

ISSN: 2007-5790

PROBLEMA SALUD

SEGUNDA ÉPOCA / AÑO 18 / NÚMERO 35 / ENERO-JUNIO 2024

Género y Salud
Violencia contra las mujeres
Aborto
Lactancia materna
Salud mental
Cuerpo y alimentación
Saberes y colectivas de mujeres



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. María Angélica Buendía Espinosa.

SECRETARIO

Dr. Luis Armando Ayala Pérez

DIRECTOR DE LA DIVISIÓN DE CIENCIAS BIOLÓGICAS
Y DE LA SALUD

Dr. Luis Fernando Rivero Rodríguez

JEFE DEL DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN A LA SALUD

Dr. Sergio López Moreno

COORDINADOR DE LA MAESTRÍA EN MEDICINA SOCIAL

Revista *Salud Problema*

DIRECTORA EDITORIAL

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**

**Y SALUD
PROBLEMA**

Salud Problema, Segunda época, Año 18, No. 35, enero-junio de 2024, es una publicación semestral de la Universidad Autónoma Metropolitana, a través de la Unidad Xochimilco, División de Ciencias Biológicas 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. Dirección Editorial: Soledad Rojas Rajs. Editor Técnico: Agustín Pernia. 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. Responsables de la última actualización de este número: Soledad Rojas Rajs y 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: 10 de diciembre de 2024. Tamaño del archivo 3.5 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 EDITORIAL DEL DOSSIER “GÉNERO Y SALUD”

Addis Abeba Salinas Urbina

María de los Ángeles Garduño Andrade

10 AUTORES Y AUTORAS

ENSAYOS DEL DOSSIER “CUERPO Y SALUD”

14 **La violencia por razones de género como malestar subjetivo**

Gender-based violence as subjective discontent

María de Lourdes Patricia Femat González

Armando Ortiz Tepale

31 **El aborto en México: situación actual y retos**

Abortion in Mexico: Current situation and challenges

Deyanira González de León Aguirre

45 **La lactancia materna en México desde una perspectiva médico social**

Breastfeeding in Mexico from a sociomedical perspective

Kenya Miroslava Rodríguez Castillo

55 **La determinación social de la salud y la economía feminista: herramientas para comprender las experiencias de mujeres jefas de hogar**

The social determination of health and feminist economy: insights into the experiences of women household heads

Denisse Guerrero Márquez

67 **Aportaciones de la perspectiva médico social y de género en un análisis de la depresión en México** **Contributions from the medical-social and gender perspectives in the analysis of depression in México**

Cinthya Gómez León

ARTÍCULOS DEL DOSSIER “GÉNERO Y SALUD”

- 83 **El cuerpo como credencial: exigencia en estudiantes de nutrición de la UAM-Xochimilco**
The body as a credential: demand in nutrition students at UAM-Xochimilco
Karen Melo Hernández
Addis Abeba Salinas Urbina
- 100 **Inseguridad alimentaria, inserción productiva y condiciones de consumo en México: diferencias entre hogares jefaturados por mujeres y por hombres**
Food insecurity, insertion into production and consumption conditions in Mexico: differences between households headed by women and men
Rosaura Viridiana Facundo Ávila
José Alberto Rivera Márquez
María de los Ángeles Garduño Andrade
Concepción Díaz de León Vázquez
- 116 **Revalorizando saberes populares y ancestrales en el sector de Angachilla: sistematización de una experiencia**
Revaluating popular and ancestral knowledge in the Angachilla territory: systematization of an experience
Agrupación Arpilleristas de Angachilla
Claudia Cerda Becker
Ximena Lagos Morales

Editorial del número 35

Revista Salud Problema

Salud Problema lanza el primer número del año 2024 abordando la relación entre género y salud, un eje crítico en los estudios de medicina social y salud colectiva. Las editoras invitadas, María de los Ángeles Garduño Andrade y Addis Abeba Salinas Urbina, convocaron una amplia participación en el número.

El número llega en un momento contrastante. En México, elegimos a la primera mujer presidenta y se trata de un gobierno progresista. Por otro lado, se trata de un período particularmente violento en la historia de la humanidad. Los conflictos bélicos que estallaron el año 2022, cuando inició la guerra entre Rusia y la OTAN, se transformaron en 2024 en la constatación de que los grandes poderes imperialistas del planeta son capaces aún de destruirlo todo si esto les trae ganancias y conviene a sus proyectos de dominación. El brutal genocidio en Gaza, la destrucción de su sistema sanitario, el ataque indiscriminado hacia trabajadoras y trabajadores de la salud y humanitarios en Palestina -nunca antes visto en una guerra- la franca violación del derecho internacional por parte de Israel, Estados Unidos, los países anglosajones y Alemania, junto con la permanente sombra de una tercera guerra mundial en puertas, han ensombrecido las expectativas de futuro.

La mirada sobre género y salud permite visibilizar cómo las desigualdades de género inciden en los procesos de salud-enfermedad. En este sentido, desde el equipo editorial de Salud Problema queremos destacar el impacto de la guerra y del genocidio en Gaza. Según la ONU, se registraron al menos 33.443 muertes de civiles en conflictos armados en 2023, lo que representa un aumento del 72% en comparación con 2022, y la proporción de mujeres y niños muertos se duplicó y triplicó, respectivamente. El 70% de estas muertes se produjeron en los Territorios Palestinos Ocupados e Israel, el conflicto más mortífero para la población civil en 2023. En el caso específico de Palestina, la ONU señala que al menos el 70% de las víctimas del genocidio son mujeres y niñas y niños menores de edad.

Las mujeres siguen pagando el precio de las guerras de los hombres: Cuatro de cada diez muertos en los conflictos de 2023 eran mujeres. En el Territorio Palestino ocupado, antes del 7 de octubre, el 14% de los civiles asesinados ya eran mujeres y niñas. Desde entonces, casi dos terceras partes de las víctimas mortales en Gaza son mujeres y niños (ONU, 2024).

El genocidio palestino ocurre además en un contexto de asedio, en el que el país invasor ha provocado deliberadamente hambruna y ha destruido el territorio hasta el punto de hacerlo incompatible con la vida, produciendo además un colapso ecológico. En ese entorno, los derechos reproductivos de las mujeres han sido de los más vulnerados: las noticias de cesáreas sin anestesia, amputaciones y otras intervenciones sin ningún medio para controlar el dolor, han sido el pan de cada día del año 2024.

Por eso, más que nunca, es hora de la organización y la acción ético-política. En línea con los principios de la salud colectiva, vamos más allá de analizar las problemáticas de salud-enfermedad y sus determinaciones de género. También se destacan experiencias de resistencia y transformación social, incluyendo estrategias comunitarias, saberes y articulaciones entre mujeres que han colaborado para mejorar la salud. Desde estas intersecciones, reconocemos la protesta social contra las guerra de los últimos años como profundamente comprometida con la vida. Expresamos desde nuestros espacios académicos la exigencia de cumplir con las leyes internacionales en el caso de Palestina, la demanda de proteger a los sistemas de salud, a las y los trabajadores de la salud, así como a las infraestructuras necesarias para atender los problemas de salud, aún en situación de guerra. Desde una perspectiva que busca incidir en la construcción de sistemas de salud más justos, inclusivos y sensibles a las realidades de género que atraviesan nuestras sociedades, viaje nuestra solidaridad con Palestina, desde el río hasta el mar.

Comité Editorial de la Revista Salud Problema

Referencias bibliográficas

ONU Noticias (23 de octubre de 2024). *La proporción de mujeres entre los muertos en conflictos se duplicó en 2023*. <https://news.un.org/es/story/2024/10/1533726>

Editorial del dossier “Género y salud”

Nos preguntábamos cómo empezar esta editorial, qué sería llamativo para introducir el tema de Género y Salud, entonces pensamos en un evento importante: el voto de la mujer en México. En 2025 se cumplirán 70 años de que por primera vez las mujeres ejercieron su voto en este país, aun cuando el reconocimiento de la ciudadanía de las mujeres, así como su derecho a votar y ser votadas, se publicó en el Diario Oficial de la Federación, el 17 de octubre de 1953 (Gobierno de México, 2023). Esto a pesar que las primeras elecciones, en este país, datan del año 1824. Asimismo, hay que subrayar que Nueva Zelanda, fue el primer lugar en el mundo donde se autorizó el voto femenino en las mujeres mayores de 21 años, suceso que aconteció el 19 de septiembre de 1893. Han pasado, desde entonces, 131 años. Cuánto tiempo tuvo que pasar entre el ejercicio de este derecho entre las mujeres de diferentes partes del mundo, y en particular en México, del voto de hombres y mujeres.

No se trata de simplificar a un solo acontecimiento las posibilidades de las mujeres a tener un ambiente de derechos, pero sí es importante precisar las diferencias para reflexionar en lo que hemos avanzado y lo que nos falta por hacer, desde diferentes ejes de explicación que permitan adentrarse en donde se anudan diversas condiciones como son las de clase, etnia, región, que delimitan las situaciones concretas de vida de la población.

Cada uno de los trabajos que se presentan buscan superar las explicaciones médicas tradicionales que se quedan en la aplicación de la variable sexo. Por eso, desde la perspectiva de género muestran condiciones diversas que explican las relaciones inequitativas de género, superando las miradas superficiales de cada tema planteado.

En este número se integran cinco ensayos y tres artículos científicos. En todos ellos prevalece un enfoque de género a través del cual se miran las diferentes problemáticas de salud.

Iniciamos este dossier con el texto *La violencia por razones de género como malestar subjetivo* de María de Lourdes Patricia Femat González y Armando Ortiz Tepale, aquí la y el autor reflexionan sobre el tema de la violencia como un malestar subjetivo en los escenarios actuales, destacan la diferencia entre el malestar subjetivo y el concepto de trastorno mental y conflicto psíquico, dado que estos apelan a irreductibles biológicos y psíquicos del devenir sujeto. En este texto, se propone la construcción de una mirada mediadora entre los determinantes socioculturales y los procesos subjetivos referentes a las formas de experimentar el malestar. Por tanto, las manifestaciones de violencia por razones de género se consideran como malestares sociales dado que delimitan fenómenos de larga data históricamente naturalizados.

En seguida, Deyanira González de León Aguirre nos presenta el texto *El aborto en México: situación actual y retos*, en el que, a través de una revisión bibliográfica, nos ofrece un panorama de los cambios ocurridos en México para que el acceso al aborto legal, seguro y gratuito se convierta en un derecho

para todas las mujeres. Enfatiza los cambios que iniciaron en el año 2000 en la CDMX, en un contexto sociopolítico progresista que reconoció al aborto como un problema de salud pública, como un derecho y un asunto de justicia social. Y precisa que, hasta finales de septiembre 2024, la mitad de las entidades del país habían liberalizado sus leyes sobre el aborto y la Suprema Corte lo despenalizó en 2021. No obstante, en la mitad de las entidades federativas del país, las leyes sobre el aborto son restrictivas y está pendiente una reforma al Código Penal Federal para derogar las disposiciones que lo criminalizan. Se describen los beneficios del Programa de Interrupción Legal del Embarazo de la Ciudad de México (CDMX), iniciado en 2007.

Por otra parte, en el texto *La lactancia materna en México desde una perspectiva médico social*, Kenya Mirosalva Rodríguez Castillo pone en la palestra el tema de la baja prevalencia de la lactancia materna en el país como un problema actual de salud colectiva. La autora desde la perspectiva médico social, reflexiona sobre el tema y desarrolla mediante las categorías género y reproducción social una argumentación relevante para comprender las posibles causas que reducen las prácticas de lactancia en México

Denisse Guerrero Márquez, en su texto *La determinación social de la salud y la economía feminista: herramientas para comprender las experiencias de mujeres jefas de hogar*, destaca que la determinación social propone una mirada crítica a los procesos de salud-enfermedad, considerando las estructuras sociales que influyen en los perfiles de morbilidad de grupos específicos. Asimismo, bajo el enfoque de la economía feminista, analiza la organización social de los cuidados y su desigual distribución en relación con el sexo. Para concluir, argumenta la integración de ambas herramientas permite un análisis más profundo de la situación de salud de las mujeres jefas de hogar, considerando las condiciones socioeconómicas y las desigualdades de género.

En el ensayo *Aportaciones de la perspectiva médico social y de género en un análisis de la depresión en México*, Cinthya Gómez León hace una primera referencia a los datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) respecto a la depresión como un trastorno mental que padecen el 5% de los y las habitantes, para luego recalcar la sobrerrepresentación de las mujeres de edad productiva tanto en el mundo como en el país. Esto requiere de un análisis desde el género ya que esa perceptiva aporta herramientas para desentrañar a la depresión como un malestar social, estructural, cultural, político y global, que no tendría que ser exclusivamente de las mujeres, y mucho menos de su condición reproductiva, tampoco tendría que interpretarse como adicción en unos y tristeza en otras. Ante estas reducciones, se refiere un cambio de enfoque de salud mental pública, que desde el nivel comunitario pueda garantizar ese derecho humano a la salud mental, sin fragmentar la atención, al integrarla a los servicios de todos los niveles de atención, superando un modelo médico, psiquiátrico, individualista, medicalizado, estigmatizador.

En el artículo de Karen Melo Hernández y Addis Abeba Salinas Urbina, *El cuerpo como credencial: exigencia en estudiantes de nutrición de la UAM-Xochimilco*, las autoras muestran desde una investigación con estudiantes de la licenciatura de Nutrición, que en su formación se desarrollan las herramientas técnicas necesarias para el quehacer o práctica social de la profesión, pero que se teje un discurso que

atribuye diversos significados. En este discurso, la idea de salud está basada en la construcción de una concepción del cuerpo, que para estos profesionales es fundamental, una visión definida por relaciones de poder basadas en la diferencia de género, a la que someten como responsables, y la cual acatan como una credencial que reserva espacios en el mercado laboral.

En el artículo de *Inseguridad alimentaria, inserción productiva y condiciones de consumo en México: diferencias entre hogares jefaturados por mujeres y por hombres*, Rosaura Viridiana Facundo Ávila, José Alberto Rivera Márquez, María de los Ángeles Garduño Andrade y Concepción Díaz de León Vázquez, refieren aspectos de las diferencias de los hogares con jefatura femenina respecto a los que tiene un jefe varón, la idea principal es probar este problema desde datos contundentes que provienen de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) sobre COVID-19, de 2020. Las disparidades de género en la distribución de inseguridad alimentaria están asociada además a la inserción productiva de la persona que jefatura, y desde luego a condiciones de consumo. La información reinterpretada muestra un nudo complejo respecto al acceso limitado o incierto a los alimentos. El tratamiento de las variables permitió, visibilizar la inseguridad alimentaria y como esta es más probable en su versión moderada y severa en los hogares jefaturados por mujeres. En México, este grupo de hogares es cada vez mayor y vale la pena seguir investigando las diversas segregaciones, que llevan a peores condiciones laborales, de ingreso y seguridad social.

Por último, Claudia Cerda Becker y Ximena Lagos Morales describen una rica experiencia de rescate de en una comunidad del territorio de Angachilla en Valdivia, región de los Ríos, sur de Chile, que tuvo como actor principal a la Agrupación de Arpilleristas de Angachilla. En esta participación, las autoras centran su discurso en la importancia del rescate de los saberes que son aplicados en la comunidad, tanto sobre su uso como de sus propiedades. En este rescate de las plantas como probadas medidas medicinales, hacen uso de su palabra para mostrar que su participación activa en una investigación permite dar cuanta de la vida de las integrantes de la agrupación, pero también de su compromiso como docentes de la Universidad Austral de Chile y como agentes del propio proceso de rescate.

Para cerrar vale la pena decir que, para explicar los problemas de salud en lo general, en sus particularidades e incluso en cada persona, se requiere de una mirada amplia y compleja de las jerarquías sociales. Esto debido a que los distintos tipos de discriminación afectan el ejercicio de la autonomía de la vida, y la posibilidad de alcanzar la igualdad, especialmente entre los géneros.

Addis Abeba Salinas Urbina
María de los Ángeles Garduño Andrade
Editoras invitadas

Referencias bibliográficas

Gobierno de México (24 de octubre de 2023). *70 años del voto de las mujeres en México*. <https://www.gob.mx/correosdemexico/acciones-y-programas/70-aniversario-del-voto-femenino-en-mexico#:~:text=Este%2017%20de%20octubre%20del,del%20sufragio%20femenino%20en%20M%C3%A9xico>.

Autores y Autoras

MARÍA DE LOURDES PATRICIA FEMAT GONZÁLEZ

Doctora en Antropología Social por la Escuela Nacional de Antropología e Historia. Maestra en Terapia Familiar Sistémica por el Instituto Latinoamericano de Estudios de la Familia. Licenciada en Psicología por la Universidad Nacional Autónoma de México. Es profesora-Investigadora Titular C de Tiempo Completo del Departamento de Educación y Comunicación de la Universidad Autónoma Metropolitana Unidad Xochimilco.

Sus líneas de investigación son: representaciones sociales y procesos de cambio en el grupo familiar, violencia familiar y de pareja y representaciones sociales del proceso de salud-enfermedad en grupos familiares. Correo electrónico de contacto: lula.femat@gmail.com

ARMANDO ORTIZ TEPALE

Maestro en Psicología Social de Grupos e Instituciones, Maestro en Desarrollo y Planeación de la Educación y Licenciado en Psicología por la Universidad Autónoma Metropolitana. Estudiante de Posgrado en Psicología Social, Nivel Doctorado, de la Universidad Autónoma Metropolitana Unidad Iztapalapa. Es profesor-investigador Asociado C de Tiempo Completo del Departamento de Educación y Comunicación de la Universidad Autónoma Metropolitana Unidad Xochimilco. Sus líneas de investigación son: intervención psicosocial en el trabajo con familias, representaciones sociales acerca del proceso salud-enfermedad en grupos familiares, intervención psicosocial en el campo de la salud mental, las narrativas del padecer en la institución psiquiátrica, el sujeto de la

salud mental, la experiencia vivida de las personas con diagnóstico psiquiátrico. Correo electrónico de contacto: aortizt@correo.xoc.uam.mx

DEYANIRA GONZÁLEZ DE LEÓN AGUIRRE

Médica Cirujana por la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México; Maestra en Salud Pública por el Instituto de Desarrollo de la Salud (hoy Escuela Nacional de Salud Pública), La Habana, Cuba. Es profesora-investigadora titular de tiempo completo en la Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco, en donde pertenece al Área de Investigación en Educación y coordina la Maestría en Población y Salud. Sus actividades académicas en docencia e investigación se han centrado en la promoción de la salud, la salud de la mujer, el aborto, y la salud sexual y reproductiva. Correo electrónico de contacto: dgonzal@correo.xoc.uam.mx / deyaniragonzalezdeleon@gmail.com

KENYA MIROSLAVA RODRÍGUEZ CASTILLO

Licenciada en Nutrición Humana y Maestra en Medicina Social por la Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco. Maestra en Seguridad Alimentaria por la Universidad Abierta y a Distancia de México. Es docente de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México y Especialista en Salud Pública en el Servicio Médico del Nacional Monte de Piedad. Sus líneas de investigación son: seguridad alimentaria, derecho a la alimentación, lactancia materna, nutrición. Correo electrónico de contacto: kenya.nutricion@gmail.com

DENISSE GUERRERO MÁRQUEZ

Es egresada de la Licenciatura en Antropología social de la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla, es maestra en Ciencias Sociomédicas en la Universidad de Guadalajara y actualmente cursa el Doctorado en Ciencias en Salud Colectiva en la Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco. Sus líneas de investigación giran en torno a la determinación social de la salud desde una perspectiva feminista. Correo electrónico de contacto: antoptica@hotmail.com

CINTHYA GÓMEZ LEÓN

Licenciada en Psicología y especialista en Promoción a la Salud y Prevención del Comportamiento Adictivo por la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM). Es maestra en Medicina Social por la Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco. Es profesora de asignatura en la Facultad de Enfermería y Obstetricia de la UNAM. Sus líneas de investigación son: género, violencia de género, recursos humanos en salud, salud mental, adicciones y cine. Correo electrónico de contacto: cinthya.gomez.leon@gmail.com

