludables, incluida la protección contra el acoso, y a la reparación por agravios sufridos. (ONU, 2007, Convención, Art. 27)

Discriminación por motivos de discapacidad: se entenderá cualquier distinción, exclusión o restricción por motivos de discapacidad que tenga el propósito o el efecto de obstaculizar o dejar sin efecto el reconocimiento, goce o ejercicio, en igualdad de condiciones, de todos los derechos humanos y libertades fundamentales en los ámbitos político, económico, social, cultural, civil o de otro tipo. Incluye todas las formas de discriminación, entre ellas, la denegación de ajustes razonables. (ONU, 2007, Convención, Art 2).

Las organizaciones “incluyentes”

Las organizaciones incluyentes son aquellas que tienen como estrategia el diseño de políticas inclusivas para los grupos vulnerables, entre ellos el de las personas con discapacidad dentro de las diferentes áreas de trabajo.

Las organizaciones incluyentes están más definidas por las normas que en los libros de Administración. En México, la norma NMX-R-025-SC-

FI-2015, en igualdad laboral y no discriminación (su cumplimiento es voluntario), considera diversos requisitos para certificar si una organización es incluyente entre los que destacan: que la plantilla laboral de la organización deberá estar integrada con personal con discapacidad en una proporción del 5% cuando menos de la totalidad de las y los trabajadores. Así como la integración de al menos 40% de personal del mismo sexo y la existencia de 40% de mujeres en los puestos directivos de la organización (Secretaría del Trabajo y Previsión Social, 2015).

Entre los indicadores que considera para obtener la certificación se encuentra el contar con accesibilidad y diseño universal en los centros de trabajo. Se evalúa: el mobiliario y equipo con ajustes razonables para personas con discapacidad y/o personas adultas mayores y /o embarazadas, el plan de accesibilidad y diseño universal de espacios físicos para toda persona, la información y la comunicación accesible para la totalidad del personal y un programa de protección civil que incluya personas con discapacidad y adultos mayores.

Por su parte la Secretaría del Trabajo de México entrega el distintivo Empresa Incluyente Gilberto Rincón Gallardo a las organizaciones que cuenten con políticas organizacionales que fomenten la inclusión y no discriminación, la equidad e igualdad de oportunidades, así como los procesos de trabajo que favorecen el acceso, la permanencia y el desarrollo laboral de las y los trabajadores con alguna vulnerabilidad (Secretaría del Trabajo y Previsión Social, 2020).

Aun cuando la norma 025 y las instituciones mencionadas presentan listas de organizaciones que se han certificado o han obtenido el distintivo de organizaciones incluyentes. Lo cierto es que en

México continúan los bajos salarios en los puestos de trabajo para mujeres con discapacidad, faltan los ajustes razonables y los formatos accesibles y es mínima la accesibilidad física y tecnológica en las organizaciones privadas y públicas (Cruz, López, Robles y Muñoz, 2022).

A nivel internacional, la Organización Internacional del Trabajo (OIT) implementó la red mundial de empresas y discapacidad. Esta red es una agrupación global de empresas multinacionales que entre otros temas se ocupan de las personas con discapacidad mediante la sensibilización y la lucha contra el estigma y los estereotipos a los que enfrentan. Operan con la carta de la red mundial de la OIT, con principios y herramientas de autoevaluación que les ayuda a las organizaciones a identificar las políticas de inclusión de la discapacidad (OIT, 2018)

Por otro lado, tenemos en México, los estímulos fiscales por parte del Servicio de Administración Tributaria (SAT) a las organizaciones incluyentes que emplean personas con discapacidad y hacen adaptaciones en su espacio de trabajo para facilitar la inclusión de este grupo social. La ley del impuesto sobre la renta en su artículo 186 establece, “el patrón que contrate personas que padezcan discapacidad motriz, mental, auditiva o del lenguaje, en un ochenta por ciento o más de la capacidad normal o tratándose de invidentes, podrá deducir de sus ingresos, un monto equivalente al 100% del impuesto sobre la renta de esos trabajadores” (SAT, 2014, Artículo 186).

Por su parte la Ley Federal del Trabajo obliga a los patrones a contar con instalaciones adecuadas para las personas con discapacidad, en su artículo 132 establece que, dentro de las obligaciones de los patrones se encuentra, contar, en los centros de trabajo de más de 50 trabajadores, con insta-

laciones adecuadas para el acceso y el desarrollo de actividades de las personas con discapacidad (STPS, Ley Federal del Trabajo, 2022, Artículo 132). Las organizaciones que cumplen con el artículo 132, mencionado, tienen un estímulo fiscal tratándose de activos fijos de las empresas que realicen adaptaciones para facilitar el trabajo de las personas con discapacidad. Sin embargo, son muy pocas las organizaciones que solicitan los estímulos fiscales mencionados, por desconocimiento o por el rechazo a contratar personas con discapacidad por la falsa creencia de que son menos capaces que las personas sin esta condición.

Tercera parte

Resultados

Incidencias de las organizaciones en el ejercicio de la justicia básica y los derechos para las mujeres con discapacidad.

Guadalupe y las organizaciones “incluyentes”

Guadalupe es una mujer joven con discapacidad motriz congénita. Se desplaza en silla de ruedas, o con muletas para subir escaleras. Estudió la licenciatura en física-matemáticas en el Instituto Politécnico Nacional. Actualmente trabaja como analista programadora en una organización industrial. Refiere en la entrevista por zoom durante la pandemia del COVID 19, los obstáculos para su movilidad en el espacio público para circular en silla de ruedas o con muletas.

“...mira, dentro de la discapacidad motriz hay muchos obstáculos, porque a veces no hay lugares adecuados para acceder, como escalones correctos, escalones muy altos o a veces están muy empinados, cuando llueve a veces se me resbalan las muletas por el piso y sobre todo el

piso de pavimento porque a veces me transporto en silla de ruedas. Hay que considerar cómo está la calle, que es lo que hay y pues eso atrasa mucho el tiempo, porque tengo que planear como una hora antes o dos si es un lugar desconocido” (Guadalupe, 2020).

Nussbaum (2017) nos dice que la razón por la cual las personas con la condición de Guadalupe, están menos capacitadas para moverse por el espacio público que la persona “normal” es enteramente social: la sociedad no ha previsto un acceso a los espacios públicos adaptados a una silla de ruedas. En relación a la lista de Capacidades, la Integridad Física (capacidad 3), que se refiere a poder moverse libremente de un lugar a otro, se encuentra por abajo del umbral requerido para que Guadalupe pueda tener una vida digna.

Esta reflexión está contemplada en la Convención, el artículo 9 sobre Accesibilidad, descrito en el marco teórico sobre la Convención. Hacen falta políticas de accesibilidad física y tecnológica y diseño universal en las organizaciones privadas y públicas.

La Convención en el artículo 24, Educación, establece que, los Estados Parte asegurarán que las personas con discapacidad tengan acceso general a la educación superior, la formación profesional, la educación para adultos y el aprendizaje durante toda su vida sin discriminación y en igualdad de condiciones con las demás. A tal fin, los Estados Parte aseguran que se realicen ajustes razonables para las personas con discapacidad.

En el mismo tenor la nueva Ley general de Educación Superior en México (2021) establece diversas disposiciones sobre educación inclusiva. Entre ellas los artículos 36 y 37 sobre la formación de equipos multidisciplinares para la aten-

ción de personas con discapacidad, identificación de necesidades específicas de la población con discapacidad, barreras para el aprendizaje entre otros, condiciones que no se han considerado en las instituciones de educación superior como lo describe Guadalupe:

“yo estude en el Politécnico y pues ahí no hay ascensores, entonces tenía que planear bien mis clases y a veces yo estaba todo el día en la escuela porque pues obviamente no podía tomar clases sucesivas de un edificio a otro. Era muy complicado, los maestros estaban en el tercer piso, los de matemáticas y los de física en el segundo y luego cuando subía, el maestro se acababa de ir y pues eso sí eran barreras porque terminé no subiendo y tuve que llevar la carrera sola y es una carrera muy complicada como para llevarla totalmente sola” (Guadalupe, 2020).

El artículo 8 de la Convención se refiere a la Toma de conciencia: a) Sensibilizar a la sociedad, incluso a nivel familiar, para que tome mayor conciencia respecto a las personas con discapacidad y fomentar el respeto a los derechos y la dignidad de estas personas (ONU, 2007, Convención, Art. 8). En el mismo sentido el artículo 6 de la Convención sobre las Mujeres con discapacidad (ONU, 2007, Convención, Art. 6) establece que los Estados Partes reconocen que las mujeres y las niñas con discapacidad están sujetas a múltiples formas de discriminación y, a ese respecto adoptarán medidas para asegurar que puedan disfrutar plenamente y en igualdad de condiciones de todos los derechos humanos y libertades fundamentales.

“Yo creo que hay que concientizar más a la gente y sobre todo quitar ese miedo... pues yo he vivido toda mi vida con discapacidad y a los niños desde niños se les inculca que somos personas diferentes. No juegues con ella, no la

empujes porque se va a caer y se va a lastimar entonces no puedes jugar con ella...”(Guadalupe, 2020).

Nussbaum (2020: 195) comenta el libro de Goffman sobre la identidad deteriorada

La estigmatización social consiste en la negación de la individualidad, todo encuentro con una persona con discapacidad es articulado en torno al rasgo estigmatizado, y terminamos por creer que la persona que posee el estigma no es total o realmente humana. Cuando una persona con discapacidad realiza una acción perfectamente normal dentro de una vida humana, los “normales” acostumbran expresar sorpresa, como si estuvieran diciendo: ¡Fíjate! En algunos aspectos eres igual que un ser humano.

Este tema está presente en la capacidad 7, Afiliación, que se refiere a ser dotado de dignidad e igual valor que los demás, esta capacidad está por debajo del umbral para que Guadalupe tenga una vida con dignidad. Se requieren campañas de sensibilización en las organizaciones y el empoderamiento de las personas con discapacidad, tarea que sigue pendiente en la Comisión Nacional de los Derechos Humanos.

“en otras áreas si me ha costado trabajo, porque creo que aún hay ese estigma, de persona discapacitada, persona tonta. Y eso no pasa solamente en la empresa, pasa por todas partes, cuando en la calle ven una persona con discapacidad le hablan como de o-y-e d-i-s-c-u-l-p-a a mí a veces me ha tocado y les he dicho, tienes algún problema psicológico” (Guadalupe, 2020).

El artículo 27 de la Convención sobre trabajo y empleo (ONU, 2007, Convención, Art. 27) establece la prohibición de la discriminación al pro-

hibir la discriminación por motivos de discapacidad con respecto a todas las cuestiones relativas a cualquier forma de empleo, incluidas las condiciones de selección, contratación, la continuidad en el empleo, la promoción profesional y unas condiciones de trabajo seguras y saludables. También la Capacidad 7, Control del propio entorno, que se refiere a tener derecho a buscar trabajo en un plano de igualdad se encuentra en el caso de Guadalupe con carencias de justicia básica.

“... Entonces si me costó mucho trabajo esta parte de conseguir empleo porque yo iba a la vacante y me dijeron es que no tenemos las condiciones necesarias para tener una persona con discapacidad motriz, entonces me confundió ¿no? porque pues yo vi una silla, un lugar. Yo creo que las organizaciones tienen muchas limitantes, porque piensan si es discapacitada motriz, por ende, no puede subir ningún escalón, no puedo contratarlo y esto no siempre es así las capacidades, todas las discapacidades son distintas, entonces lo correcto es preguntarle: Oye, ¿tu podrías subir acá?, ¿tu podrías venir acá?, ¿podrías caminar tanto tiempo? No que dicen, es discapacitado no puede o tiene discapacidad visual, no puede” (Guadalupe, 2020).

Los Estados parte deberán alentar las oportunidades de empleo y la promoción profesional de las personas con discapacidad en el mercado laboral, y apoyarlas para búsqueda, obtención y mantenimiento del empleo y retorno al mismo (ONU, 2007, Convención, Art 27). Sin embargo, en el caso de reclutamiento de las personas con discapacidad en el sector privado han sido las organizaciones de la sociedad civil las que se han ocupado del proceso de reclutamiento y capacitación de este sector de la población (Muñoz, 2017).

“Yo no fui por un puesto para personas con discapacidad, yo voy por un puesto pues de lo que había estudiado, o algo similar a lo que había estudiado y entonces éste, que te digan, no estamos contratando personas con discapacidad, no se me hace justo porque igual estudié, aprobé las materias, igual me costó, si ya me están diciendo que no aceptan discapacitados entonces voy a pedir una vacante para discapacitados y me postule en todas las que encontré como Entrale” (Guadalupe, 2020).

Los Estados Partes protegen los derechos de las personas con discapacidad, a igualdad de oportunidades y de remuneración por trabajo de igual valor, (ONU, 2007, Convención, Art 27). En el mismo sentido la Capacidad 10, Control sobre el propio entorno, protege la igualdad laboral. Sin embargo, es frecuente observar el bajo nivel en las remuneraciones que perciben las personas con discapacidad en las organizaciones y las pocas posibilidades que tienen de ascender de puesto.

“Yo creo que la aportación principal (para mejorar las condiciones de trabajo) es nivelar el sueldo, porque no creo que sea algo justo que las personas que tienen discapacidad y hacen el mismo trabajo tengan que ganar como auxiliares, porque si iba a ser así, hubiera estudiado una carrera técnica no una licenciatura, entonces para eso mejor te vas de técnico en la prepa y ya ingresas a trabajar” (Guadalupe, 2020).

En México, la Ley general para la inclusión de las personas con discapacidad considera: Impulsar la inclusión de las PCD en todos los niveles del sistema educativo nacional, desarrollando y aplicando normas/reglamentos que eviten su discriminación. (Cruz, López, Robles y Muñoz, 2022)

“... no sé si sólo en México pero en general no se incluye a las personas, la palabra incluir no significa que seas un elemento característico, sino que seas alguien más, un elemento más. No digas las personas con discapacidad y ya por eso somos incluyentes, no es así, eso no es incluir, eso al contrario es estigmatizante. En general en México la inclusión se está manejando muy mal, no creo que sea inclusión sino particularización de decir, tengo un discapacitado (en una organización). Como si fueras una figurita, no es así, hay que tratar a la gente igual, contratar a la gente por como esta, por sus habilidades, por lo que le ofrece a la compañía y no como “tengo un discapacitado” (Guadalupe, 2020).

La Convención en su Artículo 11, Situaciones de riesgo y emergencias humanitarias, dice, los Estados Parte adoptarán todas las medidas necesarias para garantizar la seguridad y la protección de las personas con discapacidad en situaciones de riesgo, incluidas situaciones de conflicto armado, emergencias humanitarias y desastres naturales.

Sin embargo, durante la pandemia de Covid 19, se visibilizaron las desigualdades, entre ellas la falta de acceso de las PCD a las innovaciones tecnológicas como la conexión a internet. Esta condición les dificultó el acceso a las pantallas por Zoom en el teletrabajo o home office que implementaron las organizaciones durante la fase crítica de la pandemia. A esto, se agregó el impacto psicológico como el trastorno de ansiedad, estrés y depresión derivados de los largos periodos de confinamiento, situación que se agravó por la escasa atención en los hospitales psiquiátricos que solo atendieron esporádicamente y por Zoom a los pacientes con algún trastorno mental.

“... Si malhumorada, porque estaba acostumbrada a salir y estar encerrada no está padre,

este y no me gusta nada estar encerrada, me siento mal, pero yo creo que todas las personas se sienten mal... Pero de ahí en fuera si me siento mal, porque a mí me gusta salir, este que voy al parque, que voy al cine, que voy a mi casa, que voy a otro lado. Entonces sí, estar encerrada sí fue para mí no tan sencillo no... Esa sensación de miedo a contagiarme, yo para parame tengo que agarrarme de más cosas, ustedes se pueden parar sin tocar nada, pueden abrir la puerta con un dedo. Yo para pararme si me tengo que jalar, pero si es el miedo a contagiarme, pero yo creo que es general a nadie le gustaría estar entubada” (Guadalupe, 2020).

Paula y las organizaciones “incluyentes”

Paula estudió la licenciatura en psicología en la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM). Es una mujer joven con discapacidad visual adquirida que se conoce como uveítis. Trabaja en el departamento de relaciones humanas de una organización privada. Es su primer trabajo como persona ciega, antes trabajó en un DIF municipal del Estado de México, como psicóloga en un centro de salud, en el área de recursos humanos.

En el caso de Paula en su primer empleo en el DIF municipal no se implementaron los ajustes razonables para que una persona con discapacidad visual pueda desarrollarse en su puesto de trabajo. Los ajustes razonables para una persona con discapacidad visual son entre otros, instalar un sistema lector de pantalla para interactuar con la computadora, lupas, elaborar textos alternativos, herramientas como una regleta y un punzón para escribir en braille, incorporar el lenguaje de braille en los elevadores y de ser necesario una impresora braille.

Se destaca el reconocimiento de los derechos de todas las personas con discapacidad al trabajo, incluso la discapacidad adquirida durante el empleo y a los ajustes razonables en su puesto de trabajo, se considera como discriminación el no aplicar estos derechos.

“Si de hecho yo trabaja anteriormente como psicóloga en un centro de salud del DIF municipal, sin embargo, me quedo ciega. Después de buscar trabajo, regreso (al DIF municipal) específicamente al área de recursos humanos, y aunque era una excompañera del área de todas maneras me dijo mira: me voy a quedar con tu curriculum pero realmente no creo que haya un espacio para ti, ¿cómo le harías para hacer tu trabajo? Después fui con el que se quedó como coordinador porque también me conocía y me dice ¿cómo le vas hacer si ya eres ciega? (Paula, 2020).

La Capacidad 7 relativa a la eliminación de la discriminación está relacionada con el artículo 2 de la Convención sobre discriminación por motivos de discapacidad, ya mencionada en el marco teórico referente a la Convención.

“Podría decir que realmente son como momentos, como muchas anécdotas donde sí se vive la discriminación cotidiana. En algún momento para estudiar, yo empezaba con mis problemas de visión y yo tenía que usar ayudas, por ejemplo unos binoculares y todo eso para poder ver el pizarrón y me acuerdo que esa maestra, fue en la UNAM donde yo estaba estudiando francés, estaba en el primer curso y la maestra me dijo: “yo admiro el deseo de superarse de las personas con discapacidad, pero la verdad yo no estoy capacitada y no puedo ayudarte, no se que hacer contigo”, eso y pues al final del curso pues obviamente si pase, todavía tenía resto vi-

sual pero la verdad ya no seguí, fue un comentario bastante desalentador” (Paula, 2020).

“Yo creo que en primer lugar la aceptación de que existimos eso quiere decir que realmente para que haya una inclusión debe haber una inclusión en la conciencia de que existe ¿no? De que hay personas que no tienen esa capacidad, hay que sensibilizarnos de que existimos y siempre hay personas o todas las personas que somos diferentes, siempre de cierta manera, aceptar esas diferencias y darse cuenta de que apoyos o herramientas se pueden utilizar para compensar las capacidades que la mayoría o que normalmente se tiene”(Paula, 2020).

La discriminación salarial como hemos visto con anterioridad es otra de las barreras a las que se enfrentan las mujeres con discapacidad en las organizaciones “incluyentes”.

“Si bien el puesto es como un auxiliar yo estoy en reclutamiento y selección y sé más o menos cuanto es el rango salarial de un auxiliar o de una secretaria pues obviamente mi salario está por debajo de todo eso y esa es una cuestión que nos encontramos si tú ves los puestos de inclusión generalmente son puestos donde el salario es menor al rango salarial de las mismas posiciones pero con personas normo visuales” (Paula, 2020)

El artículo 9 de la Convención, Accesibilidad, menciona en el inciso g) Promover el acceso de las personas con discapacidad a los nuevos sistemas y tecnologías de la información y las comunicaciones incluida Internet.

La tecnología de internet ha disminuido los obstáculos que tienen las personas con discapacidad visual para trabajar en las computadoras por me-

dio de un software que les permite escuchar los mensajes. Esto además de los textos alternativos que les facilitan su lectura.

“... en cuanto a la difusión de comunicados (electrónicos) a veces se les olvida porque los comunicados los hacen con gráficos y mi parlante o los parlantes no leen gráficos o cierto tipo de gráficos y muy esporádicamente los que mandan no los lee mi parlante y hay una función que descubrí y se las hice llegar, (a la gerencia), que es la de comunicación donde pueden poner algo que se llama texto alternativo entonces en ese texto ellos describen lo que viene en la imagen entonces hay veces en las que si nos lo ponen y hay veces en las que no...” (Paula, 2020).

El tratado de Marrakech (2013) de la Organización de la Organización Mundial de la Propiedad Intelectual, es un instrumento internacional vinculante que asegura el derecho de acceso a la información, dirigida a personas con discapacidad visual para acceder al texto impreso; dicho tratado define entre otros, el significado de un “formato accesible” y promueve la edición de formatos alternativos que proporcionen a la población con discapacidad visual un acceso viable y cómodo de la obra, escrita o similar. (Cruz, López, Robles y Muñoz, 2022). Es importante destacar que menos del 1% de los textos, producidos a nivel mundial, están en formato accesible.

La Convención en su artículo 8, Conciencia, establece, Promover el reconocimiento de las capacidades, los méritos y las habilidades de las personas con discapacidad y de sus aportaciones en relación con el lugar de trabajo y el mercado laboral.

Se destaca la importancia de reconocer en los medios, las organizaciones y el gobierno las ha-

bilidades de las personas con discapacidad. Sin embargo, encontramos este reconocimiento con más frecuencia en las películas como *Mente Brillante* (2002) y la *Teoría del Todo* (2014) que en las estrategias de las organizaciones. El reconocimiento apoyaría a que las organizaciones se interesaran en contratar a personas con discapacidad y a solicitar los beneficios fiscales que establece el SAT, 2014, Ley del impuesto sobre la renta Art. 186 como mencionamos en el apartado de empresas incluyentes.

“Las condiciones laborales, una obviamente el sueldo, otra que se atrevieran a contratar más personas de inclusión, que les hagan caso a los beneficios fiscales que se tienen al contratar a una persona con discapacidad... porque, aunque ya nos tienen ellos siguen igual, el sueldo, algunas adaptaciones sobre todo para personas con discapacidad motriz o intelectual ¿no? Y obviamente esa apertura real a esa cultura incluyente no solo de, palomita porque ya tenemos una o dos personas con discapacidad. Entonces si ver que productos o servicios se pueden tener dentro del edificio para hacer más fácil esa adaptación...” (Paula, 2020)

Artículo 8, de la Convención, Toma de conciencia: b) Luchar contra los estereotipos, los prejuicios y las prácticas nocivas respecto de las personas con discapacidad, incluidos los que se basan en el género o la edad, en todos los ámbitos de la vida. En el mismo sentido la Capacidad 7 relativa a ser dotado de dignidad e igual valor que los demás, está por debajo del umbral para que Paula pueda tener una mejor calidad de vida.

“Yo creo que la actitud que tienen frente a ti, es decir, ¿cómo me voy a acercar? ¿Cómo me voy a dirigir?, muchas personas nos tienen como, no miedo, pero si reservas, ¿cómo le voy a hablar?

No le vaya a decir una palabra y que la ofendo y en el trabajo, ¿y cómo le va hacer? si no tiene esta capacidad, si no tiene este sentido como en mi caso la vista ¿cómo le va hacer para cumplir las necesidades que se tiene dentro de su desempeño?, si es mucho no va a poder” (Paula, 2020)

El artículo 11 de la Convención ya mencionado resalta la importancia de establecer todas las medidas necesarias para proteger los derechos de las personas con discapacidad durante las emergencias sanitarias. Lo cierto es que la pandemia del Covid 19 visibilizó la desigualdad de las condiciones de trabajo de las mujeres con discapacidad.

“mira realmente me ha afectado (la pandemia de COVID 19) en la parte laboral, yo creo que como muchas personas estoy en home office, pero a diferencia de mis compañeros que van al menos una vez a la oficina yo si desde hace tres meses no toco mis documentos o no se ¿dónde están? , o si están bien, entonces si me gustaría ir por lo menos una vez a la semana, sin embargo no me dejan ir por dos cuestiones, como soy ciega obviamente yo toco todo, de hecho ahora que me decían que no se puede tomar uno del barandal yo decía chin y ¿cómo le voy hacer? si yo me agarro del barandal para irme guiando, puedo bajar las escaleras sin detenerme pero es más seguro es mi guía y dos soy grupo de alto riesgo, tengo diabetes. En cuanto a la vida cotidiana me afecta la pandemia como a todos en su mayoría porque afortunadamente en el sentido de trabajo cuento con uno, sin embargo, si esa sensación de no libertad, de no poder desplazarme como lo hacía antes de la pandemia y menos obviamente, si he llegado a ir a tal cajero siempre acompañada y pues la parte emocional, no me gusta la sensación, me desagrada estar todo

el tiempo encerrada, esa sensación de pérdida de libertad” (Paula, 2020).

Discusión

El enfoque de justicia básica centrado en las capacidades y el enfoque de los derechos humanos, se complementan y son herramientas para potenciar las capacidades y los derechos de las mujeres con discapacidad. “Se puede considerar el primero como una especificación del enfoque de derechos humanos asociado también a la idea de la dignidad humana” (Nussbaum, 2020: 90). Ambos coinciden en su búsqueda del bienestar y el mejoramiento de la calidad de vida de las personas con discapacidad aun cuando tienen diferencias importantes. En el enfoque de justicia básica, la lista de capacidades para alcanzar una vida digna se aplica a todos los ciudadanos con y sin discapacidad, mientras que el enfoque de derechos humanos está orientado a las necesidades específicas de este sector de la población. El enfoque de justicia básica parte de la concepción política de la persona, del sujeto político de la discapacidad, este aspecto toma importancia cuando se trata de mujeres con discapacidad que necesitan interpelar a las organizaciones que menoscaban sus derechos y su dignidad. Los tratados de derechos humanos no son suficientes es necesario activarlos por las personas y demandar su cumplimiento.

La noción de capacidad en Nussbaum se refiere a lo que realmente la gente es capaz de ser y hacer y son el espacio donde mejor puede plantearse las preguntas acerca de la igualdad y la desigualdad social. También para hacer comparaciones en el campo de la calidad de vida. En contraste la noción de capacitismo, es una noción sobre la forma de normalización de los cuerpos y esta al origen de los debates anticapacitistas enfocados en la transgresión de la normalización. “El capacitis-

mo no es exclusivo de los cuerpos con discapacidad, por el contrario, es una invención cultural de producción corporal de sujetos que al operar deja en desventaja a quienes no cumplen con las mediciones de funcionamiento observables a través de las técnicas de autosuficiencia, competencia, rendimiento, optimización y estéticas” (Villa y Ortega, 2021: 269)

A través de las palabras de Guadalupe y Paula, dos mujeres universitarias con discapacidad motriz y visual respectivamente, pudimos observar la escasez de incidencias sobre los derechos a la educación y al trabajo de las mujeres con discapacidad en las organizaciones. Las experiencias y percepciones de las mujeres entrevistadas pusieron en cuestión a las organizaciones que las emplean en particular sobre la falta de accesibilidad física y tecnológica, la discriminación salarial, la falta de ajustes razonables y la carencia de formatos accesibles en las organizaciones privadas y públicas.

Se destaca en las entrevistas las críticas a la noción de inclusión de las organizaciones que las contrataron, la perciben más bien como estigmatizante. Las organizaciones “incluyentes” desconocen el contenido de las normas, leyes, convenciones y criterios de certificación. Así como los estímulos fiscales de impuestos que otorga el SAT y la Ley Federal del Trabajo a las organizaciones que contratan a personas con todo tipo de discapacidad. Priorizan sobre todo sus objetivos de producción y consideran que certificarse en una norma de inclusión es todo un proceso, un trabajo adicional que no están dispuestas a llevar a cabo. Prefieren cumplir con el mínimo indispensable y se contentan por ejemplo con lo que necesitan saber para darle la bienvenida a una persona con discapacidad.

No tenemos investigaciones que profundicen en la inoperancia de las normas en las organizaciones, así como como en los efectos negativos de esta situación en el ejercicio efectivo de los derechos de las mujeres con discapacidad. Hace falta un análisis crítico de las normativas nacionales y su falta de la adecuación respecto a los acuerdos internacionales como la Convención. En este sentido las organizaciones de la sociedad civil han elaborado propuestas de acciones para que en los estados haya espacios de dialogo entre autoridades, las PCD y sus familias y las organizaciones que las representan para avanzar en el cumplimiento de la Convención.

En el análisis de las entrevistas se observó que los problemas de inclusión para las mujeres se inician desde la primera infancia. Después cuando tienen la suerte de ingresar a las instituciones de educación superior se encuentran con la carencia de estrategias de educación inclusiva, las (os) profesoras no están preparados para recibir mujeres con discapacidad en sus aulas. En las instituciones de educación superior se encuentran también con obstáculos de accesibilidad y diseño universal en los espacios físicos. Las barreras continúan cuando deciden ingresar al mercado de trabajo, con frecuencia no son aceptadas en las plataformas en internet que reclutan personales “normales” y tienen que recurrir a las plataformas que han implementado las organizaciones de la sociedad civil que en convenio con las empresas ofrecen empleos a las personas con discapacidad. Los obstáculos continúan cuando se emplean en organizaciones que no han implementado los ajustes razonables. Si consiguen un empleo en una organización “incluyente” las mujeres con discapacidad tienen que aceptar sueldos de becarias o auxiliares, por abajo de lo que reciben sus compañeras (os) por el mismo trabajo de igual valor. Son pocas las mujeres con discapacidad vi-

sual que tienen acceso a las nuevas tecnologías como las que describe el tratado de Marrakech sobre los formatos accesibles. Es una herramienta que proporciona un acceso viable de una obra, escrito o similares a las personas con discapacidad visual. Sin embargo, las organizaciones “incluyentes” no se han interesado en implementarlo o lo desconocen. Los problemas de inclusión están relacionados con los del estigma y la discriminación que las mujeres con discapacidad enfrentan todos los días.

Las jóvenes universitarias entrevistadas no estaban informadas sobre las normas, convenciones y leyes que defienden sus derechos laborales y educativos. Por lo que es deseable elaborar estrategias de comunicación con formatos accesibles para dar a conocer a las personas con discapacidad y a las organizaciones que las emplean los textos que amparan sus derechos.

Por otro lado, los datos estadísticos que presentamos al inicio de este trabajo apoyan los datos cualitativos encontrados en las entrevistas. Las barreras de acceso a la educación tienen como consecuencia que la que la mayor parte de las mujeres con discapacidad solo terminen el sexto año de primaria. Esta situación está relacionada con las escasas oportunidades que tienen en el mercado de trabajo. La interseccionalidad respecto a la vulneración de sus derechos al trabajo y a la educación, agudiza la desigualdad que se ve reflejada en su falta de inclusión en las organizaciones y en el impacto negativo en su calidad de vida. Con estas condiciones la feminización de la discapacidad a partir de la población de 45 años y más, presenta un problema laboral, de educación y de salud pública para este sector de la población.

Las políticas públicas para las mujeres con discapacidad se han orientado prioritariamente a la

otorgación de programas sociales en forma de pensiones a través de tarjetas bancarias. Si bien el gobierno está destinando un mayor presupuesto y destinatarias durante este sexenio, lo cierto es que el enfoque asistencialista centrado en los apoyos económicos necesita avanzar hacia un enfoque integral que implemente políticas de inclusión de las mujeres con discapacidad en las organizaciones privadas y públicas, así como en los programas federales de, salud, educación, trabajo, vivienda y justicia. La discapacidad es un problema creciente de salud pública que afecta a más de 20 millones de personas en México. Se necesita un rediseño en el nuevo marco político institucional, una nueva articulación entre las políticas públicas en el tema de la discapacidad con perspectiva de género y los sistemas de educación, trabajo y salud.

Finalmente es importante destacar que tanto el enfoque de justicia centrado en las capacidades como la Convención establecen en sus textos, a la Salud (art 25) y a la Rehabilitación (art 26) y a la Salud física (Capacidad 2), como prioritarias para que las PCD mejoren su calidad de vida. En relación a la salud colectiva y su relación con la discapacidad, la Organización Mundial de la Salud elaboró en los años 80 el manual de rehabilitación basado en las comunidades que se adaptó en México como: Estrategia de rehabilitación basada en y con la comunidad en el medio rural-indígena mexicano. Este texto considera a la Salud y a la Educación como focos prioritarios en las comunidades del México rural. En relación a la salud de las PCD, establece acciones de promoción, prevención, atención médica, rehabilitación y dispositivos de asistencia (Muñoz, Vázquez y Rodríguez, 2017). La estrategia mencionada, que tiene como base la ética del cuidado y una ética de la justicia social, ha sido aplicada hasta la fecha con buenos resultados en una organización

de la sociedad civil que atiende a personas con todo tipo de discapacidad en el municipio de San Pedro Pochutla, Zipolite, en el estado de Oaxaca.

Referencias bibliográficas

- ASTORGA, L. (2009) “La participación de las personas con discapacidad y sus organizaciones en el proceso hacia la convención de las Naciones Unidas”. En: Brogna, P., *Visiones y revisiones de la discapacidad*. México: Fondo de Cultura Económica, 256-329
- BRUSLOVSKY, B. (2017). Asociación para la Comprensión Fácil de Entornos y Edificios. <https://seguridadespacialcognitiva.org/> (consulta 14 de mayo de 2022)
- COMISIÓN NACIONAL PARA LA MEJORA CONTINUA DE LA EDUCACIÓN. MEJOREDU. (2022). Informe sobre la discapacidad y derecho a la educación en México. Gobierno de México. <https://www.mejoredu.gob.mx/images/publicaciones/Discapacidad-de-2022.pdf> (consulta 10 de abril de 2022).
- HOWARD, R. (2002). *Mente Brillante*. Interpretado por Crowe R, Connelly J. Universal Pictures. Estados Unidos.
- INEGI. (2020). La discapacidad en México https://www.inegi.org.mx/contenidos/programas/ccpv/2020/doc/Censo2020_Resultados_complementarios_EUM.pdf (consulta 25 de noviembre 2022).
- INEGI. (2023). Encuesta Nacional sobre Salud y Envejecimiento. <https://www.inegi.org.mx/app/saladeprensa/noticia.html?id=8294> (consulta 7 de julio 2023).
- CRUZ, A.; LÓPEZ, A.; ROBLES, C. Y MUÑOZ, R. (2022). “Derechos humanos, no discriminación y accesibilidad en educación superior, con énfasis en el contexto actual de la pandemia por Covid-19”. En: *Educación Superior: discapacidad, experiencias y reflexiones*. México: Anuies, Cram. UPN, 93-117.
- LEY GENERAL DE EDUCACIÓN SUPERIOR. (2021). https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LGES_200421.pdf (consulta 11 de junio 2022).
- MUÑOZ, R. (2017). “Incidencias de las organizaciones de la sociedad civil en el ejercicio de los derechos humanos de las personas con discapacidad”. *Argumentos* Núm. 88: 95-112.
- MUÑOZ R.; VAZQUEZ A. Y RODRIGUEZ A. (2017) “Inclusión laboral de las personas con discapacidad intelectual: organizaciones civiles en el medio urbano y rural indígena”. En *Desigualdad y Pobreza*. México; UAM Xochimilco, 689-714.
- MUÑOZ, R. Y PIMIENTA, R. (2019) “Políticas públicas en el tema de la discapacidad en la población indígena de 60 años y más”, *Salud Problema*, Núm. 26: 39-54.
- MARSH, J. (2014) *Teoría del Todo*. Interpretado por Redmayne E y Jones F. Estados Unidos.
- MAYER, B. (2022). “Introducción. La crisis de la universidad, la ausencia de un sujeto político de la “discapacidad” y la figura del fotógrafo ciego”. En: *Educación Superior: discapacidad, experiencias y reflexiones*. México: Editorial Anuies, Cram, UPN, 31-41.
- NUSSBAUM, M. (2017). *Las mujeres y el desarrollo humano*. España: Herder, 15-414
- NUSSBAUM, M. (2020). *Las Fronteras de la Justicia. Consideraciones sobre la exclusión*. España: Paidós. 15-447.
- SECRETARÍA DEL TRABAJO Y PREVISIÓN SOCIAL. (2015). Instituto Nacional de las Mujeres

- y el Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación Norma Mexicana NMX R025 SCFI 2015 en Igualdad Laboral y No Discriminación <https://www.gob.mx/inmujeres/acciones-y-programas/norma-mexicana-nmx-r-025-scfi-2015-en-igualdad-laboral-y-no-discriminacion> (consulta 20 de julio de 2022).
- SECRETARÍA DEL TRABAJO Y PREVISIÓN SOCIAL. (2020). Distintivos que otorga la Secretaría del Trabajo y Previsión Social. <https://www.gob.mx/stps/acciones-y-programas/distintivos-que-otorga-la-secretaria-del-trabajo-y-prevision-social> (consulta 12 de marzo de 2023).
- SECRETARÍA DEL TRABAJO Y PREVISIÓN SOCIAL. (2022). Ley Federal del Trabajo, Artículo 132 <https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LFT.pdf>. (consulta 24 de marzo 2022).
- TRIER, L. V. (2000) *Bailando en la Oscuridad*. Interpretado por Björk y Deneuve. Francia.
- OIT. (2018). Red Mundial de Empresas y Discapacidad. <https://www.businessanddisability.org/es/> (consulta 8 de septiembre de 2022).
- ONU. (2007). Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad. <https://www.un.org/esa/socdev/enable/documents/tccconvs.pdf> (consulta 11 de agosto de 2022).
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA PROPIEDAD INTELECTUAL. (2013). Tratado de Marrakech para facilitar el acceso a las obras publicadas a las personas ciegas, con discapacidad visual o con otras dificultades para acceder al texto impreso. <https://www.cndh.org.mx/DocTR/2016/JUR/A70/01/JUR-20170331-II02.pdf> (consulta 26 de noviembre de 2022).
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. (2023). Informe mundial de la discapacidad <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/disability-and-health> (consulta 7 de marzo de 2023).
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. (2012). Rehabilitación Basada en la Comunidad. Guías para la RBC https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44809/9789243548050_Salud_spa.pdf;sequence=3 (consulta 18 de enero de 2022).
- SAT. (2014). Ley del Impuesto sobre la renta. http://omawww.sat.gob.mx/fichas_tematicas/reforma_fiscal/Paginas/ley_impuesto_renta_2014.aspx. (consulta 3 de septiembre de 2022).
- TAYLOR, S. Y BOGDAN, R. (1997). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación. La búsqueda de significados*. España: Paidós, 11-301.
- VASILACHIS I. (2006). *Estrategias de investigación cualitativa*. México: Gedisa, 13-277.
- VILLA, Y. Y ORTEGA P. (2021) “Por una pedagogía feminista anticapacitista que transgreda la normalización”. En: Mara P, Pérez B, Yarza A (Comps) *¿Quién es el sujeto de la discapacidad? Exploraciones, configuraciones y potencialidades*. Facultad de Trabajo Social. Universidad Nacional de la Plata. CLACSO, 263-280.

Una aproximación teórico-metodológica crítica para el estudio de la salud bucal.

Odeth Santos Madrigal* • Sergio López Moreno** • Rafael Malagón Oviedo***

RESUMEN

Las enfermedades bucales tienen una alta prevalencia en México y afectan con mayor severidad a los grupos sociales que se encuentran bajo condiciones de vida detrimenales debido a la posición que ocupan en la estructura social. Su efecto se acumula a lo largo de la vida ocasionando problemas de funcionalidad y desarrollo que repercuten en la alimentación, masticación, respiración, comunicación y desarrollo de capacidades. Los sistemas de atención y las políticas públicas no han logrado disminuir la prevalencia de estas enfermedades pues son resultado de una problemática compleja con múltiples determinaciones.

Las condiciones de vida y salud bucal de las poblaciones, los sistemas de atención, la práctica odontológica y las políticas públicas son elementos que resultan relevantes para comprender la problemática de salud bucal, así como los significados que las personas tienen de su boca y su salud. Al estudiarlos de manera más cuidadosa y profunda puede apreciarse que cada uno de estos campos utiliza un discurso diferente y concede una importancia y un significado distinto tanto a la boca como a la salud bucal.

El presente artículo tiene como objetivo plantear una aproximación teórico-metodológica crítica, para abordar la salud bucal desde el pensamiento crítico en salud y la salud colectiva, que permita trabajar con problemas del campo de la salud a través de la determinación social, describiendo estructuras y órdenes jerárquicos que permitan profundizar, desde una posición compleja y categorizada, los niveles de estudio en los que se pueden problematizar los procesos de salud-enfermedad-atención-cuidado. Es por ello que describimos tres órdenes jerárquicos de poder, que de manera compleja y como una abstracción pueden ayudar a mirar que los problemas de salud de forma multidimensional, acentuando que

* Investigadora asociada, Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Estudios Superiores (FES) Zaragoza. Grupo de Trabajo Salud Internacional y Soberanía Sanitaria, Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales (CLACSO). Correo electrónico: odethsantosmadrigal@gmail.com

** Coordinador Maestría en Medicina Social, Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco. Correo electrónico de contacto: slopez@correo.xoc.uam.mx

*** Director del Departamento de Salud Colectiva de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional de Colombia (UNAL). Correo electrónico: ramalagono@unal.edu.co

Fecha de recepción: 23 de enero de 2023

Fecha de aceptación: 23 de junio de 2023

su problematización puede estudiarse en tres niveles explicativos: lo macro, lo meso y lo micro. Este enfoque permite identificar una dinámica compleja en los problemas de salud, que no se acota a procesos fisiológicos, patológicos, individuales o ahistóricos.

PALABRAS CLAVE: salud bucal, salud colectiva, órdenes jerárquicos, orden odontológico.

A critical theoretical-methodological approach to the study of oral health.

ABSTRACT

Oral diseases have a high prevalence in Mexico and more severely affect social groups that are under detrimental living conditions due to the position they occupy in the social structure. Its effect accumulates throughout life, causing functionality and development problems that affect feeding, chewing, breathing, communication and capacity development. The care systems and public policies have not been able to reduce the prevalence of these diseases since they are the result of a complex problem with multiple determinations.

The living conditions and oral health of populations, care systems, dental practice and public policies are elements that are relevant to understanding oral health problems, as well as the meanings that people have of their mouth and their health. When studying them in a more careful and in-depth way, each of these fields uses a different discourse and grants a different importance to both the mouth and oral health.

The objective of this article is to propose a critical theoretical-methodological approach to address oral health from contemporary critical thinking in health and collective health, which allows working with problems in the field of health through social determination, describing structures and hierarchical orders that allow to deepen, from a complex and categorized position, the levels of study in which the health-disease-attention-care processes can be problematized. That is why we describe three hierarchical orders of power, which in a complex way and as an abstraction can help to see that health problems are multidimensional, emphasizing that their problematization can be studied at three explanatory levels: the macro, the meso and the micro. This approach makes it possible to identify a complex dynamic in health problems, which is not limited to physiological, pathological, individual, or ahistorical processes.

KEYWORDS: oral health, collective health, hierarchical orders, dental order.

Introducción

Nuestros cuerpos se constituyen por las estructuras biológicas que los conforman, así como por las marcas sociales del momento histórico que recorren. La realidad histórica y cultural del cuerpo y de la boca no deben funcionar como aspectos colaterales para el conocimiento médico y el cuidado personal y social, pues son el producto de transformaciones dentro de la complejidad cultural, material y simbólica. En el último siglo, la salud bucal ha sido por un paradigma unicausal, hegemonizada por un complejo médico odontológico y lo que ha conducido al uso mercantilizado, instrumentalista e individualista de la salud bucal en todos sus campos.

Para el pensamiento crítico, la salud es un sistema complejo y multidimensional asumido como un proceso tanto en su nivel ontológico como epistemológico: el proceso salud-enfermedad-atención-cuidado¹. La salud tiene determinaciones sociales complejas en los niveles económico, político e ideológico-cultural, lo que determina sus significados en las diferentes dimensiones epistémicas y grupos poblacionales. Estos significados pueden ubicarse en diferentes campos de poder y de acción sanitaria, en los que siempre están dialécticamente relacionados; las significaciones del cuerpo son manifestaciones constantes de este permanente conflicto en el campo de la salud, desde una perspectiva transdisciplinaria compleja, teniendo como una de sus bases el materialismo histórico y otras corrientes de pensamiento (Marx y Engels, 1979; Gramsci, 2018).

¹ El proceso salud-enfermedad-atención-cuidado es un proceso que corresponde a todas las sociedades y conjuntos sociales. (Laurell, 1986). Es histórico y tiene como dimensiones de desarrollo y estudio las dimensiones políticas, económica, e ideológico-cultural.

Dos elementos básicos para la elaboración de una aproximación teórico-metodológica desde una epistemología del pensamiento crítico en la salud, dada la complejidad de este campo, es la historicidad y la experiencia situada. Este trabajo parte de una epistemología feminista que plantea una mirada desde el pensamiento crítico en salud, así como una interpelación a la epistemología de la biomedicina clínica que ha transferido su construcción binomial causa-efecto a los problemas de salud pública. El enfoque binomial estructuró un orden médico y un modelo de atención que se reproduce en los servicios de salud y en todas las prácticas sanitarias como la única forma de resolución de problemas, lo que ha exacerbado las desigualdades sanitarias en América Latina y el Caribe (Laurell, 1986; Testa, 1993; Minayo, 2021).

La experiencia situada de la epistemología feminista forma parte del pensamiento crítico en salud, así como del conocimiento no formal de aprendizajes en salud no medicalizados acompañados de la formación técnica y biomédica de la odontología en México. Esto permite a una de las autoras hablar como mujer, madre, afromexicana, trabajadora de la salud, en el campo clínico odontológico y como investigadora.

La salud bucal necesita ser reconocida desde diferentes perspectivas que consideren la importancia del cuerpo, la boca y a los colectivos en su dimensión social para entender que existen otras prácticas y discursos que interpelan las prácticas odontológicas dominantes y los significados que el mercado impone. Pese a las continuas transformaciones tecnológicas que ha tenido el campo y las prácticas odontológicas, la complejidad de la salud bucal ha quedado reducida en la explicación biomédica. Lo anterior da lugar a la existencia de vacíos teóricos en el campo de la salud pública,

a la falta de vigilancia y revisión epistemológica de sus concepciones, a la inoperatividad de la práctica odontológica y sus sistemas de atención para responder a la complejidad de los problemas de salud bucal. Al analizar el desarrollo histórico de la práctica odontológica en América Latina (Morales, 2021), se puede entender la forma en que ésta generó una sinergia con el capitalismo y el neoliberalismo global y regional, y el papel que han tenido la biomedicina y el patrón de acumulación neoliberal para asumir epistemológicamente a la boca y su salud como una mercancía imposible de pensar fuera del mercado, invisibilizando su carácter público e impidiendo que la atención bucal sea completa, integral, humana y a partir de la realización plena de derechos. Desde esa reducción, las políticas públicas se limitan a lo preventivo individual, sin resolver de manera efectiva los altos índices de morbilidad, la fuerte demanda de atención y la deficiente distribución y regulación de los recursos humanos. El sometimiento del mercado sobre las prácticas en salud bucal ha minado las condiciones para su abordaje colectivo y público.

La salud bucal ha sido históricamente irrelevante en términos de necesidades en salud para los Estados-Nación pues desde su origen ésta tiene un desarrollo liberal, es decir, se limita estructuralmente a la práctica curativa, restaurativa y comercial. Las personas que toman decisiones en las políticas públicas y el personal que proporciona la atención pública o privada, difícilmente comprenden y consideran los esfuerzos y dificultades que cada persona y la población en general, tienen para atender a su salud bucal. Desde esa condición las políticas públicas no reconocen el papel fundamental de la boca y su significado en la vida y el desarrollo integral de capacidades en las personas.

El capitalismo imperial global determina las relaciones sociales que permiten su reproducción en los territorios con diversos patrones de acumulación neoliberal. A México corresponde un capitalismo dependiente y periférico (Amin, 1974; Bamber, 1976), reflejado en las formaciones sociales del país, en la conformación de sus clases sociales, sus relaciones sociales de producción, en el desarrollo de sus fuerzas productivas y en sus expresiones políticas e ideológicas. Su combinación concreta determina el tipo de Estado y de gobierno en relación con la sociedad y la configuración de los Estado-Nación en América Latina y el Caribe, surge a partir del colonialismo y de la dominación de las periferias por los centros de poder (Dusel, 1999; Quijano, 2001; Mignolo, 2002). En este trabajo se propone una aproximación teórico-metodológica crítica para el abordaje de la salud bucal considerando tres niveles de abstracción epistemológico, sustentado en el enfoque de la Salud Colectiva, que articula de manera compleja diferentes disciplinas, modelos explicativos y expresiones empíricas de la realidad.

Se plantea la posibilidad de trabajar problemas en el campo de la salud mediante la problematización de lo social, describiendo estructuras y órdenes jerárquicos que permitan profundizar, desde una posición compleja y categorizada, los niveles de estudio en los que se puede entender a la salud como proceso. Por ello se considera estudiar a los órdenes jerárquicos de poder que dan lugar a las desigualdades en salud y que determinan las condiciones de vida y los procesos de salud de los colectivos y así mismo, configura prácticas y políticas sanitarias de acuerdo al tipo de Estado-Nación de cada territorio. Esta aproximación se plantea estudiar a través de tres niveles explicativos: lo macro, lo meso y lo micro, su uso y su anclaje dependerán de la problematización a partir de la cual se realice su análisis. Este enfoque

permite identificar una dinámica compleja en los problemas de salud, que no se limita a procesos individuales o ahistóricos.

LO MACRO

El proceso salud-enfermedad-atención-cuidado de lo bucal es una preocupación de la salud colectiva. Este proceso se inscribe en la complejidad de una realidad determinada por el orden económico, la globalización y el neoliberalismo, que también han modelado a la práctica odontológica, aunque no siempre de manera evidente. En México, desde principios del Siglo XX, la odontología se adscribe a una visión empresarial de acumulación de capital. Con el desarrollo del Complejo Odontológico Industrial² (COI) (Forero, 2016), y su estrecha relación con la práctica odontológica, se acentúa la injerencia del mercado en el precio de la atención, y con ello el precio del cuerpo, de la boca y de la salud.

Es fundamental entender la intervención del Estado en la definición de políticas públicas, en los sistemas de atención y formación de recursos humanos para que pueda considerarse a la salud bucal como una capacidad, un derecho o un bien público. La odontología y la práctica odontológica se subordinan a la atención privada y en consecuencia al mercado, al Complejo Odontológico Industrial (COI). Esto hace que no sean vistas las necesidades que en salud bucal tienen las poblaciones. La constitución del discurso teórico de la salud colectiva, con la introducción de las ciencias sociales en el campo de la salud y las corrientes de pensamiento crítico, reestructura las coordena-

² Este concepto es una extensión del concepto Complejo Médico Industrial, que consiste en una extensa y eficiente red de corporaciones privadas dedicadas a actividades en sectores primarios y secundarios de la economía, con integración vertical y horizontal, cuyo propósito principal es obtener ganancias a partir de la explotación de patologías, la mercantilización y corporativización del campo de la salud.

das de dicho campo, destacando las dimensiones filosófica, simbólica, ética, política y socioeconómica del proceso salud-enfermedad-atención-cuidado. Esta corriente defiende que las relaciones del sujeto con su cuerpo, con los otros, con las cosas, con las instituciones y con las prácticas sociales, son mediadas tanto por el trabajo, como por las relaciones sociales y el lenguaje, así como por los códigos culturales establecidos en una tradición histórica y lingüística. En este sentido, la salud colectiva evidencia la necesidad de repensar el modelo biologicista de la medicina.

Para comprender los procesos de salud es fundamental conocer las estructuras sociales en las que se desarrollan los ciclos de vida; ignorar dichas estructuras da lugar a un ejercicio incompleto de las intervenciones en salud. Entender la realidad como social, significa que las relaciones humanas están dadas en la complejidad de una base material que depende de los modos en que se producen los bienes materiales para la reproducción de la vida. Estos modos se dan de manera diferenciada e histórica y se estructuran a través de los órdenes jerárquicos como modo de producción capitalista, patriarcales y coloniales.

Estos órdenes se manifiestan simultáneamente y en forma compleja a través de las categorías constitutivas de la episteme moderna: raza, género y clase. Estas categorías constitutivas de la episteme moderna no pueden pensarse aisladas ni de manera separada entre ellas. No se puede pensar en el género sin pensar el hecho histórico de la civilización, ni en el surgimiento de la idea de raza como inferiorización sin pensar en el colonialismo (Espinosa, 2017). Cuando se estudia la salud a través de las condiciones de vida y socioeconómicas que se dan de manera compleja y entrelazan a las llamadas *inequidades de clase social, etnia y género*, se dice que estas determinan patrones des-

iguales de enfermedad y muerte en las personas, familias, grupos y colectivos. Esto es cierto, sin embargo, es importante identificar las estructuras que están detrás de dichas inequidades, no hacerlo, conduce a ignorar la forma de operación de dichas estructuras en todas las prácticas en salud. Para su estudio se nombran de manera separada reconociendo en todo momento su interrelación y la complejidad de su ejercicio como se señaló anteriormente.

Modo de producción capitalista

Los modos de producción son los modos en los que se reproduce la vida material e ideológica, constituyen el desarrollo histórico de las fuerzas productivas y las relaciones sociales (Tabla 1). En el modo de producción capitalista³ las desigualdades de clase se explican en el arrebatamiento de la vida material (simbólica, natural) que definen los procesos de salud-enfermedad-atención-cuidado.

Es importante entender que, para el estudio del modo de producción en cada territorio, existen particularidades históricas y relaciones centro-periferia y de dependencia económica globales, que se reconfiguran de manera dinámica en la estructura norte-sur (Basile y Feo, 2022). Una vez entendidas estas particularidades, los modos de reproducir la vida determina las formas de trabajar, enfermar y morir y adquiere diferentes dominios o campos básicos: el económico, el ideológico y el político; dominios que estructuran los ciclos de vida y sobre los cuales se configuran las desigualdades en salud. Lo anterior incide, por ejemplo, en la inversión per cápita en salud realizada por

³ El modo de producción capitalista tiene como cualidad principal, la propiedad privada de los medios de producción por una clase (los dueños), la extracción de plusvalía (el resultado del trabajo no remunerado, creado por los trabajadores), el trabajo asalariado y la distribución de bienes de capital y de consumo en la economía basada en el mercado (Marx y Engels, 1979).

el Estado, o la propiedad de las empresas dedicadas a la industria farmacéutica y de insumos para el cuidado de la salud. En el ámbito de la salud bucal, esto implica que la inversión pública esté concentrada en el desarrollo de tecnologías y no, en el desarrollo de políticas enfocadas al monitoreo de necesidades en salud bucal en las poblaciones que permitan incidir en ella desde diferentes campos (Obregón y Sendra, 2020).

La práctica odontológica es un ejemplo de la dimensión ideológica y política, ya que desde su nacimiento es liberal, nace con el mercado. Los primeros desarrollos de la institucionalización de la profesión odontológica ocurren en el contexto de la producción industrial en serie. La institucionalización se inicia en Baltimore, Estados Unidos a finales del siglo XIX, desplazando a Francia de la influencia de la escuela Europea en el desarrollo de la profesión, que da lugar junto a la medicina, a lo que se ha denominado la odontología moderna, durante todo el siglo XIX.⁴ El avance de las especialidades odontológicas ocurre mayormente en función de desarrollos biotecnológicos, y de la adaptación de sus bases conceptuales y epistemológicas a dichos progresos. Epistemológicamente se consideran avances y desarrollos tecnológicos, pero se omiten las necesidades y la realidad del desarrollo de los procesos de salud de las poblaciones y con ello sus repercusiones directas en las enfermedades bucales.

Según el *Consejo de Competitividad Europeo*, la biotecnología es una de las áreas de la economía de mayor importancia y desarrollo, igual que otras tecnologías derivadas de la informática, la

⁴ Cabe recordar que, a lo largo de los últimos casi dos siglos, la odontología fue retomando los aportes teóricos realizados por diversos campos científicos como las ciencias biológicas y sociales, -vale la pena destacar entre ellos los aportes del médico francés del siglo XVIII Pierre Fauchard- adquiriendo una base científica que paulatinamente les ha acercado a las ciencias modernas.

Tabla 1. Nivel macro teórico de complejidad para estudiar a la salud

Concepto	Categorías y nociones clave
Modos de producción. Marx (1988) Osorio (2014)	Desarrollo histórico de las fuerzas productivas y de las relaciones sociales. Modos en los que se produce la vida material e ideológica.
Formación social. Amin (1986) Hobsbawn (1988)	Configuración y desarrollo de las clases dentro de los diferentes modos de producción.
Clases sociales. Hadjinicolaou (2005)	Niveles y relaciones de una formación y de relaciones sociales en conflicto.
Relaciones Sociales. Hadjinicolaou (2005) Osorio (2014)	Prácticas de clase y su efecto sobre la estructura económica, relaciones sociales políticas y relaciones sociales ideológicas.
Relaciones de producción. Hadjinicolaou (2005) Marx (1988)	La manera en que se insertan los seres humanos a la producción económica.
Relaciones ideológicas. Hadjinicolaou (2005)	Efecto de las relaciones de dominación y subordinación entre clases, contradicciones entre prácticas.
Relaciones políticas. Hadjinicolaou (2005) Poulantzas (1985)	Marcos de representatividad para las diferentes clases, grupos, o extractos de clase representados o no en el Estado.
Patriarcado. Lagarde (2005) Espinosa-Miñoso (2022) Paredes (2020)	El patriarcado* Es un orden jerárquico que configuró espacios de poder diferenciados para hombres y mujeres, entrelazando las opresiones que se viven con otros órdenes. El patriarcado se conforma por diversos ejes de relaciones y contenidos culturales que se pueden caracterizar como cualidades generales de este sistema de poder.
Colonialismo. Marx (1979) Colorado (1991) Quijano (2000)	Es un proceso histórico que ocupa territorios, jerarquiza a los grupos sociales, radicaliza y reconfigura los espacios culturales, políticos, e instaura en diversas prácticas el poder de una raza sobre otra.
Género. Lagarde (2005) Scott (1986) Paredes (2020)	La imposición de la forma de ser hombre y de ser mujer excluyó distintas representaciones no encuadradas dentro de esos dos géneros dominantes y hegemónicos. El género denuncia las relaciones subordinadas de las mujeres hacia los hombres, como un mecanismo del sistema social en general. Entonces, el género es una categoría relacional que denuncia una injusta y opresora relación que los hombres establecen con las mujeres.

Fuente: Elaboración propia (2022)

* Esta categoría de patriarcado es una generalidad, algunas teóricas feministas le llaman a esta definición como patriarcado universal. Algunas corrientes críticas actuales lo llaman sistema de género, para distanciarse de la occidentalización teórica dentro de los feminismos descoloniales (Espinosa Miñoso 2022)

microelectrónica, la telecomunicación, la robótica y los nuevos materiales. El progreso en tanto potencial de la industria biotecnológica condiciona y transforma el mercado laboral, es decir, a la formación profesional y con ello a la atención, haciendo que las especialidades sean en función de este progreso y reduciendo la formación a un agregado de valor económico durante la producción de conocimiento, es decir el “capitalismo cognitivo” en el mercado laboral odontológico. Reproduciendo con esto más desigualdades e inequidades en salud bucal, este sistema el conocimiento es el principal activo de la industria y su valor estriba en su privatización, bajo figuras como las patentes. La industria desarrolla intereses comerciales que orientan el accionar de la medicina y la odontología privilegiando el movimiento de la economía con los productos de innovación, por ello, la investigación clínica es priorizada sin intervenir sobre los determinantes de las inequidades del proceso salud-enfermedad-atención-cuidado, con efectos sobre el bienestar de las comunidades (Forero 2016). La boca es mercantilizada desde estas esferas, y las bases epistemológicas de la biomedicina se combinan con el neoliberalismo, para entenderla y a su salud, como una mercancía, alejándose de ser entendida como derecho.

Patriarcado

El patriarcado⁵ es un orden jerárquico que configura espacios de poder diferenciados para hombres y mujeres, entrelazando las opresiones que se viven entre diferentes órdenes. El patriarcado se conforma por diversos ejes de relaciones y conte-

5 Esta categoría de patriarcado es una generalidad, algunas teóricas feministas le llaman a esta definición como patriarcado universal. Algunas corrientes críticas actuales lo llaman sistema de género, para distanciarse de la occidentalización teórica dentro de los feminismos descoloniales (Espinoza Miñoso 2022).

nidos culturales que se pueden caracterizar como cualidades generales de este sistema de poder.⁶ Lo anterior describe un orden jerárquico opresivo y derivado de las relaciones de dependencia desigual de otros sujetos sociales sometidos al poder patriarcal. El poder patriarcal es resultado del proceso de colonización en América Latina y el Caribe y se articula con el orden jerárquico de clase y se amalgama con el poder político de cada Estado. ¿A quiénes subordina el patriarcado? Los sujetos de la opresión masculina son: las mujeres, los niños, los ancianos, los homosexuales, los minusválidos (lisados, moribundos, hospitalizados), los obreros, los campesinos, quienes se definen como trabajadores, indios, quienes profesan religiones minoritarias, los analfabetos, los gordos, los chaparros, los oscuros, en síntesis, los sujetos de clases explotadas (Lagarde, 2005). El poder patriarcal es colonial, sexista, etnicista, clasista e imperialista. El patriarcado es entonces, un espacio histórico de poder masculino basado en la opresión de las mujeres que define los perfiles patológicos a través de las construcciones de género, con particularidades históricas y geopolíticas.

Espinoza Miñoso (2022), reflexiona de forma distinta al patriarcado, en un nuevo análisis categorial para entender al género y lo asume como el sistema moderno-colonial de género, analizando la complejidad de diferentes sistemas de opresión que están vinculados a la colonialidad del poder, para pensar de manera más profunda las matrices

6 El antagonismo genérico, aunado a la opresión de las mujeres, el dominio de los hombres y de sus intereses, plasmado en relaciones y formas sociales, en construcciones del mundo, normas y lenguajes, en instituciones y en determinadas opciones de vida para los protagonistas; 2) la escisión del género femenino como producto de la enemistad histórica entre las mujeres, basada en su competencia por los hombres y por ocupar los espacios de vida que le son destinados a partir de la condición y de su situación genérica; 3) el fenómeno cultural del machismo basado tanto en el poder masculino patriarcal, como en la inferiorización y la discriminación de las mujeres producto de su opresión, y en la exaltación de la virilidad opresora y de la femineidad opresiva, constituidos en deberes e identidades compulsivos e ineludibles para hombres y mujeres” (Lagarde, 2005).

de opresión. Critica la visión lineal de la interseccionalidad, por no producir un nuevo tipo de sujeto específico y no ser suficiente ni servir para desarmar a la estructura racista de la “gran teoría feminista”, blanca, hegemónica, burguesa y europea.

La crítica consiste en que esta teoría generaliza el concepto con que se designa a la “mujer”, esta generalización asume como mujeres a todas, universalizando el concepto y excluyendo las particularidades con las que otras mujeres viven las opresiones. La “gran teoría feminista” se constituye sobre una forma dicotómica de entender el género; en la crítica de los feminismos decoloniales, no explicaría de manera adecuada la manera en la que fueron sometidas “las mujeres” de los pueblos no europeos, ni del sur global.

El orden odontológico está subsumido a ideologías mercantilistas y es sostenido por relaciones particulares de poder que configuran formas jerárquicas de ser y practicar la profesión, así como las disciplinas con las cuales convive. Estas estructuras de poder producen violencia, sufrimiento y limitan el desarrollo de capacidades a quienes viven la condición de subordinación. El orden odontológico es la reproducción de estos órdenes jerárquicos: orden por clases sociales, capitalismo, orden étnico, colonialismo, así como orden de género, patriarcado, que marcan la actualidad del campo con cualidades específicas. La imagen del odontólogo aparece así rodeada de cierta benevolencia, justificándose a sí misma su jerarquía de saber y poder ante las personas sujetos de atención. El orden odontológico configura identidades basadas en la superioridad patriarcal, sometiendo y subordinado a las prácticas diversas y subalternidades de salud bucal mediante las desigualdades entre las diversas relaciones que se reproducen como: odontólogo-odontóloga,

profesor-alumna, oftomólogo-paciente, odontólogo-técnico, afirmando así su dominio y consolidación histórica, en tanto reproducción violenta de significados neoliberales, racistas y clasistas de la boca y su salud. Un ejemplo de esta superioridad patriarcal en el orden odontológico es la feminización de la profesión, la gran cantidad de mujeres que estudian odontología en contraste con el número de mujeres que ocupan puestos dirección, de investigación y cargos en los que se tenga incidencia directa en las políticas públicas, entre otros.

Se ha logrado así que el significado extendido y social de la boca lleve la marca de la opresión normalizada. En el orden odontológico se instauran procesos de conocimiento también jerárquicos: la salud bucal está subordinada a la clínica (casi siempre privada), como la única forma de solucionar problemas de salud bucal y como la forma naturalizada de entender de manera mercantilizada y tecnócrata, la atención, el cuidado y la promoción de salud bucal.

El género

El género es una categoría que apareció en la segunda mitad del siglo pasado, su configuración y su legitimidad se da como con otros conceptos políticos que se construyeron gracias a la asociación entre los movimientos sociales y la academia, sentando las bases reflexivas y teóricas que permitían un cambio social. El género es una construcción social que dotó cultural e ideológicamente a las personas para vivir sus procesos de vida y salud, afectando así sus perfiles patológicos. La imposición de la forma de ser hombre y de ser mujer excluyó distintas representaciones no encuadradas dentro de esos dos géneros dominantes y hegemónicos. Para el estudio de los procesos de salud es necesario criticar a esta di-

cotomía y proponer diferentes miradas sobre el género para particularizar su uso metodológico.

El género divide a la humanidad en tan solo dos grandes mitades, hombres y mujeres definiendo también el papel que debe desempeñar cada mitad, dentro de una sociedad y cultura. La forma más general de entender la categoría de género es como un elemento constitutivo de las relaciones sociales basadas en las referencias que distingue a los sexos y como forma primaria de relaciones significativas de poder (Scott, 1986).

Para Marcela Lagarde la perspectiva de género se construye al interior de las teorías feministas porque éstas se han desarrollado desde la opresión genérica de las mujeres. Con el feminismo, la perspectiva de género se erige como la primera filosofía no-sexista de la sexualidad (1996, p.21). Paredes (2020), define al género como una categoría relacional que siempre está develando la posición de inferioridad asignada por el patriarcado a las mujeres y deja claro que el género no es una categoría descriptiva o atributiva por esencia, ni tampoco, determinista por sí misma. El género denuncia las relaciones subordinadas de las mujeres hacia los hombres, como un mecanismo del sistema social en general. Entonces, el género es una categoría relacional que denuncia una injusta y opresora relación que los hombres establecen con las mujeres para beneficio del sistema de opresiones que es el patriarcado; en la actualidad, Paredes lo denomina patriarcado liberal colonial.

En esta categoría la diferenciación en la que se viven las opresiones dependiendo de si se es mujer u hombre y complejizando junto con los órdenes anteriormente descritos, se vivirán los procesos de salud de forma diferenciada, los procesos de enfermedad de forma diferenciada y los procesos de cuidado de forma diferenciada. Particularmen-

te, en salud bucal, estas formas de opresión se pueden mirar más drásticamente en las formas de atención odontológica y en la formación de profesionales.