KAREN MELO HERNÁNDEZ

Doctorante en Ciencias en Salud Colectiva, Universidad Autónoma Metropolitana Xochimilco (UAM-X). Maestra en Medicina Social y Licenciada en Nutrición Humana por la UAM-X. Sus líneas de investigación son: formación profesional en el campo de la nutrición, género y políticas alimentarias. Contacto: kmelo@correo.xoc.uam.mx

ADDIS ABEBA SALINAS URBINA

Licenciada en Psicología y maestra Psicología de la Salud por la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM). Cuenta con una especialidad en Atención Primaria por la Secretaría de Salud y

otra especialidad en International Reproductive Health Policy Research Program, por el Institute for Health Policy Studies, University of California San Francisco. Es doctora en Ciencias en Salud Colectiva, Universidad Autónoma Metropolitana. Es profesora-investigadora del Departamento de Atención a la Salud en la Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco. Es miembro del Sistema Nacional de Investigadores nivel 1. Sus líneas de investigación son: salud sexual y reproductiva en el campo académico y laborar del personal de salud. Derechos sexuales y reproductivos. Investigación cualitativa, autoetnografía. Correo electrónico de contacto: asalinas@correo.xoc.uam.mx

ROSAURA VIRIDIANA FACUNDO ÁVILA

Licenciada en Nutrición Humana y Maestra en Medicina Social por la Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco; Especialista en Obesidad y Comorbilidades por la Universidad Iberoamericana. Se dedica a la atención clínica nutricional en obesidad, sobrepeso y diabetes. Consultora independiente en temáticas relacionadas con salud colectiva, enfermedades metabólicas y perspectiva de género. Correo electrónico de contacto: virinut95@gmail.com

JOSÉ ALBERTO RIVERA MÁRQUEZ

Licenciado en Nutrición y Maestro en Medicina Social por la Universidad Autónoma Metropolitana-Unidad Xochimilco; Doctor en Epidemiología y Salud Poblacional por la London School of Hygiene & Tropical Medicine, University of London. Es profesor-investigador Titular, Tiempo Completo, del Departamento de Atención a la Salud de la Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco; miembro del Sistema Nacional de Investigadores del Consejo Nacional de Humanidades, Ciencias y Tecnologías. Sus líneas de investigación son: Determinación social de la

alimentación, la nutrición y la salud; calidad de vida, salud y territorio; derecho a la alimentación; evaluación de políticas y programas en alimentación y nutrición; ambientes y dinámicas obesogénicas; epidemiología de las conductas alimentarias de riesgo. Correo electrónico de contacto: arivera@correo.xoc.uam.mx

MARÍA DE LOS ÁNGELES GARDUÑO ANDRADE

Maestra en Medicina Social y Doctora en Ciencias en Salud Colectiva por la Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco. Es profesora-investigadora del Departamento de Atención a la Salud, División Ciencia Biológicas y de la Salud, de la Universidad Autónoma Metropolitana. Sus líneas de investigación son: salud y doble jornada de mujeres trabajadoras. Correo electrónico de contacto: angeles@correo.xoc.uam.mx

CONCEPCIÓN DÍAZ DE LEÓN VÁZQUEZ

Licenciada en Nutrición por la Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco; Maestra en Ciencias Médicas, Odontológicas y de la Salud, Campo Disciplinario en Epidemiología, por la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México; Doctora en Ciencias Biológicas y de la Salud por parte de la Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco. Es profesora-investigadora de tiempo completo en la Academia de Nutrición y Salud, Colegio de Ciencias y Humanidades de la Universidad Autónoma de la Ciudad de México. Sus líneas de investigación son: epidemiología de las conductas alimentarias de riesgo, prevención de trastornos de la conducta alimentaria y conductas alimentarias de riesgo en varones. Correo electrónico de contacto: concepcion.diazdeleon@uacm.edu.mx

ARPILLERISTAS DE ANGACHILLA

Colectivo de mujeres de diversas edades, en su mayoría vecinas del Humedal Angachilla y con varios años de camino recorrido. En un inicio, comenzaron a reunirse en el marco del Estallido Social en Chile (2019) para realizar arpilleras sobre sus sueños y anhelos como país, así como por la defensa del Humedal Angachilla, el que se encuentra permanentemente amenazado por la construcción de un puente y proyectos inmobiliarios. Hoy, cinco años después, se siguen reuniendo para bordar y –a la vez– para concientizar a la comunidad escolar del territorio sobre la importancia de los Humedales, en tanto ecosistemas ancestrales, vitales para la reproducción de la vida, espacio de encuentro y socialización que impacta positivamente nuestras existencias. Correo electrónico de contacto: arpilleristas.angachilla@gmail.com

CLAUDIA CERDA BECKER

Psicóloga; doctora en Sociología por la Universidad Friedrich Schiller Universität, Jena. Alemania; máster en Sociología del Trabajo, Universidad Friedrich Schiller Universität, Jena. Alemania; y magíster en Antropología y Desarrollo, Universidad de Chile. Actualmente es académica del Instituto de Estudios Psicológicos, Universidad Austral de Chile, Valdivia, Chile. Integrante de la Agrupación de Arpilleristas de Angachilla, Valdivia, Chile. Sus líneas de investigación son: precarización del trabajo y de la vida, precariedades, formas de organización y resistencia, trabajo productivo y reproductivo. Correo electrónico de contacto: claudia.cerda@uach.cl

XIMENA LAGOS MORALES

Química Farmacéutica, especialista en Farmacia Clínica, máster en Calidad Farmacoterapéutica y Seguridad en el Paciente por la Universidad de Valencia, España. También es máster en Farmacia Clínica y Atención Farmacéutica, Universidad de Valencia, España. Actualmente es académica de Farmacia Clínica y Social en el Instituto de Farmacia, Universidad Austral de Chile, Valdivia, Chile. Integrante de la Agrupación de Arpilleris-

tas de Angachilla, Valdivia, Chile. Sus líneas de investigación son: iatrogenia clínica y social inducida por medicamentos, prácticas pluriculturales de cuidado en los procesos salud/enfermedad/atención-prevención, enfoques interseccionales en el estudio de salud, género, cultura, medicamentos y sociedad, medicalización y farmaceutización de la vida: los márgenes biopolíticos del cuidado. Correo electrónico de contacto: ximenaalagos@uach.cl

La violencia por razones de género como malestar subjetivo

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

RESUMEN

El propósito de este texto es presentar un ensayo académico acerca de la violencia por razones de género considerado como malestar subjetivo en los escenarios sociales actuales¹. El concepto de malestar subjetivo se distingue del de trastorno mental y del de conflicto psíquico, los cuales apelan a irreductibles biológicos y psíquicos del devenir sujeto. En contraste, proponemos orientar nuestras reflexiones hacia la construcción de una mirada mediadora entre los determinantes socioculturales y los procesos subjetivos referentes a las formas de experimentar el malestar. En particular, las diversas manifestaciones de la violencia por razones de género pueden ser consideradas como malestares sociales porque delimitan fenómenos de larga data e históricamente naturalizados.

PALABRAS CLAVE: malestar subjetivo, salud mental, violencia por razones de género.

Gender-based violence as subjective discontent

ABSTRACT

The aim of this text is to present an academic essay on gender-based violence as subjective discontent in current social scenarios. Subjective discontent is distinguished from mental disorder and psychic conflict, both reduce subject to biological and psychological processes. In contrast, our proposal is to guide our reflections to the construction of a mediator view between socio-cultural and subjective processes

¹ Este texto está vinculado con dos proyectos de investigación: 1) “Las familias, relaciones, interacciones y contextos”, actualizado por el Consejo Divisivo de Ciencias Sociales y Humanidades de la Universidad Autónoma Metropolitana Unidad Xochimilco, en su sesión ordinaria 11.09 de 2009, siendo responsables del mismo la Dra. María de Lourdes Patricia Femat González y el Mtro. Jorge Pérez Alarcón, y colaborador el Mtro. Armando Ortiz Tepale, y 2) “Los procesos de subjetivación del paciente psiquiátrico”, correspondiente al trabajo de tesis doctoral de la autoría del Mtro. Armando Ortiz Tepale, de los estudios de Posgrado en Psicología Social, en su nivel Doctorado, de la Universidad Autónoma Metropolitana Unidad Iztapalapa.

* Profesora-investigadora del Departamento de Educación y Comunicación de la Universidad Autónoma Metropolitana Unidad Xochimilco. Correo electrónico: lula.femat@gmail.com

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

Estudiante del Posgrado en Psicología Social, en su nivel Doctorado, de la Universidad Autónoma Metropolitana Unidad Iztapalapa, Generación 2021-2025. Becario CONAHCYT. Correo electrónico: aortizt@correo.xoc.uam.mx

Fecha de recepción: 15 de junio de 2024.

Fecha de aceptación: 21 de noviembre de 2024.

related to the forms to experiment discontent. In particular, the diversity of gender-based violence expressions can be considered as social discontents because they delimitate long-standing and historically naturalized phenomena.

KEYWORDS: subjective discontent, mental health, gender-based violence.

Introducción

En el estudio, comprensión y explicación teórica y clínica de los trastornos mentales ha cobrado relevancia la integración de las categorías de etnia, raza, lengua y género. Las tres primeras han ayudado a comprender su incidencia en procesos socioculturales tales como la escolarización y el empleo. Sin embargo, consideramos que el concepto de género no ha sido suficientemente discutido en el campo de la salud mental. De hecho, el género no ha sido considerado como una categoría social y teóricamente relevante en este ámbito (Read, [2004] 2006). De acuerdo con Crenshaw (1991), la violencia de género contra la mujer puede comprenderse con profundidad al desvelar la manera en la que el género y la raza conforman en conjunto múltiples experiencias de opresión, es decir, lo que algunas autorías consideran como interseccionalidad.

El sujeto de la salud mental ha sido conceptualizado casi únicamente desde la perspectiva de la masculinidad y desde el esquema heteronormativo. Además, esta perspectiva predominante ha dado por sentado el uso del concepto de enfermedad mental para explicar cualquier tipo de problema biopsicosocial. Esto responde a la tendencia global de medicalizar tanto la mente como los problemas de la vida cotidiana con base en el paradigma biomédico, es decir, la explicación de los trastornos mentales a partir de procesos biológicos del sistema nervioso central, sin tomar en

cuenta las determinaciones sociohistóricas del proceso salud-enfermedad.

Varias autorías (Bentall [2009] 2011; 2003; Boyle, [1990] 1993); Szasz [1961] 1973; Braunstein, [1980] 1982; 2013) han advertido el giro que el paradigma biomédico ha ocasionado en la forma de pensar las enfermedades mentales y actuar en consecuencia: desórdenes del cerebro que pueden ser resueltos mediante el diagnóstico psiquiátrico, el uso excesivo de psicofármacos e intervenciones basadas en esquemas paliativos.

Sin embargo, hay cuestiones problemáticas del día a día que no necesariamente pueden ser conceptualizados como trastornos mentales sino como fenómenos social e históricamente configurados. Es el caso de la violencia por razones de género, esto es, actos perjudiciales contra una persona o un grupo de personas por ser hombre o mujer. En particular, en este texto nos enfocaremos en aquellas acciones que se ejercen hacia la mujer.

Pensamos que el género es un concepto que ayuda en la comprensión del padecer del sujeto porque es una categoría histórica y socialmente conformada (Bourdieu, 2003). Ésta da cuenta de las atribuciones históricamente asignadas a hombres y mujeres a partir de la diferencia anatómica entre los sexos (Bourdieu, 2003; Burin y Meler, [1998] 2010). Los malestares subjetivos de hombres y mujeres responden a esas atribuciones. El objetivo general de este trabajo es discurrir en torno a

la violencia por razones de género como malestar subjetivo en los escenarios sociales actuales.

Por todo lo anterior, planteamos las siguientes interrogantes que orientan la redacción de este trabajo: ¿Qué aporta la construcción social del género en la comprensión de la violencia por razones de género? ¿Qué importancia tiene el conceptualizar la violencia por razones de género como malestar subjetivo en los escenarios sociales actuales? Consideramos que existe una tendencia a pensar las enfermedades mentales como causa y efecto de la violencia por razones de género, sin embargo, las cuestiones sociales no pueden reducirse a explicaciones biomédicas.

En el primer apartado discutimos la diferencia conceptual entre los conceptos de anormalidad y enfermedad, los cuales han gestado discursos y prácticas sociales en la forma de pensar y representar tanto los procesos psicopatológicos como los problemas de la vida cotidiana. En el segundo, analizamos dos paradigmas referentes a la forma de nominar los malestares sociales: la medicalización de la vida y el malestar subjetivo. En el tercero, hacemos una revisión del concepto de género y los problemas socioculturales que desvela las atribuciones históricamente asignadas a mujeres y hombres. Finalmente, con base en lo anterior, presentamos una aproximación conceptual respecto a la violencia por razones de género como malestar subjetivo en los escenarios sociales actuales.

La dominación masculina y la subordinación de lo femenino ha sido un elemento estructural y estructurante del orden social heteronormativo. Ponerlo en cuestión con base en perspectivas sociales ayuda a evitar reduccionismos que dan por sentado la violencia por razones de género o, en

su caso, extrapolando explicaciones de las perspectivas biomédicas a procesos socioculturales.

1. Anormalidad y enfermedad mental

El descubrimiento de los neurolépticos a mediados del siglo XX marcó el comienzo del predominio del paradigma biomédico en el campo de la salud mental. Desde este enfoque, los trastornos mentales suelen ser reducidos a las explicaciones biologicistas con la consecuente medicalización de la mente y la patologización de la vida de los pacientes. Desde esta perspectiva, la enfermedad mental es vista como un proceso biológico causante de anormalidad.

Esta aseveración es controversial porque se plantea que lo único que atiende el campo de la salud mental es la enfermedad del cerebro, causante de la conducta anormal. La tristeza profunda, las alucinaciones, la conducta impulsiva, las ideas delirantes, las autoagresiones, el discurso desorganizado son muestra de la conducta anormal que requiere ser intervenida para ordenarla. El enfermo mental se convierte en un riesgo para otros y para sí mismo. El campo de la salud mental se encarga de gestionar los riesgos sociales que el enfermo mental supone (Castel, [1977] 2009).

Anormalidad, enfermedad y cronicidad son conceptos que dan cuenta del sujeto de la enfermedad mental (Foucault [1954] 2008; [1964] 2010a; [1964] 2010b). Sin embargo, en los manuales de psicopatología es común que dicha anormalidad mental sea descrita como fenómenos generalizados, atemporales y semejantes en cualquier lugar del mundo (American Psychiatric Association, 2014; Bentall [2009] 2011; 2003; Boyle, [1990] 1993). El curso de la enfermedad comienza con la fase prodrómica, continúa con la emergencia del

cuadro y el deterioro psíquico y físico de las personas enfermas. La herencia de los sistemas clasificatorios de Kraepelin (2008) y Bleuler (1993) ofrecieron información precisa acerca de la naturaleza de los cuadros psicopatológicos y, con esto, una idea fija, atemporal, inmutable y permanente de las enfermedades mentales. La duración de los síntomas por más de seis meses y la vida comprometida de las personas son criterios que han permanecido como factores claramente establecidos de la enfermedad mental.

El paradigma biomédico lidia con un cuerpo biológico enfermo. La calidad de persona es irrelevante porque los síntomas son característicos de cada cuadro clínico. El DSM-5 (American Psychiatric Association, 2014), por ejemplo, se presenta como una obra atórica, de manera que cada especialista contribuya a la explicación del cuadro clínico desde su experiencia y conocimiento disponible. Cada categoría nosológica es única, preestablecida por convencionalismo disciplinario. Dicho de otra manera, debido a que la enfermedad mental es atórica, entonces, también es ahistórica y aproblemática. La verdad biomédica está dicha y es inmutable.

En contraste, nosotros concordamos con aquellas perspectivas que enfatizan la relevancia teórica de historizar el concepto de trastornos mentales. Esto implica delimitar la génesis social y teórica de la prácticas y discursos que giran en torno a ese término (Bourdieu, [1992] 2008; [2001] 2003; Foucault, [1969] 2007; Certeau, [1975] 2010; [1970] 2012). Se trata de ubicarlos en el marco de las formas predominantes en las que el Estado, la sociedad y las instituciones han afrontado el tema de las enfermedades mentales sin resolverlo: el surgimiento del asilo, la configuración del manicomio y el hospital psiquiátrico como eje de atención en salud mental. Para Michel Foucault,

historizar la locura implicó, a su vez, delimitar al sujeto como una noción hablada y escrita por los detentadores del saber.

En el caso francés, el asilo surge en la Edad de Oro en la emergencia del capitalismo (Foucault, [1964] 2010a; [1964] 2010b). Los locos, los anormales, los pordioseros y las prostitutas eran entidades que ponían en riesgo la vida social establecida. Ellos y ellas afeaban el escenario público (Foucault, {1975} [1999] 2006; {1976} [1997] 2006). El asilo permitió el encierro de las personas anormales. Pronto, el ocio asilar se vio como una pérdida de tiempo, razón por la cual, el tratamiento moral fue el dispositivo disciplinario por excelencia para devolver la razón a los locos. El asilo se mantenía por la filantropía. El ocio reproducía el esquema de improductividad. En consecuencia, había que volver útiles a los locos mediante la rutinización de sus vidas, el trabajo y la restauración de la razón. El dispositivo de inmunización hizo que se detectara a los anormales para evitar el desorden social.

El alienismo emerge en el siglo XIX cuando el asilo se había transformado en el manicomio (Foucault, {1974} [2003] 2007). Un lugar de encierro para personas mentalmente enfermas, donde el alienista era capaz de observar minuciosamente la extravagancia del cuadro de cada una de ellas. El encierro era prescrito por los especialistas de la época y demandado por las personas que tenían a algún familiar mentalmente enfermo. El manicomio implicó una forma de excluir a las personas de los escenarios sociales y supuso un lugar de retiro, aislamiento y cuidados necesarios. Para el médico, esto se tradujo en la oportunidad de observar decenas de personas y establecer similitudes y diferencias de las distintas perturbaciones mentales. Kraepelin (2008) y Bleuler (1993) establecieron las bases de la psicopatología mo-

derna en las paredes del asilo. Se les reconoce su meticulosidad. Se critica la atemporalidad de sus planteamientos.

El asilo y el manicomio basaban su funcionamiento a partir del encierro. El tratamiento moral fue un componente complementario de la intervención alienista. En el siglo XIX, el alienismo gestó perspectivas teóricas para comprender la complejidad de las enfermedades mentales. En particular, los cuadros psicóticos fueron ámbitos de discusión que proveyeron de ideas para explicar e intervenir médicamente. El encierro fue el tratamiento por excelencia para las personas mentalmente enfermas.

Por ejemplo, en México el diseño, la construcción y la puesta en marcha de El Manicomio General “La Castañeda” se fundamentó en el conocimiento más avanzado de la época respecto al tratamiento de las enfermedades mentales. En 1886, La Junta consideró que el encierro de los alienados era necesario para darles un escenario de tranquilidad y de cuidados médicos y, así, restablecer su razón (Rodríguez, 1993). La historiografía ha documentado que La Castañeda rápidamente se convirtió en un lugar de hacinamiento de personas con diferentes tipos de sufrimiento psíquico, enfermedades neurodegenerativas o con secuelas de otro tipo de patologías. El trabajo del alienista en La Castañeda consistió en no en escuchar las condiciones de vida de las personas sino en comprobar las teorías predominantes de la época importadas, principalmente, de Europa. Incluso personas hablantes de otras lenguas diferentes al castellano fueron encerradas debido al desconocimiento de la lengua. Hasta 1969, el manicomio fue el eje de atención en salud mental en México (Ríos, 2016; Ríos y López, 2017; Rivera, 2010; Sacristán, 2005).

En el siglo XX, el descubrimiento de los neurolépticos, el auge de la farmacoterapia, las reformas psiquiátricas y la denuncia a la violencia dirigida al paciente psiquiátrico encauzaron los modelos de atención a la hospitalización breve y a la desmanicomialización. Sin embargo, esto no supuso un cambio radical en la forma de atender y apreciar a los enfermos mentales. Desde mediados del siglo XX, el hospital psiquiátrico se convirtió en el eje de atención en salud mental y en algunos países se ha proscrito la psiquiatría asilar o, al menos, puesta en cuestión (Saraceno, [1995] 2003; [2014] 2018).

No obstante, a partir de entonces, las enfermedades mentales fueron conceptualizadas como trastornos del cerebro. Aunque se reconoce los factores psicológicos, sociales y biológicos en su emergencia, este tipo de trastornos son reducidos a su etiología bioquímica. No pocas veces se ha pensado que, si se descubre un fármaco capaz de disminuir los síntomas, también se descubrirá uno que devuelva al sujeto al ámbito de la razón. Esta descripción es curiosa porque el acento del paradigma biomédico radica en la comprensión de la bioquímica del cerebro, cuya finalidad es devolver al sujeto a un estado de normalidad. La enfermedad mental como un sinónimo de anormalidad social coloca al sujeto en un ámbito difícil de explicar teóricamente: por una parte, el funcionamiento del cerebro se entiende por la supuesta anomalía de la fisiología del cerebro y, por otro, la funcionalidad social es un indicador de normalidad.

¿Qué lugar ocupa el loco, el enfermo mental y el paciente psiquiátrico en este relato? Un lugar invisibilizado y silenciado. Michel de Certeau ([1970] 2012; [1975] 2010) ofrece una aseveración explicativa al revisar la historia de la locura: para el historiador, el yo del loco es otro. El his-

torizador, el filósofo, el alienista, entre otros, escriben y brindan testimonio de la locura, la alienación y la enfermedad mental. En contraste, Daniel Paul Schreber ([1903] 2012) ofreció sus Memorias y una visión mutilada acerca de la paranoia a partir de su experiencia vivida, Sabina Spielrein (2021) superó un proceso psicótico y escribió una tesis acerca del acaecer psíquico, pocas veces citada debido a que ni Jung ni Freud reconocieron su autoría y Laing (1960) brindó una visión de la inseguridad ontológica del paciente y la relevancia de acompañar al sujeto en su viaje por la locura sin enloquecer uno mismo. Yébenes (2014), Read, Mosher y Bentall ([2004] 2006), Geekie y Read ([2009] 2012), entre otros, han señalado la urgencia de escuchar la palabra de las personas con sufrimiento psíquico y tomar en cuenta su testimonio como producción creativa.

El asilo conceptúa la locura como criterio de anormalidad. El manicomio crea dispositivos de observación médica para determinar signos y síntomas de las enfermedades mentales y las clasifica. El hospital psiquiátrico configura sus categorías nosológicas en términos de trastornos o desórdenes mentales, cuya explicación radica en el funcionamiento del cerebro. Estos tres dispositivos han configurado a lo largo de la historia discursos deficitarios y de minusvalía de las personas mentalmente enfermas o trastornadas e incluso de aquellas que experimentan condiciones de profunda vulnerabilidad (Gergen, [1994] 1997).

En el campo de la salud mental, se dice que las enfermedades mentales no respetan género, raza, edad ni condición social. Todas las personas son susceptibles de padecer una enfermedad mental. Sin embargo, este saber puede ser puesto en cuestión desde la perspectiva de la interseccionalidad, esto es, el género, la condición social, la raza, la etnia y la edad permiten avizorar los recursos de

afrontamiento, las redes de apoyo y el ejercicio de derechos que pueden garantizar el acceso a servicios de salud especializados y a comprender los determinantes sociales relativas a la cronicidad de personas con sufrimiento psíquico, es decir, la persona experimenta deterioro psíquico debido a la articulación de las categorías referidas.

En cuanto al género, la historia muestra que el curso de las enfermedades mentales y de las formas del padecer son diferentes en hombres y mujeres como lo muestran Burin y Meler ([1998] 2010). Desde finales del siglo XX, estas autoras discuten el hecho de que cada época crea sus enfermedades mentales y malestares subjetivos. Los sistemas clasificatorios de enfermedades mentales están orientados por esfuerzos intelectuales de precisión y disminución del margen de error. La mirada clínica, basada en un sistema hipotético, establece y confirma el diagnóstico mediante la observación y la escucha minuciosa. Sin embargo, ellas mismas ponen en cuestión la tendencia a nombrar como enfermedad mental todo proceso psíquico conflictivo. La medicalización de la mente ocasiona que hasta los conflictos y los problemas de la vida cotidiana sean explicados a la luz del paradigma biomédico.

En suma, la historicidad de las enfermedades mentales nos muestra la tendencia a reducir estos fenómenos al funcionamiento del cerebro. La historia de las sociedades disciplinarias expone la emergencia de dispositivos de normalidad, los cuales lejos están de devolver la razón al sujeto de la salud mental. El uso de categorías societales ha ayudado a comprender las condiciones de posibilidad de recuperación de las personas mentalmente enfermas. El concepto de género no es tomado en cuenta como categoría que ayude a profundizar en la experiencia vivida de pacientes psiquiátricos, en conjunto con el de etnia, raza, condición

social y edad. Difícilmente se toma en cuenta la palabra del loco como testimonio y cuanto más cuando se trata de la diferencia anatómica entre los sexos. En este ámbito, nos parece importante analizar la diferencia conceptual entre trastornos mentales y malestares subjetivos como parte de los paradigmas predominantes y emergentes en salud mental.

2. Trastorno mental y malestar subjetivo

En el discurso de la vida cotidiana, es común encontrar el concepto de trastorno o enfermedad mental como categoría totalizante que engloba diversos fenómenos del sufrimiento humano, aunque, en su origen, es propio del campo de la psicopatología como ciencia que sustenta el conocimiento práctico de la psiquiatría (Jaspers, [1913] 2004; Álvarez, 2008). Su especificidad consiste en la comprensión de la vida anímica, esto es, los procesos psicológicos, biológicos y sociales implicados en una enfermedad mental dada. Dicho de otra manera, la psicopatología explica las complejidades de un cuadro clínico dado.

Desde el siglo XIX, el concepto de trastorno mental ha penetrado en el pensamiento social y se ha instaurado como categoría explicativa de las dificultades de la vida cotidiana. De hecho, en el campo académico, es común tenerlo como un concepto convencional que apela a los conflictos del ser humano. Ya hemos referido el hecho de explicar mediante conceptos biomédicos los problemas que el sujeto afronta en diversos ámbitos: la familia, el empleo, la escolarización, los procesos de salud-enfermedad, la violencia doméstica, entre otros.

Utilizar el concepto de trastorno mental resulta simplificador y práctico. Sin embargo, dado que

las teorías describen objetos de estudio y prescriben acciones sociales, resulta controversial que los problemas comunes tiendan a ser pensados como enfermedades y, por ende, una receta, un medicamento y un tratamiento puede ayudar a resolverlos.

Por lo anterior, la forma de pensar al sujeto en la lógica de la medicalización de la vida implica reducirlo a una explicación patológica y patogénica, sin tomar en cuenta que éste está determinado por procesos socioculturales (Foucault, 2009). El sujeto llega a ser debido a su inscripción simbólica en el orden de la cultura. Por ende, para superar este impasse que impone la medicalización de la vida, resulta útil retomar el eje sujeto-cultura (Guinsberg, 1996; 2015). El orden social es una categoría necesaria para pensar en las condiciones de posibilidad de la especie humana. Los procesos simbólicos derivados de dicho orden establecen normatividad, el cual brinda sentido al devenir sujeto.

En las sociedades disciplinarias, según Foucault ([1975] 2002), las instituciones fundantes de la sociedad, la familia, la escuela, la iglesia, la cárcel, entre otros, garantizan el mantenimiento del orden social establecido y protegen a la población de elementos extraños tanto internos como externos. Dicho de otra manera, estas instituciones establecen el orden social y defienden a la sociedad de las desviaciones morales. En este sentido, los malestares sociales se derivan de la relación que el sujeto mantiene con el orden social.

En otras palabras, retomamos el planteamiento freudiano que subraya una condición paradójica del eje sujeto-cultura: las mismas instituciones encargadas de proteger al sujeto son, a su vez, causa de los malestares sociales (Freud, [1929] 2006). El orden de cultura limita el despliegue

de los deseos del sujeto y, por ende, encauza la satisfacción de sus necesidades básicas. La prohibición no elimina el deseo de satisfacción de las pulsiones, las dirige a otras metas mediante el síntoma o la sublimación. Estos planteamientos provenientes del pensamiento freudiano enfatizan que el orden social es causa de los malestares sociales. En este sentido, el conflicto psíquico tiene que ver con demandas incompatibles, por ejemplo, los deseos incestuosos. El conflicto puede ser manifiesto o latente, mejor dicho, consciente o inconsciente. El conflicto psíquico inconsciente, es decir, el saber desconocido, suele ser raíz de los malestares del sujeto porque generalmente atentan contra el orden social.

Sin embargo, el énfasis del psicoanálisis en los procesos simbólicos inconscientes difícilmente logra explicar su articulación con los procesos histórico sociales como elementos a tener en cuenta en la producción de conflictos psíquicos (Gaulejac, 2002). En el marco de los convencionalismos sociales y académicos, resulta económico pensar los conflictos psíquicos en términos de lo normal y lo patológico. La historia, el orden social, la experiencia vivida son componentes dados por sentado en la forma de nominar los malestares sociales. En este sentido, podemos señalar dos perspectivas respecto a la forma de significarlos.

A riesgo de ser redundantes, en la actualidad, el concepto de trastorno mental tiende a conceptualizar los avatares de la vida cotidiana desde el punto de vista médico. La salud y la enfermedad como condiciones ideales de lo deseable y lo evitable. Al hacer esta conceptualización, la medicalización de la vida tiende a eliminar el sentido del dolor como parte de la experiencia humana (Han [2020] 2021). Por ejemplo, el uso de psicofármacos ayuda a las personas a regular el estado de

ánimo, pero resulta insulso si no se acompaña de intervenciones que permitan comprender el sufrimiento, el dolor, el padecer, el mal-estar. En las sociedades del cansancio, las disciplinas psi fomentan la *algofobia* o miedo a la experiencia de dolor y ponen en marcha dispositivos paliativos que ayudan a soportar las condiciones de agotamiento. El desencanto y el agotamiento productos de la dialéctica de la positividad conforman experiencias del ser basadas en el individualismo y en la ilusión muy bien fundada del acceso a la felicidad y el bienestar absolutos.

En contraste, el concepto de padecimiento o malestar subjetivo supone poner en cuestión la relación entre orden y conflicto sociales (Carballeda, [2002] 2007; 2013; Faraone, 2013; Kleinman, 2012; [1988] 2020). El ser en el mundo implica la renuncia a la satisfacción pulsional para permitir la vida en lo social. La insatisfacción de las pulsiones encauza al sujeto a vivir la experiencia de dolor y significarla. El sujeto siempre está en falta, como condición de posibilidad para su reinscripción social y simbólica. El malestar subjetivo no es producto de la salud y la enfermedad, sino de las formas de experimentar las vicisitudes de la vida. En este sentido, el malestar subjetivo tiene una doble faz: lo social, es decir, el *mal-estar* del sujeto es producto de los imperativos del orden social, y lo simbólico, las producciones de sentido que el sujeto configura en su relación con las instituciones y consigo mismo.

Kleinman ([1988] 2020) plantea que “*las narrativas del padecer*” es un método de investigación mediante el cual el paciente narra la historia de su enfermedad y la forma en la que ésta afecta su vida. El sujeto que investiga trata de comprender el mundo de la vida a través del punto de vista de la persona considerada como un paciente. Por

ejemplo, un aborto puede ser explicado desde un punto de vista médico, sin embargo, para una mujer este acontecimiento puede ser un punto de inflexión en su vida respecto al matrimonio, los derechos sexuales y reproductivos y la maternidad como imposibilidad. La perspectiva de una mujer lega respecto al aborto está conformada por su saber heredado de un sistema cultural dado y, por ende, difiere de la perspectiva médica alopática. Narrar es una actividad humana que da sentido a la experiencia vivida (Hamui, 2019; 2022; Riessman, 2008).

En los escenarios sociales actuales, la crisis de representación y de legitimidad de las instituciones de la modernidad difícilmente dan sentido al sujeto. Además, esta crisis está caracterizada por lo que algunas autorías denominan como el estallamiento o desbordamiento de las instituciones, en particular, en países que pasaron por procesos profundos de colonización e independencia en la región de América Latina y el Caribe, como es el caso de México (Carballeda, [2002] 2007). Dicho estallamiento se ha materializado en cuestiones problemáticas complejas como la pobreza, la migración forzada, el crimen organizado, la desaparición de personas, la violencia colectiva, la violencia por razones de género, entre otros. Para Carballeda ([2002] 2007), las políticas neoliberales de la época posmoderna han trastocado la vida en términos latos. Sin embargo, el desbordamiento de lo social no puede reducirse a este tipo de políticas (Gergen, [1994] 1997; [1991] 2021; Kvale, [1992] 1999).

En el caso de la violencia por razones de género y, en particular, la violencia contra la mujer, es un malestar social que ha sido constante en los procesos civilizatorios. Aunque desde hace varias décadas este tipo de violencia ha sido denunciada por los movimientos feministas, los gobiernos y

los sectores de la sociedad de diversos países lo dan por sentado y tienden a minimizarlo o a colocarlo en el ámbito de la violencia colectiva.

La violencia por razones de género y la violencia contra la mujer son fenómenos históricamente configurados, pero invisibilizados por la tendencia a pensarlos como procesos de anormalidad y enfermedad mental. La dominación masculina y la subordinación de lo femenino son ámbitos que discutir con la finalidad de colocar la violencia contra la mujer como parte de los malestares sociales y subjetivos actuales. Reducirlos a condiciones biológicas desdibuja las condiciones de posibilidad de pensarla históricamente.

3. El género como construcción sociocultural

La visión de la condición de la mujer y del hombre, de sus funciones políticas, económicas y sociales como constitutivas de la estructura y organización de las relaciones sociales, se fue esbozando principalmente en el campo de la antropología, a través de los estudios culturales realizados en la primera mitad del siglo XX. Marta Lamas (1996) pondera como uno de los trabajos más representativos el realizado por Margaret Mead en 1935 sobre tres sociedades de la isla de Nueva Guinea, a través del cual esta autora reflexiona acerca de las diferencias de comportamiento y de ‘temperamento’ entre hombres y mujeres, llegando a la conclusión de que éstos son “creaciones culturales y que la naturaleza humana es increíblemente maleable” (Lamas, 1996:99).

Por otra parte, Lévi-Strauss (1976:49) expone la determinante influencia de las premisas socioculturales en la conformación de los diferentes grupos sociales. Para este autor, los grupos sociales, particularmente la familia, no están constituidos solamente por los aspectos biológicos de la repro-

ducción y la sobrevivencia, sino que interviene en su constitución la estructura social. No existe ninguna institución o forma de vida social limitada solo al ámbito de lo biológico. De acuerdo a su punto de vista, el primer acto de organización social se establece con la prohibición del incesto, la cual Lévi-Strauss considera como la norma más antigua y acendrada que se observa en los grupos sociales, que establece las proscipciones y prescripciones en cuanto a las relaciones sexuales y, por tanto, a las conformaciones del sistema de alianzas y de parentesco. Este autor propone que la familia se estructura y organiza bajo las funciones sociales asignadas por sexo denominadas “división sexual del trabajo” (Lévi-Strauss, 1976:30), que implica asegurar la existencia de un hombre y una mujer como la mínima unidad económica, así como que las actividades realizadas por uno y por otra queden establecidas como ámbitos masculino y femenino, de dependencia recíproca, complementaria y excluyente (Lévi-Strauss, 1976:33).

Para este autor, la división sexual del trabajo es un ordenamiento social apoyado en consideraciones socioculturales más que biológicas, que prescribe determinadas funciones a cada sexo de manera obligatoria. Esto significa que las funciones asignadas a las mujeres quedan prohibidas para los hombres y viceversa. De esta manera, se instituye un estado recíproco de dependencia entre los sexos, lo cual justifica la posición social que se ha guardado históricamente al orden del género.

Esta perspectiva culturalista permitió hacer énfasis principalmente en tres aspectos. Primero, se afirma que los comportamientos diferenciados entre hombres y mujeres no son producto de la naturaleza sino producto de la cultura, por lo tanto, son construcciones socioculturales que obedecen a su propia organización social. Segundo, existe

una asignación diferencial y jerárquica de los roles de hombre y mujer. Tercero, al ser asignaciones culturales y no dadas por sus características fisiológicas, los hombres y mujeres pueden entrar en conflicto entre las asignaciones sociales masculinas y femeninas y sus deseos individuales.

Si bien estas nuevas propuestas pudieron dar luz sobre la importancia de los aspectos culturales como estructuradores de las sociedades y acerca de los comportamientos diferenciados asignados a hombres y mujeres, no se explica de manera fehaciente lo siguiente: ¿Cómo es que, aun cuando existen diferencias en las prácticas sociales de lo femenino y lo masculino, persiste la constante de la desigualdad y la subordinación política, económica y social de las mujeres hacia los hombres? ¿Por qué las mujeres son víctimas de violencia en un porcentaje mucho mayor que los hombres y se ejerce sobre ellas una particular forma de violencia hacia la mujer?

Al tratar de responder estas preguntas surge en el campo del trabajo teórico-metodológico de las corrientes del feminismo la categoría de género, la cual ha ido adquiriendo diferentes características y definiciones en la medida en que han surgido nuevos desarrollos conceptuales y nuevas prácticas sociales respecto a lo que se ha considerado femenino y masculino.

Como categoría de análisis, el género permite el estudio de los procesos de construcción sociocultural de los comportamientos de hombres y mujeres y, entre ellos, reconoce la variedad de formas de interpretación, simbolización y organización de las diferencias sexuales en las relaciones sociales, visualiza y pone foco en la red de significados que estructuran y dan sentido a las nociones y prácticas sociales de lo masculino y lo femenino, haciendo énfasis en las relaciones de poder.

De acuerdo a Joan Scott (1996), al establecerla como categoría de análisis se logra redimensionar sus alcances en los procesos histórico sociales, su función legitimadora, normativa y relacional: “por tanto el género facilita un modo de decodificar el significado y de comprender las complejas conexiones entre varias formas de interacción humana” (Scott, 1996:294).

A partir de entonces, se han propuesto diversas definiciones sobre esta categoría dentro de las cuales consideramos la de Joan Scott como la que mejor refleja la problemática que encierra en el campo de las relaciones sociales. La definición de género que propone esta autora consta de dos partes y cuatro dimensiones que es preciso considerar en conjunto “el género es un elemento constitutivo de las relaciones sociales, las cuales se basan en las diferencias percibidas entre los sexos y [...] es una forma primaria de relaciones simbólicas de poder” (Scott, 2008: 65). Ella distingue cuatro elementos o dimensiones donde se expresa el género:

1) los símbolos disponibles que evocan múltiples (y a menudo contradictorias) representaciones, 2) los conceptos normativos que avanzan interpretaciones sobre los significados de los símbolos que intentan limitar y contener las posibilidades metafóricas de los mismos, 3) este tipo de análisis debe incluir una idea de la política y una referencia a las instituciones sociales y a las organizaciones y 4) la identidad subjetiva (Scott, 2008:66-67).

Y agrega la consideración del género como una forma primaria de relaciones significativas de poder: “el género es un campo primario dentro del cual, o por medio del cual se articula el poder.” (Scott, 2008:68).

Por otra parte, los sujetos hombres y mujeres construimos nuestra identidad de género a través de estereotipos o modelos de comportamiento que son introyectados mediante procesos de identificación, que estructuran y dan sentido a las nociones y prácticas sociales de lo masculino y lo femenino, producto de procesos sociohistóricos insertos en matrices culturales, que obedecen a una organización social particular y que asignan comportamientos diferenciados en función de su lugar en las relaciones sociales, promovidos por las instituciones económicas, sociales, políticas y religiosas, convirtiéndose en “estatus instituidos que se vuelven identidades psicológicas para cada persona” (Lamas, 1996:100).