Colonialismo

Es un proceso histórico que ocupa territorios, jerarquiza a los grupos sociales, radicaliza y reconfigura los espacios culturales, políticos, e instaura en diversas prácticas el poder de una raza sobre otra. Los gérmenes de la crítica radical hacia el colonialismo podrían explorarse desde una mirada marxista atendiendo a su “Moderna teoría de la colonización” expuesta en el último capítulo del primer tomo de *El Capital*. En la actualidad teórica de la misma raigambre marxista, el colonialismo es sinónimo del poder absoluto que un Estado-nación capitalista ejerce sobre otros territorios. El término colonialismo define un momento histórico concreto: el de la expansión europea desde el siglo XVI. Según Arturo Colorado (1991), el colonialismo es la posesión directa de tierras conquistadas por las potencias industriales, en las que ejercen un control político, económico y social total, y que tiene su desarrollo principal en el último tercio del siglo XX. El colonialismo y el imperialismo permiten ejercer dominio sobre territorios en determinados momentos y espacios históricos. Atendiendo esta definición, el colonialismo no es sinónimo solamente de la expansión europea, sino que se refiere a un fenómeno presente en la historia de la humanidad. Sin embargo, el colonialismo moderno europeo no se puede analizar fuera de sus etapas anteriores, es decir, las Cruzadas, la invasión al continente americano, africano y asiático.

El colonialismo moderno europeo sigue marcando fuertemente nuestra realidad debido a sus diferentes prácticas coloniales que cambiaron el

mundo. La gran diferencia, según la interpretación marxista, es que los colonialismos anteriores al colonialismo moderno europeo eran precapitalistas, mientras que el colonialismo es germen del capitalismo. De este modo, el colonialismo moderno no solo conquistó territorios, bienes y riqueza, sino que implementó un nuevo sistema económico en los territorios conquistados. Evidentemente este fenómeno provocó enormes cambios, no sólo a nivel económico, sino también en el ámbito social y político. En la salud, las marcas del colonialismo se manifiestan en las condiciones de vida a las que se constriñe a poblaciones pobres, indígenas, campesinas, y con ello, la exacerbación de enfermedades bucales que causan dolor, sufrimiento, problemas de alimentación y que en la mayoría de los casos no son atendidos. Una de las relaciones más evidentes del colonialismo en la práctica odontológica se manifiesta en la discriminación y racialización que se ejerce en la atención, así como en la multiplicidad de opresiones que se manifiestan si una paciente es mujer, indígena, pobre, entre otras.

LO MESO

Lo cultural, referido aquí a un grupo o sociedad, son creencias, costumbres, ideas y valores, pero también producciones, objetos e instrumentos materiales que adquieren los individuos o grupos (Thompson, 1993). La ideología consiste en un conjunto de coherencia relativa, de representaciones, valores y creencias, donde los seres humanos expresan la manera en que viven. Bajo este enfoque, podemos entender a la ideología en un proceso de transformaciones de la cultura que no sólo son reales, sino también imaginarias, o siguiendo al teórico marxista Hadjinicolaou (2005): “*la ideología es entonces expresión de las relaciones de los seres humanos con su mundo, la unidad sobredeterminada de su relación real y de*

su relación imaginaria respecto a las condiciones de existencia reales”. La ideología incluye la simbolización, la transposición mítica, el gusto, la moda, y una infinidad de modos de vida dentro y fuera de las cotidianidades.

Para entender la dimensión ideológica cultural de la salud bucal es necesaria la comprensión del núcleo que compone a los significados como estructuras dialécticas que resultan de la acción de los signos, de la semiosis y de procesos de producción de sentido. Los significados tienen referentes y/o significantes distintos que los llenan de contenido y para que puedan lograrse necesitan una serie de códigos compartidos y sistemas de representación, que se explican en la cultura a la que pertenecen.⁷ Los significados pueden estudiarse en una amplia gama de campos culturales y expresan la interpretación de las formas simbólicas que se intersectan en contextos sociales y que circulan como discurso en el mundo social, en donde se establecen y sostienen diversas formas de dominación.⁸ Los discursos hegemónicos en salud se presentan como condición de verdad, y al traducirse en discursos públicos, van configurando en distintos periodos históricos el conocimiento y la práctica educativa y profesional sobre los desafíos de salud-enfermedad bucal. El análisis de los significados puede ayudar a conocer fragmentos, manifestaciones o ausencias de las relaciones económicas, políticas, ideológicas y de poder que imperan en la sociedad. Estos significados determinados por las relaciones sociales existentes y por los contextos económicos y políticos pueden legitimar, cosificar, o reproducir

7 De esta manera y en este nivel de comprensión la cultura es un sistema de sentidos compartidos.

8 Discursos que son entendidos como entidades abstractas resultado de una producción de relaciones sociales de poder, por eso no se reducen a las interacciones que un sujeto que articula significados pues los sujetos están atravesados por un orden discursivo. Por esto el estudio de los significados se conecta con el análisis del discurso. (Van Dijk 2001)

diferentes discursos, pues el individuo produce subjetividades para las realidades de las que forma parte, como la significación de su cuerpo, su boca y su salud.

El Estado y la sociedad

El Estado instituye relaciones de poder; delimitación y reproducción de las clases sociales, organiza las relaciones ideológicas y de la ideología dominante; el Estado es un administrador del orden jerárquico del capitalismo (Breilh, 2010 y 2013).

Debido a la influencia que la mirada biomédica ha ejercido durante siglos sobre la salud, la salud bucal se asocia directamente con las enfermedades bucales, y sus referentes conceptuales—expresados en los documentos de los organismos internacionales y nacionales encargados de su estudio y atención—, la representan como la ausencia de enfermedades. Bajo este sesgo se entiende a la salud bucal en México, lo que se expresa claramente en la práctica clínica, la vigilancia epidemiológica y el diseño de políticas y programas instrumentados por el Estado. En México como en todos los países de América Latina donde se estiman los índices de las enfermedades bucales mediante programas especializados (Secretaría de Salud, 2019), la importancia que se da a la salud bucal es mínima, dado que la profesión nace siendo liberal y con ello, ligada a la mercantilización de su práctica e integrándose a los servicios públicos de salud después de los años 40's cubriendo aspectos de atención básica y sin desarrollo alguno de una política que fomentara su integración a un enfoque público.

La práctica odontológica en México expresa muchas de las notas del neoliberalismo como la forma individualizada de entender a la salud y responsabilizar a los pacientes de sus enfermedades.

Los pacientes se convierten en consumidores y el acceso a los servicios de salud dental se ve limitado por dinámicas mercantilizadas en las que el Estado no tiene mayor injerencia. De poco sirve reconocer que la salud bucal es parte fundamental de la salud integral (en ella se encuentran los significados de la boca y del cuerpo), si no se traduce en la transformación del campo odontológico, empezando por el reconocimiento de los vacíos teórico-prácticos que se sostienen en la formación y en la práctica de los profesionales, en los abordajes epidemiológicos y en políticas públicas en esta materia. La necesidad de la odontología (educativa y de salud) en México no es prioridad para el Estado, no está contemplada como una prioridad en las políticas de salud, ni es parte de las acciones básicas de sus servicios, por lo que el modelo de atención odontológica privada, limitada a la restauración y sin enfoques multi, se fortalece con la omisión histórica por parte del Estado Mexicano (Tabla 2).

Discurso

“El discurso es ese conjunto regular de hechos lingüísticos en determinado nivel y polémicos y estratégicos en otros” (Foucault, 2016). El poder produce positivamente sujetos, discursos, verdades, saberes, realidades que logran penetrar todos los nexos sociales, razón por la cual no está localizado, sino en multiplicidad de redes de poder en constante transformación, las cuales se conectan e interrelacionan (Foucault, 1999, 2002). Bajo esta comprensión política y estructural de lo social del discurso, podemos entender a la salud como un sistema complejo biocultural en el cual existe poder que genera diferentes discursos y que tiene diferentes niveles de análisis. Su correspondencia con las prácticas en salud se da de formas variadas y al ser parte de una estructura capitalista y

Tabla 2. Nivel meso teórico de complejidad para estudiar a la salud

Concepto	Definición
Dominio ideológico, económico y político Dominio ideológico-cultural. C. Marx (1968), J. Osorio (2001). (Thompson, (1993), Hadjinicolaou (2005).	Lo cultural: creencias, costumbres, ideas y valores, pero también producciones, objetos e instrumentos materiales que adquieren los individuos o grupos. Relaciones de los grupos con la naturaleza y el producto de ellas. La ideología: conjunto de coherencia relativa de representaciones, valores y creencias, una donde los seres humanos expresan la manera en que viven. Formas de pensar e interpretar su cultura.
Estado y sociedad y poder N. Poulantzas (2005)	El estado instituye relaciones de producción; delimitación-reproducción de las clases sociales. Organización de las relaciones ideológicas y de la ideología dominante
Ideología J.B Thomson (2002)	Formas simbólicas que se insertan en relaciones de poder. Estudiar la ideología es estudiar las maneras en las que el significado sirve para establecer y sostener relaciones de dominación.
Discurso ideológico T. A Vandick(1996)	<ul style="list-style-type: none"> •Discurso del estado constituido en técnicas políticas, (políticas públicas al poder del estado que penetra los dominios de consumo colectivo, transporte vivienda, seguridad social, ocio). •Análisis de los poderes ideológicos-simbólicos materializados en las producciones, casas, centros culturales.
Poder político, Discurso y Poder. Poulantzas (2005) M. Foucault (2016) y Deleuze (1975)	<ul style="list-style-type: none"> •Todo proceso discursivo es un producto de una red compleja de relaciones sociales de poder •Poder político en el capitalismo (más allá del Estado)

Fuente: Elaboración propia (2022).

patriarcal, encarna también disputas económicas, políticas y culturales del momento civilizatorio.

Para estos discursos la estructura de poder se oculta, por ello es crucial generar una compren-

sión dialéctica, en tanto que ésta permite desocultar el desarrollo de los mercados instaurados en todas las esferas de la producción y del consumo, procesos que a su vez transforman y deforman al cuerpo humano, en uno de los símbolos de mo-

delación para cumplir con las exigencias sociales de la modernidad capitalista⁹. La conexión teórica entre la crítica a las formas simbólicas, con el análisis del discurso es que no existe significado si no se encuentra en el contexto de un discurso específico. Para algunos las formas simbólicas constituyen ya una forma ideológica que encierra razones de poder. Para Foucault el discurso no es un objeto concreto que se pueda aprender por instinto, es una categoría abstracta, resultado de una producción, no se reduce a una realización simple de la lengua. Se asume entonces que todo proceso discursivo es producto de una red compleja de relaciones sociales de poder (Foucault, 2016). Tampoco se reduce a las intenciones de un sujeto que articula significados; el sujeto no produce sentido mediante la combinación de unidades lingüísticas dotadas de un significado estable, ya que él mismo está atravesado por el orden discursivo donde se haya ubicado y desde el cual enuncia.

Este orden discursivo no se encuentra aislado de las demandas del orden no discursivo, es decir, el orden social en el que se sitúa y el que reproduce. De tal manera, en contra de la ilusión de que el sujeto es fuente de sentido, desde esta visión el discurso se basa en supuestos sobre un modo no subjetivo de producción de significados; en otros términos, se trata de una categoría autónoma respecto de los sujetos que él mismo constituye.

No sólo los sujetos sino también los objetos, son constituidos por los discursos. Esta condición de sujetos y objetos está articulada con las relaciones

⁹ La idea del discurso antes descrita, es retomada por Foucault, el discurso se relaciona con la formación discursiva: grupo de enunciados que pertenecen a una regularidad en un sistema de dispersión entre un número de enunciados. Los elementos de una formación discursiva son objetos, modalidades de discusión y selecciones temáticas. Los problemas cruciales son los objetos y los sujetos del discurso. Los objetos no son referentes materiales, no son anteriores, sino que forman parte del discurso mismo, en una palabra, el discurso en su propia práctica constituye sus objetos. (Foucault, 2016).

de poder y control: el poder se halla presente en cada discurso y, a su vez, cada discurso es un mecanismo de control.

En nuestra sociedad la producción de discursos se vuelve cada vez más compleja y regulada; esta regulación de la producción de sentido depende de las relaciones de poder entre agentes y discursos que se constituyen en la modalidad de producción de cada discurso y en las relaciones de poder de sus interacciones. El discurso así tiene funciones que lo constituyen y lo regulan que consisten en la modelación del sujeto hacia determinadas posiciones mediante la producción de enunciados, el discurso se vuelve soporte y lugar de emergencia de textos y de prácticas que surgen en las relaciones sociales. Tales textos son realizaciones de discursos y por ello son mediadores de las relaciones entre los sujetos, de ahí que el texto nunca pueda ser exterior del discurso ni provenir de un sujeto externo.

El sujeto no se refiere a una categoría de persona o individuo particular sino sólo a una posición. La actividad discursiva está sustentada y construida por un sistema de mecanismos institucionalizados y de posiciones diferentes asignadas al sujeto en el discurso. El discurso no es expresión de un sujeto, sino el lugar de su dispersión es el sistema en el cual se registra la discontinuidad del sujeto. El aspecto central son las relaciones entre el discurso y el poder: las prácticas discursivas poseen reglas específicas que subyacen a la formación de los discursos, los cuales están ligados al ejercicio del poder.

En cada sociedad la producción del discurso está controlada por cierto número de procedimientos. Entre ellos se encuentran los que operan fuera del discurso y que son exclusión, prohibición, división y distinción entre lo verdadero y lo falso; y

los que operan desde dentro, como el principio del comentario del autor, la disciplina. Tenemos así una comprensión del lenguaje y los significados en un entramado de conflictos y de escenarios de poder que les marca el discurso al que pertenezcan (Foucault, 2016).

Los discursos que integran las políticas de salud pública en América Latina y el Caribe, son un acumulado de significados que representan a la biomedicina. Entienden a la salud como una dicotomía y no como un proceso, responden a la salud pública funcionalista, están marcados por las tesis del desarrollo. Por otra parte, no consideran la complejidad de opresión que viven ciertos grupos, ignoran la posibilidad de otros saberes en salud bucal y se manifiestan como las formas más avanzadas de solucionar los problemas de salud bucal. Entender este discurso y profundizar en él, ayuda a visualizar sus carencias operativas.

Es por eso que esta categoría nos ayuda a entender como los significados de la boca y su salud configuran formas que excluyen e incluyen en conveniencia y omisión a las políticas y prácticas en salud en el campo sanitario.

Poder

Para Foucault (2013), el poder es una relación asimétrica que está constituida por dos componentes: la autoridad y la obediencia, produce positivamente sujetos, discursos, verdades, saberes, realidades que penetran los nexos sociales, se localiza en multiplicidad de redes de poder en constante transformación, las cuales se conectan e interrelacionan (Foucault, 1999, 2002). Es una situación estratégica que se da en una determinada sociedad: el poder incita, suscita y produce. En la formación del poder están dos elementos, los cuales son interdependientes, los dominados y los

dominantes, que más que poseer el poder lo ejercen, ya que éste no se puede adquirir, compartir ni perder, debido a que no es un elemento físico. El poder no está localizado, en efecto, es un conjunto que invade todas las relaciones sociales.

El poder no se subordina a las estructuras económicas, no actúa por represión sino por normalización, por lo cual no se limita a la exclusión ni a la prohibición, ni se expresa ni está prioritariamente en la ley. *“El discurso es ese conjunto regular de hechos lingüísticos en determinado nivel y polémicos y estratégicos en otros”* (Foucault, 1994b). En la práctica odontológica mercantilizada se simbolizan y ejercen una amplia gama de relaciones de poder, representaciones y significados culturales (Rocha 2008), por ejemplo, la idea de que los dientes alineados e hiper blancos es sinónimo de salud, esta visión simbólica, descalifica a cualquiera que no tenga dicha cualidad como insano, pobre, descuidado. Así mismo, como la idea de que una “boca bella”, sólo pertenece a ciertos grupos de las clases dominantes. También, que las personas se vuelvan consumidores de productos de higiene bucal sin que esto se refleje en mejores condiciones de salud bucal (Santos-Madrigal, 2021), esto hace que la salud quede reducida a significados de ausencia de enfermedad y sinónimo de belleza, buena presencia e imagen, con altos costos y gastos para los grupos (Jiménez-Gayosso et al., 2015).

La boca de las personas encarna también su dignidad y la posibilidad de desarrollar sus capacidades expresivas y transformadoras. Las personas viven sus procesos de salud-enfermedad sin separar su cuerpo, sus prácticas y su sentir. Esta materialidad del padecer, de ser cuerpos vulnerables, pero dignos, convoca a una epistemología de la salud compleja en tanto que se juega una responsabilidad ética del sujeto de investigación,

y de una vocación de transformación sistémica en salud (como principio básico de cualquier medicina). Desde esta mirada, la epistemología permite incluir no sólo la justificación del conocimiento del objeto, como si se tratara de una ciencia positiva, sino de un reconocimiento de ser sujetos epistémicos y materiales, en entramados políticos y económicos de poder y conflicto, en sistemas y totalidades por desocultar.

Entender la realidad de manera compleja es entender la profundidad de las relaciones sociales, que están determinadas por los órdenes jerárquicos, que son resultados de procesos históricos. Bajo esta abstracción podemos preguntarnos: ¿Cómo, los seres sociales pertenecientes a una sociedad condicionada pueden pensar y significar su vida, su salud y sus enfermedades? ¿Quiénes y cómo detentan el poder que condiciona los significados de la salud y la enfermedad?

Las respuestas a estas cuestiones pueden ayudar a entender y explicar la forma en la que se significa al mundo y se le representa. En este proceso, la ideología (Thompson, 1993), resulta de interés primordial para entender por qué se piensa lo que se piensa de la salud y la enfermedad, del sufrimiento y de los padecimientos de la vida en los grupos marginados, así como de las relaciones de poder que se dan con otros actores en los procesos de significación. Bajo este esquema, la sociedad está concebida por estructuras más o menos objetivas que organizan la distribución de los medios de producción y el poder entre los individuos y los grupos sociales, y que determinan las prácticas sociales, económicas y políticas.

LO MICRO

La dimensión micro está configurada a través de las categorías conceptuales particulares de las

cuales se desarrollan en nuestro caso consideramos a las instituciones de salud: políticas públicas, prácticas odontológicas, a través del estudio de los significados. La problematización de la salud bucal se realizó a través de cinco elementos: las políticas públicas de salud bucal de México, sus sistemas de atención, las condiciones de salud bucal en el país, la práctica odontológica y las necesidades en salud bucal. Todo ello, atravesado por los significados en salud bucal (Figura 1).

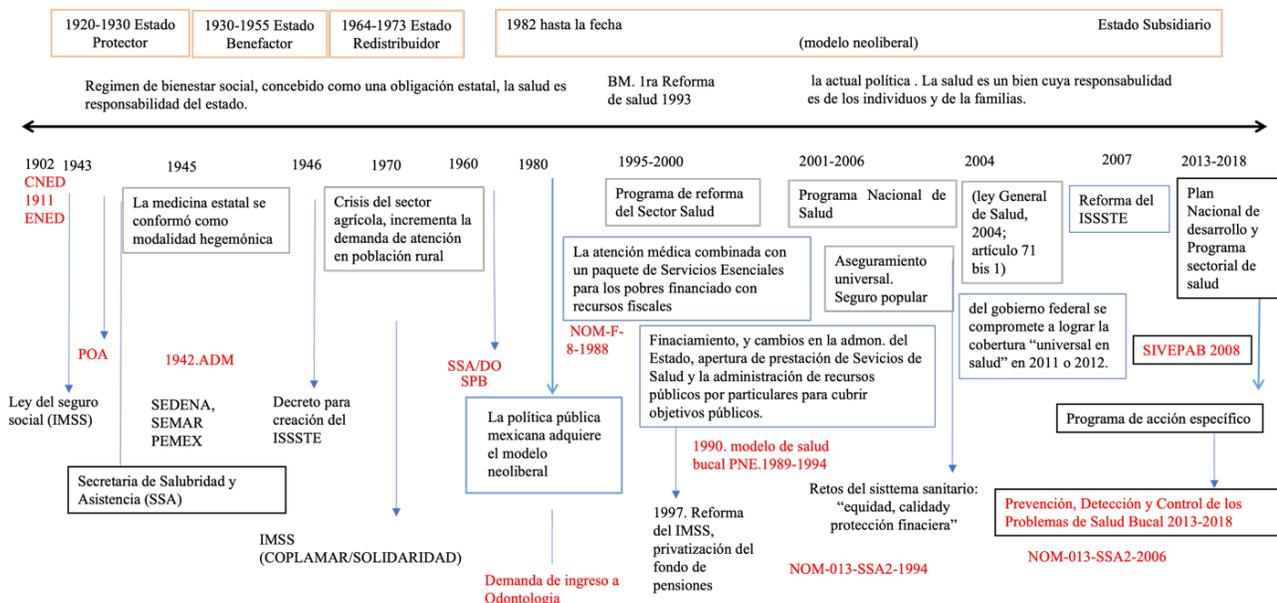
Las instituciones de salud

Las políticas públicas se materializan también mediante las instituciones de salud.¹⁰ El sistema de salud mexicano se configura históricamente por tres subsistemas de atención: el de seguridad social, ligado al empleo formal; los servicios para población “abierta”; y el sector privado.

El sector público fue generando una red nacional de servicios los cuales incorporan gradualmente a la población a la atención médica. Sin embargo, desde 1982 la subordinación global neoliberal a la que se adscriben los sucesivos gobiernos en México implicó el desmantelamiento de las instituciones públicas y la imposición de una visión

¹⁰ Las instituciones que participan en la formulación de la política pública en materia de salud bucal son los siguientes actores: el Consejo de Salud General, la Secretaría de Salud, la Secretaría de Salud de la Ciudad de México, el Instituto Mexicano del Seguro Social, el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, la Organización Panamericana de la Salud, la Universidad Nacional Autónoma de México (como parte de ella la Facultad de Odontología, la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza y la Facultad de Estudios Superiores Iztacala), la Universidad Autónoma Metropolitana, el Instituto Politécnico Nacional, la Secretaría de la Defensa Nacional, y la Secretaría de Marina Armada de México. Entre las organizaciones no gubernamentales que trabajan en el campo de la práctica odontológica y que tienen alguna influencia en la formulación de políticas públicas se encuentran: la Asociación Dental Mexicana, la Comisión de Asesoría Legal Odontológica, el Colegio Nacional de Cirujanos Dentistas, A.C., el Grupo de Estudios y Superación Odontológica, A.C., la Asociación Mexicana de Ortodoncia, la Federación Mexicana de Facultades y Escuelas de Odontología, el Consejo Empresarial Dental Mexicano, la Agrupación Mexicana de la Industria y el Comercio Dental, A.C., y el Grupo de Estudios y Superación Odontológica, A.C.

Figura 1. La políticas y modelos de atención en salud bucal, antecedentes socio históricos y políticos en México.



Fuente: Elaboración propia (2021)

reduccionista del Derecho a la Protección de la Salud, que promueve activamente la conformación de mercados capitalistas de servicios médicos (López-Arellano y Blanco-Gil, 2001).

La atención odontológica en México se da a través del Sistema Nacional de Salud, que es público, y el sistema de atención privada. El primero ofrece, como consulta odontológica no especializada, en su primer nivel de atención, cuidados considerados básicos como la orientación en prevención y restauraciones simples. Los tratamientos simples consisten en recomendaciones en educación para la salud bucal, técnica de cepillado, uso de hilo dental, profilaxis dental y rehabilitación de lesiones cariosas no complejas con amalgama, resina o ionómero de vidrio y extracciones. Su calidad depende de cada programa, de la disponibilidad

de odontólogos por unidad y de los insumos disponibles (Secretaría de Salud, 2019).

Para el caso de los sistemas de atención privada, los usuarios de estos servicios se ven obligados a tratamientos complejos que son intervenciones como la terapia de conductos (endodoncia), rehabilitación protésica, parcial o total, fija o removible, cirugía, tratamiento para enfermedad periodontal, y tratamientos especializados como ortodoncia, implantología y cuidados altamente estéticos. En la mayoría de los casos este es el primer lugar en la búsqueda de atención, su acceso depende de la capacidad de pago de las personas, dejando así a una gran parte de las necesidades en salud bucal sin satisfacer y otorgando al mercado la "solución" en la atención de las enfermedades bucales, donde la boca es una mercancía (Forero 2016). Los propios trabajadores del sector públi-

co saben que sus posibilidades económicas son mayores en un campo privado donde pueden negociar con la capacidad de pago de las personas y por eso, en muchos casos, combinan las consultas privada y pública para obtener mayor ganancia.

Entendidas como programas de acciones, representan la realización de decisiones, el medio usado por el Estado en su voluntad de modificar comportamientos mediante el establecimiento de reglas del juego en materia de salud bucal. En todos los casos, sin embargo, se refleja la noción dominante de salud, su significado en relación con la vida humana y el papel que ambos fenómenos juegan en los intereses de clase. En el Estado neoliberal estas políticas adquieren un carácter mercantil en relación con los sistemas de salud. Es posible ver el reflejo de los significados que se tienen de la boca y la salud bucal como imperativos dominantes que configuran el conocimiento y la práctica de los profesionales de la atención odontológica.

La práctica odontológica

Se define como el ejercicio terapéutico y de promoción de la salud que ejercen los odontólogos en instituciones públicas y privadas. En una perspectiva histórica, la Práctica Odontológica (PO), se afirma a lo largo del siglo XX desde un enfoque liberal, mayoritariamente privado, curativo y restaurativo (PAE, 2018). En 1943, México se integra al sistema de Salud Público, generando asalariados del Estado, en ese mismo año surge la Asociación Dental Mexicana (ADM), como evidencia de la consolidación de un campo privado de esta práctica clínica. En 1980 la PO se vuelve un mercado profesional odontológico gobernado por la oferta exagerada, y la demanda insatisfecha de atención pública y privada. Muy pocas políticas públicas emergieron en ese periodo neo-

liberal, en México, en 1988 se establece la Norma Oficial Mexicana NOM-F-8-1988 que refiere a la fluorización de la sal; entre los años 1993 y 1994, mediante la NOM-013-SSA2-1994, se establecen criterios para la prevención y control de las enfermedades bucales. La PO adquiere rasgos neoliberales en la década de los 1990, cuando se instauro en México el principio de que la salud es responsabilidad de los individuos y de las familias, no del Estado.

Para los años 2000 y 2001, la OMS promueve las metas en salud bucal y por ello en México se realiza la Encuesta Nacional de Caries Dental. Entre los años 2001 y 2006 se plantea el Programa de Acción en Salud Bucal, en el marco de la Política Nacional de Salud. No es sino hasta 2008 cuando se crea el Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Patologías Bucales (SIVEPAB), y a partir del 2006 funciona el Plan Nacional de Salud Bucal y su Programa de Acción Específico, a pesar de ello, éstas no se han vinculado a las políticas públicas. (Tabla 3)

La conformación de la odontología, como campo, implica una diversidad de actores que trasciende la esfera inmediata del médico y el paciente; se trata por el contrario de un entramado entre sus practicantes (profesionales de la atención odontológica), enfermos, familias, los gobiernos —a través de sus leyes y programas sociales en salud— y los mercados nacionales e internacionales, representados por seguros privados y compañías farmacéuticas, cosméticas, biotecnológicas y de materiales dentales (Abadía, 2006).

La práctica odontológica consiste en las actividades que realizan los profesionales de la atención odontológica para diagnosticar, llevar a cabo tratamientos terapéuticos y practicar la promoción de la salud. Tiene dos campos: la formación y la

práctica clínica. La primera se refiere a los procesos centrados en las instituciones académicas para la formación, capacitación, actualización y reclutamiento de las personas (este campo comprende, de manera destacada, al sistema educativo). La práctica clínica, se refiere a las actividades que realizan las personas formadas en el campo odontológico, en el espacio laboral y profesional como parte de su actuar cotidiano en salud (Jariño y Guinsberg, 2007). En esta práctica se simbolizan una cantidad importante de relaciones de poder, representaciones y significados culturales (Foucault et al., 2016).

La profesión odontológica busca, desde la terapéutica, corregir problemas de salud bucal, pero los límites epistemológicos de pensar a la salud como causa efecto, además de su subordinación a la lógica del mercado, han permeado en un descontrol en cuanto a la oferta y demanda en formación de los profesionales y en las dificultades que presentan en sus campos de trabajo. Así, a pesar de existir una cantidad mayor de odontólogos actualmente existen más problemas de salud sin resolver y las necesidades en salud bucal siguen sin atenderse.

A pesar de que la práctica y la profesión odontológica han detentado un poder único y exclusivo para entender el comportamiento de las enfermedades bucales, lo han hecho sin captar la complejidad social de estos problemas de salud —y, por lo tanto, otros significados—, por lo que su respuesta ha quedado limitada a evitar dolor, sufrimiento y rehabilitar el daño, convirtiendo la intervención en salud en objeto de mercantilización, generando un rezago en la atención y propiciando que las personas se vuelvan consumidoras de productos de higiene dental basados en estándares de belleza establecidos desde otros medio, sin que esto genere en mejores condiciones de salud.

En México, la mayoría de profesionales en atención odontológica están dedicados a realizar prácticas privadas. Las políticas públicas no han regulado la formación de profesionales para articularla con las necesidades de la población y los sistemas de salud público y privado, para con ello abrir camino a la solución de este problema. La formación de profesionales en odontología se encuentra así en un momento crítico, en tanto que se soslayan las necesidades para centrar los problemas en la pertinencia de las competencias, la flexibilidad laboral, la capacidad de colaboración con la industria y su relación con el mercado laboral, que se vuelven los últimos criterios para entender cuáles son los conocimientos/habilidades que el mercado actual demanda de los odontólogos en formación. La profesión se ha centralizado con esto en atención de lesiones y no en abordaje complejo de enfermedades, mucho menos en aplicar acciones para mirar soluciones transdisciplinarias. (Sánchez-González et al., 2009).

La enseñanza de la odontología que se realiza actualmente en más de 120 instituciones en México generalmente sigue programas académicos que buscan reforzar el modelo dominante de la práctica odontológica biomedicalizada y centrada en la atención curativa (López-Cámara, 2013). La mayoría de estas escuelas son privadas y tienen al lucro como uno de sus objetivos. En general, las escuelas, incluidas las públicas, son las que orientan el modo de funcionar de la práctica de la profesión y reproducen el modelo biomédico y neoliberal (Menéndez, 2005)¹¹. Forman egresados con conocimientos y habilidades que responden a las necesidades mercantiles, limitándose a

¹¹ En México, a mediados del siglo XX, pocos profesionales se ocupaban de los problemas de salud más apremiantes del país; la naciente seguridad social instituida mediante el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), prestaba en sus unidades aplicativas un servicio dental limitado y centrado en el modelo latente aún de la reparación y restauración abstracta.

realizar odontología restauradora, sin fomentar el desarrollo de conocimientos que les permitan incidir en las necesidades de salud bucal.

Los significados del cuerpo, de la boca y de la salud bucal, parecen seguir el orden odontológico que excluye las manifestaciones y necesidades no solo biológicas sino sociales como la aceptación de un grupo identitario, el desarrollo de la sexualidad, la representación en los procesos laborales, etcétera, de una amplia diversidad de sujetos y colectivos (Clavreul, 1978). Esto genera que las poblaciones con más desigualdades en sus perfiles de enfermedades bucales y de atención, no aparezcan como actores importantes en los objetivos de la formación profesional y tampoco en el diseño de políticas públicas.

De 1970 a 2012 se incorporaron al mercado laboral aproximadamente 10 mil nuevos graduados de odontología, sumándose a los más de 150 mil existentes, los cuales se concentran mayoritariamente en el centro del país, específicamente en la capital y en otras ciudades cercanas. Para ese periodo se contabilizaron un odontólogo por cada 10 mil habitantes (Novelo-Arana et al., 2013), cuando la OMS recomienda uno por cada 3 mil quinientos habitantes.

El aumento del número de odontólogos por año favorece el desarrollo empresarial comercial de la práctica profesional y aumenta las desigualdades en las condiciones laborales del profesional porque las políticas públicas no tienen relación con la demanda, las necesidades, ni las condiciones de la población. Los pacientes y las poblaciones sujeto de atención, especialmente las que viven con más desigualdades, sufren las múltiples dificultades de acceso espacial a la atención, el aumento de costos de los servicios y, la pérdida de

autonomía del profesional; esta situación ocurre en Colombia, en México en América Latina y en distintos países del mundo (Morales, 2021).

La formación y la oferta de servicios odontológicos (López y Lara 2002) se ha incrementado, pero sin considerar el número de profesionales que se requieren para enfrentar las necesidades en salud bucal a diferentes contextos más allá del centro y de la esfera privada, donde habita la mayoría de la población, con menos recursos y con urgentes necesidades de atención (López Cámara, 1999). Al describir y analizar los modelos utilizados en México para la evaluación de programas de licenciatura en Odontología, López Cámara (2003), encontró que las recomendaciones no han sido de utilidad para mejorar los perfiles de salud bucal de la población mexicana. La enseñanza odontológica en México sigue una tendencia a mantener una enseñanza poco flexible, métodos educativos tradicionales y falta de formación pedagógica de sus profesores.

Es importante considerar, para la política pública, las relaciones y brechas entre la oferta y la demanda de dentistas en el país, pues alrededor de 10 mil se gradúan cada año buscando un lugar en el mercado laboral¹². Dicho aumento en el número de dentistas, está más relacionado con el mercado educativo que con las necesidades de salud de la población y el número de dentistas requeridos para satisfacerlas (González-Robledo et al., 2012).

12 En la segunda mitad del siglo pasado este modelo de formación fue apoyado con recursos públicos al tener acceso a tecnología de punta e intercambio científico, pero para el ejercicio de poco más de 1,500 profesionales, quienes tenían éxito socioeconómico garantizado; la demanda del trabajo supera la oferta, pero la profesión odontológica continuaba alejándose hacia el estrecho individualismo de los consultorios. Lo mismo sucedía en los centros de salud y los hospitales de la Secretaría de Salud. Las políticas públicas en salud bucal no han sido temas de importancia en ninguna de las esferas de la práctica gubernamental.

Esta tendencia a la privatización se acentúa en la medida en que aumenta la subcontratación y los bajos salarios de los trabajadores del sistema de salud quienes, para complementar su ingreso, se convierten en intermediarios entre la industria farmacéutica y la demanda del cliente, distribuidores de medicamentos y medicación. Los trabajadores se ven sometidos a controles sociales disciplinarios como el control del pago por su trabajo —denominado salario—, la distorsión y manipulación de su consumo y el control de su salud (Esposito, 2005).