La condición diferenciada de hombres y mujeres asigna a la mujer una posición de subordinación desde la cual construye su identidad de género. Para Marcela Lagarde (2008) existen principalmente dos elementos que atraviesan la identidad de género de la mujer. Por una parte, la condición genérica, esto es, las asignaciones socioculturales históricas que incluyen las creencias, los mitos, los estereotipos y las funciones sociales asignadas a la mujer históricamente y, por otra, las experiencias singulares de cada mujer, que la autora describe como situación vital, entendida como “el conjunto de características que tienen a partir de su condición genérica, en circunstancias históricas específicas. La situación vital expresa la existencia de las mujeres particulares en sus condiciones concretas de vida” (Lagarde, 2008:34).

Para Marcela Lagarde (2008:34) la construcción de la identidad femenina tiene que ver con las condiciones específicas, materiales y simbólicas en las que cada mujer lleva a cabo su experiencia particular:

A cada mujer la constituye la formación social en que nace, vive y muere, las relaciones de producción-reproducción y con ello la clase, el grupo de clase, el tipo de trabajo o de actividad vital, las instituciones en que se desenvuelve, el grupo de edad, las relaciones con las otras mujeres, con los hombres y con el poder, la sexualidad procreadora y erótica, así como las preferencias eróticas, las costumbres, las tradiciones propias, y la subjetividad personal, los niveles de vida, el acceso a los bienes materiales y simbólicos, la lengua, la religión, los conocimientos, el manejo técnico del mundo, la sabiduría, las definiciones políticas, todo ello a lo largo del ciclo de vida de cada mujer.

En suma, la condición genérica y las experiencias singulares entran en juego en el proceso de construcción de la identidad de género de cada mujer. Sus condiciones sociohistóricas y vitales connotadas por la desigualdad de género propician la violencia por razones de género. La diferencia se convierte en desigualdad y, esa desigualdad, en sometimiento.

5. Violencia de género

La Organización de las Naciones Unidas (ONU-MUJERES, 2024) define la violencia por razones de género como los actos dañinos dirigidos contra una persona o un grupo de personas en razón de su género. Tiene su origen en la desigualdad de género, el abuso de poder y la existencia de normas dañinas. El término se utiliza principalmente para subrayar el hecho de que las diferencias estructurales de poder basadas en el género colocan a las mujeres y niñas en situación de riesgo frente a múltiples formas de violencia. Si bien las mujeres y niñas sufren violencia de género de manera desproporcionada, los hombres y los niños también

pueden ser blanco de ella. En ocasiones se emplea este término para describir la violencia dirigida contra las poblaciones LGBTQI+, al referirse a la violencia relacionada con las normas de masculinidad/feminidad o a las normas de género.

La violencia por razones de género constituye uno de los comportamientos más comunes en el campo de la violencia. Su manifestación más frecuente se encuentra en la violencia que se ejerce contra la mujer. Ésta es una forma de abuso donde las pautas de interacción dominantes se sustentan en un conjunto de actitudes y comportamientos recurrentes, intencionales, de intensidad creciente, dirigidas a dominar, someter y controlar mediante el uso de la violencia física, verbal, psicoemocional o sexual a la mujer, y en la cual una de las partes, en su gran mayoría el varón, por acción u omisión, ocasiona daño físico y/o psicológico a la otra.

Comprender que la violencia contra la mujer corresponde a la violencia por razones de género, como lo destaca Roberto Castro (2004), ha significado un gran paso en la comprensión de esta problemática, pues se rompe con el tabú de la intimidad del ámbito familiar que la hacía ver como algo que sólo competía a los individuos involucrados, al mismo tiempo que da cabida a la consideración de la importancia de las premisas socioculturales y la estructura social en la que tiene lugar.

La violencia por razones de género es una construcción social multidimensional que involucra al sistema de creencias, mitos, valores, imaginarios y representaciones sociales que estructuran y orientan las diferentes formas en que se expresa. Estas construcciones socioculturales moldean formas de relación estereotipadas de género y los

estilos de vida que las apoyan. Los estereotipos de género son construcciones sociales que integran un conjunto de creencias existentes sobre las características que se consideran apropiadas para hombres y para mujeres y se construyen a partir de la diferencia biológica de los sexos (Bleichmar, [1985] 1997).

A la mujer se le ha normativizado positivamente comportamientos que se consideran dentro de una baja estimación social como la sumisión, la pasividad y la dependencia emocional. Como menciona Marcela Lagarde (2005) la identidad genérica de la mujer: “se concreta en la relación específica (...) con el poder, y se caracteriza por la privación de la libertad, por la opresión” (Lagarde, 2005:36). Estas diferentes prescripciones sustentadas en relaciones de poder se han normativizado a tal grado que se consideran parte integral de las relaciones sociales y establecen para hombres y mujeres “los principios de la división dominante que les lleva a considerar normal, o incluso natural, el orden social tal cual es y a anticipar de algún modo su destino” (Bourdieu, 2003:118).

El ejercicio de la violencia por razones de género no se debe asumir como separado del contexto de la violencia social, como menciona Rita Segato (2018:14):

(...) es imposible hoy abordar el problema de la violencia de género y la letalidad en aumento de las mujeres como si fuera un tema separado de la situación de intemperie de la vida, con la suspensión de las normativas que dan previsibilidad y amparo a las gentes dentro de una gramática compartida.

El estudio de la violencia por razones de género y, en particular, la violencia contra las mujeres

debe mirarse desde un ámbito social e histórico amplio. Las desapariciones de mujeres, la trata, la esclavitud contemporánea, la violencia sexual, el acoso sexual, los feminicidios, entre otros, deben contextualizarse en escenarios sociales estructurantes de violencia colectiva. Estos fenómenos no son aislados, sino procesos sociales naturalizados. Suceden porque se puede hacer con alta probabilidad de evasión de la justicia y el desinterés o temor de la sociedad y sus instituciones de afrontar este tipo de problemas. Como ha señalado Segato (2016), la desaparición y asesinato de mujeres de Ciudad Juárez, México, es una muestra y sin resolver de la violencia desbordada.

Reflexiones finales

Haber comenzado este ensayo académico con cuestiones relativas a la salud mental responde a distinguir la especificidad de un ámbito especializado en la intervención de los trastornos mentales. La psicopatología es la ciencia que fundamenta el trabajo clínico de la psiquiatría. El campo de la salud mental es un complejo de disciplinas orientadas a la rehabilitación del paciente psiquiátrico. Sin embargo, las producciones de sentido respecto a la forma de pensar los trastornos mentales han sido extrapolados para explicar las vicisitudes y problemas de la vida cotidiana. Lo que algunas autorías llaman la medicalización de la vida tiene efectos en la forma de entender los procesos sociales. El discurso del déficit y de vulnerabilidad reproduce el sentido de que hay personas cuya esencia es de minusvalía en el mundo social.

En contraste, el sentido del concepto de malestar subjetivo está orientado a reconocer los factores histórico sociales en las formas de experimentar el dolor y el sufrimiento. No se trata de hacer una apología del dolor, sino enfatizar que esta

experiencia forma parte del devenir sujeto y en la actualidad existe una tendencia a desdibujarla o eliminarla como parte sustantiva de la experiencia humana. En las sociedades del cansancio (Han [2010] 2021; [2020] 2021) y la saturación de información del sujeto (Gergen, [1991] 2021), la eliminación de la experiencia del malestar ocasiona que el sujeto dé por sentado el estallamiento o desbordamiento de lo social. A la violencia hacia la mujer como elemento estructurante del orden social, de la violencia colectiva y de la dominación masculina, se suma la naturalización de este tipo de malestar subjetivo. La violencia hacia la mujer se vuelve una cuestión común, un destino fatal. La naturalización de la violencia por razones de género impide otear que se trata de procesos sociohistóricos de larga data, como se ha argumentado en este trabajo, mientras que las categorías de la psicopatología han sido extrapoladas para explicar problemas sociales y, con ello,

se naturaliza dicha violencia mediante el uso de categorías atemporales y aproblemáticas.

La sobresimplificación de la violencia por razones de género a cuestiones de salud mental contribuye a la vulneración de las personas que históricamente han sido dominadas por el sistema patriarcal. En su desbordamiento, las diversas formas de violencia hacia la mujer son acontecimientos que deben ser historizados y pensados desde una lectura plural. El Estado, la sociedad y sus instituciones son causa de los malestares sociales y, por ende, también pueden ser ámbitos que analizar en su participación de la reproducción de la violencia colectiva. La violencia contra las mujeres es un malestar subjetivo que debe ser pensado de otra manera, como un emergente social de los problemas profundos que se vive en lo cotidiano en países como México.

Referencias bibliográficas

- ÁLVAREZ, J.M. (2008). *La invención de las enfermedades mentales*. Madrid: Gredos.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5®)*. Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- BENTALL, R. ([2009] 2011). *Medicalizar la mente. ¿Sirven de algo los tratamientos psiquiátricos?* Barcelona: Herder.
- BENTALL, R. (2003). *Madness Explained: Psychosis and Human Nature*. London: Penguin.
- BLEICHMAR, E. D. ([1985] 1997). *El feminismo espontáneo de la histeria. Estudio de trastornos narcisistas de la feminidad*. México: Fontamara.
- BLEULER, E. (1993). *Demencia precoz*. Buenos Aires: Hormé.
- BOURDIEU, P. ([1992] 2008). “La práctica de la sociología reflexiva”. En Bourdieu, P. y Wacquant, L., *Una Invitación a la sociología reflexiva*. Buenos Aires: Siglo XXI, 267-317.
- BOURDIEU, P. ([2001] 2003). *El oficio de científico. Ciencia de la ciencia y reflexividad*. Barcelona: Anagrama.
- BOURDIEU, P. (2003). *La Dominación Masculina*. Anagrama: Barcelona.
- BOYLE, M. ([1990] 1993). *Schizophrenia. A Scientific Delusion?* London: Routledge.
- BRAUNSTEIN, N. ([1980] 1982). *Psiquiatría, teoría del sujeto, psicoanálisis (hacia Lacan)*. México:

- Siglo Veintiuno.
- BRAUNSTEIN, N. (2013). *Clasificar en psiquiatría*. México: Siglo Veintiuno.
- BURIN, M. y MELER, I. ([1998] 2010). *Género y familia: poder, amor y sexualidad en la construcción de la subjetividad*. Buenos Aires: Paidós.
- CARBALLEDA, A.J.M. ([2002] 2007). *La intervención en lo social. Exclusión e intervención en los nuevos escenarios sociales*. Buenos Aires: Paidós.
- CARBALLEDA, A.J.M. (2013). *La intervención en lo social como proceso. Una aproximación metodológica*. Buenos Aires: Espacio.
- CASTEL, R. ([1977] 2009). *El orden psiquiátrico. La edad de oro del alienismo*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- CASTRO, R. (2004). *Violencia contra mujeres embarazadas. Tres estudios sociológicos*. México: CRIM-UNAM.
- CERTEAU, M. DE ([1970] 2012). *La posesión de Loudun*. México: Universidad Iberoamericana.
- CERTEAU, M. DE ([1975] 2010). *La escritura de la historia*. México: Universidad Iberoamericana.
- CRENSHAW, K. (1991). "Intersectionality, Identity Politics, and Violence against Women of Color", *Standford Law Review*, Vol. 43, Núm. 6, 1241-1299.
- FARAONE, S. (2013). "Reformas en salud mental. Dilemas en torno a las nociones, conceptos y tipificaciones", *Salud Mental y Comunidad-UNLa*, vol. 3, núm. 3, 29-40.
- FOUCAULT, M. ([1954] 2008). *Enfermedad mental y personalidad*. Buenos Aires: Paidós.
- FOUCAULT, M. ([1964] 2010a). *Historia de la locura en la época clásica I*. México: Fondo de Cultura Económica.
- FOUCAULT, M. ([1964] 2010b). *Historia de la locura en la época clásica II*. México: Fondo de Cultura Económica.
- FOUCAULT, M. ([1969] 2007). *La arqueología de saber*. México: Siglo XXI.
- FOUCAULT, M. ([1975] 2002). *Vigilar y castigar. Nacimiento de la prisión*. Buenos Aires: Siglo Veintiuno.
- FOUCAULT, M. ({1974} [2003] 2007). *El poder psiquiátrico. Curso en el Collège de France (1973-1974)*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- FOUCAULT, M. ({1975} [1999] 2006). *Los anormales. Curso en el Collège de France (1974-1975)*. México: Fondo de Cultura Económica.
- FOUCAULT, M. ({1976} [1997] 2006). *Defender la sociedad. Curso en el Collège de France (1975-1976)*. México: Fondo de Cultura Económica.
- FOUCAULT, M. (2009). *La hermenéutica del sujeto. Curso en el Collège de France (1981-1982)*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- FREUD, S. ([1929] 2006). "El malestar en la cultura". En *El porvenir de una ilusión y El malestar en la cultura y otras obras (1927-1931)*, *Obras completas, Volumen XXI*. Buenos Aires: Amorrortu, 57-140.
- GAULEJAC, V. DE (2002). "Lo irreductible social y lo irreductible psíquico". *Perfiles latinoamericanos: revista de la Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales*, Sede México, 10(21), 49-71.
- GEEKIE, J. y READ, J. ([2009] 2012). *El sentido de la locura. La exploración del significado de la esquizofrenia*. Barcelona: Herder.
- GERGEN, K. J. ([1991] 2021). *The Saturated Self. Dilemmas of Identity in Contemporary Life*. New York: Basic Books.
- GERGEN, K. J. ([1994] 1997). *Realities and Relationships. Soundings in Social Construction*. Massachusetts: Cambridge University Press.
- GUINSBERG, E. (1996). *Normalidad, conflicto psíquico, control social. Sociedad, salud y enfermedad mental*. México: Plaza y Valdés y UAM Xochimilco.
- GUINSBERG, E. (2015). "Introducción a las nociones de "salud" y "enfermedad mental"". En *El su-*

- jeto y el campo de la salud mental*. México: UAM Xochimilco, 17-49.
- HAMUI, L. (Coord.) (2022). *Interacciones y narrativas en la clínica. Más allá del cerebro*. México: UNAM.
- HAMUI, L. et al. (2019). *Narrativas del padecer. Aproximaciones teórico-metodológicas*. México: UNAM y Manual Moderno.
- HAN, B. CH. ([2010] 2021). *La sociedad del cansancio*. Barcelona: Herder.
- HAN, B. CH. ([2020] 2021). *La sociedad paliativa*. Barcelona: Herder.
- JASPERS, K. ([1913] 2004). *Psicopatología general*. México: Fondo de Cultura Económica.
- KLEINMAN, A. ([1988] 2020). *The Illness Narratives. Suffering, Healing, and The Human Condition*. New York: Basic Books.
- KLEINMAN, A. (2012). "Culture, Bereavement, and Psychiatry", *The Lancet*, 379 (9816), 608-609.
- KRAEPELIN, E. (2008). *La demencia precoz*. Buenos Aires: Polemos.
- KVALE, S. ([1992] 1999). "Postmodern Psychology: A Contradiction in Terms?" In Kvale, S. (Ed.), *Psychology and Postmodernism*. London: Sage Publications Ltd., 31-57.
- LAGARDE, M. (2005). *Los Cautiverios de las mujeres: madresposas, monjas, putas, presas y locas*. México: UNAM.
- LAGARDE, M. (2008). "Identidad Femenina". En García, J.R. (Comp.), *Compilación sobre género y violencia*. México: Instituto Aguascalentense de las Mujeres, 31-40.
- LAING, R. D. (1960). *The Divided Self. An Existential Study in Sanity and Madness*. London: Tavistock Publications.
- LAMAS, M. (1996). "La antropología feminista y la categoría de "género"". En Lamas, M. (Comp.), *El género: la construcción cultural de la diferencia sexual*. México: UNAM y Miguel Ángel Porrúa, 97-125.
- LÉVI-STRAUSS, C. (1976). "La familia". En *Polémica sobre el origen y la universalidad de la familia*. Barcelona: Anagrama, 7-49.
- ONUMUJERES (2024). Preguntas frecuentes: tipos de violencia contra las mujeres y las niñas. Consultado en: <https://www.unwomen.org/es/what-we-do/ending-violence-against-women/faqs/types-of-violence#:~:text=La%20violencia%20de%20g%C3%A9nero%20se,la%20existencia%20de%20normas%20da%C3%Blinas>
- READ, J. ([2004] 2006). "Pobreza, etnicidad y género". En Read, J.; Mosher, L. R. y Bentall, R. P. (Eds.), *Modelos de locura*. Barcelona: Herder, 197-236.
- READ, J., MOSHER, L.R. y BENTALL, R.P. ([2004] 2006). "La esquizofrenia no es una enfermedad". En Read, J.; Mosher, L. R. y Bentall, R. P. (Eds.), *Modelos de locura*. Barcelona: Herder, 3-9.
- RIESSMAN, C. K. (2008). *Narrative Methods for The Human Sciences*. London: Sage Publications, Inc.
- RÍOS, A. (2016). *Cómo prevenir la locura. Psiquiatría e higiene mental en México, 1934-1950*. México: Siglo XXI.
- RÍOS, A. y LÓPEZ, X. (2017). "Introducción". En Ríos, A. (Coord.) *Los pacientes del Manicomio La Castañeda y sus diagnósticos. Una historia de la clínica psiquiátrica en México, 1910-1968*. México: UNAM e Instituto de Investigaciones Dr. José María Luis Mora, 11-40.
- RIVERA, C. (2010). *La Castañeda: narrativas de pacientes desde el Manicomio General de México, 1910-1930*. México: Tusquets.
- RODRÍGUEZ, C. (1993). "Del espacio mental al espacio físico. Justificación de la construcción de "La Castañeda"". En Araujo, G.; Izquierdo, A. y Villamil, R. R. (Coords.), *Tramas. Subjetividad y procesos sociales*. México: UAM Xochimilco, 25-38.
- SACRISTÁN, C. (2005). "Historiografía de la locura y de la psiquiatría en México. De la hagiografía a la historia posmoderna". *Frenia*, Vol. V, Núm. 1, 9-33.

- SARACENO, B. ([1995] 2003). *La liberación de los pacientes psiquiátricos. De la rehabilitación psicosocial a la ciudadanía posible*. México: Pax.
- SARACENO, B. ([2014] 2018). *Discurso global, sufrimientos locales. Análisis crítico del movimiento por la salud mental global*. Barcelona: Herder.
- SCHREBER, D.P. ([1903] 2012). *Memorias de un enfermo de nervios*. Barcelona: Sexto Piso.
- SCOTT, J. W. (1996). “El género: una categoría útil para el análisis histórico”. En Lamas, M. (Comp.), *El género: la construcción cultural de la diferencia sexual*. México: UNAM y Miguel Ángel Porrúa, 265-302.
- SCOTT, J. W. (2008). *Género e historia*. FCE-UACM. México.
- SEGATO, R.L. (2016). *La guerra contra las mujeres*. Madrid: Traficantes de sueños.
- SEGATO, R.L. (2018). *Contra-pedagogías de la crueldad*. Buenos Aires: Prometeo Libros.
- SPIELREIN, S. (2021). *La destrucción como origen del devenir*. México: UNAM.
- SZASZ, T. ([1961] 1973). *El mito de la enfermedad mental*. Buenos Aires: Amorrortu.
- YÉBENES, Z. (2014). *Los espíritus y sus mundos. Locura y subjetividad en el México moderno y contemporáneo*. México: Universidad Autónoma Metropolitana y Gedisa.

El aborto en México: situación actual y retos

Deyanira González de León Aguirre*

RESUMEN

En este trabajo se describen los cambios ocurridos en México para lograr que el acceso al aborto legal, seguro y gratuito se convierta en un derecho para todas las mujeres. Se realizó una revisión bibliográfica sobre los cambios en las leyes y las políticas relativas al aborto en México. Estos cambios, demandados durante décadas por el movimiento feminista, iniciaron en el año 2000 en la capital del país y han sido posibles en un contexto sociopolítico progresista que en distintos momentos ha permitido reconocer al aborto como un importante problema de salud pública, como un derecho y como un asunto de justicia social. Hasta finales de septiembre 2024, la mitad de las entidades del país habían liberalizado sus leyes sobre el aborto y la Suprema Corte lo despenalizó en 2021. Además, la Secretaría de Salud emitió lineamientos técnicos para ofrecer servicios de aborto legales y seguros durante el primer trimestre del embarazo en instituciones públicas de todo el país apoyados en las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud. Sin embargo, en la mitad de las entidades las leyes sobre el aborto siguen siendo altamente restrictivas y está todavía pendiente una reforma al Código Penal Federal para derogar las disposiciones que lo criminalizan a nivel nacional. Se describen los beneficios del Programa de Interrupción Legal del Embarazo de la Ciudad de México (CDMX), iniciado en 2007, como referencia para visualizar tanto los retos que enfrentan las entidades que liberalizaron sus leyes en años recientes como las estrategias para mejorar la calidad de la atención al aborto en la CDMX y en el resto del país.

PALABRAS CLAVE: aborto, leyes sobre el aborto, cambios en leyes y políticas sobre el aborto en México.

Abortion in Mexico: Current situation and challenges

ABSTRACT

This paper describes the changes that have occurred in Mexico to make access to legal, safe, and free abortion a right for all women. A bibliographic review on the changes in laws and policies related to abortion in Mexico was done. These changes, demanded for decades by the feminist movement, began in 2000 in the country's capital and have been possible in a progressive sociopolitical context that at different times has allowed abortion to be recognized as an important public health problem, as a right,

* Departamento de Atención a la Salud, Universidad Autónoma Metropolitana Xochimilco. Correo electrónico: dgonzal@correo.xoc.uam.mx

Fecha de recepción: 04 de septiembre de 2024.
Fecha de aceptación: 25 de noviembre de 2024.

and as a matter of social justice. By the end of September 2024, half of the country's states had liberalized their abortion laws, and the Supreme Court decriminalized it in 2021. In addition, the Ministry of Health issued technical guidelines to offer legal and safe abortion services during the first trimester of pregnancy in public institutions throughout the country based on recommendations of the World Health Organization. However, in half of the states, abortion laws remain highly restrictive and a reform to the Federal Penal Code to eliminate the provisions that criminalize abortion at the national level is still pending. The benefits of the Legal Pregnancy Termination Program of Mexico City, initiated in 2007, are described as a reference to visualize both the challenges faced by states that have liberalized their laws in recent years and the strategies to improve the quality of abortion care in Mexico City and the rest of the country

KEYWORDS: abortion, abortion laws, changes in abortion laws and policies in México.

Introducción

En este trabajo se describen los cambios que han ocurrido en México para lograr que el acceso a la interrupción legal, segura y gratuita del embarazo se convierta en un derecho para todas las mujeres. El trabajo se apoya en una revisión de bibliografía sobre las modificaciones a las leyes y las políticas públicas relativas al aborto en el país. La mayor parte de las fuentes consultadas fueron producidas en México; se revisaron también artículos y documentos publicados en otros contextos para darle solidez a los argumentos presentados.

La demanda por la despenalización del aborto, liderada durante décadas por organizaciones del movimiento feminista y apoyada por actores sociales diversos, ha logrado cambios sustantivos en las leyes y las políticas públicas sobre el aborto. Desde el año 2000 estos cambios han sido posibles en un contexto social progresista que en distintos momentos ha permitido reconocer al aborto no sólo como un importante problema social y de salud pública, sino también como un derecho y como un asunto de justicia social.

No obstante, frente a la compleja situación sociopolítica actual de México y frente a las incertidumbres que plantean la reestructuración de los servicios públicos de salud y la reforma al poder judicial, es pertinente considerar los retos que supone modificar las leyes y las políticas públicas sobre el aborto. La referencia para visualizar estos retos y las estrategias para enfrentarlos es el Programa de Interrupción Legal del Embarazo de la Ciudad de México, al cual se dedica una sección de este trabajo.

Legalizar el aborto es sólo un primer paso en el tránsito hacia la creación de servicios para ofrecerlo en condiciones seguras y la aprobación de leyes liberales no siempre garantiza que los servicios sean accesibles para todas las mujeres que los necesitan. Las experiencias de muchos países muestran que la viabilidad y el éxito de las reformas para liberalizar las leyes sobre el aborto requieren un fuerte respaldo político al más alto nivel y la confluencia de esfuerzos para que éstas cumplan con el propósito de proteger la vida,

la salud y los derechos de las mujeres (Ganatra y Elul, 2003; Grimes *et al.*, 2006; Benson *et al.*, 2011; Sedgh *et al.*, 2012; Singh *et al.*, 2018; World Health Organization, 2022).

La realidad del aborto en México es compleja y abarca distintas dimensiones. En el ámbito de la salud pública el aborto está inmerso en un conjunto de problemas aún no resueltos: los altos niveles de pobreza y las marcadas desigualdades en el acceso a servicios de salud sexual y reproductiva de alta calidad; las limitaciones en el acceso a la educación sexual y a la anticoncepción moderna que propician una alta incidencia de embarazos no deseados; la violencia sexual que provoca embarazos no deseados sobre todo entre mujeres jóvenes, adolescentes y niñas; y las restricciones legales que impiden el acceso a servicios de aborto seguro y propician complicaciones evitables y muertes innecesarias atribuibles al aborto inseguro. En la perspectiva de los derechos humanos, el aborto es un asunto en el que confluyen libertades y derechos fundamentales cuyo ejercicio es aún limitado o imposible para muchas mujeres: los derechos a la vida y a la salud, a la igualdad de género, a la privacidad del cuerpo y a la autonomía reproductiva, y a vivir libres de discriminación y de violencia. El aborto es también el centro de un debate conceptual y político en el que se expresan posturas divergentes y a menudo irreconciliables, en tanto involucra aspectos médicos, éticos, morales y filosóficos sobre el inicio de la vida humana.

Hasta hoy,¹ 16 de las 32 entidades federativas del país han modificado sus leyes sobre el aborto permitiéndolo a solicitud de la mujer durante las primeras 12 semanas del embarazo, un plazo limitado –admitido en la mayoría de los países con

leyes liberales sobre el aborto– que obstaculiza el acceso a servicios legales y seguros para las mujeres pobres y socialmente vulnerables. Además, los gobiernos de las entidades con nuevas leyes liberales enfrentan el reto de garantizar la calidad y la disponibilidad de servicios públicos, gratuitos y geográficamente accesibles para la interrupción legal del embarazo (ILE). Como se describirá más adelante, aun en la Ciudad de México, que ofrece desde 2007 servicios públicos y gratuitos de ILE, los términos de la legislación vigente deben revisarse para eliminar barreras de acceso y aumentar su cobertura y calidad.

Por otro lado, en las últimas décadas la Suprema Corte de Justicia de la Nación (SCJN) ha emitido sentencias favorables a las demandas feministas para despenalizar el aborto y proteger los derechos reproductivos. La política federal en el ámbito de la salud reproductiva ha cambiado y, por primera vez, el aborto es reconocido en México como un problema que merece ser abordado en forma integral. Recientemente, en 2021, la SCJN emitió una sentencia para despenalizar el aborto a nivel nacional y existen ya políticas gubernamentales y lineamientos técnicos oficiales de nivel federal para ofrecer servicios legales y seguros en instituciones públicas de todo el país. Sin embargo, la mitad de las entidades federativas no han modificado sus leyes restrictivas sobre el aborto y en las que lo han hecho la oferta de servicios públicos de ILE es desigual y limitada; además, está todavía pendiente la discusión y aprobación en el Congreso de la Unión de una reforma para derogar del Código Penal Federal las disposiciones que regulan y criminalizan el aborto a nivel nacional.

Las nuevas políticas públicas federales sobre el aborto en México se sustentan en las actuales directrices de la Organización Mundial de la Salud

¹ Principios de septiembre 2024.

(OMS) para la atención del aborto. Estas directrices se apoyan en evidencias clínicas acumuladas durante décadas y en la perspectiva internacional de los derechos humanos. Con base en las consecuencias negativas de las leyes que restringen o limitan el acceso al aborto seguro, la OMS recomienda la legalización amplia de la interrupción del embarazo y considera al aborto seguro como un servicio de salud esencial. Recomienda también instrumentar políticas públicas que aseguren el acceso universal y oportuno al aborto legal y seguro, y la implementación de modelos de atención postaborto para las mujeres que presentan complicaciones del aborto inducido o espontáneo. Para el aborto temprano, durante el primer trimestre del embarazo, recomienda que los servicios se ofrezcan en instalaciones ambulatorias, con infraestructura adecuada y por personal capacitado en el uso de métodos que han demostrado una alta eficacia y seguridad. La OMS establece directrices para garantizar la seguridad médica del aborto más allá del primer trimestre del embarazo (World Health Organization, 2022).

Los métodos actualmente avalados por la OMS para ofrecer servicios ambulatorios de aborto seguro en el primer trimestre del embarazo son la *aspiración endouterina*, en sus versiones manual o eléctrica, y el *aborto médico* —o *aborto con medicamentos*— que se practica usando una combinación de mifepristona con misoprostol, o misoprostol solo. La evidencia ha mostrado la alta efectividad y la seguridad de estos métodos, cuyo uso por personal capacitado puede extenderse al aborto después de las 12 semanas del embarazo. Ambos métodos son también recomendados para tratar las complicaciones del aborto inseguro y para el manejo clínico del aborto espontáneo no complicado en servicios de atención postaborto (Kapp y Lorh, 2020; Lerma y Blumenthal, 2020; World Health Organization, 2022).

Los cambios en las leyes y las políticas públicas sobre el aborto en México

En México, el aborto está regulado en el Código Penal Federal de 1931 y cada entidad federativa tiene su propia ley sobre el aborto. Las legislaciones estatales difieren en cuanto a las causales de no punibilidad y a las sanciones penales, y el embarazo resultado de violación es una causal para el aborto legal presente en todas las leyes estatales.²

Los cambios en las leyes sobre el aborto iniciaron en agosto del año 2000 en la capital del país, el entonces Distrito Federal, con una primera reforma —la *Ley Robles*— que amplió las causales para el aborto legal y estableció, por primera vez en el país, normas y procedimientos para asegurar el derecho al aborto legal en casos de violación, inseminación artificial no consentida, grave riesgo para la salud de la mujer, y alteraciones genéticas y congénitas graves del producto. La reforma fue impugnada por diputados de los partidos Acción Nacional y Verde Ecologista, pero la SCJN ratificó su constitucionalidad en enero de 2002 (Billings *et al.*, 2002; Grupo de Información en Reproducción Elegida, 2021).

Con el antecedente de la Ley Robles, el intenso trabajo de negociación política desplegado por las organizaciones feministas logró que en abril de 2007 la Asamblea Legislativa del Distrito Fe-

² Además del embarazo resultado de violación, las leyes estatales incluyen una o más causales para el aborto legal: peligro de muerte para la embarazada, conducta imprudencial de la mujer, malformaciones genéticas o congénitas graves del producto, riesgo para la salud de la embarazada, inseminación artificial no consentida, razones económicas, y voluntad de la mujer (ver: Grupo de Información en Reproducción Elegida, 2021). El Código Penal Federal de 1931 establece que el aborto no es punible bajo tres circunstancias: imprudencia de la mujer, violación y peligro de muerte; dicta sanciones para quienes procuran abortos, con años de cárcel y suspensión del ejercicio profesional para médicos; para las mujeres contempla penas de 6 meses a un año de cárcel, siempre que no tengan mala fama, hayan logrado ocultar el embarazo, o cuando éste resulte de una unión ilegítima (ver: Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión, 1931).

deral, conformada en su mayoría por legisladores del Partido de la Revolución Democrática, promulgara la reforma que despenalizó el aborto a solicitud de la mujer durante las primeras 12 semanas del embarazo. La demanda de servicios empezó al día siguiente de la aprobación de la ley y el gobierno local creó el Programa de ILE (Grupo de Información en Reproducción Elegida, 2008), que opera desde entonces en centros de salud y hospitales de la Secretaría de Salud de la hoy Ciudad de México.

La victoria feminista lograda en abril de 2007 generó gran entusiasmo y la esperanza de que la despenalización del aborto sería pronto una realidad en todo el territorio nacional. Sin embargo, esta segunda reforma motivó reacciones y controversias que frenaron la posibilidad de cambios en las legislaciones de otras entidades en el corto plazo. En mayo de 2007, la reforma fue impugnada por los titulares de la Comisión Nacional de Derechos Humanos y de la Procuraduría General de la República que fungían como funcionarios del segundo gobierno federal encabezado por el Partido Acción Nacional. El litigio para dirimir las impugnaciones y la intensa discusión sobre la ley en audiencias públicas finalizaron más de un año después, en agosto de 2008, cuando la SCJN sentenció la constitucionalidad de la reforma sobre el aborto aprobada en 2007 para la capital del país (Grupo de Información en Reproducción Elegida, 2021; 2024). Este fallo de la SCJN reafirmó la validez de los principios y argumentos que sustentaron la nueva legislación, pero fue el detonante para que entre 2008 y 2021 los congresos locales de 20 entidades aprobaran reformas constitucionales *para proteger la vida desde el momento de la concepción*.³ Impulsadas por los sectores so-

3 Chihuahua promulgó la primera de estas reformas en 1994; las entidades donde se aprobaron entre 2008 y 2021 fueron Morelos, Baja California, Colima, Sonora, Quintana Roo, Guanajuato, Durango, Puebla, Nayarit, Ja-

ciales más conservadores —la Iglesia católica, el Comité Nacional Provida, el Partido Acción Nacional—, estas reformas constitucionales regresivas tuvieron como propósito restringir aún más el acceso al aborto e impedir que las leyes se liberalizaran en otras entidades (Grupo de Información en Reproducción Elegida, 2018; 2021; del Cid, 2024). La incertidumbre y el temor que se generaron respecto a la legalidad del aborto bajo las causales previstas en las leyes estatales —entre el personal de salud, las instancias judiciales, y las propias mujeres— propició que muchas mujeres, la mayoría adolescentes y jóvenes pobres, fueran severamente criminalizadas por abortar. Mujeres que buscaban atención por complicaciones del aborto fueron denunciadas por personal de hospitales públicos, y hubo incluso mujeres con abortos espontáneos que fueron sentenciadas con largas penas de prisión. Hubo también niñas y adolescentes violadas a quienes se negó el derecho al aborto legal (Grupo de Información en Reproducción Elegida, 2018; 2021).⁴

A finales de 2018, una reforma a la constitución local de Sinaloa incluyó una cláusula para proteger la vida de los no nacidos; la cláusula fue impugnada por la Comisión Nacional de Derechos Humanos y por legisladores progresistas de la entidad, y en 2021 la SCJN declaró su inconstitucionalidad. La sentencia determinó que los congresos locales carecen de competencias para definir cuándo inicia la vida humana, que el embrión no

lisco, Yucatán, San Luis Potosí, Oaxaca, Querétaro, Chiapas, Tamaulipas, Veracruz, Sinaloa, Nuevo León y Aguascalientes (ver: Grupo de Información en reproducción Elegida, 2018; 2021).

4 El caso de Guanajuato es ilustrativo de la situación generada por las reformas para proteger la vida desde el momento de la concepción. A partir de 2009, año en que se aprobó la reforma en la entidad, las mujeres que abortaban fueron acusadas de homicidio en razón de parentesco agraviado por el homicidio de un producto en gestación. En un solo año fueron denunciadas 160 mujeres y 43 se encontraban bajo proceso penal. Un libro reciente, producido por la organización feminista Las Libres, documenta extensamente la situación del aborto en esa entidad (ver Martínez et al., 2024).

es una persona con derechos, y que proteger la vida desde el momento de la concepción atenta contra el derecho a la autonomía reproductiva de las mujeres (Grupo de Información en Reproducción Elegida, 2024).

Más de una década después de la despenalización del aborto en la capital del país, el contexto sociopolítico del país, gobernado a nivel federal por el Movimiento de Regeneración Nacional desde 2018, ha favorecido la aprobación de leyes liberales sobre el aborto en 15 entidades más: Oaxaca en 2019; Hidalgo, Veracruz, Coahuila, Baja California, y Colima en 2021; Sinaloa, Guerrero, Baja California Sur y Quintana Roo en 2022; y Aguascalientes, Jalisco, Puebla, Nayarit y Zacatecas en 2024. Al igual que en la Ciudad de México, las nuevas legislaciones estatales permiten el aborto a solicitud de la mujer durante las primeras 12 semanas del embarazo, con excepción de Sinaloa donde el plazo es de 13 semanas. En la mayoría de las entidades los congresos locales votaron a favor de despenalizar el aborto; en Coahuila y Aguascalientes las leyes se modificaron a partir de sentencias previas de la SCJN; y en Jalisco, Nayarit y Zacatecas está todavía pendiente la derogación del delito de aborto en los códigos penales locales (Grupo de Información en Reproducción Elegida, 2024).

En México existen también la Ley General de Víctimas, promulgada en 2013, y la Norma Oficial 046 —*Violencia familiar, sexual y contra las mujeres. Criterios para la prevención y atención*—, actualizada en 2016, que establecen el acceso inmediato a servicios públicos de aborto para mujeres con embarazos resultado de violación, independientemente de la edad gestacional y sin necesidad de que la violación se denuncie ante la autoridad judicial (Grupo de Información en Reproducción Elegida, 2021; 2024).

A partir de 2021 ocurrieron cambios relevantes en las políticas públicas federales sobre el aborto. En junio, la Secretaría de Salud publicó, a través del Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva (CNGSR), el Lineamiento Técnico para Ofrecer Servicios de Aborto Seguro en México, avalado por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y por la OMS (Secretaría de Salud, 2021a). El Lineamiento se reeditó a finales de 2022, esta vez con el respaldo de las principales instituciones de seguridad social y con el refrendo de la OPS y la OMS (Secretaría de Salud, 2022);⁵ la estructura y el contenido de este documento se apegan a las directrices más recientes de la OMS para la atención del aborto, y tiene como propósito establecer

(...) los criterios básicos de atención en las unidades de salud para que las mujeres y personas con capacidad de gestar, incluyendo niñas y adolescentes, que requieran servicios de aborto seguro dentro del territorio nacional, tengan acceso a una atención oportuna, resolutive e integral, basada en las directrices y recomendaciones internacionales con la mejor evidencia científica disponible, con perspectiva de género y de derechos humanos (p. 10).

En este Lineamiento se plantea que la atención legal y segura del aborto es un *servicio prioritario de salud sexual y reproductiva*, en respuesta tanto a las disposiciones sobre derechos humanos que dicta la Constitución como a los acuerdos y tratados internacionales firmados y ratificados por el Estado mexicano.

En julio de 2021, el CNGSR presentó el Programa de Acción Específico Salud Sexual y Reproduc-

⁵ Estas instituciones son el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado (ISSSTE).

tiva 2020-2024 cuyo objetivo es “Contribuir al bienestar de la población, a través del acceso universal a información y servicios de salud sexual y reproductiva con competencia técnica, evidencia científica, principios de igualdad, pertinencia sociocultural, no discriminación y respeto a los derechos humanos” (p. 72). Respecto al aborto, este Programa federal plantea garantizar el acceso al aborto seguro en las primeras 12 semanas del embarazo, dentro del marco legal vigente en cada entidad federativa, en servicios ambulatorios y utilizando métodos seguros por equipos de personal técnicamente capacitado (Secretaría de Salud, 2021b).

En septiembre de 2021, la SCJN declaró la invalidez del Artículo 10 bis de la Ley General de Salud relativo a la objeción de conciencia del personal de salud frente al aborto, y exhortó al Congreso de la Unión a legislar en la materia. La Corte determinó que

La objeción de conciencia no constituye un derecho absoluto ni ilimitado que pueda ser invocado en cualquier caso y bajo cualquier modalidad (...) únicamente es válida cuando se trata de una auténtica contradicción con los dictados de una conciencia respetable en un contexto constitucional y democrático (...) no cabe invocarla para defender ideas contrarias a la Constitución (Grupo de Información en Reproducción Elegida, 2024).