La predominancia de la atención bucal privada responde a una distribución desigual y no regulada de la profesión, lo cual es el efecto de paradigmas epistemológicos e institucionales. En más de un siglo de su ejercicio, la sociedad ha financiado la educación pública de estos especialistas a través del Estado, que con un paradigma biologicista y con muy pocas reflexiones acerca de las determinantes sociales de los procesos de la salud/enfermedad bucal, han ejercido su profesión de manera desarticulada con las necesidades concretas de atención para poblaciones que padecen enfermedades bucales prevenibles y azoradas por círculos laborales de explotación, precarización de ingresos recibidos y la jerarquización de los gastos (Medina-Solís et al., 2006) (Tabla 4).

Los significados

El significado es una categoría concreta, resultado de múltiples determinaciones en todos los niveles de teorización. Se compone de estructuras dialécticas que resultan de la acción de los signos, de semiosis y de procesos de producción de sentido. Los significados tienen referentes y/o significantes distintos, se realizan a través de códigos compartidos y sistemas de representación, que se

explican en la cultura a la que pertenecen. También establecen y sostienen relaciones de dominación; establecer es crear e instituir significado de manera activa a las relaciones de dominación, sostener es mantener y producir significado que sirve a las relaciones de dominación (Toledo y Sequera, 2014, Hall, 1997; Thompson, 1993).

En este trabajo se asume a la salud —en sus niveles ontológico y epistemológico— como un proceso complejo y multidimensional al que denominamos *proceso salud-enfermedad-atención-cuidado*¹³. Este proceso está determinado socialmente y tiene explicaciones a escala económica, política e ideológico-cultural, lo que se relaciona con los significados que se dan a la salud en las diferentes dimensiones y grupos. Es en la dimensión ideológico-cultural donde se finca el presente estudio, pues en este nivel es donde los significados surgen, se expresan y pueden estudiarse.

¿Cómo se relaciona este abordaje de las ideologías con el análisis de la práctica odontológica? Al analizar los estudios de salud bucal se observa que la inmensa mayoría, contradictoriamente, se enfocan en la solución de enfermedades bucales, cerrando la visualización de los escenarios de fondo. Poco se conoce respecto a qué piensan las personas acerca de lo que es vivir con una boca sana, sin dolor durante su vida y con dientes hasta la vejez. ¿Qué significados operan en las decisiones de los sujetos, los barrios, las comunidades? ¿Cómo se relacionan sus prácticas con las estructuras de opresión social? Este trabajo busca

¹³ El proceso salud-enfermedad-atención-cuidado es un proceso que corresponde a todas las sociedades y conjuntos sociales. (Laurell, 1986). Es histórico y tiene como dimensiones de desarrollo y estudio las dimensiones políticas, económica, e ideológico-cultural. La salud-enfermedad-atención-cuidado es un proceso presente en todas las sociedades. Es de carácter histórico y se manifiesta de manera diferente en los grupos sociales que conforman cada sociedad. Posee por lo menos las dimensiones: política, económica e ideológico-cultural.

contribuir a la exposición de las relaciones sociales que operan históricamente, y en las diversas determinaciones que contribuyen a este proceso de salud-enfermedad bucal. Entender cómo se da este proceso con una perspectiva desde la salud colectiva, y con miras a promover que los profesionales de la odontología acompañen su práctica con acciones orientadas a mejorar la calidad de vida y las relaciones personales, individuales y colectivas, que resultan afectadas en el transcurso de una enfermedad bucal, en las luchas cotidianas en el capitalismo neoliberal y patriarcal. Entender la realidad como social, significa que las relaciones sociales humanas ocurren en una base material dada y ligada a los modos en que se producen los bienes materiales.

Bajo esta abstracción podemos preguntarnos: ¿Cómo, los seres sociales pertenecientes a una sociedad condicionada pueden pensar y significar su vida, su salud y sus enfermedades? ¿Quiénes y cómo detentan el poder que condiciona los significados de la salud y la enfermedad? ¿Cómo ocurre todo lo anterior en el contexto del capitalismo dependiente de México?

Las respuestas a estas cuestiones pueden permitirnos entender y explicar la forma en la que se significa al mundo y se le representa. En este proceso, la ideología (Thompson, 1993), resulta de interés primordial para entender por qué se piensa lo que se piensa de la salud y la enfermedad, del sufrimiento y de los padecimientos de la vida en los grupos marginados, así como de las relaciones de poder que se dan con otros actores en los procesos de significación. Bajo este esquema, la sociedad está concebida por estructuras más o menos objetivas que organizan la distribución de los documentos medios de producción y el poder entre los individuos y los grupos sociales, y que

determinan las prácticas sociales, económicas y políticas.

La boca toma significados diversos según quien la valore y cómo lo haga en cierto momento histórico. Para el orden médico tendrá un significado biológico dominante pues hablar del cuerpo en las sociedades occidentales contemporáneas significa referirse al saber anatómico-fisiológico en el que se apoya la medicina moderna (Le Breton, 2004). En el orden odontológico la boca queda en la oscuridad o el trasfondo histórico, irrelevante como cualquier otro sistema que pudiera cuestionar el sentido de la intervención médica-odontológica. La boca adquiere importancia en cuanto se hace presente, cuando hay dolor, pero también cuando existe una retribución monetaria por el restablecimiento de su salud y, actualmente, cuando se convierte en vehículo de las relaciones sociales sistémicas.

En este sentido, podemos hacer las siguientes preguntas, hacia una articulación dialéctica de la boca en su entramado simbólico y material, ¿qué significa poseer un cuerpo enfermo o sano?, y de manera derivada ¿qué significa tener una boca sana y hermosa?, ¿qué significa no lavarse la boca si se piensa que está enferma?, ¿qué valor simbólico es atribuido a la boca en la sociedad actual?

La boca es objetividad y subjetividad, poco abordada por la epistemología que domina el campo odontológico. La semiótica describe procesos de comunicación no en términos de intercambio de mensajes, sino en términos de producción de sentido, de acción de los signos, de semiosis, de procesos de producción de significado, de sistemas de significación, de procesos culturales o de intercambios simbólicos, todo lo cual parece expandir el espacio de pertinencia no sólo del objeto “comunicación” sino de su naturaleza ontológica,

epistemológica y fenoménica. Es decir, desde el punto de vista semiótico, la comunicación no sólo aparece como la emisión y recepción de mensajes y tampoco aparece necesariamente vinculada a los medios de comunicación de masas, sino que aparece como algo más, como un elemento constructivo y generador de estructuralidad tanto a nivel biológico como a nivel social (Vidales Gonzáles, 2009).

Un aspecto crucial del enfoque semiótico es el desarrollo que hace de la categoría de significación, como el proceso por el cual el ser humano reconoce un objeto del mundo y para apropiarse de él y poder transmitirlo a otros: lo llena de significado, lo convierte en signo. El significado es el referente relacionado con el signo que se crea en el proceso de significación, es el objeto relacionado con el signo. El sentido se construye en un proceso más complejo que el de relacionar un signo con un objeto ya que en este caso intervienen elementos contextuales de todo tipo que determinan en el resultado de la relación entre el interpretante y el intérprete (Toledo y Sequera, 2014).

Los significados son cualidades intangibles que por su multiplicidad se materializan en prácticas diversas en la salud, pues la práctica de estos significados da sentido a sus actos. Estos procesos de significación y representación se llevan a cabo a través del lenguaje, de los signos, y es con la comprensión del lenguaje una forma en la podemos conocer estas significaciones.

Así como hay objetos en el mundo, hay términos para designarlos, sin embargo, los nombres con los que se designan los objetos no son siempre los mismos. En consecuencia, comprender un fenómeno a través del análisis de su significado implica revelar sus partes, diseccionar sus componentes simbólicos. Partimos de la premisa de que los

significados están contruidos socialmente a través del lenguaje, dialécticamente, lo mismo que el lenguaje se construye de significaciones. Estas significaciones de la realidad se dan a través de unidades indispensables que se llaman signos. Los signos no serían inteligibles sin contar con, al menos, dos elementos: el significado y el significante. Clásicamente, el significante es un código —generalmente percibido a través de los sentidos, como las palabras o las imágenes— sin el cual la cosa significada no es lo que es. El significado es lo que se piensa de la cosa del objeto; es decir, es la cosa evocada por el significante (Eco, 2000). Por su parte, el referente es el objeto real al que alude el signo.

Nuestro objeto de estudio es la boca (como signo), pero siempre como parte del cuerpo que cumple funciones distintas¹⁴. Es boca con el cuerpo, y sus significados serán las diferentes cosas que se piensan de ella, y tendrán diferentes connotaciones en función del grupo social o el campo de conocimiento que lo explique¹⁵.

En este marco el lenguaje es un sistema de signos¹⁶, no sólo de palabras habladas, también de palabras escritas, pinturas, fotografías. Éstas funcionan como signos sólo si sirven para expresar o comunicar ideas y para ello formar parte de un sistema de convenciones, por eso los objetos ma-

14 La semiótica trabaja, desde hace poco menos de un siglo, en la construcción de las herramientas teórico-epistemológicas que le permitan explicar la cultura en su totalidad como un acto de comunicación, como fundamento de la acción social e individual de semiosis infinita que es el intercambio humano de signos. (Toledo y Sequera 2014)

15 Desde el punto de vista de Umberto Eco, los signos y símbolos son entidades semióticas con propiedades diferenciadas. Un signo se da por la relación semiótica de lo designado: el designante y la representación, mientras que un símbolo es una representación gráfica que puede ser parte del signo (Eco, 2000).

16 Pierre Bourdieu proponía considerar la lengua como un mercado lingüístico, consideraba que las palabras no se producen en el vacío, sino que se inscriben en discursos que se intercambian en un campo donde su valor se define en competencia con otras palabras, según una lógica propia de la economía (Bourdieu, 1985)

teriales pueden funcionar como signos y comunicar sentidos y significados. Lo que los constructivistas reconocen con la teoría de Saussure (1965), es la forma de caracterizar el signo en función de dos elementos fundamentales: el significante y al segundo —el correspondiente concepto que el significante desencadenó en tu cabeza— lo significado. Cada vez que oímos o leemos, o vemos el significante (e. g. la palabra o imagen de una boca bonita, por ejemplo), hay una correlación con lo significado.

En esta misma línea constructivista, Thompson (1993), afirma que los significados son la interpretación de las formas simbólicas que se intersectan en contextos sociales y que circulan en el mundo social. Las formas simbólicas se constituyen por una amplia gama de acciones y lenguajes, imágenes y textos, que son producidos por los sujetos y reconocidos por ellos y otros como constructos significativos. Los enunciados y expresiones lingüísticas ya sean hablados o escritos son cruciales en este sentido, pero las formas simbólicas pueden poseer también una naturaleza no lingüística o cuasi-lingüística (por ejemplo, una imagen, o un constructo que combine imágenes y palabras). Para el análisis significativo de estas formas simbólicas se denotan de ellas cinco aspectos típicos: intencional, convencional, estructural, y referencial, y contextual y este último es el que ubica estos significados en contextos y procesos socialmente estructurados.

Conclusiones

Esta aproximación teórica puede ser útil para estudiar el proceso-salud-enfermedad-atención cuidado en múltiples aspectos, no solo de la salud bucal, sino en cualquier otro fenómeno de la salud. La aproximación teórico-metodológica crítica para abordar la salud bucal donde se propone

los órdenes jerárquicos y de poder que interactúan en las realidades de los modos de vivir de los grupos. Así mismo, se propone complejizar en niveles macro, meso y micro para mirar particularmente el problema de la salud bucal en México. De manera general entendemos que el desarrollo del capitalismo en cada territorio, la forma en que se colonizó y se desarrolló la colonialidad y la forma en la que se presenta el patriarcado y/o los patriarcados diferenciados, son formas que estructuralmente de finen nuestros procesos de salud-enfermedad-atención-cuidado. El análisis de lo macro se realiza alrededor de estos tres órdenes de la comprensión que dan lugar a estudiar la realidad mediante niveles, en este trabajo se propone como segundo nivel, lo meso, en donde miramos la formación social en México, su capitalismo dependiente y con ello identificamos el Estado y su política pública en donde se observa el significado de la salud como un significado biomédico e individualizado. Así mismo, se propone un nivel micro en donde se identifican las instituciones de salud y con ello, a los actores que influyen en la práctica y atención odontológica. En este nivel, se observa la reproducción de los órdenes jerárquicos de producción en las prácticas en salud.

En cuanto al análisis del significado, este se propone como una herramienta teórico metodológica de la salud colectiva y del giro hermenéutico con herramientas antropológicas y a los significantes como dispositivos que hacen ser al objeto, otorgándole su carácter multívoco e histórico. Así mismo, el análisis de los significados dentro de los discursos en torno a la salud bucal, muestra la estructura y la lógica de las articulaciones discursivas y cómo estas posibilitan la formación de convenciones sobre la salud bucal en el contexto neoliberal. Podemos afirmar una noción del discurso que incluye aquí tanto prácticas sociales y políticas, como instituciones y organizaciones; de

Tabla 4. Nivel micro teórico de complejidad para estudiar a la salud.

Concepto	Definición
Política pública C. Tetelboin O.Oslak (1980) M. Testa (2007)	Las políticas públicas como instrumentos de poder, En materia de salud buscarán disminuir las brechas en salud. Integra nociones de salud, vida humana, pero también intereses de poder local y supranacional. En el estado neoliberal: carácter mercantil
Instituciones de salud Secretaría de salud (2019)	Lugares donde se actualizan diferentes niveles de atención médica, clínicas, hospitales, centros de salud.
Práctica odontológica Morares Borrero (2021)	Es el ejercicio terapéutico y de promoción de salud que ejercen los odontólogos en instituciones públicas y privadas
Sujetos de atención odontológica	Personas que acuden a la atención médica-odontológica a los servicios de salud públicos
El significado es una categoría concreta, pues es el resultado de múltiples determinaciones en todos los niveles de teorización. Ecco (2000) Toledo y Sequera (2014) Hall (1997) Thompson (1993)	<ul style="list-style-type: none"> •Construcción semiótica del significado: •Estructuras dialécticas que resultan de la acción de los signos, de semiosis y de procesos de producción de sentido. •Significados tienen referentes y/o significantes distintos •Se realizan a través de códigos compartidos y sistemas de representación, que se explican en la cultura a la que pertenecen. •Establecen y sostienen relaciones de dominación, establecer es crear e instituir significado de manera activa las relaciones de dominación, sostener es mantener y producir significado que sirve a las relaciones de dominación •Formas simbólicas que legitiman, simulan, unifican, fragmentan y cosifican las prácticas de los sujetos.

Fuente: Elaboración propia (2022)

tal modo que en el análisis del discurso se identifican algunos elementos que estructuran a los significados y las conductas en donde se observan las relaciones de poder racistas, clasistas y sexistas. El análisis de los significados permite conocer partes, fragmentos, manifestaciones o ausencias de las relaciones económicas, políticas, ideológicas y de poder que imperan en la sociedad. Estos significados pueden legitimar, cosificar, o reproducir diferentes discursos, pues el individuo produce subjetividades para las realidades de las que

forma parte, como la significación de su cuerpo, su boca y su salud.

El estudio de los procesos de salud-enfermedad-cuidado desde el enfoque planteado en este trabajo invita a las personas profesionales de la salud a profundizar en el conocimiento e integración de un marco teórico-metodológico que amplíe sus miradas y les permita hacerse nuevas preguntas.

La aproximación que hacemos, es también para invitar a usar estas categorías y estos conceptos como herramientas necesarias y útiles para problematizar en el trabajo que realizan en investigación y docencia, pero también para reflexionar en el lugar que ocupan dentro del campo de la salud. Entender la determinación social de la salud en la complejidad de las relaciones de poder sin duda va a generar una mirada y una práctica distinta.

Por eso proponemos que los significados pueden estudiarse en una amplia gama de campos culturales y expresan la interpretación de las formas simbólicas que se intersectan en contextos sociales y que circulan como discurso en el mundo social, en donde se establecen y sostienen formas de dominación, significados que están instaura-

dos dentro de los discursos en salud, el discurso dominante de la salud ha sustentado un carácter científico y como experto su conocimiento como condición de verdad, como la única forma de mirar y operar el campo sanitario, que al convertirse en discursos públicos construidos y legitimados en distintos periodos históricos, configuraron el conocimiento y la práctica educativa y profesional, que hoy siguen imperando y dándole dirección a las políticas y prácticas en salud.

Es necesario interpelar y proponer a través del pensamiento crítico nuevas miradas, que apunten a responder a los desafíos de los procesos de salud en cualquier campo y particularmente en el campo de la salud bucal.

Referencias bibliográficas

- ABADÍA, B. (2006). “Pobreza y desigualdades sociales: un debate obligatorio en salud oral”, *Acta bioética*, 12(1), 9–22.
- AMIN, S. (1984). “El intercambio desigual”, *Planeta*, Barcelona, España.
- AMIN, S. (1974). “Capitalismo periférico y comercio internacional”, *Ediciones Periferia*.
- BAMBIRRA, V. (1976). “El capitalismo dependiente latinoamericano”. (3a ed.). *Siglo XXI*.
- BASILE, G., FEO ISTÚIZ, O. (2022). Hacia una epistemología de refundación de los sistemas de salud en el siglo XXI: aportes para la descolonización de teorías, políticas y prácticas. *Revista Facultad Nacional De Salud Pública*, 40(2), e349879. <https://doi.org/10.17533/udea.rfnsp.e349879>
- 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*, 31, 13-27.
- En: <http://www.scielo.org.co/pdf/rfnsp/v31s1/v31s1a02.pdf>
- BREILH, J. (2010). Las tres ‘S’ de la determinación de la vida 10 tesis hacia una visión crítica de la determinación social de la vida y la salud. En Passos Nogueira, Roberto, ed. *Determinacao social da saúde e reforma sanitária*. Río de Janeiro: Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, CEBES, 200 p.
- CLAVREUL, J. (1978). “El orden médico”, *Argot*, Compañía del Libro.
- ECO, U. (2000). “Tratado de semiótica general”, *Lumen*, Barcelona.
- ESPINOSA, M. (2017). “Textos seleccionados”, *En la frontera*, Bogotá, Colombia.
- ESPOSITO, R. (2005). “Immunitas: Protección y negación de la vida”, *Amorrortu Editores*. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/libro?codigo=316373>
- FORERO, M. (2016). “Complejo Médico Industrial en Odontología: Un caso de estudio sobre implan-

- tología dental en la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional, desde la Salud Colectiva”, Tesis presentada el 2016 en la Universidad Nacional de Colombia. 83.
- FOUCAULT, M. (2016). “El orden del discurso” (Centro de Investigaciones y Estudios de Género P 302 F67; 1a edición), *Tusquets Editores*.
- FOUCAULT, M. (2002). “Defender la sociedad”, *Fondo de Cultura Económica*. Ciudad de México, México.
- FOUCAULT, M. (2013). “La arqueología del saber”. *Siglo XXI*. México.
- FOUCAULT, M. (1999) “Arqueología del saber”, *Siglo XX*. México.
- GONZÁLEZ-ROBLEDO, L. M., GONZÁLEZ-ROBLEDO, M. C. Y NIGENDA, G. (2012). “Dentist education and labour market in Mexico: Elements for policy definition. Human resources for health”, En: <https://doi.org/10.1186/1478-4491-10-31>
- GRAMSCI, A. (2008). “Cuadernos de la cárcel y otros textos”. Plaza de la Revolución, Cuba: Ediciones Cubarte.
- HADJINICOLAOU, N. (2005). “Historia del arte y lucha de clases”, *Siglo XXI*, España.
- HOBBSBAWN, E. (1988). “La era del capital (1848-1875)”, *Crítica*.
- JARILLO, S.E.C. Y GUINSBERG, E. (2007). “Temas y desafíos en salud colectiva” (Facultad de Estudios Superiores Zaragoza. Campus III RA 427 T45). México
- JIMÉNEZ-GAYOSSO, S. I., MEDINA-SOLIS, C. E., LARA-CARRILLO, E., SCOUGAL-VILCHIS, R. J., ROSA-SANTILLANA, R. DE LA, MÁRQUEZ-RODRÍGUEZ, S., MENDOZA-RODRÍGUEZ, M., Y KOSIK, K. (1967). “Dialéctica de lo concreto. Dialéctica de la totalidad concreta”, *Grijalbo*.
- LAGARDE, M. (2005). “Los cautiverios de las mujeres: madres, esposas, monjas, putas, presas y locas”, *Colección Posgrado*, UNAM, Ciudad de México. México.
- LAURELL, A. (1986). “El estudio social del proceso salud-enfermedad en América Latina”.
- LE BRETON, D. (2004). “Antropología del cuerpo y modernidad”, *Ediciones nueva visión*.
- LÓPEZ-ARELLANO, O. Y BLANCO-GIL, J. (2001). “La polarización de la política de salud en México”, *Cadernos de Saúde Pública* En: <<https://doi.org/10.1590/S0102-311X2001000100004>>. Epub 16 Ago. 2001. ISSN 1678-4464. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2001000100004>.
- LOPEZ CÁMARA (1999) “La profesión, las escuelas y los estudiantes de odontología en México”. *Revista de la Asociación Dental Mexicana*. pp118-123.
- LÓPEZ CÁMARA, V. (2003). “Investigación Educativa. Los procesos de evaluación en México para los programas de licenciatura en Odontología”, *Reencuentro*. pp. 38:83-90.
- LÓPEZ CÁMARA, V., LARA FLORES N. (2002). “La enseñanza de la odontología en México. Resultados de un estudio en 23 facultades y escuelas públicas”, *Revista de la Educación Superior ANUIES*. 121:1-15.
- MARX, K., Y ENGELS, F. (1979). “Ideología alemana. Tesis sobre Feuerbach y el fin de la filosofía clásica alemana”, *Cultura popular*.
- MARX, C. (1988). “El capital”, *Siglo XIX*, tres tomos, ocho volúmenes, México.
- MEDINA-SOLÍS, C. E., MAUPOMÉ, G., ÁVILA-BURGOS, L., PÉREZ-NÚÑEZ, R., PELCASTRE-VILLAFUERTE, B., Y PONTIGO-LOYOLA, A. P. (2006). “Políticas de salud bucal en México: Disminuir las principales enfermedades. Una descripción”, *Revista Biomédica*, 17(4), 269–286.
- MENÉNDEZ, E.L. (2005). “El modelo médico y la salud de los trabajadores”. *Salud colectiva*, 1, 9-32. En: <https://www.scielosp.org/article/scol/2005.v1n1/9-32/es/>

- MIGNOLO, W. (2002). “Colonialidad global, capitalismo y hegemonía epistémica”. En: CATHERINE WALSH, FREYA SCHIWY Y SANTIAGO CASTRO-GÓMEZ (eds.). *Indisciplinar las ciencias sociales: geopolíticas del conocimiento y colonialidad del poder*.
- MINAYO, M.C.S. (2021). Determinação social, não! Por quê?. *Cadernos De Saúde Pública*, 37(12), e00010721. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00010721>
- MORALES M. (2021). “Transformaciones del trabajo odontológico en Bogotá (1985-2015): Proceso de inequidad acumulada”, En: <http://repositorio.uasb.edu.ec/handle/10644/8083>
- POULANTZAS, N. (1985). “Hegemonía y dominación en el Estado moderno”, *Siglo XIX*, México.
- NOVELO-ARANA, V., HERNÁNDEZ-TORRES, F., GÓMEZ-BERNAL, E., PADILLA-GUTIÉRREZ, E., VILLALBA-ESPINOSA, I., ZARCO-RÁBAGO, J., CONTRERAS-COLÍN, H., CÁRDENAS-CEJUDO, A., Y VALENCIA-FLORES, M. G. (2013). “Panorama de la profesión de la odontología en México 1970-2012”, *Revista CONAMED*, 18(1), 4–13.
- OBREGÓN, A., SENDRA, A.E. (2020). “Salud bucal salud colectiva: deconstruyendo la práctica odontológica”. Laborde Libros Editor. Rosario, Argentina.
- OSORIO, J. (2014). “Estado, reproducción del capital y lucha de clases. La unidad económico/política del capital”, *Seminario de Teoría del Desarrollo*, iiec-unam. México.
- OSORIO, J. (2001) *Fundamentos del análisis social: la realidad social y su conocimiento*. Fondo de Cultura Económica, 2001, 176. México.
- PAREDES, J.C. (2020). “Para descolonizar el feminismo. 1942 entronque patriarcal y feminismo comunitario Abya Yala”, *Ediciones Feminismo Comunitario de Abya Yala*. La Paz, Bolivia.
- PAREDES JULIETA. (2018). *Entronque patriarcal : la situación de las mujeres de los pueblos originarios de Abya Yala después de la invasión colonial de 1492*. [Maestría]. Buenos Aires Argentina: FLACSO.
- QUIJANO, A. (2001). “Globalización, colonialidad y democracia”. En Instituto de Altos Estudios Diplomáticos Pedro Gual (ed.). *Tendencias básicas de nuestra época: globalización y democracia*. Caracas: Instituto de Altos Estudios Diplomáticos Pedro Gual.
- Quijano, Aníbal. (2000). *Colonialidad del poder, eurocentrismo y América Latina*. En Lander, E (Comp.). *La Colonialidad del saber: eurocentrismo y ciencias sociales: perspectivas latinoamericanas* (p.201-246). Buenos Aires: Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales- CLACSO
- ROCHA A. (2008). “Representación social del odontólogo”, *Revista CES Odontología*; 21(2): 79-84.
- SÁNCHEZ-GONZÁLEZ, C.L., MORENO, M.W., HERRERA.MÁRQUEZ, A.X. (2009). “Competencias profesionales y su vinculación con el mercado laboral en la formación del odontólogo de la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza”, UNAM. X Congreso Nacional de Investigación Educativa.
- SANTOS-MADRIGAL, N.O., MORENO, A., Y LARA FLORES, N. L. (2021). “Caries y salud bucal, percepciones acerca de la enfermedad”, *Revista de Odontopediatría Latinoamericana*, 11(2). <https://doi.org/10.47990/alop.v11i2.255>
- SECRETARÍA DE SALUD. (2019). “SIVEPAB Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Patologías Bucales”, En: <http://www.gob.mx/salud/acciones-y-programas/sivepab-sistema-de-vigilancia-epidemiologica-de-patologias-bucales>
- SCOTT, J.W. (1986). “Gender: A Useful Category of Historical Analysis. The American Historical Review”, *Oxford University Press* Vol. 91, No. 5. U.K.
- THOMPSON, J. (1993). “Ideología y cultura moderna: Teoría crítica social en la era de la comunicación de masa”. UAM, Unidad Xochimilco, división de ciencias sociales y humanidades.

- TOLEDO, A., SEQUERA, J.A. (2014). “La Producción Del Sentido: Semiosis Social Production of Meaning: Social Semiosis”, *Razón y Palabra*, 18(3_88), 521–536.
- VAN DIJK, T. A. (2001). Estructuras y funciones del discurso: Una introducción interdisciplinaria a la lingüística del texto y a los estudios del discurso. Siglo XXI.
- VIDALES GONZÁLES, C.E. (2009). “La relación entre la semiótica y los estudios de la comunicación: un diálogo por construir”, *Comunicación y sociedad*, (11), 37-71. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0188252X2009000100003&lng=es.

Participación en salud: entre el individualismo capitalista y los espacios comunitarios

Karen Lucero Quintero Magaña*

RESUMEN

Este ensayo es un ejercicio de análisis sobre el fundamento ideológico que formalizó y promovió la participación comunitaria en el ámbito de la salud en el marco del modelo económico capitalista. Este escrito propone una reflexión sobre la manera en la cual dicho sistema viene debilitando el tejido social de las comunidades a través de dinámicas sociales que promueven el individualismo y valores contrarios a la solidaridad y la cooperación necesarias para contrarrestar las inequidades en materia de salud.

PALABRAS CLAVE: Participación comunitaria, salud pública, capitalismo, individualismo, economía, movimientos sociales..

Participation in health: between capitalist individualism and community spaces.

ABSTRACT

This essay is an exercise analysis about the ideological fundamentals that formalized and promoted community participation in the health sector within the capitalist economic model. This paper proposes a reflexion about how the mentioned model is weakening the social tissue of communities through social dynamics that enhance individualism and values that contradict the solidarity and cooperation needed to contrarest health inequalities.

KEYWORDS: Community engagement, public health, capitalism, individualism, economy, social movements.

* Maestra en Salud Pública con área de concentración en Ciencias Sociales y del Comportamiento del Instituto Nacional de Salud Pública/Escuela de Salud Pública de México. Correo electrónico de contacto: karen.quintero@protonmail.com

Fecha de recepción: 19 de enero de 2023.

Fecha de aceptación: 04 de septiembre de 2023.

Introducción

Desde mediados del siglo XX, la participación en salud tomó una gran centralidad en las políticas públicas que proponían mejorar las condiciones de salud de las personas, especialmente en los países de ingresos bajos, rezagados en materia de desarrollo de acuerdo a indicadores como la mortalidad general, infantil y preescolar, la desnutrición y la menor esperanza de vida. No obstante, este auge en la convocatoria para que las comunidades participen en la arena sanitaria ha tomado múltiples formas que han impregnado de ambigüedad el uso del término mismo y no se limitan al sector salud, sino que se trata de una estrategia utilizada en otros sectores de interés para el desarrollo propuesto por el capitalismo y sus principales dirigentes, pero que ha carecido de consenso en su implementación. (Menéndez, 2006)

Decir que hubo participación en el ámbito de la salud se ha empleado para describir una serie heterogénea de esfuerzos por involucrar a las y los miembros de la comunidad en los asuntos que conciernen su salud desde una postura acrítica de las formas organizativas ya existentes y de los esfuerzos empleados históricamente para la protección de la salud de manera local. Es decir, se navega en lo que Menéndez señala como una especie de “vacío histórico”; donde no se reconocen las experiencias previas, y por tanto se ignoran las trayectorias y resultados de dichas experiencias, lo cual en consecuencia imposibilita aprender de lo que funcionó, de las barreras y facilitadores identificados, desaprovechando aprendizajes necesarios para procesos vigentes y futuros. Paradójicamente sí se ha identificado una serie de “factores culturales” catalogados como “negativos” para la participación que se ha querido implementar en diversos contextos desde una postura hegemónica por parte de agencias internacionales y del propio

Estado, lo cual ha llevado a resultados contraproducentes para el tejido social de las comunidades, pero sin el prometedor efecto en las condiciones de salud abordadas. (Menéndez, 2006)

Este ensayo tiene como objetivo analizar la participación en salud desde sus antecedentes históricos más relevantes y los fundamentos ideológicos que le dieron auge en la política pública en salud y argumentar sobre el desafío que implican para la participación en salud las dinámicas sociales fomentadas por el capitalismo. El ensayo en primer lugar parte del problema de la dispersión semántica del término participación, se cita una primera distinción entre participación comunitaria (PC) y participación social (PS) y se señalan algunas de las principales críticas a la participación en salud implementada en la segunda mitad del siglo XX. Posteriormente, y como punto de discusión central de este ensayo, se argumenta sobre la raíz ideológica sobre la cual se ha enmarcado la participación en salud en la política pública; que es el sistema económico capitalista, modelo que ha prevalecido y ha sido impuesto. Mismo que paralelamente ha acompañado y fomentado el advenimiento de dinámicas sociales crecientemente individualistas, basadas en la competitividad y el consumo, y que actualmente se reflejan en tejidos sociales más débiles, devastación medioambiental y crisis sanitarias nuevas y antiguas con efectos devastadores.

Este ensayo invita a reflexionar sobre el efecto que el modelo económico capitalista ha tenido en el auge de la participación en salud, a la vez que paradójicamente fragmenta el tejido social fomentando el individualismo en el mundo globalizado. Por lo tanto, resulta imprescindible repensar en los espacios comunitarios en resistencia y en las formas de participación efectiva que debemos promover no sólo en el sector salud sino

de manera transversal en la política pública, desde abajo para contrarrestar los efectos de la devastación ecológica y social, fortalecer la agencia civil y transformar los paradigmas que enmarcan el fenómeno salud-enfermedad-atención.

Somero panorama histórico de la participación en salud

De acuerdo con Blandón-Lotero y Jaramillo-Mejía (2018), los diferentes significados y usos que se le han atribuido a la participación en salud promovida desde el Estado y los organismos internacionales pueden ser analizados entendiendo la influencia de cuatro movimientos sociopolíticos clave de la segunda mitad del siglo XX: la Guerra Fría, la crisis de las ideologías capitalistas y socialistas, el contexto de los programas de ajuste estructural y la consolidación de las democracias modernas mayoritariamente neoliberales. A esta lista vale agregar el acelerado y más reciente auge de las tecnologías digitales que han moldeado las dinámicas sociales a nivel global.

El creciente reconocimiento de la participación en salud se ha reforzado por el discurso de desarrollo y modernidad tan característico del siglo XX, que entre más se consolida, más difícil se vuelve entender a qué se refiere realmente cuando se habla de participación y desarrollo, y consecuentemente llevarlos a la práctica y evaluar sus efectos entre las comunidades y sujetos involucrados (Fassin, 2006). Para profundizar en el análisis de la participación en salud es necesario mirar en sus orígenes a los actores. Eminentemente, agencias internacionales como el Banco Mundial (BM), respaldado por la Organización de las Naciones Unidas (ONU) se interesaron en su utilización con una agenda bien clara en el marco de la legitimación del modelo económico capitalista, que

no ha estado aislado ni lejano del apoderamiento de la expresión “participar” en otros sectores del desarrollo como el agrícola, el económico y el social. Bajo el criterio de los economistas de la época, para lograr la industrialización, considerada sinónimo de desarrollo, era preciso incorporar grandes multitudes de campesinos a la sociedad de consumo. Para alcanzar este objetivo, y con mayor interés el de legitimar el capitalismo en el contexto de la Guerra Fría, se tomó como estrategia medular convocar a la participación de las comunidades para la solución de sus propias necesidades (Ugalde, 1987).