Por otro lado, también en septiembre de 2021, la SCJN determinó, al resolver una acción de inconstitucionalidad sobre el delito de aborto en el Código Penal de Coahuila, que el uso del derecho penal para la prohibición absoluta del aborto contraviene la Constitución federal y reconoció el derecho a decidir de las mujeres y personas con capacidad de gestar (Suprema Corte de Justicia

de la Nación, 2021; del Cid, 2024). A partir de esta sentencia, desde 2022 organizaciones de la sociedad civil de distintas entidades han impulsado una estrategia jurídica nacional con demandas de amparo contra los códigos penales estatales y contra el Código Penal Federal.⁶ En septiembre de 2023, la SCJN validó los términos del amparo contra el Código Penal Federal de 1931 y ordenó al Congreso de la Unión, conformado por las cámaras de diputados y de senadores, eliminar las disposiciones que criminalizan el aborto. En la sentencia se afirma que

Las disposiciones penales que criminalizan de manera absoluta el derecho a decidir sobre la interrupción del embarazo son contrarias a los derechos a la dignidad humana, a la autonomía reproductiva y libre desarrollo de la personalidad, el derecho a la salud y el derecho a la igualdad y no discriminación (Suprema Corte de Justicia de la Nación, 2023).

Los términos de esta última resolución implican que ninguna persona será penalizada por el delito de aborto y que *todas* las instituciones federales de salud estarán obligadas a ofrecer servicios de aborto legal y seguro en *todo* el país. La sentencia debió ser acatada por el Congreso de la Unión antes de finalizar 2023, pero dados los tiempos políticos del país todavía no se ha cumplido; las cámaras legislativas han recibido iniciativas para reformar el Código Penal Federal, provenientes de representantes de distintos partidos políticos que se encuentran en espera de dictamen.

⁶ La estrategia jurídica nacional ha sido encabezada por el Grupo de Información en Reproducción Elegida (ver: <https://gire.org.mx/blog/demandas-de-amparo-en-contra-del-delito-de-aborto-lo-que-hay-que-saber/>; <https://animalpolitico.com/analisis/organizaciones/punto-gire/aborto-litigio-aporte-feminismo/>; <https://gire.org.mx/blog/estrategia-juridica-integral-contra-la-regulacion-del-delito-de-aborto/>).

Pese a los avances logrados, sin duda sustantivos, en la mitad de las entidades del país el aborto sigue siendo un delito y el acceso a servicios legales y seguros es limitado aún en casos de violación o de riesgo para la salud de la mujer. Las mujeres pobres y socialmente vulnerables suelen abortar de manera clandestina e insegura aun a riesgo de su vida; muchas continúan sus embarazos y asumen la maternidad, con gran frecuencia a edades tempranas, con costos y desventajas para ellas y sus hijos e hijas. Hoy en día, en todo el país e incluso en entidades con leyes liberales, muchas mujeres a quienes se niegan los servicios recurren hoy al aborto médico autogestionado con el acompañamiento solidario de grupos feministas que les ayudan a interrumpir sus embarazos no deseados en forma ilegal pero segura.

El aborto médico autogestionado con misoprostol es una práctica frecuente en muchos países.⁷ Dicha práctica ha sido recuperada por colectivos feministas para crear modelos exitosos de acompañamiento a mujeres que enfrentan barreras de acceso a servicios de aborto. Estos modelos han contribuido a evidenciar la seguridad y la efectividad del aborto médico, y cuestionado el supuesto bastante extendido de que los abortos practicados fuera de los servicios de salud y/o sin supervisión médica son *siempre* inseguros. Testimonios de activistas con amplia experiencia de trabajo en estos modelos indican que el aborto autogestionado y acompañado tiene altos niveles de aceptación por parte de las mujeres, ya que los embarazos se interrumpen en condiciones seguras, dignas y de privacidad (Larrea *et al.*, 2021;

Berro y Nandajiri, 2021; Veldhuis *et al.*, 2022; Burton, 2022; Martínez *et al.*, 2024).

Desde la década de 1990, en varios países latinoamericanos, incluido México, el amplio uso del misoprostol por las propias mujeres se ha asociado en el ámbito hospitalario con una menor incidencia de complicaciones graves y con menos muertes por abortos inseguros (Faúndes *et al.*, 1996; Ferrando, 2002; Billings, 2004; Miller *et al.*, 2005; Briozzo *et al.*, 2006; Zamberlin *et al.*, 2012; Schiavon y Troncoso, 2020).

Un trabajo publicado hace algunos años indica que en México las tasas de hospitalización y de mortalidad por aborto disminuyeron durante el período 2000-2016, pero que éstas diferían entre las entidades del país. Mientras a nivel nacional la tasa de mortalidad fue de 40.3 muertes por cada 100 mil abortos, en Baja California Sur fue de 7.9, en la Ciudad de México de 24.6, en Morelos de 37.9, en el Estado de México de 72.4, y en Guerrero de 83.3. Las autoras de este trabajo señalan que estas variaciones sugieren grados diversos de marginación social que impactan la mortalidad materna, así como diferencias en la inseguridad del aborto, en el acceso al misoprostol, a proveedores/as capacitados, y a servicios de atención postaborto; sugieren también diferencias en cuanto a la severidad del estigma sobre el aborto y respecto al temor a la persecución penal (Schiavon y Troncoso, 2020). Información oficial más reciente muestra que el *embarazo terminado en aborto* causó en 2018 la muerte innecesaria de 64 mujeres y representó la cuarta causa de mortalidad materna a nivel nacional (Secretaría de Salud, 2020).

⁷ El misoprostol, un medicamento originalmente registrado para tratar la úlcera gástrica, provoca contracciones uterinas y puede usarse solo o en combinación con la mifepristona para inducir abortos; en obstetricia se usa también para inducir el parto, tratar el aborto incompleto, y prevenir y tratar hemorragias postparto (ver: World Health Organization, 2022).

El Programa de Interrupción Legal del Embarazo en la Ciudad de México

El Programa de ILE de la Ciudad de México es la referencia obligada para visualizar los retos que enfrentan los gobiernos de las entidades que desde 2019 han liberalizado sus leyes sobre el aborto. Este Programa, pionero en América Latina y el Caribe, ha mostrado los beneficios de una ley liberal que protege la vida, la salud y los derechos de las mujeres. Esta ley ha permitido cubrir una elevada y creciente demanda de servicios gratuitos o de muy bajo costo, y miles de mujeres han podido interrumpir sus embarazos sin la amenaza de ser penalmente sancionadas (Schiavon y González de León, 2017).

Entre abril de 2007 y marzo de 2024, el Programa de ILE de la Ciudad de México atendió a 273,723 mujeres; el 31.5% residía en otras entidades, lo que ilustra la necesidad insatisfecha de servicios de aborto legal y seguro en el resto del país. La mayoría de las ILE, 87%, se han practicado durante las primeras 9 semanas del embarazo en servicios ambulatorios, por personal médico capacitado y usando los métodos avalados por la OMS: aborto médico en 79.6% de los casos y aspiración endouterina en el 19.1%; el legrado uterino, un método potencialmente peligroso y no recomendado por la OMS, se ha usado sólo en el 1.3% de los casos (Gobierno de la Ciudad de México, 2024). La legalidad ha favorecido la capacitación de profesionales de la medicina en el uso de métodos seguros y eficaces para el aborto temprano y que realicen su práctica bajo el amparo de la ley; que la información sobre la existencia de servicios de ILE, públicos y privados, se difunda a través de los medios de comunicación masiva y las redes sociales; y que los sistemas de información en salud cuenten con datos más confia-

bles y oportunos sobre el aborto. La legalidad ha favorecido también el desarrollo de estudios que muestran el impacto positivo del Programa de ILE de la Ciudad de México y la pertinencia de extenderlo a todo el país (Schiavon y González de León, 2017).

A pesar de los beneficios de la despenalización del aborto en la Ciudad de México, la legislación vigente impone ciertas restricciones que impiden que el Programa de ILE cumpla cabalmente con las recomendaciones de la OMS en el sentido de eliminar barreras para el acceso universal y oportuno a los servicios públicos de aborto.⁸

El límite gestacional de 12 semanas —admitido en la mayoría de los países con leyes liberales sobre el aborto— es un importante obstáculo para muchas mujeres. Más allá de este límite gestacional, la ley vigente en la capital del país prevé causas excluyentes de responsabilidad penal para la ILE: violación sexual, inseminación artificial no consentida, riesgo para la salud y/o la vida de la mujer, y cuando el producto presenta alteraciones genéticas o congénitas graves. El 87% de las ILE se han practicado durante las primeras 9 semanas del embarazo, pero la evidencia apoya la necesidad de ampliar el límite gestacional al segundo trimestre. Se ha documentado que las mujeres más pobres y con bajo nivel educativo, las más jóvenes, las que no han tenido hijos/as y quienes residen en otras entidades suelen llegar tarde a los servicios y no los reciben (Saavedra *et al.*, 2018; Schiavon y Troncoso, 2020). La situación de las menores de edad es particularmente preocupante, ya que al límite gestacional de 12 semanas la ley agrega el requisito de ser acompañadas por el pa-

⁸ Las disposiciones de la ley vigente en la Ciudad de México pueden verse en: Gobierno de la Ciudad de México, 2018 y 2021.

dre, la madre o un tutor legal.⁹ El grupo de edad entre los 11 y 17 años ha representado tan sólo un 6% de las usuarias desde que inició el Programa de ILE en 2007 (Gobierno de la Ciudad de México, 2024), lo cual puede atribuirse a esta restricción legal. Cabe señalar que la interrupción del embarazo implica mayores riesgos para la salud y la vida de las adolescentes, debido a que en general enfrentan más dificultades de acceso a los servicios de salud que las mujeres adultas; estas dificultades son aún mayores cuando se trata de la atención a un evento marcadamente estigmatizado como el aborto (De Bruyn y Packer, 2004; Collado *et al.*, 2008). La incidencia del embarazo a edades tempranas en México es elevada; si bien en los años recientes ha disminuido entre adolescentes de 15-19 años, ha aumentado entre niñas de 10-14 años (Fondo de Población de las Naciones Unidas, 2020). Negar el acceso a la ILE a niñas y adolescentes por llegar tarde a los servicios o porque no cuentan con el consentimiento de padres o tutores viola sus derechos y les expone a los riesgos del aborto inseguro.

Una barrera central para el acceso a servicios de aborto legal y seguro es la insuficiencia de personal capacitado. Esta insuficiencia se observa aún en países de ingresos altos donde las leyes sobre el aborto son liberales, pero es particularmente crítica en contextos donde la incidencia del aborto inseguro es alta y donde sólo personal médico está autorizado para ofrecer estos servicios (Singh *et al.*, 2018; Mainey *et al.*, 2020). La ley vigente en la Ciudad de México establece que la ILE sólo puede practicarse por personal médico, un gremio profesional en el que el estigma sobre el aborto es frecuente y en buena medida propiciado por la formación que recibe. El debate sobre el aborto

y el desarrollo de modelos y tecnologías para ofrecerlo de manera legal y segura no ha impactado la formación de los/las médicos en México, lo cual propicia o refuerza los estigmas y las objeciones de conciencia en un amplio sector de la comunidad médica (González de León y Billings, 2001; González de León *et al.*, 2008). Frente a la insuficiencia de personal médico se ha planteado la pertinencia de capacitar personal de enfermería para ofrecer servicios de aborto médico (Díaz *et al.*, 2015; Schiavon y Troncoso, 2020). Esta estrategia, recomendada por la OMS, ha sido adoptada en muchos países y ha mostrado que el personal de enfermería puede ofrecer servicios de aborto médico con niveles de seguridad, eficacia y aceptación tan altos como el personal médico (Berer, 2009; Singh *et al.*, 2018; Mainey *et al.*, 2020; World Health Organization, 2022).

El Programa de ILE ha tenido limitaciones de personal médico e infraestructura para ofrecer abortos quirúrgicos usando la aspiración endouterina. Por ello, los protocolos incorporaron desde el principio el aborto médico como una medida que ha permitido cubrir una alta y creciente demanda de servicios; inicialmente se utilizó el misoprostol solo y más tarde la combinación de mifepristona con misoprostol. El uso del aborto quirúrgico con aspiración endouterina se ha reservado para mujeres en quienes falla el aborto médico, para aquellas que rebasan las 9 semanas de embarazo y para residentes de otras entidades (Becker y Díaz, 2013; Schiavon y Troncoso, 2020). Pese a las ventajas que hasta hoy ha ofrecido el aborto médico para la operación del Programa de ILE, los protocolos vigentes impiden que las usuarias puedan elegir el método más adecuado a sus condiciones individuales. Garantizar la calidad de los servicios para la interrupción del embarazo implica, entre otros aspectos, que las mujeres puedan

⁹ Ver los requisitos para solicitar la ILE en: <http://ile.salud.cdmx.gob.mx/requisitos-interrupcion-legal-embarazo-df/>

elegir entre el aborto médico o el aborto quirúrgico; las mujeres deben contar con una consejería amplia que les brinde información completa y precisa sobre las características de ambos métodos para decidir de manera autónoma cuál es el más adecuado para ellas (Kapp y Lohr, 2020).

Comentarios finales

A casi dos décadas de la despenalización del aborto en la Ciudad de México, y frente a los cambios que ha habido y habrá en las políticas federales y en las leyes de otras entidades del país, es crucial instrumentar estrategias que garanticen el acceso amplio y oportuno a servicios de ILE con alta calidad para *todas* las mujeres que los necesitan. Estas estrategias suponen ampliar el límite gestacional para la ILE al segundo trimestre del embarazo; difundir información entre las mujeres más pobres y socialmente vulnerables para que lleguen a los servicios lo más tempranamente posible durante las primeras 12 semanas del embarazo; eliminar los requisitos que limitan el acceso de las menores; garantizar que las mujeres puedan elegir el método de ILE más adecuado a sus condiciones individuales; y ampliar el espectro de profesionales que ofrecen los servicios capacitando e incorporando personal de enfermería.

Los cambios ocurridos en México para modificar las políticas públicas y las leyes sobre el aborto son, sin duda, producto de los sólidos argumentos que han presentado durante décadas organizaciones del movimiento feminista y diversos agentes progresistas en espacios legislativos, ante las instancias de justicia, en la academia, en asociaciones médicas y en los medios de comunicación. Además, en los años recientes la *Marea Verde* ha favorecido el activismo de un gran número de mujeres jóvenes cuyas voces, entusiasmo, creatividad y solidaridad han contribuido en forma de-

cisiva a los procesos para modificar el panorama legal del aborto en México.

Cabe señalar, sin embargo, que el poder económico y político que ejercen los movimientos antiaborto que existen hoy alrededor del mundo es un elemento que no se puede subestimar. Los cambios pueden revertirse. Un ejemplo es lo que ocurrió recientemente en Estados Unidos, donde el derecho constitucional al aborto, reconocido en 1972, fue derogado por la corte suprema de ese país en 2022; y en Argentina, donde el aborto es legal y gratuito desde 2020, el poder ejecutivo ha amenazado reiteradamente con derogar la ley vigente y prohibir el aborto bajo cualquier circunstancia. Más aún, en el contexto actual de México la ley que despenalizó el aborto en Aguascalientes en 2023, a partir de una sentencia de la SCJN, ha sido impugnada y el congreso de esa entidad ha presentado una nueva reforma que propone reducir el límite gestacional para el aborto legal a las 6 semanas de embarazo.¹⁰

En la mitad de las entidades del país el aborto sigue siendo un delito y la reforma al Código Penal Federal para lograr la despenalización del aborto a nivel nacional sigue pendiente en el Congreso de la Unión. Cabe esperar que el proceso para aprobar esa reforma será largo y difícil, en tanto será impugnada por los sectores sociales más conservadores: los grupos Provida, las iglesias católica y cristianas, el Partido Acción Nacional, entre otros. Por lo tanto, corresponderá a la nueva administración federal, encabezada por primera vez por una mujer, defender y reforzar lo que se ha logrado y allanar el camino para que el aborto legal, seguro y gratuito sea un derecho real y ejercible para las mujeres de todo el país.

¹⁰ Ver: <https://gire.org.mx/blog/ni-un-paso-atras-aguascalientes/> y <https://lacaderadeeva.com/entrevistas/en-aguascalientes-se-reduce-el-plazo-para-abortar-a-seis-semanas/11061>

Referencias bibliográficas

- BECKER, D. y DÍAZ, C. (2013), “Decriminalization of abortion in Mexico City: the effects on women’s reproductive rights”, *American Journal of Public Health*, Vol. 103, Núm. 4, pp. 590-593.
- BENSON, J., ANDERSEN, K. y SAMANDARI, G. (2011), “Reductions in abortion-related mortality following policy reform: Evidence from Romania, South Africa and Bangladesh”, *Reproductive Health*, Vol. 8, Núm. 39.
- BERER, M. (2009), “Provision of abortion by mid-level providers: international policy, practice and perspectives”, *Bulletin of the World Health Organization*, Núm. 87, pp. 58-63.
- BERRO, L. y NANDAJIRI, R. (2021), “Self-managed abortion: a consultation of actors, a cacophony of laws?”, *Sexual and Reproductive Health Matters*, Vol. 29, Núm. 1, pp.1-8.
- BILLINGS, D.L., MORENO, C., RAMOS, C., GONZÁLEZ DE LEÓN, D., RAMÍREZ, R., VILLASEÑOR, L. y ROVERA, M. (2002), “Constructing access to legal abortion services in Mexico City”, *Reproductive Health Matters*, Vol. 10, Núm. 19, pp. 86-94.
- BILLINGS, D.L. (2004), “Misoprostol alone for early medical abortion in a Latin American clinic setting”, *Reproductive Health Matters*, Vol. 12, Sup. 24, pp. 27-38.
- BRIOZZO, L., VIDIELLA, G., RODRÍGUEZ, F., GORGOROSO, M., FAÚNDES, A. y PONS, E.J. (2006), “A risk reduction strategy to prevent maternal deaths associated with unsafe abortion”, *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, Núm. 95, pp. 221-226.
- BURTON, J. (2022), “Acompañar abortos en Paraná. Reflexiones sobre el activismo feminista en Argentina”, *Mora (Buenos Aires)*, Núm. 28, pp. 81-96.
- CÁMARA DE DIPUTADOS DEL H. CONGRESO DE LA UNIÓN. (1931), *Código Penal Federal*. Distrito Federal, México: Diario Oficial de la Federación, 14 de agosto.
- COLLADO, M.E., ALVA, R., VILLA, L., LÓPEZ, E., GONZÁLEZ DE LEÓN, D. y SCHIAVON, R. (2008), “Embarazo no deseado y aborto en adolescentes: un reto y una responsabilidad colectiva”, *Género y Salud en Cifras*, Vol. 6, Núm. 2, pp. 17-30.
- DE BRUYN, M. y PACKER, S. (2004), *Adolescents, unwanted pregnancy and abortion. Policies, counseling and clinical care*. Chapel Hill, NC: Ipas; 2004.
- DEL CID, J. (2024), “El régimen de género y las restricciones a los derechos reproductivos de las mujeres en México”. En: González, M.P., Sotelo, A. y Enríquez, L. (Coords). *Derechos reproductivos: reflexiones interdisciplinarias*. Ciudad de México: Universidad Nacional Autónoma de México y Bonilla Artigas Editores, 171-201.
- DÍAZ, C., GANATRA, B., SORHAINDO, A., KARVER, T.S., SEUC, A., VILLALOBOS, A., GARCÍA, S.G., PÉREZ, M., BOUSIEGUEZ, M. y SANHUEZA, P. (2015), “Nurse versus physician-provision of early medical abortion in México: a randomized controlled non-inferiority trial”, *Bulletin of World Health Organization*, Vol. 93, pp. 249-258.
- FAÚNDES, A., SANTOS, L.C., CARVALHO, M. y GRÃS, C. (1996), “Post-abortion complications after interruption of pregnancy with misoprostol”, *Advances in Contraception*, Vol. 12, Núm. 1, pp. 1-9.
- FERRANDO, D. (2002), *Clandestine abortion in Peru: Facts and figures*. Lima: Centro de la Mujer Peruana / Pathfinder International.
- FONDO DE POBLACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS (2020), *Consecuencias socioeconómicas del embarazo en adolescentes en México*. Ciudad de México: UNFPA México.