Para terminar de enmarcar este panorama histórico de la participación en salud, es necesario observar la manera en que las primeras dos décadas del siglo XXI se han caracterizado por turbulencias en la arena política y vertiginosos cambios en el ámbito social. El acelerado desarrollo económico y tecnológico han tenido sin lugar a dudas un papel central en este cambio de época, con el advenimiento globalizado del internet, la telefonía móvil y las redes digitales de socialización, por mencionar algunos ejemplos notables; pero es innegable notar que dicho desarrollo ha sido desigual y ha dejado brechas a su paso. En el campo de la salud pública y desde su formalización en el sector salud a partir de la declaración de Alma Ata en los años setenta, la participación en salud se ha enfrentado a múltiples retos: el utilitarismo por parte de agencias internacionales, la ambigüedad de su significado y la discontinuidad de los programas; que en conjunto han conducido a resultados no siempre favorables para las comunidades e individuos. Actualmente a esta lista de dificultades se agrega el reto de las dinámicas sociales afectadas por los valores promovidos por el capitalismo, que acentúan la exclusión social y fragmentan el tejido comunitario (Ugalde, 1987; Subirats, 2010).

Definición de participación comunitaria y social y fundamentos ideológicos.

La participación en términos simples comprende la repartición del poder sobre la toma de decisiones entre quienes resultan afectados por dichas decisiones (Brownlea, 1987). La PC en salud puede definirse como el proceso en el cual miembros de una comunidad se involucran, de manera individual o colectiva (Zakus y Lysack, 1998), y con diferentes grados de compromiso en:

- a. asumir mayor responsabilidad para evaluar necesidades y problemas en salud,
- b. planear y actuar para implementar soluciones,
- c. crear y mantener organizaciones para apoyar estos esfuerzos y
- d. evaluar los resultados e implementar los ajustes necesarios (Zakus y Lysack, 1998: 2).

Si bien, esta definición resulta exhaustiva del ideal de la PC en salud, es un reflejo contrastante con los antecedentes históricos que se tienen de cómo se ha llevado a cabo desde las agencias internacionales como la Organización Mundial de la Salud (OMS), pese a haberla colocado en el centro de los esfuerzos para mejorar los indicadores de bienestar y desarrollo. Como señala Hersch, existe una brecha entre la convocatoria de PC y su puesta en marcha en el área de la salud, posiblemente atribuible a una gama demasiado amplia de concepciones sobre lo que significa participación (Hersch, 1992).

Para la definición de PS, más que proponer un concepto estricto Menéndez (2006) sostiene un análisis histórico y sociológico a partir de la emergencia de movimientos sociales desde grupos

subalternos que cobraron gran protagonismo en los años setentas y ochentas del siglo pasado. Este tipo de acciones participativas se caracterizan por criticar fuertemente el sistema económico capitalista, modelo que favorece el desarrollo de una sociedad individualista, competitiva, consumista y apática que permite que los intereses privados se prioricen sobre las necesidades públicas. Más aún, Menéndez señala que la PS se distingue por detractor una participación vertical, burocrática y organizada por sistemas económicos socialistas que no permiten la injerencia de la población en la selección de sus representantes, y que, en última instancia, tal como hace el modelo capitalista, anula la participación autónoma de los diferentes grupos sociales que le constituyen. Concreta que PS “supone cuestionar lo dado, oponerse a lo institucionalizado, a la dominación y/o a la cooptación. Conlleva un ejercicio constante de democratización y de ciudadanía. Que además puede posibilitar la transformación del propio sujeto al no convertirlo en actor que reduce su papel a la reproducción de la estructura, sino que contribuye a producirla y a cambiarla.” (Menéndez, 2006: 61-62) Podemos entonces distinguir el nivel político subversivo que adquiere la PS en contraste con lo comúnmente descrito como PC. Para fines de este ensayo y con el propósito de no caer en una dispersión semántica, en adelante se referirá indistintamente a ambos grupos de acciones como participación o participación en salud.

Desde su incursión en el sector salud a partir de la conferencia de Alma Ata (1978) como un término formal respaldado por la OMS y distintos organismos internacionales del mismo nivel, la participación en salud ha estado en el centro de muchos intentos por mejorar la salud de comunidades y fortalecer la Atención Primaria en Salud, hasta llegar a formar parte recurrente en la política pública en salud desde la segunda mitad del

siglo XX (Zakus y Lysack, 1998; Ugalde, 1987). En Latinoamérica, a partir de los años setenta casi todos los países desde sus ministerios de salud emprendieron una gama de elaborados programas de participación en salud muy semejantes en estructura y contenido a los proyectos de desarrollo agrícola y de suburbios urbanos de clase baja implementados en los años cincuenta y sesenta. Otro punto en común en esta serie de eventos son el grupo de agencias detrás del diseño y financiamiento: Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud (OPS/ OMS), Asociación Internacional para el Desarrollo (AID), Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO), Rockefeller Foundation, entre otras igual de notables (Ugalde, 1987).

Fassin (2006) señala que, contrario a lo expuesto en publicaciones de 1975 de las Naciones Unidas, la PC no es una invención reciente ni novedosa, ya que se ha venido documentando desde la época colonial tanto en el discurso como en la práctica. Por parte de la administración colonial francesa, así como desde el imperio británico tras la primera y segunda guerra mundial, se vienen circunscribiendo esfuerzos por “rehabilitar” el medio rural y promover el “desarrollo comunitario” eminentemente concebidos en un posicionamiento de explotación y de relaciones de dominación heredadas por el colonialismo e imperialismo (Fassin, 2006).

La presunción de emplear la participación bajo la observancia de organismos internacionales, predominantemente de procedencia norteamericana, desde un enfoque utilitarista y asistencialista, en miras del desarrollo del sector salud, como antes también lo han intentado en el sector rural y edu-

cativo, ha conducido a la distorsión e instrumentalización de su significado (Menéndez, 2006). Este hecho no es mera casualidad, sino que deviene de su incorporación acrítica en las ciencias de la salud como panacea para mejorar la salud de las comunidades empobrecidas y marginadas en contextos sociales y políticos claves para su fracaso (Blandón y Jaramillo-Mejía, 2018).

Menéndez (2006) argumenta que utilizar la participación surgió de una tendencia teórica e ideológica que buscaba legitimar el capitalismo como modelo para fomentar el desarrollo de sociedades individualistas, consumistas, competitivas, pasivas, receptivas y apáticas, de modo tal que los intereses privados prevalezcan por encima de los públicos. Dado que industrializar la región de las Américas implicaba una inversión que rebasaba lo dispuesto para este fin por la élite dominante, en términos generales se buscó que las propias personas se encargaran de la solución de sus problemas de rezago y falta de infraestructura, por medio de estrategias de autoayuda en los espacios rurales, abogando por la organización comunitaria. Las agencias internacionales jugaron un papel de guía y presión para los gobiernos y fuerzas políticas en el poder, financiando programas con este esquema o articulando grupos de expertos que los pusieran en marcha (Ugalde, 1987).

Los programas respaldados por agencias internacionales mayoritariamente pasaron por alto la complejidad y las consecuencias detrás de promover el bienestar con la participación en el centro de esos esfuerzos, primero para el desarrollo rural y tras el fracaso en este sector, luego en el campo de la salud pública y la promoción de la salud. Las agencias internacionales reprodujeron los programas de autoayuda como medida para reducir costos por medio de trabajo no retribuido,

ejercicio facilitado por una guía publicada por la ONU en 1964 para proyectos de auto-construcción de viviendas, misma que hizo eco en la Operación Sitio de Santiago y en la reunión de Medellín. Los países de ingresos bajos en gran parte de Latinoamérica respaldaron este tipo de proyectos, sin cuestionar la dimensión de la equidad entre las urbes que construían viviendas con ayuda del gobierno para la clase rica en contraste con los pobres que debían construir sus propias viviendas en las zonas rurales. Estos eventos guardan estrechas similitudes con los programas de atención primaria a la salud y medicina simplificada que surgieron posteriormente (Ugalde, 1987).

Dichos programas se impusieron como esfuerzos que no tomaron en cuenta experiencias previas, actividades y formas de organización ya existentes, de manera que ignoraron los factores que podrían facilitar o limitar la participación en una población dada (Menéndez, 2006). Ugalde (1987) documenta cómo organizaciones nativas fueron destruidas y reemplazadas por formas de participación que fomentaban el autoritarismo, la centralización y las desigualdades, las cuales fueron forzadas por expertos y agentes gubernamentales en las comunidades. De acuerdo con lo anterior, el autor cita el ejemplo de los comités de salud de Panamá en 1969, en los cuales todos los miembros de la comunidad podían ser integrantes del comité y participar en asambleas para definir prioridades y soluciones a problemáticas, sin embargo, fracasó dado que los administradores sanitarios no podían atender a las demandas de los comités, que al principio fueron entusiasmadas y posteriormente decayeron hasta que menos del 20% de la población que participaba en ellos permanecían activos después de 5 años (Ugalde, 1987).

El análisis realizado por Zakus y Lysack (1998) señala una carencia de rigurosidad a la hora de definir lo que significa participar durante la implementación de programas en salud llevados a cabo desde las décadas de los 70' hasta los 90'. Los programas que abogaron por la participación de las comunidades en materia de salud con frecuencia cometieron el error de asumir que el mero involucramiento de las comunidades, por mínimo que fuera, podría garantizar el éxito de sus esfuerzos y no contemplaron la capacidad técnica de quienes los ejecutaban ni las características propias y distintivas de los grupos y subgrupos miembros de las comunidades intervenidas. En términos generales, el desarrollo de este tipo de proyectos de corte “participativo” no anticipó la complejidad de las relaciones sociales y comunitarias. La ambigüedad con que se han empleado los términos “participación comunitaria/popular/social/ciudadana” ha resultado por tanto clave en el fracaso y discontinuidad de la mayoría de dichos programas (Zakus y Lysack, 1998).

Un creciente reto para la participación en salud: el individualismo y los valores del capitalismo.

La palabra comunidad, como señalan Zakus y Lysack (1998), si bien está cargada de una asunción positiva, ha sido delimitada entre el compartir el territorio y la pertenencia por intereses comunes e identidades afines, lo cual no siempre tiende a ser de beneficio para la implementación de un programa que involucra la participación. La ambigüedad del término comunidad se vuelve contraproducente para la organización y la sostenibilidad en el tiempo de esfuerzos participativos, sobre todo si se limita a pensar en el cohabitar de un determinado territorio como criterio suficiente de comunidad, considerando el creciente aislamien-

to de las personas y de sus pares (Zakus y Lysack, 1998). Menéndez (2006: 59) hace una importante referencia al pensamiento propuesto por Foucault que expresa que “el saber/poder institucional no sólo limita la participación social, sino que convierte a la participación social supuestamente autónoma en un agente de reproducción del sistema dominante.” Dicho de otro modo, la tan mentada participación puede llegar a convertirse en el propio yugo de la democracia y la ciudadanía, dado que tiende a utilizar los mismos mecanismos y procesos que critica del modelo capitalista y sus instituciones, a fin de asegurar su propia reproducción.

Esto ha sido documentado, por ejemplo, a través de lo sucedido en el Partido de los Trabajadores, en Brasil, que nace de la unión de diversos movimientos sociales subversivos que al ser absorbidos en uno sólo para alcanzar mayor poder y canales de participación, algunas de sus causas particulares y originales quedan fuera en el camino según lo va considerando el partido que prioriza su propia supervivencia en la arena política, haciendo lo necesario para sostenerse y financiarse. (Freie Universität Berlin, s.f.) Otro ejemplo que ilustra esta tendencia a reproducir los mecanismos del sistema dominantes es la frecuente competitividad entre Organizaciones No Gubernamentales que mayoritariamente están determinadas a competir por recursos necesarios para su funcionamiento y operaciones, lo que lleva a que contrario a la línea de resistencia social en que suelen germinar, pueden extender concepciones sociales hegemónicas (Freie Universität Berlin, s.f.).

El sistema económico capitalista que impera en el mundo ha moldeado la manera en la que se legitimó la participación en salud, pero así también lo ha hecho en la manera en la que las personas

interactúan y se organizan, con tendencias hacia la separación y distanciamiento de los rituales, los cuales han sido de gran relevancia en las comunidades como parte de su identidad colectiva (Menéndez, 2006). Según Portilla et. al. (2014), la carencia de ceremonias que vinculen entre sí a las personas más allá de sí mismas es una característica básica de la sociedad capitalista que se describe en los años sesenta. En la época actual, es visible una creciente invalidez de las formas tradicionales de integración social, como la religión, que gradualmente van siendo reemplazadas por las formas de validación y construcción de identidad que ofrece el modelo capitalista de consumo, que son más individuales y menos colectivas, como la pertenencia a un equipo deportivo, formas de vestir, de cortarse el pelo o del uso del lenguaje (Portilla et. al., 2014).

Desde la mera concepción de la participación como estrategia de desarrollo para las comunidades rurales y urbanas pobres; los valores tradicionales del campesinado, sus ritos, fiestas y ofrendas fueron descritos tajantemente como obstáculos para el cumplimiento de los proyectos de industrialización (Ugalde, 1987). En consecuencia, resultó necesario sustituir estos valores por un conjunto más apropiado para el triunfo de la sociedad de consumo que el capitalismo precisa para prevalecer, y que al momento se ha consolidado con creces.

Es posible observar que esta creciente tendencia hacia sociedades basadas en el consumo y el individuo, promueven una sobre-estimulación de los sentidos, que, a su vez, produce personas más nerviosas, indiferentes y distantes del entorno social, por lo que consecuentemente, se vive un cambio de valores fomentado por las dinámicas sociales capitalistas, en el que la cultura del número y lo cuantificable deja de lado la solidari-

dad, la convivencia y la comunicación con los otros. Esto señala la manera en la que el sistema de valores moderno nos aleja de requisitos básicos en la construcción de comunidad (Portilla et. al., 2014).

Lo expuesto anteriormente representa un reto agregado a uno de los cinco supuestos que argumenta Rifkin (2012), el cual dice: “las personas quieren participar en la toma de decisiones sobre el cuidado de su propia salud” (Rifkin, 2012: 6). Aunque las personas deseen participar en los asuntos que conciernen su salud, el distanciamiento entre las personas vuelve más difícil enfrentarse al modelo médico hegemónico que coloca a individuos con mayor poder, en este caso los profesionales de la salud, jerárquicamente por encima de individuos con menos poder (Menéndez, 1988). El creciente debilitamiento del tejido social aunado a las dinámicas de poder desiguales que promueve el modelo médico hegemónico y el sistema económico capitalista limitan sinérgicamente la PS efectiva.

Para engrosar la lista de dificultades a las que se enfrenta la participación en salud, podemos analizar los mecanismos de los cuales se ha servido el sistema económico capitalista para mantener una participación limitada y controlada, promoviendo la desintegración y creciente marginación de los grupos subalternos. Cabe añadir que dichos movimientos participativos emancipadores prosperan en buena medida gracias a la presencia de valores que podrían considerarse como anticapitalistas, hablamos de solidaridad, confianza y reciprocidad (Hersch, 1992).

El término individualismo entraña un carácter dicotómico, visto como fenómeno que aísla y obstaculiza el desarrollo de la democracia y los derechos humanos; pero también como un valor que

genera autonomía y libertad en la persona. Esta ambivalencia no necesariamente entraña un lado bueno y uno malo del individualismo, sino aspectos de un mismo fenómeno social en el cual la libertad representa el primer derecho fundamental, pero que gracias al sistema de valores promovido por el sistema económico capitalista tiene el potencial de volver a los individuos insensibles a la exclusión e injusticia social. En otras palabras, esto nos aleja de la posibilidad de formar parte de comunidades de corte anticapitalista que no estén basadas en la producción y reproducción dictadas por el mercado (Portilla et. al., 2014; Federici, 2020). Esto puede repercutir en la posibilidad de pensar en los movimientos sociales que provienen de las clases sociales excluidas y marginadas con poco potencial para generar su propia emancipación, y que resulte más fácil la imposición de perspectivas que consideran las desigualdades como algo inherente a las sociedades modernas, perpetuando así la exclusión social y el distanciamiento de los miembros de una comunidad (Subirats, 2010). Para mejorar la salud de las poblaciones, objetivo central de la salud pública, es crucial atender las desigualdades sociales y abordar los determinantes estructurales que las sostienen.

Para continuar con el análisis del creciente individualismo en la sociedad actual, Quintana señala la manera en que el culto a la imagen corporal, la ostentación, lo rápido y lo desechable, focalizan la contemplación y el interés en lo externo, el placer, la satisfacción de los deseos individuales inmediatos y las elecciones privadas. Más aún, las nuevas modalidades de encuentro virtual facilitadas por el crecimiento exponencial de redes de comunicación como Facebook, Twitter, Instagram y otras, nos separan de la interacción cara a cara. Al volverse cada vez más infrecuente el encuentro físico, se ha perdido la calidez de las relaciones, volviéndose impersonales y faltas de

trascendencia para quienes participan de ellas. (Quintana, s.f.)

Efectos de los cercos económicos capitalistas en espacios comunitarios

Federici (2020) da cuenta de la serie de cercos económicos ocurridos en el Sur Global para afianzar la explotación y extracción que el sistema económico capitalista requiere para continuar operando. La economía de la deuda ya ha puesto en aprietos a grandes grupos y subgrupos de la sociedad en Estados Unidos y Europa, tanto a estudiantes que solicitan préstamos universitarios para costear sus estudios, a grandes sectores de la población asalariada que busca adquirir vivienda a través de préstamos hipotecarios que les perpetúan a una vida en deuda con el sistema bancario, el mismo que participa en los programas de desarrollo rural y sanitario. Un ejemplo que vale resaltar por el impacto en la salud social y mental de las mujeres que han sido afectadas por estas medidas de cooptación son los microcréditos que han proliferado desde Bangladesh hasta los andes bolivianos, pasando por los países más pobres del mundo en África (Federici, 2020).

Para el caso de las mujeres que han tenido que lidiar con los estragos causados por el desempleo de sus pares masculinos consecuente a los programas de ajuste estructural impuestos en sus países bajo la supervisión de agencias internacionales como el Banco Mundial; el modelo de microfinanciamiento lanzado en 1970 por el fundador del Banco Grameen en Bangladesh y extendido al continente africano y americano en las décadas siguientes, se ha apropiado de las estrategias creadas por las propias mujeres para dar respuesta a la crisis económica (como los intercambios entre otras mujeres empobrecidas y desempleadas ba-

sados en la confianza y la solidaridad) por medio de inscribirlas en préstamos de incluso pequeñas cantidades pero que las incorpora en la economía formal y las obliga a pagar cuotas semanales como documentan diferentes estudios. Las estrategias para asegurar la devolución del préstamo son claras y deliberadas, se presta a mujeres y a grupos de mujeres porque son más responsables en sus transacciones y porque el propio grupo funciona como sistema de cobro, se insta a que las demás mujeres intervengan si alguien falta a su cuota. Este sistema es eficaz porque se ha asegurado que sea implementado en zonas rurales donde los códigos de conducta están vinculados a tácticas de supervivencia, donde el honor de las mujeres es importante para el estatus de la familia en la comunidad. Las consecuencias más graves de los sistemas de cobro van desde la humillación pública por medio de carteles, fotografías, marcaje de las viviendas de las morosas, hasta sanciones públicas como “latigazos, verter breca sobre el cuerpo, afeitarse la cabeza de las mujeres o escupir a la persona endeudada cuando le ven pasar.” (Federici, 2020: 115) La deuda de ser en principio pequeña se vuelve progresivamente mayor debido a los elevados tipos de interés, lo cual, contrario a sacarles de la pobreza, les perpetúa en un ciclo sin fin. El terror a las represalias llega a ser tal que incurren en suicidios tanto en mujeres como en hombres que, en conjunto con sus esposas, firman una deuda impagable (Federici, 2020).

No podemos separar el quehacer de la salud pública de otras esferas sociales y económicas, pues el modelo económico imperante afecta transversalmente todos los sectores de producción y reproducción con consecuencias a nivel planetario. El análisis sobre la economía de la crisis guarda estrechos vínculos con el debate llevado hasta ahora sobre la participación en salud y la recrea-

ción de lo que Federici (2020) aborda como “los comunes”, argumentando que para hacer frente a los estragos producidos por el capitalismo neoliberal es preciso repensar la forma en que producimos y reproducimos en comunidad, desde abajo, desde los comunes (Federici, 2020).

La creciente desposesión masiva de la tierra comunal nos acerca peligrosamente a la fase del capitalismo descrita por Marx: «Una parte de la sociedad le reclama aquí a la otra un tributo a cambio del derecho de habitar la tierra, así como en general la propiedad de la tierra implica el derecho de los propietarios a explotar el cuerpo del planeta, sus entrañas, el aire, y con ello la conservación y desarrollo de la vida» (Marx, trad. 2009: 984) La explotación laboral fuerza al trabajador del Sur Global a emigrar, que se convierte en el itinerante y el refugiado, uno de los cuerpos más violentados en todo el mundo. La crisis sanitaria para la clase obrera migrante es tal que su esperanza de vida está disminuyendo incluso en países bien posicionados en la economía mundial como Alemania y Estados Unidos (Federici, 2020).

Canto Chac (2008), señala acertadamente que el tipo de participación que se pueda encontrar en una sociedad depende del contexto político de la misma; el autor argumenta que la situación política y de relaciones de poder es la que determina el alcance de la participación en un país. Esto cobra relevancia en la arena política y democrática, dado que entre más distanciamiento se genera entre los individuos en el espacio virtual, aumenta también la polarización de las ideas y las opiniones. Si trasladamos este argumento al debate sobre el ejercicio de la democracia, cabe notar la diferencia entre democracia representativa y democracia participativa; mientras que la primera se limita al ejercicio electoral y procura

mantener distancia entre “los representados” y “los representantes”, la segunda tiene que ver con mecanismos de diálogo donde la diversidad se ve efectivamente representada y escuchada.

La reflexión de Canto Chac (2008) ofrece una importante contribución para contrarrestar los efectos negativos del modelo de distribución de poder imperante: el reconocimiento de la ciudadanía y de los individuos como sujetos de derecho. Personas más conscientes de su condición como portadoras de derechos pueden no sólo fomentar la esencia más benéfica del individualismo señalado hasta este punto; sino también promover el reconocimiento de los derechos de otras y otros, en lo que podría concebirse como una identidad basada en el derecho y la justicia, y no en la lucha del más fuerte. El modelo capitalista se sirve de individuos receptivos-pasivos que, al estar crecientemente distanciados de los otros, no busquen ni se interesen por el bien colectivo. La participación activa-subversiva de quienes se saben sujetos de derecho y ejercen el poder de la ciudadanía para exigir desarrollo equitativo es el esquema participativo que la salud pública debe fomentar en su ejercicio de protección de la salud colectiva (Canto-Chac, 2008).

Espacios comunitarios en resistencia

Una alternativa contrahegemónica que ha surgido desde las selvas y montañas del sureste de México es la propuesta por el Ejército Zapatista de Liberación Nacional (EZNL), movimiento político y social rebelde que nace del hartazgo ante la negligencia del Estado Mexicano contra los pueblos originarios en resistencia durante más de 500 años. Formado desde 1983, el levantamiento del EZNL surge a la luz pública en 1994 en medio del auge de la política neoliberal promovida y de-

fendida por el gobierno mexicano, con actividad militar hasta 2006, y permaneciendo en actividad política hasta la actualidad (Rauch y Schachtel, 2020). En materia de salud, la comunidad Zapatista no separa los problemas sanitarios de las necesidades sociales y políticas, sino que se aborda la concepción de la salud como un derecho, que implica el ejercicio de la autonomía y la libertad tanto individual como colectiva, en el cual la participación del pueblo en la definición de las políticas a nivel de planeación, ejecución y evaluación es un requisito. El Sistema de Salud Autónomo Zapatista (SSAZ) se inserta en un proyecto amplio que contempla otras necesidades fundamentales tales como territorio, trabajo, educación, alimentación y vivienda; que a su vez forma parte de una lucha por transformar el mundo para que “quepan otros mundos” (Daguerre et al, 2013).

La organización del SSAZ consiste en tres niveles: Caracoles, Consejos Autónomos y Comités de Salud Locales, bajo la consigna “mandar obedeciendo” y en dirección de abajo hacia arriba, esto significa que los líderes no gobiernan sobre las personas, sino que actúan como delegados de la comunidad, con el deber de implementar las decisiones que se toman en las asambleas locales, mecanismo tradicional característico de las comunidades indígenas para la participación y toma de decisiones. El nombramiento y la representación se realiza de manera colectiva, lo que ejercita la participación activa y es parte de la cotidianidad social de los caracoles zapatistas (Daguerre et al, 2013; Rauch y Schachtel, 2020).

Sin ánimos de romantizar la resistencia zapatista, es válido rescatar las lecciones que ofrece esta alternativa política y social, el zapatismo no tiene por objetivo “tomar el poder” del Estado, sino recrear espacios de socialización sobre principios comunitarios que nos liberen de las relaciones de

poder opresivas que promueve el capitalismo. La propuesta zapatista que no es estática sino dinámica y que se concibe más bien como un proceso en transformación permanente, con sus limitaciones y barreras, promueve, a través de lo que nombran como “compartición”, la conciencia colectiva de que las agresiones sufridas por unos no son aisladas a las que experimentan otros, y que son parte de una estrategia general de despojo (Alonso y Alonso, 2021).

Los zapatistas han realizado masivas reuniones de mujeres, analistas, artistas y científicos, invitando a multiplicar el semillero de ideas y luchas anticapitalistas, con la organización como defensa contra la catástrofe que el sistema económico imperante ha generado y que continúa explotando a costa de la devastación medioambiental en busca de más ganancias, desde la transición de su forma industrial a la especulación financiera (Alonso y Alonso, 2021).

El ejercicio de participación continuo que se lleva a cabo en los territorios autónomos zapatistas consiste en asambleas comunitarias donde se eligen los problemas y propuestas de solución que han de atenderse y llevarse a cabo, también se eligen representantes como autoridades autónomas que son revocables y rotativos de manera periódica. Durante las asambleas surgen muchas propuestas por lo que se busca la vía del consenso para elegir entre todas, cuando esto no se puede alcanzar se realizan votaciones y la propuesta ganadora se adopta. “Todo el tiempo se puede opinar y se toman decisiones. (...) Todo es consultado con los pueblos.” (Alonso y Alonso, 2021: 17).

Es de resaltar que la participación de las mujeres en los territorios autónomos zapatistas se ha ido afianzando con el tiempo, aunque todavía prevalezcan dinámicas machistas y patriarcales, poco a

poco se van contrarrestando con la elección mujeres en puestos de responsabilidad, en los que destacan como promotoras de salud. El papel de las mujeres ha sido determinante para la construcción de la autonomía y la resistencia zapatista (Rauch y Schachtel, 2020).

Conclusiones

Ante el panorama expuesto, es imprescindible retomar la discusión sobre los significados de la participación dentro de la práctica de la salud pública y las esferas políticas y económicas. La distribución del poder como punto de análisis no debe obviarse y tampoco se deben tomar a la ligera los vertiginosos cambios que han surgido en la dinámica social a partir del desarrollo científico y tecnológico, promovido por el modelo económico capitalista. Es importante realizar un ejercicio de reflexión que retome las trayectorias históricas de los procesos participativos ya convocados más allá de las diferencias en las problemáticas abordadas o de los objetivos perseguidos, tratando de encontrar las similitudes en las interrogantes planteadas y las acciones realizadas como marco referencial para próximos esfuerzos participativos.

Las políticas públicas en salud deben realizar un ejercicio de autocritica a fin de evaluar si la participación en salud se ha traducido en mejoras sustanciales de la calidad de vida de las personas,

o si, por el contrario, ha repercutido en el tejido social de las comunidades donde se ha impuesto. El paradigma ideológico que dicta dichas políticas debe ser revisado a conciencia por las y los tomadores de decisiones, así como por las y los actores sociales involucrados en atender las necesidades en salud de las poblaciones. Este análisis debe contener un entendimiento profundo de las relaciones de poder presentes en todos los espacios, el sistema de salud incluido, a fin de repensar la direccionalidad de las convocatorias de participación. El involucramiento de las personas y la reconstrucción de los espacios comunitarios es posible si y sólo si se reconocen y protegen los valores que la comunidad precisa para sobrevivir más allá de las fuerzas del mercado.

Es responsabilidad de todos y todas quienes dedicamos nuestra labor a los quehaceres de la salud pública repensar el tipo de sociedad en la cual vivimos y fomentamos procesos participativos en materia de salud. Es imperativo ser conscientes y críticos del contexto sociopolítico y económico, así como de las relaciones de poder y exclusión social que existen en cualquier espacio donde nos desenvolvemos. La discusión de este ensayo espera provocar un mayor análisis y futuras investigaciones sobre la participación en el ámbito de la salud desde un enfoque sociológico más profundo.

Referencias bibliográficas:

ALONSO, C. y ALONSO, J. (2021). *Un somero acercamiento al zapatismo*. Buenos Aires, Argentina: Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales; Chiapas, México: Cooperativa Editorial Retos; Ja-

lisco, México: Cátedra Jorge Alonso: Primera edición digital, 25-27, 35-41.

BROWNLEA, A. (1987). "Participation: myths, realities and prognosis", *Social Science & Medicine*, vol. 25. Núm. 6: 605-14.

- BLANDÓN-LOTTERO, L. y JARAMILLO-MEJÍA, M. (2018). “Participación comunitaria en salud: una revisión narrativa a la producción académica desde las desigualdades sociales”, *Revista Ciencias Sociales*, Núm. 26: 91-117.
- CANTO-CHAC M. (2008). “Gobernanza y participación ciudadana en las políticas públicas frente al reto del desarrollo”, *Política y Cultura*, Núm. 30: 9-37.
- DAGUERRE, F., MARTÍNEZ, C. y ROJAS, E. (2013) “La salud detrás de una capucha rebelde que resiste. Descripción del Sistema de Salud Autónomo Zapatista y su relación con los conceptos de Medicina Social”, Buenos Aires: Cátedra de Medicina Social. 1-19.
- FASSIN, D. (2006). *Entre ideología y pragmatismo. Ambigüedades y contradicciones de la participación comunitaria en salud*. En: Menéndez E, Spinelli H (coord.) *Participación social ¿para qué?*. Buenos Aires: Lugar editorial, 165-180.
- FEDERICI, S (2020). “De la comunalización a la deuda. La financiarización, los microcréditos y la arquitectura cambiante de la acumulación de capital”. En: Federici, S. (coord.) *Reencantar el mundo. El feminismo y la política de los comunes*. Madrid: Traficantes de Sueños, 105-123.
- FREIE UNIVERSITÄT BERLIN. Participación social. https://www.lai.fu-berlin.de/es/e-learning/projekte/frauen_konzepte/projektseiten/konzeptebereich/rot_partizipacion/contexto/index.html. (Consulta 02 de Junio de 2023).
- HERSCH, P. (1992). “Participación social en salud: espacios y actores determinantes en su impulso”, *Salud Pública de México*, vol. 34, Núm. 6: 678-688.
- MARX, K. (2009). “El capital, tomo 3” En: Scaron, P. (ed.) y Mames, L. (trad.), México: Siglo XXI, 984.
- MENÉNDEZ, E. (1988). “Modelo Médico Hegemónico y Atención Primaria”, Buenos Aires: Segundas Jornadas de Atención Primaria de la Salud, 451-464.
- MENÉNDEZ, E. (2006). “Las múltiples trayectorias de la participación social”. En: Menéndez, E. y Spinelli, H. (coord.) *Participación social ¿para qué?*. Buenos Aires: Lugar Editorial, 51-80.
- PORTILLA, M. MALDONADO, A. VILLAR, M. (2014). “El individualismo como elemento que influye en la vida y configuración de la ciudad”, *Revista Legado de Arquitectura y Diseño*, Núm. 15: 59–71.
- QUINTANA, D. Las dos caras del individualismo. <https://www.uls.edu.sv/sitioweb/images/2022/INVESTIGACION/REPOSITORIO/2018/Las%20dos%20caras%20del%20individualismo.pdf> (consulta 19 de noviembre de 2022).
- RAUCH, N. Y SCHACHTEL, E. (2020). “Zapatismo, una identidad en constante movimiento”, *Revista Electrónica de Psicología Política*, Núm. 44: 17-41.
- RIFKIN, S. (2012) Translating rhetoric to reality: a review of community participation in health policy over the last 60 years. https://www.researchgate.net/publication/280386846_Rhetoric_to_Reality_a_review_of_community_participation_and_health_policy (consulta 19 de noviembre de 2022).
- SUBIRATS, J. (2010). “Los grandes procesos de cambio y transformación social”. En: Subirats, J. (coords.) *Cambio social y cooperación en el siglo XXI*. Barcelona, España: Fundación Intervida p. 8-20.
- UGALDE, A. (1987). “Las dimensiones ideológicas de la participación comunitaria en los programas de salud en Latinoamérica”, *Cuadernos Médicos Sociales*, Núm. 41: 265-292.
- ZAKUS, D. y LYSACK, C. (1998). “Revisiting community participation”, *Health Policy and Planning*, vol. 13, Núm. 1: 1-12.

Aproximaciones a las nociones de enfermo y paciente desde el enfoque biomédico

Bruno Lutz*

RESUMEN

En el presente artículo nos dedicamos a explorar dos categorías claves de individuos que forman parte del léxico de la salud: enfermo y paciente. Indagamos el origen de estos términos y cómo su uso fue evolucionando hasta la época contemporánea. Mostramos que estos vocablos, a menudo empleados como sinónimos, en realidad se articulan sobre la base de una perspectiva dicotómica de atención a la salud según el modelo biomédico. “Enfermo” se refiere al individuo portador de una enfermedad, antónimo fisiológico y socialmente de una persona sana. Mientras que “paciente” nos remite a la categoría de enfermos que están siendo tratados por médicos e instituciones de salud, en oposición a los que no reciben atención por parte de los profesionales de la salud. Cada una de estas categorías conlleva una serie específica de representaciones respecto de la conducta socio-psicológica del sujeto, como del grado de avance del diagnóstico y tratamiento de su patología.

PALABRAS CLAVE: Enfermo; Médicos; México; Paciente; Salud.

Approaches to the notions of sick and patient from the biomedical focus

ABSTRACT

In this paper we are focused in exploring two individual key categories presents in the health lexical: sick and patient. We are inquiring the origin of these two terms and how their respective use has been evolving over time until nowadays. We will show that these words, often used as synonyms, are truly operating on a health care dichotomic perspective. “Sick” means someone caring of a disease; physiological antonym of a healthy person. Meanwhile “patient” refers us to the category of sick persons not treated by physicians and health institutions, in opposition to sick persons who are not in the health worker’s hands. Each one of these classes involves a specific set of subject socio-psychological behavior representations, as a specific diagnostic degree of progress and illness treatment.

Keywords: Health; Mexico; Patient; Physicians; Sick

* Profesor investigador del Departamento de Relaciones Sociales de la Universidad Autónoma Metropolitana plantel Xochimilco. Correo de contacto: brunolutz01@yahoo.com.mx

Fecha de recepción: 22 de marzo de 2023.

Fecha de aceptación: 13 de septiembre de 2023.

Introducción

Las palabras tienen su importancia. El significado de cada vocablo, ya sea por su etimología o por el contexto de su enunciación, nos muestra una representación compartida del mundo. El ámbito de la salud no está exento de este “juego del lenguaje” que oscila entre el decir y el comprender, como lo entendía Wittgenstein (2009). A los tecnicismos propios de la ciencia de la salud se suman términos que tienen que ver con la dimensión administrativa y social del sector. Estos últimos apuntan a la relación, mediatizada o no, entre quienes proporcionan una atención a la salud y quienes la reciben. Debido a la amplitud del tema, en este ensayo nos enfocaremos primeramente a reflexionar sobre el uso y significado, en el léxico de la salud, de los vocablos “enfermo” y “paciente”. Luego examinaremos el condicionamiento del paciente mediante la institucionalización de su dependencia, señalando ahí la importancia de la espera. En un tercer apartado, detallaremos la construcción de diferentes categorías de pacientes. Por último, concluiremos retomando las principales aportaciones de nuestra reflexión.

1. Las palabras “enfermo” y “paciente”

La Organización Mundial de la Salud define particularmente lo que es salud y enfermedad, más no al sujeto de la enfermedad, es decir al enfermo. Según Hipócrates, la persona que no era sana tenía un “*eidos* enfermo”, es decir, poseía los síntomas de alguien que padecía disfuncionamientos fisiológicos (Laín Entralgo, 1970: 229-23). Para la Real Academia de la Lengua Española, “enfermo” es, sencillamente, quien padece una enfermedad. En México, dicho vocablo no forma parte del “Glosario de términos aplicados a la seguridad del paciente” (Secretaría de Salud, s/f). Todo indica que el enfermo es el antónimo de una per-

sona sana, de una persona que goza de buena salud. Adivinamos intuitivamente que el enfermo es alguien que ha perdido el bienestar físico, mental o social; no puede realizar sus actividades diarias sin padecer molestias y dolores. La etimología viene a precisar esa idea cuando descubrimos que la palabra “enfermo” viene del latín *infirmus* que significa “el que no está firme”, y cuando alguien no está firme, se cae y se muere. La actividad del ser humano es una actividad que suele realizar parado sobre sus dos piernas. Es de notar que la palabra *infirmus* se comenzó a utilizar durante la edad media hasta las transcripciones al latín del Corpus Hippocraticum (Lips-Castro, 2017).¹

Investigadores de las Ciencias Sociales han reflexionado en torno al significado psicológico, antropológico y filosófico tanto del enfermo (en tanto sujeto) como de la condición de estar enfermo.

En el caso de Talcott Parsons, autor de “El sistema social”, se interesa en el rol del enfermo y del paciente, mas no en el significado de ambos términos. Desde la perspectiva estructural funcionalista, tiende, hasta cierto punto, a emplearlos como sinónimos. “La definición del paciente como ‘enfermo’ proporciona la base para el elemento de la permisividad; no se le puede ‘hacer responsable’ de su condición o de ciertas cosas que diga o haga en ella, o de ambas cosas” (1999: 203). Tanto al enfermo como al paciente se les exime de la responsabilidad de su desviación,

¹ Es menester tener presente que el pensamiento helénico planteaba que: “Y ambas artes, la que consiste en velar por el alma y la que versa sobre los cuidados del cuerpo, se subdividen a su vez en dos especies, de las cuales una corresponde al alma sana o al cuerpo sano y la otra vela por el cuerpo o el alma enfermos. (...) Los cuidados del cuerpo sano corren a cargo de la gimnasia; los del cuerpo enfermo son materia de la medicina”. (Jaeger, 2001: 161)

temporal o definitiva, en el sentido de que, salvo por motivaciones inconscientes, no eligió dejar de ser parte de la colectividad de personas sanas. En términos parsonianos, el enfermo se expone a la acción de fuerzas centrípetas que buscarán reintegrarlo en la sociedad como ciudadano por completo. Más adelante, Talcott Parsons precisa: “Además del rol del *enfermo*, podemos distinguir el rol de *paciente* como beneficiario de los servicios de un médico profesional científicamente formado” (*idem*: 304). Según este enfoque, el enfermo y el paciente asumen un rol marginal en la sociedad, sin posibilidad de conformar una sub-cultura, siendo el rol del médico permitirles jugar nuevamente su rol societal original.

Por su parte, Laplantine (1999), en su obra clásica “Antropología de la enfermedad”, plantea al hombre enfermo como modelo relacional, ya que su sufrimiento funge como mediador entre su pasado (como sujeto sano) y su vida actual, entre él y los demás dentro de quienes se destaca la figura prominente del médico. Todavía según ese autor, el enfermo es abordado por la ciencia médica a través de su enfermedad, desde el modelo etiológico o bien desde el modelo terapéutico. Al centrarse en la patología -como lo atestigua la parquedad de los tres organismos citados arriba-, ambos modelos excluyen al individuo de su propia enfermedad, lo desposeen de su vivencia cotidiana como enfermo. “Este proceso determina la conformación, por parte del sujeto sufriente, de una identidad particular atravesada por la enfermedad y sustentada por la extrañeza respecto del propio relato de su reciente ‘vida enferma’” (González Pérez, 2007: 137). De ahí la importancia de discernir entre quien se piensa enfermo y quien es calificado como tal. El primero interpreta libremente sus síntomas, reales o imaginarios, exactos o exagerados, para deducir que padece

una enfermedad.² Puede sospechar que tiene determinada patología o estar convencido de que está enfermo, en todo caso, la representación que se hace de sí mismo condiciona su conducta. En cuanto al segundo, un enfermo debidamente diagnosticado tiene la posibilidad de reaccionar de diferentes maneras ante el veredicto médico, desde la negación hasta el abatimiento pasando por la aceptación condicionada y la decisión de restar importancia a su gravedad. Llevando la discusión del enfermo como concepto al terreno de la filosofía, el Dr. Tejerizo (2011) asevera que alguien diagnosticado con una enfermedad grave, y posiblemente mortal, es una singularidad en el sentido de que conjuga el “tiempo que le queda” con el sufrimiento presente. Asimismo, puede aseverarse que el enfermo es un sujeto que vive sus padecimientos construyendo sus propios tiempos; espera mientras observa la evolución de su enfermedad.

Encontramos precisamente esta dimensión del tiempo en el término paciente. Conviene recordar que la paciencia es considerada una virtud desde tiempos remotos. En la Biblia, la paciencia es una capacidad relacionada con la fe y, más precisamente, como una prueba de fe. “Por tanto, hermanos, sean pacientes hasta la venida del Señor. Miren *cómo* el labrador espera el fruto precioso de la tierra, siendo paciente en ello hasta que recibe *la lluvia temprana y la tardía*” (Santiago 5:7). Pensadores cristianos, como Tertuliano, San Cipriano y San Agustín, glosaron sobre esta virtud que, según ellos, debe ser cultivada por los seguidores de Cristo (Sánchez Manzano, 1993). Particularmente interesante es la reflexión del predicador de Hipona para quien la paciencia se convierte en una virtud humana cuando la cau-

² Es de recordar la clásica obra de Moliere “El enfermo imaginario” que pone en escena la figura de Sganarelle, hipocondriaco que logra alterar la vida de su familia y domésticos.

sa que la genera es digna de ser alabada como, por ejemplo, soportar con paciencia los males y rehusar la venganza. San Agustín recurre a la etimología del vocablo “paciente” que viene del latín *patientia, a patiendo*, que significa padecer.³ Cabe agregar que la palabra paciente también tiene por origen el vocablo latín *patiens* (sufriente, sufrido), y que empezó a ser empleada en la literatura médica a partir del S. XV.

Asimismo, tres son los significados que podemos dar al vocablo “paciente”: 1) es alguien que sufre de una enfermedad. La Real Academia Española dice “persona que padece física y corporalmente y, especialmente, quien se halla bajo atención médica”; 2) es alguien que es o va a ser reconocido médicamente. Para la administración pública española es una “persona que requiere asistencia sanitaria y está sometida a cuidados profesionales para el mantenimiento o recuperación de su salud” (Ley 41/2002), mientras que en México la Secretaría de Salud (s/f: 9) asigna al término “paciente” la categoría genérica de “Persona que recibe atención a la salud”; y 3) es alguien que tiene paciencia, es decir, que tolera y aguanta calladamente. Ahora bien, las dos primeras definiciones se refieren a un sujeto que padece una enfermedad, sin aportar precisiones sobre la naturaleza de la patología ni tampoco respecto del sufrimiento que ocasiona. Debido a la evolución general de la comorbilidad de la población, y en particular la expansión de las enfermedades crónicas a raíz principalmente de malos hábitos de vida, es sugerente marcar esta diferencia al momento de hablar de los pacientes.

Se propone utilizar el término ‘paciente’ para los individuos con enfermedades agudas y trasmisibles y el de ‘paciente’ para quienes

presentan enfermedades crónicas, con el fin de enfatizar esta condición particular en la que el enfermo sufre, experimenta, soporta, es decir, ‘padece’ la enfermedad con todas sus repercusiones físicas, psicológicas y sociales que se van presentando durante el curso de la misma (Cardoso Gómez et. al., 2014: 41).

Desde esta perspectiva, los autores retoman la distinción que en el idioma inglés se hace entre *disease* (enfermedad) e *illness* (padecimiento). Anotan que referirse al padecimiento remite a la dimensión subjetiva de la carencia de salud. Asimismo, la distinción entre dos tipos de enfermos tratados por la biomedicina, distinción basada en el nivel de riesgo individual y colectivo, permite a los inventores de la palabra “paciente” promover la idea de una atención pluridisciplinaria basada en una comprensión empática del contexto socioeconómico del enfermo crónico, sus creencias y hábitos de vida. Sabiéndose enfermo crónico, el sujeto ha rutinizado su padecimiento para integrarlo a su forma de vida aceptando, hasta cierto punto, la pérdida de una parte de su autonomía. Al referirse a la importancia del ámbito cultural de cada paciente, Cardoso Gómez, et al. (2022) aseveran que se abre la posibilidad de una relación médico-enfermo que va más allá de una relación esporádica, vertical y autoritaria, propia de la atención de enfermedades agudas. En este esquema, no se pide al enfermo ser paciente para con su tratamiento y con el médico que lo atiende, (con el fin de recuperarse después de 10-15 días de convalecencia), sino que se le acompaña en la larga duración de su enfermedad debido a que su patología implica la transformación de su manera de vivir, alimentarse y cuidarse. Así que, en el caso de los enfermos crónicos, se requiere de ellos una paciencia de largo alcance que debe terminar con la remisión de su enfermedad. Se

³ <https://www.augustinus.it/spagnolo/pazienza/index2.htm>

trata de una paciencia profunda equiparada a una resignación activa.

2. El paciente bajo tutela

La institución médica hospitalaria clasifica, controla y archiva. En las conclusiones de un estudio antropológico de una sala de hospital, la investigadora argentina Marta Crivos escribe: “Esta estructura vertical, al confluir en el paciente, supuesto beneficiario de la institución, produce un fenómeno que podríamos denominar ‘inversión de la relación de servicio’. En un primer momento el hospital se postula al servicio del enfermo, en un segundo momento es el paciente quien se encuentra a disposición del hospital” (1988: 136). Este punto es de fundamental importancia pues al ingresar al hospital, ya sea en Urgencias o en consulta externa, la persona enferma se ve relegada a la categoría de “paciente”.

Los pacientes dejan de ser quienes eran antes de ser atendidos en unidades médicas. Convertirse en paciente es aceptar, incluso en contra de su voluntad, una despersonalización que lo despoja temporalmente de su identidad. Al recibir un tratamiento médico o quirúrgico no tienen otra opción que la de abandonar la imagen de sí que ocupaban cuando eran personas sanas. Para los administrativos, los pacientes son un número de expediente, un apellido y, en el mejor de los casos, una persona con nombre y apellido. Para el cuerpo médico los pacientes se distinguen entre sí por su número de cuarto, de cama, o bien, por su patología. El personal de enfermería y de trabajo social que está más en contacto con los pacientes llega incluso a designarlos coloquialmente por vocablos extraídos del léxico parental: “m’hija”, “mami”, “madre” o “padre”. (En su relato autobiográfico, el Dr. Testa (1996) revela que, durante su hospitalización en un hospital de Buenos

Aires, la joven enfermera lo llamaba “bebé” y “muñeco”). Es menester precisar que los términos empleados para sustituir el nombre completo del paciente varían en función de la localización geográfica de la institución de salud, las prácticas locales del lenguaje, el perfil del personal de salud y el tipo de hospital al que se acude: público o privado. En México pueden escucharse comúnmente los prefijos “don” y “doñita” -cuando se trata de pacientes de edad avanzada-, y “enano” o “enana” en instituciones pediátricas para hablar de un niño o de una niña.

Así, en el contexto de una relación entre los trabajadores del sector salud y los pacientes, el empleo de estos términos indica un supuesto nexo de parentesco o, por lo menos, una posición relacional dentro de una familia. También marca simbólicamente una diferencia de estatus, porque frente a la libertad que suelen tener los médicos y las enfermeras para dirigirse a los pacientes -a mayor contacto con ellos mayor familiaridad- estos últimos generalmente utilizan una forma respetuosa para dirigirse a quienes los atienden por respeto y temor a padecer represalias en caso de inconformidad. En suma, este juego de lenguaje no deja de ser un juego de poder que refleja tanto el trato organizacional de los enfermos como el estado emocional respectivo de quienes interactúan. Entre el respeto sincero y el desprecio, existe un gran abanico de consideraciones posibles, dentro del cual está la simpatía genuina. Pero en el caso del uso despectivo de ciertos términos para designar al paciente, incluso al menor de edad, no deja de afectar la integridad psicológica del enfermo quien suele buscar mecanismos ocultos para resistir.

Cuando la institución médico-hospitalaria se refiere a la categoría genérica de “los pacientes”, debe recordarse que tal categoría agrupa tanto a

hombres como a mujeres. Salvo lugares donde se atiende exclusivamente a pacientes de un solo sexo, como las clínicas de la mujer, por ejemplo, la integración de sujetos de ambos sexos en la población de los “pacientes” no es una cosa anodina. El rol de paciente es notoriamente diferente cuando se trata de una mujer o de un hombre. Como lo mencionan los investigadores Tagliacozzo y Mauksch (1982: 321) “Así se supone que el hombre debe controlar más la conducta expresiva basada en quejas y gemidos, y se desaprueba menos a la mujer cuando explota el papel de enferma mediante una conducta pasiva y dependiente. Por lo común, toda la muestra estudiada concordó en que era más difícil para el hombre ser paciente”.

De manera general, el varón es menos paciente que la mujer; no ha sido educado para esperar, puesto que en las sociedades donde la dominación androcéntrica es la norma se prioriza mayormente la atención del hijo por sobre la hija, del alumno por sobre la alumna, del trabajador por sobre la trabajadora. El hombre pasa primero porque su sexo predetermina socialmente su posición ventajosa en el orden de prelación para ser atendido en casa, en la escuela, en el espacio laboral, para ocupar cargos de importancia, etc. De manera paradójica, esta preeminencia del género masculino pone en desventaja al hombre cuando se enferma y debe ponerse en manos de médicos para recobrar su salud. En el ámbito de la atención a la salud regido por un orden de prioridad basado en citas de consulta interna, o bien en el orden de llegada y la gravedad de los padecimientos, para el caso de consultas externas, la diferencia de los sexos pasa a segundo plano. Asimismo, el paso de “enfermo” a “paciente”, tal como lo estudió Zola (1967), es generalmente más difícil para los hombres que para las mujeres por el sencillo hecho de que ellas suelen integrar la paciencia y la docilidad como valores propios de su género.

Además, para las mujeres que cuidan a sus hijos o miembros de su familia, es prioritario reducir el tiempo de duración de su dependencia para con la institución médica mediante una cooperación activa para con el personal de salud. Así, las unidades médicas exigen al paciente masculino adquirir una aptitud que caracteriza a la mujer. En este sentido, mujeres y hombres se encuentran en pie de igualdad cuando están en el rol de pacientes.

Ya Rossi muy atinadamente señala: “Alentar la adecuación de los pacientes y de los usuarios al proyecto biomédico contemporáneo induce a una reformulación del estatus y del lugar del ser humano –mujeres y hombres– al encarar la salud y la enfermedad. En ese sentido, un sujeto racionalizado se vuelve normalizado: se somete a la optimización” (2018: 23).

2. La “posesión” del paciente

El control de los pacientes es un fenómeno multidimensional que empieza, para quienes están hospitalizados, por un proceso de despersonalización con el otorgamiento de un gafete o de un brazalete de color, al tiempo que se les pide desprenderse de su ropa. La bata se vuelve el uniforme de quienes están siendo atendidos, quienes tienen un expediente médico y hacen de la espera su principal aliada mientras resuelven su problema de salud. En caso de los médicos que ejercen su actividad fuera de las instituciones de salud, los pacientes están enlistados en su base de datos de tal forma que constituyen su clientela. La posesión de una clientela garantiza ingresos al médico al mismo tiempo que le otorga una positiva visibilidad en el territorio social donde ejerce su profesión.

El vínculo entre el personal del hospital y los familiares es una relación de poder mediatizada por la institución, en la cual cada parte desarrolla una

serie de estrategias para reivindicar su rol respectivo y defender sus intereses. Enfermos y acompañantes tienen la expectativa de una atención rápida y eficiente, así como de recibir un buen trato por parte de los trabajadores del sector salud, mientras que estos últimos esperan de los usuarios docilidad, paciencia y disciplina.⁴ Parsons (1999: 297) escribe: “A la obligación del doctor de utilizar su autoridad ‘responsablemente’ en interés del paciente, se corresponde la obligación del paciente de aceptar fielmente las implicaciones del hecho de que se trata de un ‘paciente del doctor X’ y mientras permanezca en ese estatus tiene que ‘hacer su parte’ en la empresa común”. El paciente y sus familiares pueden quejarse e incluso demandar a una enfermera o a un doctor por negligencia médica, pero, por su parte, los miembros de la institución tienen la posibilidad de emplear medidas de represalia hacia los quejosos e incluso negarles la atención médica. Lo que está en juego en esta relación de poder –que se verifica en la presencia (a la vez obligada, necesaria y voluntaria) de los familiares– es el control de la calidad en el servicio. Tan generalizada es esta situación, que en México la propia Secretaría de Salud (2023: 35) señala que es “fundamental incorporar en el personal, procesos de deconstrucción de las actitudes hostiles y soberbias, y de reaprendizaje de empatía y manejo positivo de las emociones.”

Por lo que hace al paciente hospitalizado, no tiene otra opción que la de transferir su soberanía a médicos y enfermeras quienes representan a la institución. Su debilidad física y la gravedad de sus malestares merman frecuentemente su voluntad para asumir el control soberano de su proceso de curación. El fenómeno de la desposesión de la identidad previa del internado en lugares de en-

cierro, como lo estudió Goffman (2001), puede aplicarse al hospital.

“A fin de asegurar el cumplimiento de una regla o un régimen particular aun cuando el paciente no percibe con claridad sus beneficios, los médicos y las enfermeras se basan en procedimientos que reducen el sentido de la autonomía y alientan la aceptación del tratamiento rutinario. Una técnica preferida para restringir la condición social del paciente es tratarlo como una entidad no personal.” (Lorber, 1982: 335)

El paciente existe a partir del momento en el que deja de ser totalmente dueño de sí mismo. Su debilidad física y su vulnerabilidad emocional le impiden, hasta cierto punto, gozar de la misma autonomía que una persona sana. Por un lado, su soberanía se ve mermada por sus padecimientos y por el otro, se vuelve dependiente. Cuando está imposibilitado para subvenir por sí solo a sus propias necesidades, el enfermo es reducido a ser dependiente de uno o varios miembros de su familia. Este sentimiento de dependencia lo expresan los familiares cuando hacen guardia en las salas de espera. El enfermo es un sujeto que, aun sin gozar de toda su vitalidad y de las facultades de una persona con salud, sigue siendo autónomo. El enfermo es todavía capaz de velar por su tratamiento, sus terapias, mientras que un paciente no lo es. “...el papel del enfermo ha llegado a identificarse casi completamente al rol del paciente. El enfermo se ha convertido en alguien a quien se le quita prácticamente toda responsabilidad hacia su enfermedad”, afirma Iván Illich (1975: 61). Siguiendo el pensamiento de ese autor, podemos afirmar que la biomedicina expropia al enfermo de su enfermedad para convertirlo en un sujeto carente de potestad: el paciente.

⁴ Esta relación existe desde tiempo pretéritos tal como nos lo recuerda Laín Entralgo (1969: 28) cuando dice que para Platón el enfermo es amigo del médico a causa de su enfermedad.

La autonomía del enfermo en la vida cotidiana es, por ejemplo, la de los millones enfermos de diabetes que van a consulta externa de manera regular, toman sus medicamentos y se presentan para recibir sus dosis semanales de insulina. Pero cuando surge una agravación de la enfermedad, la persona diabética debe ser tratada. Cambia de categoría. Mejor dicho, pasa de la categoría de enfermo autónomo a enfermo dependiente. Primero son sus familiares -en general mujeres- quienes lo tratan como *su* paciente. Le dan los cuidados esenciales hasta llevarlo a un hospital para ser atendido en Urgencias. En virtud del amor que sienten por él o por ella, así como de los nexos de parentesco con que están relacionados y de la cercanía emocional que sienten por el enfermo, se “apropian” de él. Esta transferencia a terceros de la responsabilidad de su vida lo convierte automáticamente en paciente, dado que es un sujeto pasivo que espera la remisión de sus males mediante la intervención de un cuerpo de profesionales. Ha transferido, voluntariamente o no, la soberanía de su salud. Deja que los medicamentos y las terapias tengan el efecto esperado sobre su organismo, por lo que se resigna a cumplir con lo que se le pide.

“La estructura vertical de la organización del hospital confluye en el paciente. Este se halla sometido a las decisiones que emanan de todos los grupos del personal. Tanto para la administración del hospital como para el sector médico y para-médico, el paciente debe ser fundamentalmente pasivo para garantizar su adaptación a condiciones preestablecidas (...) Tanto la organización médico-docente de la cátedra como la estructura administrativa hospitalaria tienden a la instrumentación del paciente quien, en la práctica, ya no es el beneficiario de la institución sino el ‘objeto’ indispensable para la con-

secución de fines extra-asistenciales” (Crivos, 1988: 134; 137).

Es posible ver en la administración del paciente una transferencia del “poder de la vida y la muerte” -como lo llamó Foucault en torno al derecho del soberano (2001: 218)-, a médicos amparados por instituciones de salud. La encomienda del paciente (y de sus acompañantes que deben ser dóciles, disciplinados y pacientes también) es esperar. A menores ingresos y mayor vulnerabilidad social, más tiempo esperarán. El paciente pobre es ante todo un paciente que ha aprendido a ejercer la paciencia para poder ser beneficiario de una ayuda o de un servicio por parte de la administración pública. En ese sentido, es el blanco privilegiado de la expropiación de su tiempo por parte del Estado. “Los habitantes urbanos pobres, aprenden a ser pacientes del Estado, a través de frecuentes intercambios con políticos, burócratas y funcionarios”, escribe el sociólogo Auyero (2013: 25). En el sector público de salud es común encontrar a los estratos más bajos de la pirámide socioeconómica conformados por individuos que el Estado ha “domesticado” para aprender a esperar en todos los trámites administrativos que realizan. La espera es para ellos la condición de posibilidad para existir institucionalmente. Pierre Bourdieu reflexiona sobre el fenómeno de la espera dentro de las relaciones de poder:

“La espera es una de las maneras privilegiadas de experimentar el poder, así como el vínculo entre el tiempo y el poder, y habría que inventariar, analizar, todas las conductas asociadas al ejercicio de un poder sobre el tiempo de los demás, tanto por parte del poderoso (dejar para más tarde, dar largas, dilatar, entretener, aplazar, retrasar, llegar tarde; o, a la inversa, precipitar, sorprender) como del ‘paciente’, como

suele decirse en el universo médico, uno de los paradigmas de la espera ansiosa e impotente. La espera implica sumisión: propósito interesado de algo particularmente deseado, que modifica de manera duradera, es decir, durante todo el tiempo que dura la expectativa, la conducta de quien, como suele decirse, está pendiente de la decisión esperada” (1999: 302).

La manera de relacionarnos en una interacción mediatizada por el tiempo, y particularmente respecto del fenómeno de la espera, señala -indirectamente- el estatus respectivo de quienes participan en ella. Las diferencias que se manifiestan entre quienes esperan y quienes hacen esperar, entre quienes determinan el tiempo legítimo de duración de una interacción -incluyendo su frecuencia- y quienes acatan estas determinaciones temporales, indican una relación de poder. Aplicada al ámbito de la salud, la mediatización temporal de las relaciones interpersonales tiende a reforzar el rol respectivo de cada categoría de individuos. En lo concerniente a los pacientes, su grado de integración con las instituciones de salud señala la existencia de diferentes tipos de pacientes.

3. Tipología de pacientes

Antes de examinar los estereotipos de pacientes manejados en el sector salud, conviene tomar en cuenta los siguientes elementos:

“...ll) una relación médico-paciente asimétrica; m) relación de subordinación técnica y social del paciente, que puede llegar a la sumisión (institución psiquiátrica); n) concepción del paciente como ignorante, como portador de un saber equivocado; ñ) el paciente como responsable de su enfermedad; o) inducción a la participación subordinada y pasiva del pacien-

te como ‘consumidor de acciones de salud’...” (Menéndez, 1998: 18)

Esta lista no exhaustiva de supuestos basados en la reproducción de la base del modelo biomédico infiere una serie de conductas complementarias cuya correspondencia permite, en principio, una satisfacción tanto del paciente como del personal de salud.

Generalmente, el paciente adapta su conducta para adecuarla a lo que el médico y las enfermeras esperan de él, expectativas que rara vez son expresadas verbalmente. El ser un “buen paciente” se resume frecuentemente a hacer una muestra de cooperación, paciencia y resignación. En condiciones normales, es decir, al margen de una situación de conflicto entre el enfermo y el personal, estas expectativas se basan en la posición del paciente en la institución proveedora de atención a la salud. En efecto, no tiene las mismas incidencias ser cliente de un hospital privado, que ser derechohabiente de un hospital público. En el primer caso, el paciente puede exigir una calidad de atención a la altura de lo que paga, mientras que en el segundo, anticipadamente mira limitadas sus expectativas. A esta relación económica con la institución de salud, como factor determinante de las expectativas del paciente, debe sumarse la eficacia diferenciada de cada unidad de salud.

Si el personal es insuficiente y los enfermos, en número excesivo, es más probable que el paciente muestre una mayor tolerancia en cuanto a un tiempo de espera más largo y a una corta duración de la consulta. “Uno de los factores en que se basan los escrúpulos del paciente para no imponer demandas al personal hospitalario es su conciencia de la presencia de otros, con frecuencia más enfermos que él...” (Tagliacozzo y Mauksch,

1982: 315). Motivado por la empatía y el deseo de pasar desapercibido, el paciente suele contener su deseo ser atendido. La mirada de los demás y la mirada sobre los demás refuerza el proceso de imitación en el paciente, de tal manera que tiende a actuar de la misma forma que sus correligionarios con tal de ser visto como “buen paciente”.

Estudios como el de Lorber (1982), y la narración de un médico argentino hospitalizado en cardiología (Testa, 1993), nos enseña cuáles son las expectativas mutuas del personal médico de un hospital por un lado y de los pacientes, por el otro. Se confirmó que existe el estereotipo del “buen paciente” y del “paciente difícil”. El primero es un paciente amable, dócil, que coopera con el médico y las enfermeras. Puede experimentar dolor y necesitar una medicación diferente, pero no se queja de la atención recibida. El “buen paciente” es el paciente que no quita al personal un tiempo indebido debido a sus preguntas, quejas y solicitudes de atención. En cambio, el “paciente difícil” es alguien que pide explicaciones de tal forma que las respuestas que recibe dependen de su cooperación. Condiciona la aceptación de su rol de paciente. Pide más atención que los demás pacientes y distrae al personal, al grado de provocar molestia. La manera ruda y hasta despótica en cómo reclama a médicos y enfermeras lo ubica en la categoría de “paciente difícil”. La investigadora Lorber precisa que encontró, en el discurso del personal, dos tipos de “pacientes difíciles”: quienes exigen una atención constante -debido al dolor que padecen-, pero al final son agradecidos, y quienes por su carácter y tendencia hipocondríaca exigen indebidamente una atención adicional. Los primeros son, hasta cierto punto, disculpados, mientras que los segundos son precozmente dados de alta (Lorber, 1982).

Ahora bien, la calificación del paciente por el personal médico puede referirse también a su capacidad de comprensión y, por ende, de cooperación. Al respecto, Menéndez (1998: 21), siguiendo a Donovan y Blake, acepta que se ha desarrollado el tipo ideal de paciente que es el “paciente bien informado”, es decir, un sujeto enfermo que posee un saber particular que traslada a la comprensión de su propia experiencia de enfermedad. En un estudio llevado a cabo en el suroeste de los Estados Unidos, el equipo de investigadores de Street (2005) descubrieron que el paciente con quien los médicos interactúan más es preferentemente blanco y cuenta con estudios superiores. El poder referir, por parte del paciente, un padecimiento con una rápida asimilación de los términos técnicos, de los tipos de exámenes y los procedimientos quirúrgicos que corresponden, permite a los doctores ahorrar tiempo en sus explicaciones.

“Es usual afirmar que un ‘buen paciente’ es aquel que ‘posee cultura’, cultura suficiente para comprender y seguir las orientaciones y cuidados transmitidos por el médico o enfermero. Este tipo de paciente es contrastado con el ‘sin cultura’, considerado un paciente más ‘difícil’, que actúa equivocadamente por ‘ignorancia’ o guiado por ‘supersticiones’” (Langdon y Wilk, 2010: 178).

Aunado a lo anteriormente señalado, puede aseverarse que un paciente informado es un paciente que se comporta como alguien interesado por la medicina, alguien que es capaz de informarse por sí solo y, eventualmente, por medio de profesionistas experimentados. Enfermeras y médicos valoran sobremanera el hecho de que un paciente sea comprensivo, sepa esperar de forma abnegada y no les quite su tiempo, pues el personal médico es quien posee la hegemonía del control de la duración de su interacción con cada paciente.

El hacer esperar puede resultar ser una estrategia del médico para controlar el tiempo de quienes vienen a consultarlo, aunque represente para el galeno una mayor carga de trabajo. De forma muy atinada, Pritchard anota: “La paradoja central es que los médicos, que se convencen de que son personas ocupadas sin tiempo suficiente, automáticamente pierden su autonomía de tiempo y la libertad que la acompaña. Al aceptar el poder de controlar el tiempo de las personas, pueden perder el control de su propio tiempo, siendo éste una fuente de poder” (1992: 88). Tener una agenda saturada es visto como una marca de prestigio. El tiempo promedio de espera para sacar una cita y para permanecer en la sala del consultorio antes de ser atendido, da a los enfermos una indicación de la fama del galeno.

Para un médico que ejerce en un consultorio privado, hacerse de una clientela es un factor decisivo para asegurar la regularidad de sus ingresos mensuales. Esta economización de la salud, hace eco a lo que Álvarez Cordero (2014) apunta en su editorial cuando señala que en los Estados Unidos la complementariedad entre el “*health care provider/ health care consumer*” tiende hacia una satisfacción mutua entre el proveedor de servicios en materia de salud y el cliente. En cuanto a la rutinización del proceso de atención de los enfermos asegura el seguimiento futuro de los mismos y posiblemente de su familia respectiva y gente cercana. A mayor número de clientes, mayor es el tiempo de espera.

Otro aspecto de esta relación desigual es la de contar con pacientes cautivos. Tener una clientela, es decir una lista de personas que han acudido una o varias veces para ser atendidas por un problema de salud, es una información valiosa, un bien simbólico que posee un valor fiduciario. Al momento de abrir un nuevo gabinete médico, traspasarlo o

venderlo, la clientela puede formar parte o no de la transacción, según el tipo de acuerdo. Un médico que se muda lejos o se jubila puede “ceder” sus pacientes a su sucesor.

En el caso de un servicio de Urgencias, el personal médico se ve obligado a priorizar la atención de los pacientes que se presentan en función de la gravedad de su estado. Esta valoración médica sucinta sobre la base de algunos criterios básicos, conocida como Triage (Illescas, 2006), responde a la imposibilidad de atender a todos los pacientes en cuanto llegan, debido a su número excesivo, el número reducido de médicos o por los espacios limitados en la sala de espera. Asimismo, los enfermos son divididos en categorías (generalmente asociadas a un color) y quienes cuyo estado de salud no es juzgado grave; entonces son relegados a la categoría de los que van a esperar más, o bien, se les puede negar la atención médica y mandar a consulta externa. En otras palabras, los pacientes cuya enfermedad o traumatismo no es juzgado prioritario en la evaluación del Triage, son conminados a ser los más pacientes. Si bien este sistema permite una gestión racional de los recursos médicos disponibles, por otro lado, legaliza la espera de los pacientes. Asimismo, es posible afirmar que el Triage -incluso con diferentes intervalos de tiempo de espera según las categorías de enfermos- “fabrica” pacientes porque deben esperar recibir una atención médica durante el tiempo que corresponde a su estado de salud (Lutz, 2023).