- GANATRA, B. y ELUL, B. (2003), “Legal but not always safe: three decades of a liberal abortion policy in India”, *Gaceta Médica de México*, Vol. 139, Sup. 1), pp. 103-108.
- GOBIERNO DE LA CIUDAD DE MÉXICO (2018), “Aviso por el cual se da a conocer la actualización de los lineamientos generales de la organización y operación de los servicios para la interrupción del embarazo en la Ciudad de México”, Ciudad de México: *Gaceta Oficial de la Ciudad de México*, 25 de abril, pp. 3-11.
- GOBIERNO DE LA CIUDAD DE MÉXICO (2021), “Decreto por el que se abroga la Ley de Salud del Distrito Federal, se expide la Ley de Salud de la Ciudad de México y se aprueba la observación al decreto por el que se abroga la Ley de Salud del Distrito Federal y se expide la Ley de Salud de la Ciudad de México, enviada por la titular de la jefatura de gobierno”. Ciudad de México: *Gaceta Oficial de la Ciudad de México*, 9 de agosto, pp. 37-38.
- GOBIERNO DE LA CIUDAD DE MÉXICO (2024), *Interrupción legal del embarazo (ILE). Estadísticas abril 2007-31 de marzo 2024*. Ciudad de México: SEDESA.
- GONZÁLEZ DE LEÓN, D. y BILLINGS, D.L. (2001), “Attitudes towards abortion among medical trainees in Mexico City public hospitals”, *Gender and Development*, Vol. 9 Núm. 2, pp. 87-94.
- GONZÁLEZ DE LEÓN, D., BILLINGS, D.L. y RAMÍREZ, R. (2008), “El aborto y la educación médica en México”, *Salud Pública de México*, Vol. 50, Núm. 3, pp. 258-267.
- GRIMES, D.A., BENSON, J., SINGH, S., ROMERO, M., GANATRA, B., OKONOFUA, F.E. y SHAH, I.H. (2006), “Unsafe abortion: The preventable pandemic”, *Lancet*, Núm. 368, pp. 1908-1919.
- GRUPO DE INFORMACIÓN EN REPRODUCCIÓN ELEGIDA (2008), *El proceso de despenalización del aborto en la Ciudad de México*. Serie Temas para el Debate Núm. 7. Distrito Federal, México: GIRE.
- GRUPO DE INFORMACIÓN EN REPRODUCCIÓN ELEGIDA (2018), *Maternidad o castigo. La criminalización del aborto en México*. Ciudad de México: GIRE.
- GRUPO DE INFORMACIÓN EN REPRODUCCIÓN ELEGIDA (2021), *El camino hacia la justicia reproductiva: una década de avances. 2010-2021*. Ciudad de México: GIRE.
- GRUPO DE INFORMACIÓN EN REPRODUCCIÓN ELEGIDA (2024), *Paso a paso: las sentencias de la Corte sobre el aborto*. Ciudad de México: GIRE.
- KAPP, N. y LOHR, P.A. (2020), “Modern methods to induce abortion: safety, efficacy and choice”, *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynecology*,
- LARREA, S., PALENCIA, L. y BORRELL, C. (2021), “Medical abortion provision and quality of care: what can be learned from feminist activists?”, *Health Care for Women International*, Vol. 45, Núm. 1, doi.org/10.1080/0399332.2021.19695/3
- LERMA, K. y BLUMENTHAL, P.D. (2020). “Current and potential methods for second trimester abortion”, *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*, Vol. 63, pp. 24-36.
- MARTÍNEZ, A.M., ENRÍQUEZ, L., CRUZ, V., y FERNÁNDEZ, M.P. (2024), *Las Libres. En los escenarios sociales de la resistencia*. Ciudad de Guanajuato: Centro Las Libres de Información en Salud Sexual. Disponible en: laslibres.org.mx
- MAINEY, L., O’MULLAN, C., HONS, B.A., REID-SEARL, K., TAYLOR, A. y BAIRD, K. (2020), “The role of nurses and midwives in the provision of abortion care: A scoping review”, *Journal of Clinical Nursing*, Núm. 29, 1-14. DOI: 10.1111/jocn.15218.
- MILLER, S., LEHMAN, T., CAMPBELL, M., HAMMERLING, A., BRITO, S., RODRÍGUEZ, H.,

- VARGAS, W., CORDERO, M. y CALDERÓN, V. (2005), “Misoprostol and declining abortion-related morbidity in Santo Domingo, Dominican Republic: A temporal association”, *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, Vol. 112, Núm. 9, pp. 1291-1296.
- SAAVEDRA, B., SCHIAVON, R., SANHUEZA, P., RÍOS, R., GARCÍA y DARNEY, B.G. (2018), “Who presents past the gestational age limit for first trimester abortion in the public sector in Mexico City?”, *Plos One*, Vol. 13, Núm. 2: e0192547.
- SCHIAVON, R. y GONZÁLEZ DE LEÓN, D. (2017), “Avances y retos de los servicios de interrupción legal del embarazo en la Ciudad de México”, *Coyuntura Demográfica*, Núm. 11, pp. 47-53.
- SCHIAVON, R. y TRONCOSO, E. (2020), “Inequalities in access to and quality of abortion services in Mexico: Can task-sharing be an opportunity to increase legal and safe abortion care?”, *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, Núm. 150 (Supl. 1), pp. 25-33.
- SECRETARÍA DE SALUD (2020), *Manual de procedimientos estandarizados para la vigilancia epidemiológica de la notificación inmediata de muertes maternas*. México: Secretaría de Salud, Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud, Dirección General de Epidemiología.
- SECRETARÍA DE SALUD (2021a), *Lineamiento técnico para la atención del aborto seguro en México*. México: Secretaría de Salud / Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud / Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva.
- SECRETARÍA DE SALUD (2021b), *Programa de Acción Específico Salud Sexual y Reproductiva 2020-2024*. México: Secretaría de Salud / Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud / Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva.
- SECRETARÍA DE SALUD (2022), *Lineamiento técnico para la atención del aborto seguro en México*. México: Secretaría de Salud / Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud / Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva. 2ª edición.
- SEDGH, G., SINGH, S., SHAH, I.H., AHMAN, E., HENSHAW, S.K. y BANKOLE, A. (2012), “Induced abortion: Incidence and trends worldwide from 1995 to 2008”, *Lancet*, Núm. 379, pp. 625-632.
- SINGH, S., REMEZ, L., SEDGH, G., KWOK, L. y ONDA, T. (2018), *Abortion worldwide 2017. Uneven progress and unequal access*. New York: Guttmacher Institute.
- SUPREMA CORTE DE JUSTICIA DE LA NACIÓN (2021), “Suprema Corte declara inconstitucional la criminalización del aborto”, Ciudad de México: SCJN, Comunicado de Prensa Núm. 271/2021, 7 de septiembre.
- SUPREMA CORTE DE JUSTICIA DE LA NACIÓN (2023), “El sistema jurídico que regula el delito de aborto en el Código Penal Federal es inconstitucional por ser contrario al derecho a decidir de las mujeres y de las personas con capacidad de gestar”, Ciudad de México: SCJN, Comunicado de Prensa Núm. 314/2023, 6 de septiembre.
- VELDHUIS, S., SÁNCHEZ, G. y DARNEY, B.G. (2022), “Sigue siendo un sistema precario. Barreras de acceso a abortos clínicos: la experiencia de acompañantes en tres regiones mexicanas”, *CADERNOS DE SAÚDE PÚBLICA*, Vol. 38, Núm. 4: e00124221.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (2022), *Abortion care guideline*. Geneva: WHO.
- ZAMBERLIN, N., ROMERO, M. y RAMOS, S. (2012), “Latin American women’s experiences with medical abortion in settings where abortion is legally restricted”. *Reproductive Health*, Vol. 9, Núm. 34.

La lactancia materna en México desde una perspectiva médico social

Kenya Miroslava Rodríguez Castillo*

RESUMEN

La baja prevalencia de lactancia materna en México es un problema actual de salud colectiva. Este documento tiene como propósito reflexionar la situación de lactancia en México a través de una perspectiva médico social. Se pretende desarrollar mediante las categorías género y reproducción social una argumentación de su importancia para comprender las posibles causas que reducen las prácticas de lactancia en México.

PALABRAS CLAVE: Lactancia materna; Medicina Social, Género y salud; Reproducción social; Política en salud

Breastfeeding in Mexico from a sociomedical perspective

ABSTRACT

The low prevalence of breastfeeding in Mexico is a current collective health problem. The purpose of this document is to reflect on the breastfeeding situation in Mexico through a social medical perspective. The aim is to develop through the categories gender and social reproduction an argument of their importance to understand the possible causes that reduce breastfeeding practices in Mexico.

KEYWORDS: Breastfeeding; Social Medicine; Gender and health; Social reproduction; Health policy

* Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM). Correo electrónico de contacto: kenya.nutricion@gmail.com

Fecha de recepción: 15 de agosto de 2024.

Fecha de aceptación: 25 de noviembre de 2024.

Introducción

La Organización Mundial de la Salud (2017, 2019) recomienda la lactancia materna (LM) exclusiva¹ durante seis meses y aumentar su tasa al 50% al 2025, sin embargo, los datos nacionales muestran que a pesar del aumento en la LM exclusiva en los últimos 10 años, menos de un tercio de los infantes la recibe (Tabla 1).

En la Encuesta Nacional de Nutrición (ENN), la Encuesta Nacional de Niños, Niñas y Mujeres (ENIM) y las Encuestas de Salud y Nutrición (ENSANUT) de distintos años se distinguen las tendencias de algunos indicadores de alimentación infantil en México (Tabla 1). Se observa que de 1999 a 2022 hay un aumento de 13.6 puntos porcentuales en la lactancia materna exclusiva (<6 meses) y 2.7 si alguna vez los infantes fueron amamantados (<24 meses) (González-Castell, et al, 2023; Gutiérrez et al, 2012; INEGI, 2018). La lactancia materna continua al año aumentó 10.4 puntos porcentuales y 3.9 a los dos años de 1999 a 2015 (INEGI, 2018; INSP y UNICEF México, 2016). A pesar de estos datos, la LM exclusiva disminuyó a nivel nacional de 22.3 a 14.4% y en medio rural de 36.9 a 18.5% de 2006 a 2012. Ante la disminución de esta práctica, en 2014 se realizó la reforma en la Ley General de Salud con el objetivo de incrementar la duración y el apego de la lactancia y se creó la Estrategia Nacional de Lactancia Materna (ENLM) (González de Cosío Martínez, et al, 2017). Posteriormente, la Academia Nacional de Medicina (ANM) planteó una serie de recomendaciones para una política nacional de promoción de la lactancia materna en México.

¹ “La lactancia exclusiva consiste en dar al lactante únicamente leche materna: no se le dan otros líquidos ni sólidos —ni siquiera agua— exceptuando la administración de soluciones de rehidratación oral o de vitaminas, minerales o medicamentos en forma de gotas o jarabes” (OMS, 2019).

Además, se estableció el Programa de protección, apoyo y promoción a la lactancia materna del Estado de México (PPAPLM) de 2017-2023.

Las políticas en salud que pretendan promocionar la LM deben de incluir la perspectiva de género con el fin de identificar y evidenciar situaciones de discriminación y desigualdad, para reflexionar sobre sus causas y se actúe para disminuirlas (Ariño et al., 2011; Rodríguez Martínez, et al, 2010).

El presente ensayo tiene como objetivo reflexionar sobre las categorías género y reproducción social para explicar la situación de lactancia materna en México. Se expone la importancia del uso de las categorías de análisis género y reproducción social para reconocer los determinantes a las que se enfrenta la práctica de LM en México y dar pauta a la búsqueda de nuevas propuestas para solucionar dicha problemática desde la medicina social.

La categoría género frente a las prácticas de lactancia materna

Se entiende por sexo a “las características físicas, biológicas, anatómicas y fisiológicas de los seres humanos que los definen como macho y hembra” (FAO, 1996). En cambio, género se define como “el conjunto de características sociales, culturales, políticas, psicológicas, jurídicas y económicas asignadas a las personas en forma diferenciada de acuerdo con el sexo” (FAO, 1996). Es decir, sexo es una categoría física y biológica, mientras que el género (masculino o femenino) es una categoría construida social y culturalmente, que se aprende y, por lo tanto, se puede cambiar.

La importancia de utilizar la categoría género radica en que permite visualizar y criticar las

Tabla 1. Indicadores de alimentación infantil. Comparativo a nivel nacional 1999-2022.

	ENN 1999	ENSANUT 2006	ENSANUT 2012	ENIM 2015	ENSANUT 2018	ENSANUT 2021/2022
Alguna vez (<24 meses)	92.3	90.4	93.7	94.9	95.6	95.0
LM exclusiva (<6 meses)	20.0	22.3	14.4	30.8	28.6	33.6
Mediana de la lactancia	9.7	10.4	10.2	10.9	-	-
Lactancia materna continua al año (12-15 meses)	36.5	37.1	35.5	45.8	46.9	45.1
Lactancia materna continua a los dos años (20-23 meses)	25.1	18.6	14.1	24.4	29.0	

Elaboración propia con datos de González-Castell et al. (2023); Gutiérrez et al. (2012); INSP y UNICEF México (2016); INEGI (2018).

desigualdades entre sexos. Se visualiza cómo se constituyen en la sociedad lo femenino y lo masculino como construcciones socioculturales, a través de las cuales las diferencias biológicas se transforman en desigualdades sociales (Pérez Gil-Romo y Díez-Urdanivia, 2007). Además, permite criticar esta desigualdad, donde hablar de género significa dejar de creer que los roles sociales y culturales asignados a hombres y mujeres son naturales (FAO, 1996).

La categoría género permite enriquecer los marcos explicativos. En este caso, la situación de lactancia materna en México se puede explicar mediante la desigualdad de condiciones que han llevado a la disminución de su práctica, principalmente por ser una actividad biológica exclusiva de las mujeres. Los programas de salud relacionados con el aumento de la práctica de la LM son esenciales, sin embargo, las propuestas se ven definidas por el modelo médico hegemó-

nico, que continua con funciones de legitimación y normatización y distingue a la lactancia desde su función curativa, preventiva, pragmática (Menéndez, 2020), es decir, ¿será suficiente capacitar a los profesionales de salud y a las madres para aumentar la lactancia materna a pesar de las construcciones sociales en torno al sexo?

La maternidad no se entiende ni ejerce igual en los diferentes contextos sociales ni en las diferentes condiciones de vida que vive cada mujer, sin embargo, todas las madres se encuentran atravesadas por las desigualdades asignadas a su sexo. Desde una perspectiva de género, algunas de las barreras en el nivel individual son que desde el siglo pasado la mujer ha modificado las funciones que desempeña y ha comenzado a realizar actividades fuera del ámbito familiar, por lo que ha postergado la edad de inicio de la maternidad. Se ha configurado que la maternidad y la LM son cadenas que atan a la mujer al hogar y las mantiene

dependiendo del hombre, teniendo como efecto la disminución y casi aniquilación de la práctica de la lactancia materna (Gallardo, 2001).

En lo social-familiar, la mujer se ha construido como responsable del cuidado de la familia y el hogar. La incorporación de las mujeres al mercado laboral no ha tenido correspondencia al grado de participación de los hombres en el cuidado de la familia (Durán, 1986). Es así como la mujer debe trabajar fuera de casa y continuar con el trabajo doméstico y reproductivo dentro del hogar, realizando una triple jornada laboral. La LM reduce las horas de descanso y alimentación (Garduño Andrade y Lau Jaiven, 2014)

Por otra parte, se ha perpetuado la sexualización del cuerpo de la mujer. Se considera al pecho femenino como un órgano sexual, obviando su función nutritiva. Muchas mujeres se sienten libidinosamente observadas por los “mirones de lactancia”, lo que causa que no se practique en público y deba limitarse al ámbito doméstico (Massó Guijarro, 2013). Asimismo, al estar sexualizados los pechos, las mujeres jóvenes se han apartado de esta práctica (Gallardo, 2001).

En lo institucional, la LM “se ha restringido al ámbito femenino, ha sido socialmente desprestigiada y considerada como actividad privada y doméstica, exenta de elementos valorables desde una perspectiva socioeconómica, pública o ética” (Massó Guijarro, 2013, p. 172). Tal es el caso de que el área laboral y pública está hecha para hombres. Conforme la mujer ingresaba al mercado laboral o salía del hogar, pese a la inconformidad masculina, la maternidad y la lactancia no eran aceptadas dentro de este ámbito (Gallardo, 2001), por lo que el área de trabajo no tiene en consideración el rol productivo y reproductivo de la

mujer. Es decir, la lactancia materna no tiene un valor económico fuera de lo biológico. Esta falta de aceptación fuera del hogar reforzó la creencia que la lactancia y la maternidad disminuyen la libertad.

Por otra parte, las instituciones de salud y los programas de salud han extendido que el amamantar, no sólo beneficia al bebé, sino también, a ella misma. De ahí que, la madre sienta un compromiso de amamantar y pueda desarrollar sentimientos de culpa si no lo hace. Sin embargo, no se consideran las posibilidades de la madre, ni se le da la oportunidad de decidir si quiere hacerlo o no.

En lo económico, se distingue la medicalización y mercantilización de la LM. Al establecerse la LM como atadura al hogar, la liberación femenina promovió el uso de biberón o “libertad embotellada” (Gallardo, 2001). Asimismo, el discurso médico desvalorizó la leche materna y desarrolló la confianza de que los alimentos preparados eran superiores porque podían ser medidos y calculados (Gallardo, 2001). Más aún, la industria desarrolló tácticas para que el uso de fórmula fuera socialmente aceptado y conveniente. Se transformó la leche materna en mercancía, a pesar de que por sí misma excluye al mercado por su gratuidad² (Massó Guijarro, 2013; Salas Valenzuela, 2019).

La propuesta enmarcada desde la perspectiva de género es que la práctica de lactancia materna sea vista como un derecho que debe ser defendido y exigido, sin que por sí mismo resulte en una obligación. Se debe promover que todas las mujeres tengan información, oportunidades y condiciones de amamantar en el espacio que deseen y si quieren realizarlo, por lo que se debe de construir un espacio en el que el ámbito público y productivo

² Pero conlleva un desgaste físico y emocional a la madre.

respete las funciones reproductivas y productivas de la mujer.

La lactancia en sí misma no subordina a la mujer, son las condiciones en las que se desarrolla la desigualdad lo que provoca que sea vista así. Se debe redefinir el lugar que ocupa la mujer en el grupo social y que se reconozca a la “lactancia como trabajo productivo y socialmente significativo rescatando el valor de la mujer como miembro útil y necesario para la sociedad” (Gallardo, 2001: 123).

Este abordaje permite discutir la desigualdad entre sexos, al no destinar ciertas actividades y funciones desde un enfoque biológico. Se debe reconocer que el padre o la pareja, apoye a la lactancia.

El reconocimiento del derecho a amamantar confirma el poder de las mujeres de controlar su propio cuerpo, lo que enfrenta el punto de vista de que los senos (y las mujeres), son objetos sexuales, afirmando por otra parte que son sujetos con derechos que pueden y deben exigirlos. Asimismo, este derecho representa un enfoque en el que la leche materna tiene un valor no meramente biológico, lo que disminuye la mercantilización y medicalización por el uso de fórmulas (Gallardo, 2001).