Otro aspecto que caracteriza al paciente es la doble reducción de su volición, por la enfermedad y por la intervención médica. La solicitud de firmar un documento antes de una intervención quirúrgica, es una acción legal y necesaria que, no obstante, refuerza la dependencia del paciente para con la institución médica. Dicho documen-

to avala el procedimiento y descarga anticipadamente al personal de salud de posibles complicaciones y efectos secundarios. Aun cuando el paciente se encuentre en sus cinco sentidos, su delicado estado de salud junto con los efectos secundarios de las medicinas suministradas previamente, disminuye notablemente su capacidad de juicio. Generalmente no le dan mucho tiempo para leer a detalle el documento y madurar su decisión. En caso de pacientes inconscientes o imposibilitados para firmar, la entera decisión recae en su acompañante. Al respecto, Beltrán Salazar escribe:

“No poder decidir y valerse por sí mismo es una situación que contribuye al sufrimiento espiritual de los pacientes, así como también contribuyen el desconocimiento de sus decisiones por parte del equipo de salud y la forma de proceder de los enfermeros cuando realizan acciones tendientes a satisfacer las necesidades de los pacientes, que no consultan sus gustos y preferencias o cuando no son realizadas con las debidas consideraciones y afecto” (2008: 95).

Cabe agregar que esta voluntad de intervenir en el destino de los cuerpos puede llegar a expresarse como una forma de violencia ejercida sobre los enfermos al amparo del status de la profesión de médico (Castro, 2014). El lenguaje puede servir como instrumento de dominación entre quien hace las preguntas y quien contesta porque el personal de salud asume el control del tiempo de interacción. Cuando existe, la violencia verbal se suele manifestar mediante el uso intencional de términos técnicos desconocidos por las personas ajenas al campo médico. El empleo de un lenguaje capcioso se relaciona a menudo con una comunicación en forma de encuesta que el médico aplica indiscriminadamente a todos los pacientes para poder identificar una patología y

descubrir las causas de la misma; la exigencia de una respuesta clara y precisa a cada pregunta guía la entrevista. Las palabras hablan. Prescribir se convierte en una orden tajante cuando no viene acompañado por una explicación de las virtudes de las medicinas; la pedagogía tiende a reducir las barreras sociales y simbólicas. En suma, el lenguaje es un elemento clave para comprender la naturaleza de las asimetrías entre el personal de salud y los pacientes.

Conclusiones

Designado a un enfermo atendido por un médico, el término “paciente” posee, en su mismo sentido etimológico, el doble significado de alguien que sabe esperar y, adicionalmente, alguien resignado, abnegado y dócil. Siendo su origen una virtud religiosa, la paciencia, una vez secularizada por las instituciones médicas y hospitalarias, se constituye como la principal actitud que debe de tener el enfermo cuando recibe un tratamiento. Se le pide paciencia para lograr ver los resultados de su tratamiento, al mismo tiempo que se le exige una total confianza y cooperación para con los médicos. La libertad del paciente es acotada; consiente someterse a tiempos diferentes y depender de los poseedores del saber médico. La pérdida de autonomía disminuye no solamente la capacidad de acción del sujeto enfermo sino también su libertad de expresión.

El paciente es una invención de la medicina occidental desde que lucha por la hegemonía de la atención a la salud en contra de los practicantes de la medicina tradicional⁵. La organización moderna del saber médico requirió de la sujeción

⁵ Foucault (1978: 28) escribe: «Solamente en esas relaciones de lucha y poder, en la manera como las cosas entre sí se oponen, en la manera como se odian entre sí los hombres luchan, que procuran dominarse unos a otros, comprendemos en qué consiste el conocimiento».

de los enfermos para afianzar su poder. En otras palabras, el enfermo se ha convertido progresivamente en paciente al ser atendido por médicos acreditados e instituciones hospitalarias. Desde el siglo XVI, aproximadamente, el paciente se ha constituido en objeto de la ciencia médica -sujeto que habla, piensa y padece-. Existe administrativamente como un expediente que contiene su historial médico, dado que es inmune a los accidentes y a la enfermedad. Visionario, Ivan Illich escribió hace medio siglo: “La nueva política médica tiene como principal propósito la programación del sistema industrial en vista de reducir los riesgos de caída; transforma el mundo en hospital para pacientes vitalicios” (1975: 101). Así que el paciente posee esa característica de ser dependiente, de formar parte de un sistema, característica que lo diferencia del enfermo que padece de un disfuncionamiento fisiológico, biológico o corporal, pero que aún no es cliente de ningún profesional de la salud. El enfermo sufre, pero sigue estando libre de sus movimientos, de sus decisiones, por lo que generalmente es visto por el personal médico como un sujeto desidioso e ignorante que desatiende los síntomas de su patología poniendo en riesgo su salud y la probabilidad de recuperarse, e indirectamente afecta a la sociedad (ausentismo laboral, días de incapacidad, movilización de su círculo familiar, mayor costo para el sistema de salud). El médico funge como policía de los usos y costumbres. El enfermo solo tiene dos herramientas para remediar sus males sin perder del todo su autonomía: la automedicación y el recurso a especialistas no reconocidos por las instituciones de salud.

Un elemento más que se mostró en el presente ensayo es la construcción, por parte del personal médico de, por lo menos, dos tipos de paciente. Se trata de la elaboración empírica de estereotipos basados en la experiencia y en las expecta-

tivas del personal de salud en su interacción con los enfermos. El “buen paciente” es un enfermo que se comporta tal como se espera, es decir, alguien que tiene plena confianza en el médico y en las enfermeras, que reduce sus solicitudes de atención a lo elemental, que no exige ni se queja. En cambio, el “paciente difícil” es alguien que pide al personal un tiempo que no puede ni está dispuesto a consagrar a un solo individuo; es un paciente inconforme que negocia su cooperación. Cabe señalar que las condiciones organizacionales de atención a la salud, en particular las condiciones laborales, el tipo de atención médica que se brinda y la afluencia de los enfermos, tienden a moldear el contorno de las categorías del “buen paciente” y del “paciente difícil”. Por ejemplo, la situación de *burn out* de un personal de salud insuficiente y mal pagado alimenta el prejuicio de que todo paciente es un paciente “difícil”. En el contexto del sector privado, médicos empáticos y perceptivos suelen establecer una relación de proximidad para con sus clientes, adaptándose a sus requerimientos y necesidades (Vega Hurtado, 2020). En todo caso, en el modelo biomédico, la relación médico-paciente es una relación vertical basada en la transmisión condicionada de una información: el diagnóstico y de su correlato: el tratamiento. Empero, la naturaleza de esta relación varía en función del contexto, y en ciertas circunstancias, el personal médico puede verse obligado a desarrollar una interacción amplia y simpática con sus pacientes para lograr su curación (George, 2010). La experiencia de profesionales de la salud hospitalizados ha permitido a una parte de ellos comprender mejor las angustias y expectativas del enfermo, y desarrollar posteriormente una mayor empatía con sus pacientes (Testa, 1993). De hecho, la pandemia de Covid-19 ha provocado que cierto número de médicos y enfermeras fueran hospitalizados y vivieran la condición de paciente.

De manera general, el mejoramiento de la atención en los sistemas de salud requiere más que talleres y cursos de sensibilización en hospitales y unidades médicas. Tal vez podría ser útil volver a cultivar la noción de *philia* defendida por los pensadores griegos, es decir la amistad entre médico y paciente como elemento clave de la relación

entre ambos (Laín Entralgo, 1969). La humanización de la relación entre proveedores de servicio de salud y beneficiarios es posible siempre y cuando se cultive una confianza mutua sin priorizar consideraciones de tiempo, como Balzac nos lo ha descrito vívidamente en su novela *El médico rural*.

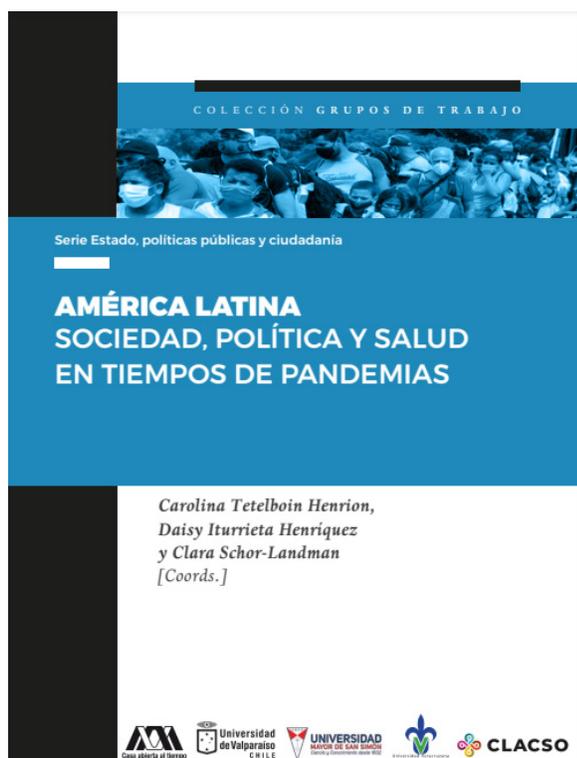
Referencias bibliográficas:

- ÁLVAREZ CORDERO, R. (2014). “Paciente y padeciente”, *Revista de la Facultad de Medicina*, vol.57, Núm. 5: 1-2.
- AUYERO, J. (2013). *Los pacientes del Estado*. Buenos Aires: Eudeba.
- BALZAC, H. de. (2005). *El médico rural*. Madrid: Tres Cantos.
- BELTRÁN SALAZAR, O. (2008). “Estar críticamente enfermo significa no ser capaz y no poder decidir”, *Index de Enfermería*, vol.17, Núm. 2: 92-96
- BOURDIEU, P. (1999). *Meditaciones pascalianas*. Barcelona: Anagrama.
- CARDOSO GÓMEZ, M.A., et. al. (2014). “Padeciente: un aporte conceptual para la conformación de un modelo de atención a las enfermedades crónicas”, *Revista de la Facultad de Medicina*, vol.57, Núm. 5: 32-42.
- CARDOSO GÓMEZ, M.A., et. al. (2022). “La cultura del padeciente en el descontrol de la enfermedad crónica no transmisible”, *Revista de la Facultad de Medicina*, vol.65, Núm. 3: 40-57.
- CASAS PATIÑO, D.; RODRÍGUEZ TORRES, A.; y CASAS PATIÑO I. (2015). “Medicina basada en existencias: la espera del paciente en un acto médico agotado”, *Medware*, vol.15, Núm. 2: 1-8.
- CASTRO, R. (2014). “Génesis y práctica del habitus médico autoritario», *Revista mexicana de sociología*, vol.76, Núm. 2: 167-197.
- CRIVOS, M. (1988). “Estudio antropológico de una sala de hospital”, *Medicina y Sociedad*, vol.11, Núm. 5-6: 127-137.
- FERRERO, L. (2003). “Tiempo y ritual en la organización del cuidado médico”, *Cuadernos de Antropología Social*, Núm. 18: 165-183.
- FOUCAULT, M. (1978). *La verdad y las formas jurídicas*. México: Gedisa.
- FOUCAULT, M. (2001). *Defender la sociedad. Cursos en el Collège de France (1975-1976)*. México: FCE.
- GEORGE, M. (2010). “Voice of Illness and Voice of Medicine in Doctor-Patient Interaction”, *Sociological Bulletin*, vol.59, Num. 2: 159-178.
- GOFFMAN, E. (2001). *Internados: ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*. Buenos Aires: Amorrortu.
- HIPÓCRATES. *Tratados hipocráticos*. Madrid. Ed. Gredos.
- ILLESCAS FERNÁNDEZ, G. J. (2006). “Triage: atención y selección de los pacientes”, *Trauma*, vol.9, Núm. 2: 48-56.
- ILLICH, I. (1975). *Némesis médicale. L'expropriation de la santé*. Paris: Akklesia.
- JAEGER, W. (2001). *Paideia: los ideales de la cultura griega*. México: FCE.
- LAÍN ENTRALGO, P. (1969). *El médico y el enfermo*. Madrid: Ed. Guadarrama.

- LAÍN ENTRALGO, P. (1970). *La medicina hipocrática*. Madrid: Ed. Castilla.
- LANGDON, E. J., y F. BRAUNE WILK. (2010). “Antropología, salud y enfermedad: una introducción al concepto de cultura aplicado a las ciencias de la salud”, *Revista Latino-Americana Enfermagem*, vol.18, Núm. 3: 177-185.
- LAPLANTINE, F. (1999). *La antropología de la enfermedad*. Buenos Aires: Eds del Sol.
- LIPS-CASTRO, W. (2017). “La conceptualización de la enfermedad y algunas de sus designaciones: el aporte de un estudio etimológico comparado”, *Gaceta Médica Mexicana*, Núm. 153: 134-142.
- LORBER, J. (1982). “Pacientes fáciles y difíciles: concordancia y divergencia en un hospital general”. En Gartly Jaco E. (Comp.) *Pacientes, médicos y enfermedades*. México: IMSS, 335-359.
- LUTZ, B. (2023). *Etnografía de la espera en Urgencias. Caso de los hospitales públicos de la Ciudad de México*. Ciudad de México: UAM-X.
- MENÉNDEZ, E. (1998). “Modelo médico hegemónico: reproducción técnica y cultural”, *Natura Medica*, Núm. 51: 17-22.
- PARSONS, T. (1999). *El sistema social*. Madrid: Alianza Editorial.
- PÉREZ MARC, G. (2007). “Filosofía de la enfermedad: vulnerabilidad del sujeto enfermo”, *Archivos Argentina Pediatría*, núm.105, Vol. 2: 134-142.
- PRITCHARD, P. (1992). “Doctors, patients and time”. En Frankenberg, R. *Time, Health and Medicine*. London: Sage Publications, 75-93.
- REAL ACADEMIA ESPAÑOLA. *Diccionario de la lengua española*, 23.a ed. <https://dle.rae.es> (consulta 10 septiembre 2023).
- ROSSI, I. (2018). “Implicaciones culturales y sociales de la medicina”, *Revista de Conamed*, vol.23, supl.1: s19-s23.
- SÁNCHEZ MANZANO, M.A. (1993). “La exhortación a la paciencia. Tertuliano, San Cipriano y San Agustín y la evolución de la prosa”, *Epos Revista de filología*, Núm. 9: 51-65.
- SECRETARÍA DE SALUD. (s/f). *Glosario de términos aplicados a la seguridad del paciente*. 14p. <https://www.gob.mx/salud/documentos/herramientas-y-recursos-de-seguridad-del-paciente> (consulta 12 de septiembre de 2023).
- SECRETARÍA DE SALUD. (2023). *Hospitales y unidades de salud interculturales, amigables, sustentables y saludables*. https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/806393/Hosp_intercultural_amigable_sustentable_y_saludable.pdf (consulta 22 de marzo de 2023).
- STREET, R. *et al.* (2005). “Patient Participation in Medical Consultations: Why some Patients are more Involved than others”, *Medical Care*, vol.43, Num. 10: 960-969.
- TAGLIACOZZO, D., H. O. MAUKSCH. (1982). “La opinión del paciente sobre el papel del paciente”. En Gartly Jaco E. (Comp.), *Pacientes, médicos y enfermedades*. México: IMSS, 309-334.
- TEJERIZO LÓPEZ, L. C. (2011). “El enfermo como concepto”, *Anales de la Real Academia Nacional de Medicina*, Tomo CXXVIII, Cuaderno Cuarto, Madrid, 723-734.
- TESTA, M. (1993). “El Hospital visto desde la cama del paciente”, *Salud, problema y debate*, año V, núm.9: 1-24.
- VEGA HURTADO, C. (2020). “Importancia de las estrategias de comunicación entre médico y paciente”, *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, vol.58, Núm. 2: 197-201.
- WITTGENSTEIN, L. (2009). *Tractatus logico-philosophicus*. Madrid: Gredos.
- ZOLA, I.K. (1967). “Pathways to the doctor - from person to patient”, *Social Science & Medecine*, vol.7, Issue 9: 677-689.

Reseña del libro: América Latina, sociedad, política y salud en tiempos de pandemia

José Arturo Granados Cosme*



Libro

América Latina, sociedad, política y salud en tiempos de pandemia

Tetelboin, C., Iturrieta, D. y Schor-Landman, C. [Coord] (2021).

Universidad Autónoma Metropolitana (México), Universidad de Valparaíso (Chile), Universidad Mayor de San Simón (Bolivia), Universidad Veracruzana (México), CLACSO.

* Profesor Investigador de la Maestría en Medicina Social y del Doctorado en Ciencias en Salud Colectiva, Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco. Correo electrónico de contacto: jcosme@correo.xoc.uam.mx

Se trata de una obra conformada por cuatro trabajos de una primera parte y trece de una segunda. Cada trabajo presenta temáticas particulares de gran relevancia y pertinencia, todos ellos con importantes contribuciones desde el prólogo y la introducción.

En esta compilación participaron 41 autoras y autores, en su mayoría mujeres.

Está patrocinado por múltiples instituciones y organizaciones como el Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales, la Universidad de Valparaíso, la Universidad Mayor de San Simón, la Universidad Veracruzana, la Agencia Sueca de Desarrollo Internacional y la Universidad Autónoma Metropolitana.

Este libro es, como todo texto, su contenido y su circunstancia, la obra global se entiende como producida en el momento más álgido de la pandemia de COVID-19, por lo que las autoras y autores nos advierten desde su inicio que sus análisis tienen carácter urgente y provisional dada la información disponible. Sin embargo, tanto sus premisas como inferencias y proyecciones muestran la rigurosidad imprescindible del análisis social y se distinguen por el enfoque crítico que caracteriza a la Medicina Social y la Salud Colectiva. En un contexto en que un fenómeno sanitario como una pandemia global se configuró en núcleo generador, a manera de ondas expansivas, de múltiples líneas de análisis de la sociedad globalizada mediante el libre mercado; es en esa vorágine que, a similitud de las “Letras de Emergencia” de Mario Benedetti, se hizo urgente este libro, no sólo para generar conocimiento científico sino también para combatir un discurso hegemónico que amenazaba con profundizar

la mercantilización del acceso a los servicios médicos y la desigualdad social ante la enfermedad y la muerte, colocando en el debate público, científico y político, la determinación social de la emergencia del COVID-19.

El análisis de esta pandemia, se constituyó al mismo tiempo, en una arena política en que se confrontaban versiones encontradas sobre su origen, efectos y más aún, sobre la forma en que las sociedades tenían que enfrentarlo; ahí también se debatieron los sustentos más profundos de dos regímenes políticos, los gobiernos de derecha, aún neoliberales y los denominados gobiernos progresistas. Esta dicotomía política adquiere, para el caso de América Latina, una particularidad interesante en virtud de los momentos diferenciados en que se encuentran las transiciones políticas por las que atraviesan varios países de la región.

Había una emergencia por identificar las causas inmediatas, atender a los enfermos y encontrar una cura (Curcio), pero en esa impronta, no podía abandonarse la mirada profunda a la que aspira el pensamiento médico social y de la salud colectiva: ¿qué papel juega el modo de producción vigente en la génesis de esta pandemia? ¿cómo ha determinado el capitalismo las capacidades con que las sociedades cuentan para enfrentarla?, todo esto mientras el COVID-19 se colocaba como la primera causa de mortalidad.

Así, fue urgente también retomar tres planteamientos teóricos fundamentales de dicho campo: 1. El proceso salud-enfermedad (PSE) es la expresión biológica de procesos sociales más amplios y complejos que tienen su origen en el modo de producción vigente, 2. Tanto el PSE como la respuesta que la sociedad organiza para atender-

lo, están socialmente determinadas y 3. El PSE se distribuye en la población de manera diferenciada dependiendo de la posición que cada grupo humano ocupa en la totalidad social. El reto fue entonces, formular un análisis crítico que integrara los diferentes planos y ámbitos de la estructura social que permitiera comprender al COVID-19 ya no sólo como una simple enfermedad transmisible. La compilación que aquí se reseña, tiene esa virtud, nos ofrece trabajos con análisis generales y particulares, por éstos últimos no sólo nos referimos a los casos de los países que se estudian (México, Brasil, Venezuela, Bolivia, Argentina y Chile), sino también a que se ofrecen trabajos con temáticas muy concretas como pueden serlo la calidad de los servicios médicos (Cisneros y González) o el impacto en poblaciones vulnerables (Torres; Iturrieta). El trabajo logra aportar valiosos elementos para obtener un amplio panorama de los aspectos sociales de la pandemia a nivel regional.

El COVID-19 se distribuye de manera diferenciada en una América Latina diversa, con procesos históricos locales en diferentes fases. La obra nos muestra dos análisis de la situación en Brasil (Carvalho y cols.; Angeli y cols.) con un régimen político que retornó a la derecha durante la pandemia, el caso de Argentina (Schor-Landman y cols.) en el comienzo del retorno de la izquierda y tras otro episodio de predominio de la derecha, un análisis Bolivia durante el golpe de Estado (Tejerina), otro de Venezuela en un estado que el autor califica de “estado de guerra” (Feo), Chile durante una importante movilización social (Muñoz, Parada) y el caso de México (Tetelboin y cols.) que se estrena en el viraje de la región a la izquierda, algunos de estos países devienen de una segunda “ola” de la izquierda, excepto México que llegó tarde a la transición política. La distribución diferenciada también se expresa en

fenómenos particulares como la articulación público-privada en la producción y oferta de los servicios médicos (Tamez), así como en su calidad (Cisneros y González), cobró particular importancia la comunicación en salud que se convirtió en espacio de desencuentro de intereses contradictorios y posiciones políticas (Rojas-Rajs), otro análisis profundiza en los efectos en la esfera salud mental (León). También se exploran poblaciones vulneradas como la población reclusa en Chile (Iturrieta) y los trabajadores que ven intensificada la precarización de sus condiciones labores desde el largo periodo neoliberal (Torres).

Además de identificar en el modo de producción capitalista la determinación social de la pandemia (Hernández y cols.), la obra particulariza en la forma histórica que ha asumido el trabajo en la sociedad actual, tanto en términos del trabajo asalariado como en el trabajo como concepto general, ya que relaciona la modalidad extractivista como el tipo de relación entre la humanidad y la naturaleza, con las condiciones socioambientales que propiciaron la aparición del COVID-19, resaltando los desequilibrios en el metabolismo humano como lo planteó Marx, que a su vez, alteran los frágiles “equilibrios” de la coexistencia de las especies y que se ven intensificados en el neoliberalismo. Esta fase del capitalismo aumentó la mercantilización y privatización de todos los satisfactores de necesidades humanas, regresó los derechos a mercancías, entre ellos los servicios públicos, estos procesos, se conjugaron con la flexibilización laboral, pérdida o disminución de la seguridad social, la disminución del valor de la fuerza de trabajo y el desfinanciamiento de los servicios de salud.

El COVID-19, encuentra a las poblaciones de la región en condiciones de empobrecimiento y con sistemas de salud desmantelados, afectando así

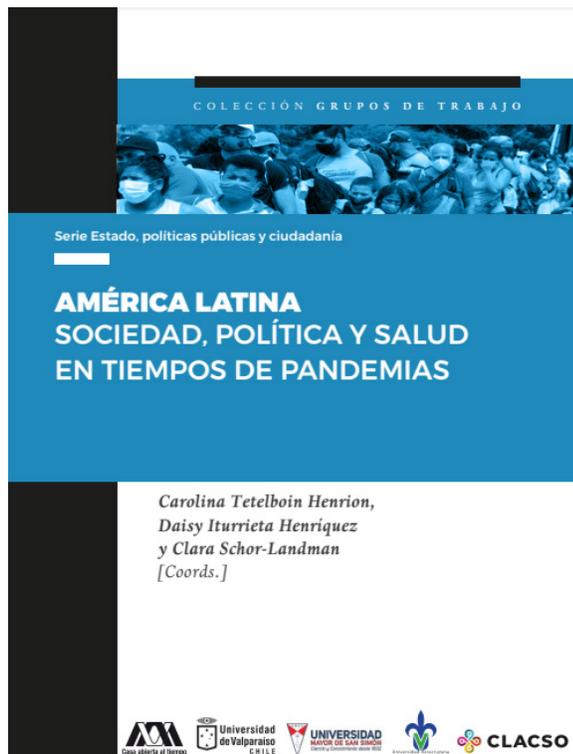
más a las clases trabajadoras. Los análisis que nos propone la obra, cada una en su particular aporte, desagregan en el fondo, un proceso de producción social de las desigualdades en salud.

Adquiere sentido entonces, la noción de determinación social de la salud y la enfermedad, pero también enfatiza la necesidad de diseñar e implementar alternativas dirigidas precisamente al origen estructural de las desigualdades, la obra nos plantea la urgencia de imaginar otras formas de

organización social que superen la explotación sin límites de la naturaleza y el resto de las especies, es decir, el antropocentrismo. La Medicina Social y la Salud Colectiva, plantean que, parte fundamental de la resolución en las desigualdades sanitarias, es el diseño e implementación de un sistema único de salud cuya formulación pasa por el reconocimiento de la salud como derecho, al Estado como responsable de garantizarlo y a la atención médica como uno de los principales satisfactores para producirla.

Reseña al libro *América Latina. Sociedad, política y salud en tiempos de pandemia*

Oliva López Arellano*



Libro

América Latina, sociedad, política y salud en tiempos de pandemia

Tetelboin, C., Iturrieta, D. y Schor-Landman, C. [Coord] (2021).

Universidad Autónoma Metropolitana (México), Universidad de Valparaíso (Chile), Universidad Mayor de San Simón (Bolivia), Universidad Veracruzana (México), CLACSO.

* Actual Secretaria de Salud del Gobierno de la Ciudad de México y profesora-investigadora de la Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco. Correo electrónico de contacto: oli@correo.xoc.uam.mx

El libro que hoy nos convoca y que celebramos su publicación: *América Latina. Sociedad, política y salud en tiempos de pandemia* bajo la coordinación general de Carolina Tetelboin Henrion; Daisy Iturrieta Henríquez; Clara Schor-Landman y prólogo de Cristina Laurell, es resultado del proyecto editorial del Grupo de Trabajo “Estudios Sociales para la Salud” del Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales (CLACSO).

Se trata de 17 trabajos con la participación de 41 autores de 8 países, que comparten las aproximaciones teóricas generales de la medicina social y la salud colectiva latinoamericanas, pero con una gran diversidad temática, metodológica y de experiencias concretas.

Por el momento en que fueron escritos (2020), todos ellos pueden considerarse pioneros de la reflexión compleja que va más allá de situar “El origen del mal” en la minúscula partícula mortífera que aterroriza el planeta, sin distinguir clases sociales, ni sexos, ni razas, como lo señala críticamente Uzcátegui, en su texto.

Todos los autores reconocen el hecho biológico, la existencia de un virus identificado como SARS-COV-2, que provoca la enfermedad de COVID-19, pero lo trascienden y muestran como las condiciones estructurales prevalecientes en la región, derivadas del modelo capitalista globalizado y privatizador se constituyen en una amenaza creciente, que depreda el ambiente, deteriora la vida de las mayorías y atenta contra el buen vivir y la convivencia social no violenta, al distribuir en forma inequitativa satisfactores, bienes, recursos y beneficios sociales, y que la pandemia solo viene a mostrarlas en toda su crudeza.

El libro está organizado en dos grandes apartados, el primero aborda procesos generales, mientras que el segundo concentra las experiencias nacionales.

La primera parte inicia con los trabajos “Coronavirus: Salud Mental Colectiva, crisis civilizatoria y Buen Vivir” de José León Uzcátegui y “A humanidade na encruzilhada: a luta contra a barbárie no pós covid – reflexões desde o Brasil” de José Carvalho de Noronha, Leonardo Castro, Gustavo Souto de Noronha y Ana Maria Costa. Ambos textos parten de una visión ético-política, con críticas al actual modelo civilizatorio, al orden capitalista y a la vulneración de la vida.

“La pandemia de la enfermedad por coronavirus (Covid-19) desde una perspectiva crítica histórico-territorial” de Mario Hernández Álvarez, Lilliana Henao Kaffure, Juan Carlos Eslava Castañeda, Manuel Vega Vargas, Deisy Arrubla, Carolina Tetelboin Henrion, Sánchez, Javier Rodríguez Ruiz y Marcela Vega Vargas, analiza los procesos políticos y las reformas de salud en Chile, Colombia y México y contribuyen a entender estas reformas como procesos socio políticos, no sólo decisiones técnicas y de gestión.

Pasqualina Curcio Curcio es autora del texto “La carrera por la vacuna contra la covid-19”, donde presenta las alternativas y perspectivas sobre la producción de biológicos y la disputa de las grandes empresas transnacionales, que se enfrentan a la necesidad de una distribución social, en un marco de pérdida de soberanía sanitaria resultado de las reformas neoliberales en salud impuestas en América Latina.

En la segunda parte, se agrupan diez trabajos de las experiencias nacionales de Bolivia, Venezuela, México, Chile, Argentina y Brasil y tres textos sobre temas específicos.

Sobre **Bolivia** con el texto de Herland Tejerina Silva, Eduardo Aillón Terán, Nila Heredia Miranda y Jorge Jemio Ortuño en el que detallan las propuestas de salud derivadas de la constitución de 2009 para la creación del Sistema Único de Salud, Universal y Gratuito; la política nacional de Salud Familiar, Comunitaria e Intercultural (SA-FCI), la ley de protección universal para el acceso gratuito a servicios públicos de salud; así como los momentos de inflexión por el golpe de Estado, que revierten las políticas de universalidad e inclusión y limitan el manejo de la pandemia.

En “Guerra y pandemia en **Venezuela**. Comentarios desde la Salud Colectiva” de Oscar Feo Istúriz se analiza la coyuntura pandémica en el marco de la agresión norteamericana y la grave crisis civilizatoria actual.

Tres trabajos sobre **México** abordan las condiciones del sistema público de salud: “El sistema de salud mexicano ante la pandemia de COVID-19. La articulación público-privada (APP)” donde Silvia Tamez González, es crítica del papel de los hospitales privados como parte de la atención durante la pandemia. La calidad de los servicios, también es motivo de análisis en “COVID-19 en México: La calidad de la atención en salud, un desafío para afrontar la pandemia”, donde Angélica Ivonne Cisneros Luján y Vianey González Rojas presentan la situación de las unidades médicas que atienden a población sin seguridad social al inicio de la pandemia y las medidas adoptadas por el gobierno federal para garantizar el acceso a la atención a las personas contagiadas de COVID-19.

En “México: la transformación del Sistema de Salud, la pandemia de covid-19 y los trabajadores de la salud” escrito por Carolina Tetelboin Henrion, María del Carmen Piña Ariza y Karen Melo Hernández, se señalan los ejes del cambio en salud del gobierno de la 4ª Transformación, el impulso a la universalidad y gratuidad y los obstáculos impuestos por la pandemia al proyecto inicial de reorganización del sector salud.

Para **Chile** también se presentan dos trabajos con un abordaje crítico del sistema de salud chileno, al mal manejo de la pandemia y la necesidad de transformaciones estructurales. En “Pandemia y estallido social en Chile: la acción social vinculada a las demandas de salud”, Carmen Gloria Muñoz Muñoz identifica los contenidos de la acción colectiva en tiempos de pandemia, las demandas sociales y las resistencias a las medidas de distanciamiento social impuestas. Mientras que Mario Parada-Lezcano en “Pandemia y Atención Primaria en Salud en Chile. Crónica de una ausencia anunciada” señala los límites del modelo neoliberal en salud impuesto desde la dictadura y la ausencia de estrategias de Atención Primaria en Salud para enfrentar la pandemia de Covid-19.

Para **Argentina** se despliegan dos trabajos que evalúan el momento actual de retorno del progresismo, sus dificultades y amenazas y la respuesta y efectos de la pandemia. El trabajo de Giglio Salvador Prado, Gabriel Braguinsky, Graciela Biagini, “Pandemia de la COVID-19: Estado, comunicación y construcción social en Argentina”, analiza la pandemia en el contexto socioeconómico, de políticas públicas de salud y programas sociales; así como, la disputa por la comunicación y la significación social del padecimiento como parte del proceso de salud-enfermedad-atención/cuidado. El texto de Clara Schor-Landman, Patricia Doménech y Juan Canella con el título “Políti-

cas públicas, temporalidad y vida en la pandemia en Argentina. Desde el presente, pensar el pasado para ir al futuro”, discute sobre cambios en los modos de vida y el padecer en la pandemia de Covid-19 frente a la temporalidad histórica de las epidemias y reflexiona sobre el tránsito de lo biológico a lo subjetivo.

Sobre **Brasil**, “O desafio brasileiro de enfrentar a pandemia da covid-19 em meio à crise política”, de Livia Angeli-Silva, Agleildes Arichele Leal de Queirós, Luciani Martins Ricardi, Mariana Bertol Leal, Clara Aleida Prada, se analiza la situación de enfrentar la COVID-19 en el marco de una crisis política y económica que compromete la actuación del sistema único de salud frente a la pandemia.

Sobre problemas específicos relevados por la pandemia se aborda la situación histórica de precariedad laboral de **los trabajadores de la salud** en el texto de Mauricio Torres-Tovar, “Covid-19: pandemia y precariedad laboral en el sector salud y su impacto en la salud de las y los trabajadores”.

En “Batallas de comunicación sobre la pandemia en México: las nuevas **políticas de comunicación** y la infodemia provocada”, escrito por Soledad Rojas Rajs destaca el análisis de la profusión de informaciones falsas e inexactas que producen un fenómeno de desinformación o exceso de informaciones conocido como infodemia.

Daisy del Rosario Iturrieta Henríquez en el capítulo “Respuestas institucionales a la pandemia por covid-19 en los contextos carcelarios de Chile.

Una mirada desde la Salud Colectiva”, analiza la atención a la pandemia para personas privadas de la libertad, en **contextos de reclusión** que se caracterizan por no respetar los derechos humanos

En síntesis, el libro que hoy nos convoca es una obra crítica y documentada que transita desde la reflexión ético política, a la crítica al modelo civilizatorio, al análisis de los procesos de determinación social y sus expresiones concretas. Así mismo, aborda los efectos de las reformas en salud de corte neoliberal en sus diversas vertientes, las disputas por las intervenciones sanitarias y sus narrativas, las expresiones concretas en la salud y la subjetividad de las poblaciones, las contradicciones económicas, políticas e ideológicas para enfrentar la pandemia, de gobiernos progresistas y neoliberales y, los ganadores y perdedores de las formas históricas de organización social, que se expresan en forma descarnada en la coyuntura pandémica de Covid 19.

Libro pionero, polémico, rico en su perspectiva histórica, que revitaliza las posturas de la medicina social y la salud colectiva, que examina en forma crítica la respuesta sanitaria, sin perder nunca el anclaje de este proceso, al devenir del capitalismo globalizado y sus feroces efectos sobre la vida de las personas, de todos los seres y del planeta entero.

Sin más, los invito a leerlo, a reflexionar y sobre todo a pensar y actuar colectivamente para transformar “La cruel pedagogía del virus” como diría Boaventura de Sousa Santos.

HOMENAJE A DANUTA RAJS

Una semblanza de Danuta Rajs

Dra. Soledad Rojas Rajs*

Danuta Rajs Grzebien (Santiago de Chile, 9 de julio de 1945 - 5 de noviembre de 2022) fue una salubrista, médica y estadística chilena, de ascendencia polaca, que contribuyó a la salud pública en América Latina desde una perspectiva médico social, crítica y comprometida con la salud de las personas más necesitadas. Danuta Rajs, la Dana para quienes la conocíamos cercanamente, vivió exiliada en México durante los doce años posteriores al golpe de estado en Chile de 1973. En nuestro país, fue profesora de cursos de estadística en la Maestría en Medicina Social de la UAM Xochimilco entre 1975 y 1984; y sus textos didácticos sobre estadística formaron parte de las lecturas del entonces tronco común para las primeras generaciones de estudiantes xochimilcas. Cerca de los 50 años de la fundación de la UAM y de que se cumplan 50 años del Golpe de Estado en Chile, le ofrecemos este sencillo homenaje por sus contribuciones intelectuales, políticas y personales al campo sanitario.

El *currículum vitae* de la Dana (eso que ella llamaba el *ridículum*) es nutrido y notable, sin embargo, en los textos que recibimos en su memoria en la revista *Salud Problema* -de la que también fue autora y miembro del Consejo Consultivo Internacional- destacan los recuerdos sobre su calidad humana, su compromiso político y personal con una sociedad igualitaria en la que todas las personas tengan derecho a la salud; su dedicación y esfuerzo por lograr mejoras conceptuales y operativas de los sistemas de información en salud; y su interés siempre presente en la formación de estadísticas y estadísticos en salud. Por ello haremos aquí un breve recuento de su vida profesional y política, que en su caso fueron un mismo camino.

Danuta Rajs, la Doctora Rajs, estudió medicina en la Universidad de Chile en 1964 y posteriormente se licenció en Estadística de Salud, en la misma universidad, en el período de la Unidad Popular. Una vez titulada, coordinó el curso de Estadística de Salud hasta septiembre de 1973, fecha del golpe de Estado contra el presidente Sal-

* CONAHCYT – Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco.

vador Allende y punto de quiebre en su historia, pues tuvo que salir de Chile ante una inminente orden de detención por sus actividades políticas. Llegó a México a los 29 años y quienes fundaron la Maestría en Medicina Social o apoyaron su creación, la invitaron a colaborar en la UAM. La Dana siempre recordaría con particular afecto a los entonces funcionarios de Organización Panamericana de la Salud (OPS), María Isabel Rodríguez, Juan César García y Miguel Márquez, quienes la impulsaron a participar a pesar de su juventud, aprendizaje que ella tomó como propio pues siempre abrió lugares para las personas más jóvenes. En su paso por la UAM-X construyó amistades entrañables, con personas maravillosas como Catalina Eibenschutz y con gran parte de quienes fueron docentes y estudiantes de la Maestría en Medicina Social, contactos y afectos que mantuvo el resto de su vida. En esos años iniciales en México, la UNAM le dio una posición como profesora y jefa de la Unidad de Bioestadística del entonces Departamento de Medicina Social, Medicina Preventiva y Salud Pública de la Facultad de Medicina, entre 1974 y 1979. Ahí, diseñó y desarrolló el Curso de Especialización y la Maestría en Estadística Aplicada a la Salud, así como otros programas de bioestadística, para pre y postgrado en distintas carreras profesionales de la salud.

Aunque siguió dando clases durante toda su vida profesional, siempre tuvo un particular interés en participar en la toma de decisiones en salud. Por ello trabajó en la Dirección General de Bioestadística en la Secretaría de Salud, fue jefa de la Oficina de Estadística de la Dirección de Servicios Médicos del DIF, y desde 1981, fue jefa del Departamento de Diseño de Sistemas, en la Jefatura de los Servicios de Planeación del Instituto Mexicano del Seguro Social, donde contribuyó

al análisis, diseño e implantación de los sistemas de información institucionales. Pocas personas saben que uno de los motivos por los que decidió emplearse en el IMSS fue su hora de salida, que le permitía compartir algo de tiempo con sus dos hijas, pues ella se hizo cargo por completo de nuestra crianza y manutención mientras fuimos niñas, en un país en el que nuestras redes familiares fueron la comunidad del exilio chileno o las amistades médico sociales de nuestra madre.

En marzo de 1983 comenzó a trabajar en el Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social (CIESS), donde fue jefa del Área de Investigación, asesora de la Dirección y asesora técnica de la División de Salud en el Trabajo hasta 1985. De forma paralela, todos esos años fue consultora y asesora de la OPS en bioestadística (en México, Cuba y Ecuador) y diseño de sistemas de información en salud (en Bolivia, Nicaragua, República Dominicana, Guatemala, Venezuela y Cuba).

A mediados de los ochenta ocurrió algo que la Dana llevaba años esperando: su nombre salió en las listas del retorno, es decir, por fin podría volver a Chile. Por este motivo decidió aceptar una invitación del gran salubrista ecuatoriano Miguel Márquez de la OPS para ser consultora internacional en Nicaragua durante el año 1986, en donde trabajó en el diseño e implantación del Sistema de Información para el Sistema Nacional Único de Salud en el contexto de la reciente revolución nicaragüense. Este trabajo le permitió reunir los recursos económicos para retornar a Chile a principios de 1987, en plena dictadura militar.

Su regreso a Chile no fue fácil. Aunque era una profesional de alto nivel, con experiencia en instituciones de salud y académicas mexicanas, reconocimiento internacional, que hablaba fluidamen-

te cuatro idiomas y hacía traducciones de otros dos, su conocida filiación política de izquierda, su militancia comunista y su carácter de retornada del exilio le cerró las puertas de las instituciones chilenas durante años, por lo que continuó siendo consultora de la OPS y la OMS en distintos proyectos. No fue sino hasta el fin de la dictadura, en los años 90, que consiguió trabajo en el Servicio Médico Legal de Chile y posteriormente, en el Ministerio de Salud, en donde estuvo al frente del Departamento de Estadísticas e Información en Salud (DEIS) durante 10 años. Su trabajo fue decisivo para mejorar el sistema de información en salud en Chile.

Su compromiso intelectual y político encontró cauces, recién retornada a Chile. Entre 1988 y 1992, Danuta fue Secretaria Ejecutiva y responsable del Área de Política y Gestión de la Salud del Grupo de Investigación y Capacitación en Medicina Social (GICAMS), ONG creada en 1986, que contó con el apoyo de la Asociación Canadiense de Salud Pública y de la Asociación Latinoamericana de Medicina Social (ALAMES), de la que la Dana también formó parte. Desde GICAMS, junto a Jaime Sepúlveda, Alfredo Estrada, María Isabel Matamala y otras personas comprometidas con una visión crítica de la salud colectiva, crearon la revista *Salud y Cambio* en 1989, un partea-guas en Chile, pues aún en dictadura asumieron la tarea de reflexionar críticamente sobre el modelo neoliberal en salud y de difundir y aplicar la perspectiva de la medicina social y la salud colectiva.

Fue investigadora sobre mortalidad materna, mortalidad infantil, causas externas de muerte, sistemas de seguridad social, salud de los adultos en América Latina, pero sobre todo se consideró a sí misma como técnica. En los diversos textos que escribió, muchos de ellos fuera del mundo digital,

siempre utilizó referencias a sus “modestas” contribuciones o temas, en parte para hacer notar la poca importancia que se le da a cuestiones técnicas y operativas en muchas reflexiones de gran altura teórica sobre salud, a pesar de que son cruciales, especialmente cuando se trata del registro y codificación de los datos. Su trabajo como jefa del DEIS en el Ministerio de Salud de Chile fue quizá el más relevante de su vida, pues logró importantes mejoras en la calidad de los registros y su clasificación y durante esos años en Chile se contó con datos específicos sobre determinaciones sociales del proceso salud-enfermedad. Trabajó incansablemente por capacitar a quienes registran las estadísticas y reconoció su importante labor, así como la de las codificadoras de la Clasificación Internacional de Enfermedades en Chile. Una gran parte de su legado se mantiene aún en el DEIS, sin embargo, muchos avances en salud pública están sometidos a los vaivenes políticos: el primer gobierno de derecha en Chile desde la dictadura, en 2010, le hizo la vida imposible y tomó decisiones incompatibles con el libre ejercicio de su trabajo, por lo que decidió jubilarse. El enfoque de determinaciones sociales fue abandonado y se dio prioridad a indicadores como los egresos hospitalarios y en general, la dimensión curativa de la atención en salud.

En las últimas décadas de su vida, la Dana fue miembro del Comité Regional Asesor en Estadísticas de Salud de la OPS/OMS (CRAES), como experta en la Clasificación Internacional de Enfermedades; de la Red Latinoamericana y del Caribe para el Fortalecimiento de los Sistemas de Información de Salud (RELACISIS) y asesora técnica honoraria del Comité de Estadísticas Vitales de Chile, además de participar en muchos otros grupos de trabajo sobre estadística y salud y en el Taller de Estudios en Salud Tegualda Monreal. Durante la pandemia, Danuta estuvo presente en

medios de comunicación chilenos, pues denunció los diversos problemas de información sobre las defunciones causadas por COVID-19 (Rojas-Rajs y Carvajal, 2022). Aún es posible escucharla y verla en programas y participaciones en videos que están en Internet y quienes la conocimos reconocemos sus singularidades y el humor único que tenía en las inflexiones de su voz. Los cursos que elaboró sobre llenado del certificado de defunción están también disponibles en línea, así como sus publicaciones más recientes.

Mi madre fue sin duda la mayor influencia de mi vida, afectiva, intelectual y políticamente. Su muerte, en noviembre de 2022, fue un evento que

sus hijas no esperábamos y que nos ha sumido en una honda tristeza. Un par de meses antes de su partida asumí la dirección editorial de la revista *Salud Problema* y no he querido dejar pasar la oportunidad de dirigirle unas palabras desde esta platea privilegiada, por sus significativos vínculos con la UAM, por sus aportes al campo médico social, y su larga trayectoria como salubrista y estadística en salud. La Dana dejó una huella profunda en quienes la conocimos y queremos recordarla con la mente y el corazón. Dejo aquí finalmente una cita de uno de sus textos publicados, que refleja quién era y explica en gran parte el tipo de textos que lectoras y lectores encontrarán en este homenaje.

“...a la mayoría de nosotros, inmersos de alguna manera en los servicios de salud, nos importa genuinamente la salud de la población, no como categoría sociológica, sino como vivencia cotidiana y palpable en el sufrimiento humano y en el bienestar colectivo” (Danuta Rajs, 1996)

Referencias bibliográficas

RAJS, DANUTA (1996) Política de Salud y Organización del Sector Salud en Chile, en EIBENSCHUTZ, C., (org). *Política de saúde: o público e o privado* [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, pp. 215-240.

ROJAS-RAJS, S y CARVAJAL BAÑADOS, Y (2022) Dra. Danuta Rajs, números cargados de sociología, *Interferencias-Boletín de Bioestadística*, Programa de Bioestadística, Escuela de Salud Pública, Universidad de Chile, Número 6, pp. 3-5.

Danuta Rajs, mi maestra

M. en C. Aurora del Río Zolezzi*

La conocí allá por 1982, no recuerdo con precisión en qué mes del año. Gracias a una serie de eventos que ocurrieron casi por azar, en aquel año decidí postularme para cursar la Especialidad/Maestría en Estadística Aplicada a la Salud en la Facultad de Medicina de la UNAM y logré -contra todos los pronósticos- ser aceptada; sin duda eso cambiaría para siempre el rumbo de mi vida: profesional y personal.

En algún momento nos mandaron a tomar clases a un edificio de oficinas del IMSS (Instituto Mexicano del Seguro Social) en la calle de Toledo a una cuadra del Paseo de la Reforma; un edificio bastante horrendo, pero del que guardo cálidos recuerdos, gracias al tiempo y los conocimientos que nos regaló, entre todas sus ocupaciones y en medio del ambiente bastante inhóspito que se respiraba en aquellos tiempos de la administración galenófoba del Lic. Farell, alias Don Arsénico. Por razones laborales u otras, he pasado por ahí en múltiples ocasiones a lo largo de los siguientes treinta y tantos años de mi vida, para mí ese edificio siempre evoca la voz, la mirada, la presencia de esta gran profesional.

Danuta T. Rajs Grzebien, LA DOCTORA, así en mayúsculas; llegó a México en 1974 formando

parte de lo mejor del exilio chileno, que sin duda alguna contribuyó tanto al desarrollo académico de la Salud Pública mexicana, como a la construcción de nuestro Sistema de Salud.

Recién llegada a nuestro país, se incorporó como docente del Departamento de Salud Pública de la Facultad de Medicina de la UNAM. Ahí se dio a la tarea de diseñar un programa de estudios de posgrado en Estadística Aplicada a la Salud. En aquel momento existían dos programas de formación de personal orientado a la estadística aplicada: el Curso de Formación de Estadígrafos en Salud Pública de la Escuela de Salud Pública de México, que había nacido en la primera mitad del siglo XX pero se trataba de una formación de nivel técnico para formar personal operativo; la otra opción era la Especialización en Estadística Aplicada que imparte todavía el Instituto de Investigaciones en Matemáticas Aplicadas y Sistemas, orientada a formar profesionales de cualquier área del conocimiento para incorporarse a la docencia en Instituciones de Educación Superior o como integrante de equipos de investigación a cargo del análisis estadístico de datos en proyectos de investigación.

El programa diseñado por la Dra. Rajs tenía dos características fundamentales, el perfil de ingreso daba preferencia a profesionales de la salud con la idea de que éstos conocían mejor la operación

* Consultora independiente en salud pública.

cotidiana de los espacios donde se generan la mayor parte de los datos que alimentan los sistemas de información estadística, pero también la naturaleza conceptual de los procesos a medir y potencialmente su utilización. Por otro lado el perfil de los egresados establecía que su vocación era convertirse en los cuadros profesionales encargados de diseñar, conducir y evaluar los Sistemas de Estadísticas de Salud del país.

Cualquiera que se haya involucrado en el proceso de revisión y autorización de un programa de estudios en la UNAM habrá comprobado que es largo, complicado y farragoso; la personalidad resiliente y pertinaz de Danuta logró responder a todos los cuestionamientos que se le presentaron y superar los obstáculos académico-administrativos que salieron al paso. Asumió la coordinación de la primera generación del programa y fue nuestra profesora al menos hasta la 5ª. Éramos pocos alumnos en cada promoción, entre 8 y 12 tal vez, pero sin duda la formación que recibimos y los conocimientos que nos compartieron nuestros profesores, en especial la Dra. Rajs, fueron de enorme valor y lo cierto es que, incluso antes de terminar el programa ya teníamos ofertas de trabajo para incorporarnos a instituciones de salud o de educación superior.

En su paso por la entonces Dirección General de Bioestadística de la entonces Secretaría de Salud y Asistencia, cuyo titular era el Dr. Edmundo Berumen, contribuyó a mejorar la calidad de las Estadísticas Vitales, particularmente las relacionadas con las defunciones impulsando la participación suya y del Prof. Fernández de Hoyos en los grupos de expertos de las Organizaciones Panamericana y Mundial de la Salud sobre la Clasificación Internacional de Enfermedades y los criterios para la codificación de causas de muerte

y la elaboración de las Estadísticas de Mortalidad, a los que aportó su inteligencia y dedicación hasta el final de su vida.

También en ese periodo Danuta fue de las primeras personas que propuso la realización de Encuestas Nacionales de Salud en México, señalando la complementariedad de la información que se genera a través de estos ejercicios estadísticos con la que se genera a través de los denominados Administrativos. En aquel momento su recomendación no encontró eco por lo que pasaron varios años para que se levantara en México la primera Encuesta Nacional de Salud en 1986.

En cuanto a los Registros Administrativos, Danuta siempre resaltó la importancia de que los instrumentos de recolección fueran diseñados con criterios técnicos pensando en la utilidad que la información para el diagnóstico situacional de la disponibilidad, acceso, utilización y calidad de los recursos y servicios de salud y su correspondencia con las necesidades de salud de la población usuaria y no a criterios burocráticos de control administrativo. En su paso por el IMSS su batalla cotidiana y quizás la principal fue imprimir esa orientación al diseño y operación de los Sistemas de Información del Instituto.

Entre las enseñanzas que nos quedaron de sus clases y de la forma en que abordaba con enorme entrega y pasión su trabajo recuerdo que nos compartía la importancia que tenía el trabajo de los profesionales de las Estadísticas de Salud y del compromiso ético que deberíamos tener siempre con la calidad de la información y sus procesos. Hoy más de 40 años después todavía recuerdo la nemotecnia que nos compartió para recordar las cualidades que DEBEN tener las estadísticas sobre cualquier tema, pero en nuestro caso las

estadísticas de salud, recuerden siempre decía, “**INEXOCO**”:

Íntegras: es decir que todos los casos, servicios, recursos, etc. que cumplan con la definición operacional del registro deben ser incorporados y los datos correspondientes procesados.

Exactas: es decir que cada variable se mida a través de la mejor tecnología disponible para el caso, evitando errores sistemáticos de la medición.

Oportunas: o sea que los trabajos desde el acopio, revisión, procesamiento y publicación de las estadísticas rindan sus resultados de acuerdo a los calendarios de trabajo de los tomadores de decisiones involucrados en la planeación, dirección y evaluación de los servicios de salud.

Comparables: quizás el criterio más difícil de alcanzar implica que desde las definiciones operacionales hasta los procesos estadísticos que se utilizan en distintas áreas geográficas, diversas instituciones e incluso países diferentes, cuando nos referimos a un indicador estadístico específico estemos hablando de lo mismo; o al menos que las personas usuarias finales tengan los elementos utilizados en la “cocina estadística” (así le llamaba Dana) para poder evaluar la comparabilidad entre los resultados emitidos.

Estas características son las que hacen indispensable la existencia de grupos de expertos en estadísticas de salud a nivel nacional e internacional que generen los consensos necesarios para contar con información estadística de calidad. Además de estas cuestiones técnicas Danuta siempre hacía

énfasis en el compromiso ético de los líderes de Sistemas de Estadísticas de Salud de garantizar la calidad de la información producida evitando errores por descuido, pero sobre todo resistiendo a las presiones de los “políticos” para modificar los resultados para publicar una “mejor o peor” cara de alguna situación en particular.

A Danuta y sus alumnos todavía nos tocó trabajar con los sistemas MACRO de procesamiento estadístico de datos, grandes y aparatosas máquinas bien resguardadas en cuartos igualmente grandes con aire acondicionado y de difícil acceso. Danuta contaba como anécdota que, siempre que lograba tener “tiempo de máquina” como solía denominarse a la posibilidad de utilizar el equipo para el procesamiento estadístico y apenas terminado de leer la base de datos o el programa de proceso, llegaba al espacio del privilegio un enviado de las “AUTORIDADES” a pedir que se desocupara el equipo porque había un asunto de enorme importancia que atender: LA NÓMINA.

Así las cosas, vimos con gran entusiasmo la llegada de las denominadas PCs -computadoras PERSONALES- que nos darían mayor autonomía para realizar el procesamiento de datos; con todo Danuta siempre nos prevenía respecto a la sobrevaloración de la tecnología informática. No se malinterprete: Dana estuvo siempre a favor e impulsó la mayor accesibilidad de los trabajadores de las instituciones de salud e investigadores a equipos y herramientas de cómputo poderosas, pero decía siempre: “Recuerden, éstas (las máquinas) son muy rápidas, pero son tontas; el cerebro tiene que ocuparse antes y después del procesamiento, eso es lo más importante”. Aún en la era de la Inteligencia Artificial su consejo sigue siendo válido.

Siendo Danuta una mujer de izquierdas, tenía una visión diferente a la que manifestaba muchas personas con ese tipo de orientación político-ideológica que nos tachaban a los Estadísticos de positivistas fatalmente vinculados al pensamiento capitalista y a la defensa de los intereses de los explotadores; nada más lejos de la posición de la Dra. Rajs. Danuta siempre sostuvo que la Estadística y sus procesos son herramientas, es la mente que diseña, procesa, interpreta y utiliza los productos de un Sistema de Información para aportar evidencias, plantear y resolver problemas desde un planteamiento teórico, ideológico y político.

En estas pocas páginas intenté resumir las principales aportaciones que la Dra. Rajs hizo a la salud pública de México, al menos aquéllas que tuve la oportunidad de conocer; sin duda hay otras aportaciones que yo no recuerdo ahora o de las que no

me enteré, espero que otros colegas amplíen este breve recuento. Lo cierto es que Danuta aportó muchísimo más a nuestra formación como profesionales de la salud con su riguroso quehacer cotidiano, su rechazo a la injusticia y el autoritarismo, su invitación permanente a la creatividad y la innovación y su cálida disposición a la docencia.

Danuta o Dana para quienes tuvimos el privilegio de desarrollar una relación más cercana aún después de concluida nuestra formación, fue maestra de un grupo no muy grande de personas que nos hemos dedicado a la Salud Pública en México en las últimas cuatro décadas, en mi caso y lo he dicho desde hace muchos años, Dana fue mi MADRE ACADÉMICA y además gracias a su generosidad y gran corazón fue mi AMIGA EN-TRAÑABLE. Gratitud y cariño por siempre nos vincula a su recuerdo.

In memoriam de Danuta Rajs

Mtra. María Gilma Arroyave Loaiza*

Tuve la fortuna y el privilegio de conocer a Danuta Rajs, Dana querida, a finales de enero de 1981, y descubrí la grandeza de su generosidad a través del brillo de sus profundos ojos azules. Este encuentro afortunado es un tesoro que desde entonces conservo en lo mejor mi vida. Su congruencia para articular al mismo tiempo el compromiso político, la crianza de sus dos hijas, la vida personal y la responsabilidad laboral en el Instituto Mexicano del Seguro Social, dan cuenta del alto nivel de los valores que distinguieron la vida de Dana.

Su visión de futuro siempre manifiesto con sus alumnas y alumnos con interés y tiempo de calidad dedicado en las múltiples tareas de su labor docente en la Universidad Nacional Autónoma de México y en el Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social; en esos espacios no solo motivaba el aprendizaje y guiaba los temas, sino que establecía siempre lazos de afecto y compromiso personal con ellos y ellas. En su hogar la puerta estaba abierta para la gran cantidad de personas que la visitaban en busca de apoyos de diversa

índole y de forma muy especial de quienes tenían preocupaciones principalmente de políticas de salud. Estas reuniones frecuentes para escuchar sus palabras con diferentes tonos de voz, su risa, expresiones, gestos para exponer sus ideas, donde con frecuencia la comida estuvo servida. En lo profesional, pero especialmente en lo personal pude, como muchas otras personas, reconocer su grandeza humana y la conservo como un regalo invaluable recibido de mi queridísima e inolvidable Dana, quien inevitablemente me deja su huella y también el vacío por su ausencia.

A pesar de su buena integración, participación y reconocimiento en la sociedad mexicana, por su congruencia política regresó a Chile para trabajar hasta el fin de su vida en la democratización del país y especialmente incidir incansablemente en la gestión de las políticas de salud de su país de origen, con aportes mayúsculos y menores, pero siempre con la mirada comprometida de mejorar la salud de los ciudadanos y ciudadanas de aquel país y de América Latina.

* Secretaría de Salud de la Ciudad de México (SEDESA) – Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM). Egresada de la Maestría en Medicina Social, UAM-X (1987).

A Danuta Rajs

Dr. Edgar Jarillo Soto*

Querida Dana, quisiera enunciar palabras magnánimas y elogiosas para ti, las cuales te mereces sin regateos, y creo que de los calificativos sintéticos puedo hacer una lista larga. En mi memoria y corazón, donde residen los afectos más profundos, solo destellan momentos comunes y circunstancias compartidas donde se expresó la grandeza de tu existencia.

Nos conocimos casi simultáneamente en la Maestría de Medicina Social donde impartiste docencia en bioestadística y en una reunión en casa de José Carlos con los nicas, mis hermanos, que estaban en ese entonces en ciudad de México en el curso monográfico de medicina social; de allí nos fuimos a la Ciudadela a un evento por el asesinato de Salvador Allende. Fue la primera vez que pude interactuar personalmente contigo, más allá de la función alumno-docente en la universidad, de esa ocasión tengo dos recuerdos profundos marcadores de mi vida, el compromiso político y la calidad humana. Al principio y al final indisolubles.

Otra ráfaga de memoria con emociones profundas, fue reencontrarnos en León Nicaragua, donde estaba yo trabajando en la Facultad de Medicina, los sentimientos, las emociones, las ideas, las discusiones y los debates compartidos en tan

pocos días en medio de esa realidad desbordante, generó certezas y dudas que persisten hasta hoy “realidad no te muevas, que quiero conocerte” diría Pepe Blanco, otro amigo entrañable. Otro encuentro posterior en San José de Costa Rica, con otras personas exiliadas de Chile, Argentina, Guatemala, El Salvador pudimos reavivar nuestros, o mejor dicho sus, debates con Juan Samaja provocador incansable de reflexiones profundas como siempre, en terrenos a veces difícilmente accesibles para mí, y otras con la luz de Nicaragua y la certeza del cambio en beneficio del pueblo, no como utopía de existencia sino como acción cotidiana; de la ciencia social a la acción transformadora, sería un título demasiado rápido para sintetizar su trascendencia. Y una vez más fluyó lo cotidiano con la práctica militante, sin rubor ni rodeos como siempre lo hiciste, en una circunstancia nimia cuando me atrapaste en la cocina de la casa de Jaime hubo un alago para mí, tan simple, tan directo, tan intrascendente en apariencia que, viniendo de ti, lo conservo con una nitidez única por lo sustantivo y profundo; ha sido guía desde entonces en mi vida, aunque debo confesar que en ocasiones me alejé, inconscientemente de él.

En México, múltiples espacios y circunstancias mantuvieron encendida la chispa de esa relación de afecto profundo y simpatía recíproca. El IMSS, la UAM-X, el CICAST, La MMS, las coincidencias en Santiago de Chile cuando estabas de re-

* Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco. Egresado de la Maestría en Medicina Social, UAM-X (1983).

torno allá, la cordialidad del afecto, la inevitable ironía y broma continua de tus comentarios, aderezada siempre de tu risa contagiosa, son recuerdos perennes de ti. No quiero entrar al detalle en tus logros en los múltiples espacios donde te ubicaste, lo cual por supuesto, no merece desvalorarse, sino manifestar que conservo y evoco tu parte humana de mucha cercanía, con gran profundidad a pesar de los espacios de tiempo distantes a ve-

ces, única porque auténtica era su rasgo más evidente; siempre presente. Querida Dana, esa parte humana es tu rasgo más distintivo, apropiarme, y también Gilma, de ella, nos da certeza de tenerte con nosotros, juntos y separados porque así ha sido nuestro trayecto de vida compartido contigo. Te envuelvo con un abrazo inmenso, con todo mi afecto, con la certeza militante de los espacios ocupados siempre.

In Memoriam de la Dra. Danuta Rajs

Dr. Enrique Bravo-García*

El 11 de septiembre de 2023, se cumplieron cincuenta años del infame golpe militar en Chile, que puso fin al proyecto de socialismo democrático y resultó en la muerte del presidente Salvador Allende y el asesinato de miles de personas. Aún recuerdo el 11 de septiembre de 1973 como si fuera ayer. Era tan solo un adolescente de 17 años que creía que era posible, aunque poco probable, encontrar una segunda vía para lograr sociedades más justas en América Latina, diferente al camino seguido por la revolución cubana de 1959.

Decenas de miles de chilenos tuvieron que exiliarse para salvar sus vidas, y México, en honor a su importante tradición de asilo, abrió sus puertas para recibir a miles de chilenos y chilenas, permitiéndoles comenzar una nueva vida. En ese contexto, en 1974, llegó a nuestro país la Dra. Danuta Rajs.

Unos años más tarde, tuve la fortuna de conocer a la Dra. Rajs en el Departamento de Salud Pública de la Facultad de Medicina, donde ya era catedrática. Siempre le estaré agradecido porque fue la primera persona que me brindó la oportunidad de enseñar como profesor en un curso de estadística en el Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social (CIESS), donde ella colaboraba. Recuerdo la intensa emoción que sentí, siendo yo

muy joven, al enseñar estadística a profesionales provenientes de diversos países de América Latina. Esa experiencia, fruto de la generosidad de la Dra. Rajs, marcó el rumbo de mi vida hacia la docencia y la salud pública.

Desde hace siglos, la humanidad ha usado la expresión ‘los ojos son la ventana del alma’. En efecto, los enormes ojos claros de la Dra. Rajs permitían ver el brillo de su inteligencia, la racionalidad de su pensamiento crítico y la sabiduría de quien sabe enseñar a otros los difíciles caminos de la técnica y el razonamiento estadístico. Sin embargo, en ciertas ocasiones, su mirada también reflejaba la tristeza de aquellos que están lejos de su patria.

En 1987, la Dra. Rajs regresó a su querido Chile para unirse a la lucha contra la dictadura, con Pinochet todavía en la Presidencia. Demostró valentía y fortaleza al emprender esta nueva etapa, lo cual no es fácil para quienes ya habían establecido raíces familiares y laborales en México. Se requiere un fuerte compromiso social para comenzar una nueva vida en un país que ya no es el mismo que dejaron, con toda la incertidumbre política, familiar y laboral que ello implica.

Una vez derrocada la dictadura, en las décadas siguientes, la Dra. Rajs dedicó gran parte de su vida profesional a la reconstrucción de los sistemas de registro e información de salud en Chile, desem-

* Facultad de Medicina, Universidad Autónoma de México (UNAM).

peñando diversas responsabilidades en organismos gubernamentales e internacionales.

El 5 de noviembre de 2022, recibimos la triste noticia de que la Dra. Rajs había fallecido. Estas palabras pretenden expresar mi eterna gratitud y honrar la memoria de quien en México cariñosa-

mente llamábamos “Danuta”, su nombre de pila. Estoy seguro de que sus logros y contribuciones en el campo de la salud pública seguirán siendo una fuente de inspiración para las generaciones futuras. Que descanse en paz esta valiente luchadora por la salud de los más desfavorecidos, tanto en México como en Chile.

Danuta Rajs

Dra. Beatriz Heyermann*

Recuerdo cuando vi por primera vez a la Dra. Danuta Rajs. Me llamó la atención la inmediata reacción de los participantes en la reunión, mezcla de respeto y temor, en especial de los hombres (y más si eran informáticos) presentes. En la medida que participé en otras reuniones con ella, me quedo claro que su inteligencia, ironía y sarcasmo natural generaba una mezcla de sentimientos en quienes la escuchábamos. Algunos como en mi caso, admirábamos su capacidad de ver las debilidades de los argumentos que se presentaban y su capacidad de evidenciar punto a punto y con fundamento cada uno de los errores que se decían. Otros, trataban de pasar desapercibidos y evitaban decir nada para no correr el riesgo de ser corregidos, firme y totalmente. Otros, discutían con diferentes grados de emoción, situaciones que eran indefendibles ante la andanada de sólidos argumentos que Danuta lanzaba inexorablemente sobre la mesa.

Tiempo después me tocó la suerte de trabajar directamente con ella, y allí pude ver ese lado dulce y maternal, que sacaba a relucir con fiereza cuando creía que alguno de los funcionarios del departamento de estadísticas no estaba siendo bien

tratado. Femenina y feminista, la vi defender y proteger con fiereza a las mujeres con que trabajaba directamente, como también a todas aquellas que sentía era tratadas injustamente por solo el hecho de ser mujeres.

Aprendí mucho de Dana. Aprendí a querer un sistema de salud pública fuerte y sano, centrado en las personas. Aprendí que se puede ser una persona fuerte y aguerrida, pero al mismo tiempo generar amor y ternura. Aprendí que las mujeres podemos cambiar el mundo, sin necesidad de usar pantalones. Aprendí que la información y las estadísticas en salud, no son solo números, que reflejan a personas, sus dolores y sus esperanzas. Aprendí que el equipo de salud también incluye al personal administrativo, muchas veces invisible en sus tareas. Aprendí que hacer las cosas bien hechas no es una opción, sino que un deber de las personas que trabajamos en la salud pública.

Querida Dana, fuiste, eres y serás un ejemplo a seguir; como médico, como salubrista, como mujer, como persona. Seguirás en las vidas de todos quienes te conocimos, ahora y siempre. Un abrazo gigante.

* Jefa de proyecto Red Central Digital, Servicio de Salud Metropolitano Central (SSMC), Chile.