La categoría género permite entender las desigualdades del amamantar bajo una forma determinada de relaciones y en una organización social establecida. A pesar de la diversidad de situaciones en que se encuentran las mujeres que pueden amamantar, todas ellas se encuentran afligidas por la desigualdad inherente a los estereotipos de género.

Reproducción Social

Una vez analizada la importancia del género como categoría de análisis, la reproducción social es otra categoría valiosa para comprender las causas de la baja prevalencia de LM en México. Para motivos de este texto, se entiende a la reproducción social como el proceso por el cual “el sujeto produce y reproduce la realidad social, al mismo tiempo que es producido y reproducido históricamente en ella” (Kosik citado en Juanes, 1982, p. 524), o bien, cuando:

(...) los actores sociales producen y reproducen su vida cotidiana a través de acciones con significación, debido a que esas acciones son compartidas con otros y a que aquello que tiene sentido para un individuo también lo tiene para sus semejantes (Schütz citado en N. Rizzo, 2012, p. 284).

La reproducción social es un proceso histórico, ya que los humanos construyen la historia y la sociedad bajo determinadas circunstancias existentes e independientes a su voluntad (por ejemplo, el modo de producción). Al mismo tiempo, se trata de un proceso desigual, pues ocurre y se mantiene bajo el reconocimiento de una lógica poco equitativa en la distribución de los recursos materiales y simbólicos, en la que los grupos sociales e individuos ocupan lugares diferenciales en su posición en el espacio social, establecida según su estructura y el volumen de capital que posee (N. Rizzo, 2012).

De acuerdo con Samaja (2004), se distinguen cuatro ordenes de organización social que producen y reproducen la realidad social. El orden bio-comunal humano (o familia biológica) en el que se incluye el bioindividual (individuo biológico), el orden comunal (sociedad gentilicia o sistema

cultural), el orden político (o sistema de clases según dominio territorial) y el orden societal (o sistema de mercado) (Tabla 2). Los cuatro órdenes constituyen los componentes fundamentales de la jerarquía descriptiva del orden constitutivo (en sentido ascendente) y regulativo (en sentido descendente) de la sociedad humana como sistema complejo (Samaja, 2004) (Figura 1).

En el orden constitutivo se establece el *Aufhebung*³, o también llamada superación dialéctica, entendida como la operación de supresión, conservación y superación. Es decir, la manera en que las estructuras y funciones anteriores quedan suprimidas, pero conservadas y superadas en las estructuras y funciones posteriores (Samaja, 2004).

Ahora bien, ¿Cómo se ha producido y reproducido la práctica de lactancia materna en México en cada uno de los cuatro órdenes? En un primer momento, debe entenderse que las reglas sociales suprimen, conservan y superan las normas biológicas (Samaja, 2004). En este caso, lo biológico de la LM está suprimido, conservado y superado por lo social. Es decir, la práctica de la LM en México tiene un carácter social e histórico.

Al ser un proceso social, la LM no puede ser explicada en su totalidad desde una visión biológica y multicausal que considera como factores de riesgo con igual jerarquía e impacto a lo biológico y lo social. Es necesario establecer jerarquías desde el campo de la medicina social y comprender que los aspectos sociales no actúan como los agentes biológicos, es decir, no tienen especificidad etiológica (causalidad), ni obedecen a una

³ El *Aufhebung* es una afirmación de principio, ya que en la realidad se pueden dar relaciones de supresión sin conservación o de conservación sin supresión, de manera que el proceso de superación o paso a una norma de nivel superior no se da o se destruye (Samaja, 2004).

dosis-respuesta (López Arellano y Peña Saint Martin, 2006).

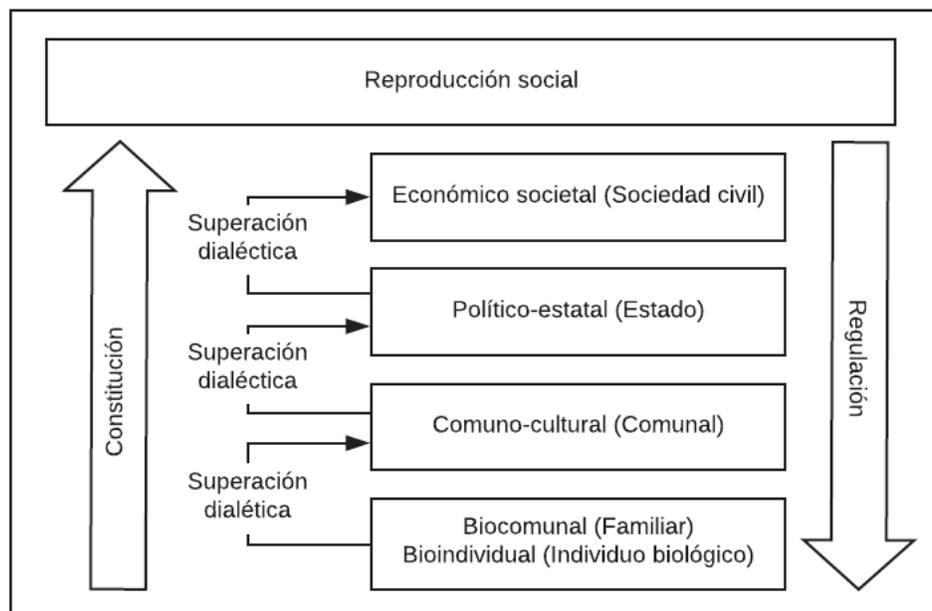
Por lo que la categoría reproducción social permite explicar el proceso de lactar como un proceso histórico social donde en cada uno de los órdenes se produce y reproduce su conocimiento y práctica. Si a la reproducción social se agrega la categoría género, se podría decir que se produce y reproduce la opresión, la desigualdad y los estereotipos alrededor de la lactancia (Castro, 2012).

En la figura 2 se destacan algunas de las situaciones que se han producido y reproducido acerca de la lactancia materna. De manera ascendente, en el orden biocomunal (en la parte de lo bioindividual) se distinguen las diferencias biológicas por sexo, en especial que los pechos de la mujer producen leche. De ahí que se responsabiliza a la mujer de la alimentación del lactante y de las tareas del hogar, y surgen las ideas de que la maternidad (incluida la lactancia) ata a la mujer al hogar, por lo que la LM debe ser una práctica privada (orden biocomunal).

Por lo anterior, cuando la mujer decide salir se encuentra ante espacios públicos y laborales hechos para hombres, sin las condiciones necesarias para realizar su rol productivo y reproductivo (orden comuno-cultural). Estas diferencias escalan hasta lo político estatal, donde las leyes no consideran (o si la consideran, lo hacen de manera insuficiente) la lactancia materna, por lo que las condiciones son inequitativas y desiguales. Finalmente, en el orden económico-societal no se reconoce el valor de la leche materna.

De manera descendente, se mercantiliza y medicaliza la alimentación infantil. Se fomenta la confianza en la fórmula láctea al administrarlas rutinariamente desde las primeras horas en hospitales

Figura 1. Modelo de la reproducción social



Elaboración propia a partir de Samaja (2004)

Tabla 2. Elementos y características de los órdenes de organización social

Orden*	Elemento	Característica
Biocomunal (Familiar)	Bioindividual (Individuo biológico)	Reproducción orgánica: alimentación, respiración, procreación, etc.
	Familia biológica: madre/hijo y hembra/macho	Reproducción de la red de interacciones que construyen el medio comunal
Comuno-cultural (Comunal)	Transfamilia: ley de exogamia y autoconciencia	Reproducción de sistemas simbólicos y las conciencias capaces de operar con esos sistemas simbólicos.
Político-estatal (Estado)	Transcomunidad: ciudadano	Reproducción del microambiente societal, en términos de organización y dominio territorial
Económico-societal (Sociedad civil)	Sujeto comercial	Reproducción del sistema de los objetos, a través de los procesos de producción, distribución, intercambio y consumo de valores

*El nivel posterior contiene los niveles anteriores. Es decir, el económico societal incluye desde el individual hasta sí mismo. Elaboración propia a partir de Samaja (2004).

e instalando como norma su recomendación en consultorios particulares (orden societal y político-estatal) (C. I. Rizzo, 2008). Por otra parte, las instituciones de salud enumeran las ventajas de la leche materna al binomio madre-infante. Las políticas apuntan a la educación de las madres acerca de los beneficios y formas óptimas de amamantamiento ignorando los determinantes sociales (por ejemplo, el género) que obstaculizan su puesta en práctica (C. I. Rizzo, 2008) (orden político-estatal). Por último, se acepta y es conveniente el uso de fórmulas y, por otro lado, a la madre se le exige amamantar, y de no hacerlo surgen sentimientos de culpa (orden biocomunal).

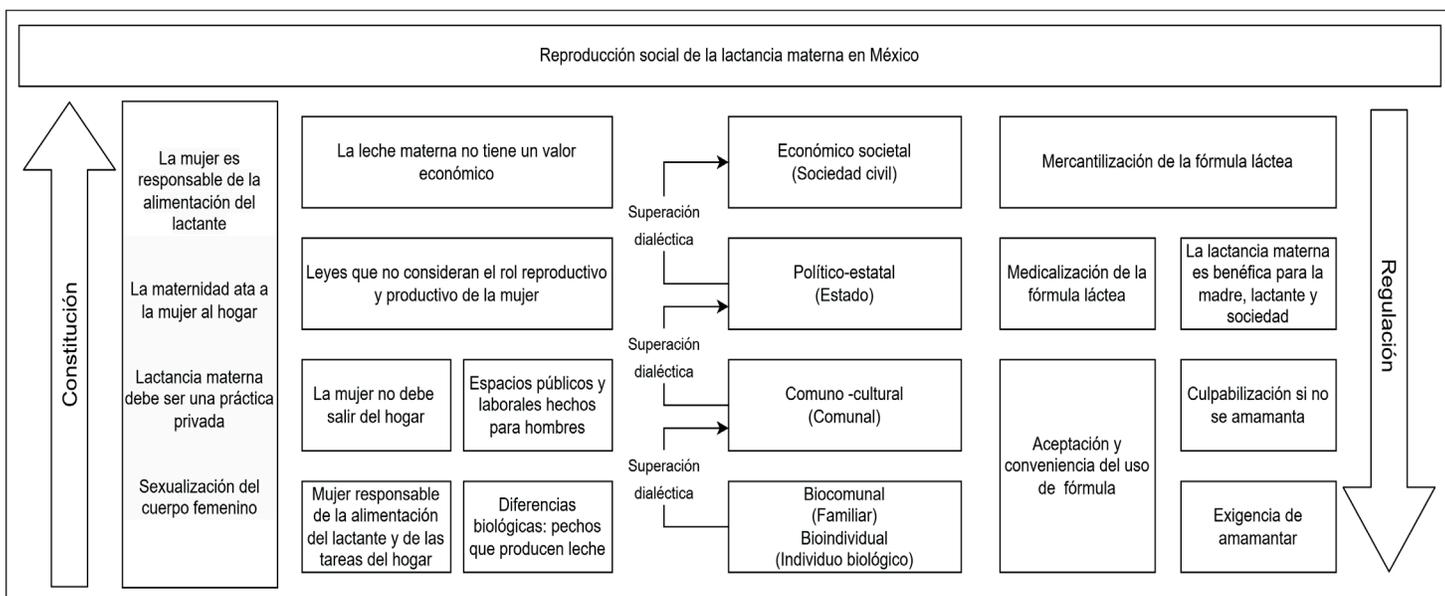
Los procesos mencionados son diferentes, pero también “se implican mutuamente; se engendran mutuamente y se transforman los unos a los otros” (Samaja, 2004, p. 115). Muchos de los procesos

se contradicen, pero se mantienen, es decir, “el sujeto está desgarrado entre los dos niveles del ser: en el plano constitutivo y en el plano regulado” (Samaja, 2004, p. 119).

Conclusión

Abordar la LM desde un enfoque médico social, en el que se utilizan las categorías género y reproducción social, permite entenderla como un proceso social en el que lo biológico queda suprimido, conservado y superado por lo social. Los determinantes sociales de la LM se proyectan más allá de lo biológico, por lo cual tienen una jerarquía diferente y no actúan como factores biológicos. Es así como ambas categorías permiten crear nuevos enfoques que procuren esclarecer los fenómenos por los cuales ha disminuido la práctica. La categoría género permite entender la

Figura 2. La reproducción social de la lactancia materna en México (elaboración propia)



Elaboración propia (2024)

desigualdad alrededor de la LM y la reproducción social como se produce y reproduce la desigualdad y los estereotipos alrededor de esta.

Entender la lactancia materna como proceso social permite visibilizar las desigualdades que se perpetúan sobre su práctica. Se ha establecido que las madres son las únicas responsables de la alimentación infantil, se les exige el amamantar y se culpabiliza si no lo realizan. Sin embargo, las condiciones sociales respaldan que la lactancia es una práctica privada y doméstica e incompatible con el rol productivo de la mujer. Es así como la madre se encuentra entre mensajes contradictorios. Ante esta situación, la lactancia materna disminuye y aumenta la alimentación por fórmula láctea, en el que el mercado se encuentra beneficiado ante la mercantilización y medicalización de la alimentación infantil.

Las políticas en salud y las posturas para proteger, promover y apoyar la lactancia materna en México son esenciales para visibilizar la baja prevalencia de lactancia materna en el país. Sin embargo, muchas de ellas sólo consideran a la lactancia desde un aspecto biológico y utilitario, y explican la disminución de la práctica desde la multicausa-

lidad, donde los factores biológicos y sociales actúan del mismo modo, por lo que sus propuestas mecanizan el proceso social de la lactancia y en muchas ocasiones, reproducen los estereotipos de género. A pesar de las limitantes de las propuestas, algunas de ellas son relevantes, tales como la protección contra la comercialización inadecuada, programas de capacitación para el personal de salud y monitoreo de las políticas. No obstante, estas propuestas, sin perspectiva de género, sólo son acciones desarticuladas que cubren el verdadero problema: las desigualdades de género.

Para el desarrollo de nuevas políticas es necesario que se tenga una perspectiva de género que tome en consideración los determinantes sociales de la salud que intervienen en la práctica de la lactancia, que la distingan como un proceso social y un derecho a ser exigido. Este ensayo permite reconocer que al no emplearse las categorías género y reproducción social, se seguirán formulando propuestas que produzcan y reproduzcan la desigualdad sin considerar los determinantes sociales de la lactancia materna, perpetuando así los modelos que, sin éxito, han procurado aumentar la lactancia materna.

Referencias bibliográficas

- ARIÑO, M. D.; TOMÁS, C.; EGUILUZ, M.; SAMITIER, M. L.; OLIVEROS, T.; YAGO, T., ... MAGALLÓN, R. (2011). ¿Se puede evaluar la perspectiva de género en los proyectos de investigación? *Gaceta Sanitaria*, 25(2), 146–150. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2010.09.023>
- CASTRO, R. (2012). Problemas conceptuales en el estudio de la violencia de género. Controversias y debates a tomar en cuenta. En N. Baca Tavira & G. (coord. . Vélez Bautista (Eds.), *Violencia, género y la persistencia de la desigualdad en el Estado de México* (pp. 17–38). Buenos Aires, Argentina: Mnemosyne.
- DURÁN, M. (1986). *La jornada interminable*. Barcelona: Icaria Editorial.
- FAO. (1996). *Vocabulario referido a género*. Recuperado de <http://www.fao.org/3/x0220s/x0220s01.htm>
- GALLARDO, L. (2001). Relaciones de género y lactancia materna. *Encuentro*, XXXIII(56), 117–125.

- GARDUÑO ANDRADE, M. y LAU JAIVEN, A. (2014). El trabajo doméstico y su impacto en la Salud de las mujeres. En N. (coord. . González González (Ed.), *Organización social del trabajo en la posmodernidad: Salud mental, ambientes laborales y vida cotidiana* (pp. 139–163). Guadalajara, México.
- GONZÁLEZ-CASTELL, L. D.; UNAR-MUNGUÍA, M.; BONVECCHIO-ARENAS, A.; RAMÍREZ-SILVA, I. y LOZADA-TEQUEANES, A. L. (2023). Prácticas de lactancia materna y alimentación complementaria en menores de dos años de edad en México. *Salud Pública de México*, 65, s204–s210. <https://doi.org/10.21149/14805>
- GONZÁLEZ DE COSÍO MARTÍNEZ, T.; HERNÁNDEZ CORDERO, S.; RIVERA DOMMARCO, J. y HERNÁNDEZ ÁVILA, M. (2017). Recomendaciones para una política nacional de promoción de la lactancia materna en México: postura de la Academia Nacional de Medicina. *Salud Pública de México*, 59(1), 106–113. <https://doi.org/10.21149/8102>
- GUTIÉRREZ, J. P.; RIVERA DOMMARCO, J.; SHAMAH-LEVY, T.; VILLALPANDO-HERNÁNDEZ, S.; FRANCO, A., CUEVAS-NASU, L.; ... HERNÁNDEZ-ÁVILA, M. (2012). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012*. Cuernavaca: Instituto Nacional de Salud Pública.
- INEGI. (2018). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2018. Presentación de resultados*.
- INSP y UNICEF México. (2015). *Encuesta Nacional de los Niños, Niñas y Mujeres en México 2015 – Encuesta de Indicadores Múltiples por Conglomerados 2015, Informe Final*. Ciudad de México, México: Instituto Nacional de Salud Pública y UNICEF México.
- LÓPEZ ARELLANO, O. y PEÑA SAINT MARTIN, F. (2006). Salud y Sociedad. Aportaciones del pensamiento latinoamericano. *Medicina Social*, 1(3), 82–102.
- MASSÓ GUIJARRO, E. (2013). Lactancia materna y revolución, o la teta como insumisión biocultural: calostro, cuerpo y cuidado. *Dilemata*, (11), 169–206.
- MENÉNDEZ, E. L. (2020). Modelo médico hegemónico : tendencias posibles y tendencias más o menos imaginarias. *Salud Colectiva*, 16(e2615), 1–25. <https://doi.org/10.18294/sc.2020.2615>
- OMS. (2017). Lactancia materna. Recuperado el 30 de abril de 2020, de OMS website: <https://www.who.int/mediacentre/events/2017/world-breastfeeding-week/es/>
- OMS. (2019). Lactancia materna exclusiva. Recuperado el 17 de noviembre de 2019, de https://www.who.int/elena/titles/exclusive_breastfeeding/es/
- PÉREZ GIL-ROMO, S. E. y DÍEZ-URDANIVIA, S. (2007). Estudios sobre alimentación y nutrición en México : una mirada a través del género. *Salud Pública de México*, 49(6), 445–453.
- RIZZO, C. I. (2008). *Lactancia materna. Una perspectiva desde la Medicina Social*. Universidad Nacional de la Plata, Buenos Aires, Argentina.
- RIZZO, N. (2012). Un análisis sobre la reproducción social como proceso significativo y como proceso desigual. *Sociológica*, 27(77), 281–297.
- RODRÍGUEZ MARTÍNEZ, Y.; ROBLEDO VERA, C. y PEDROSO ZULUETA, T. (2010). Guía: La Incorporación de la Perspectiva de Género en Programas de Salud. En *Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva*. Secretaría de Salud.
- SALAS VALENZUELA, M. (2019). Medicalización de la alimentación infantil : entre conceptos y experiencias. *Revista Latinoamericana de Educación y Estudios Interculturales*, 3(2), 129–135.
- SAMAJA, J. (2004). *Epistemología de la salud*. Buenos Aires, Argentina: Lugar Editorial.

La determinación social de la salud y la economía feminista: herramientas para comprender las experiencias de mujeres jefas de hogar

Denisse Guerrero Márquez*

RESUMEN

Este artículo explora la integración de la determinación social de la salud y la economía feminista como herramientas teóricas para comprender la salud de mujeres jefas de hogar en el contexto actual. La determinación social propone una mirada crítica a los procesos de salud-enfermedad, considerando las estructuras sociales que influyen en los perfiles de morbilidad de grupos específicos. La economía feminista, por su parte, analiza la organización social de los cuidados y su desigual distribución en relación con el sexo. El ensayo argumenta que la integración de ambas herramientas permite un análisis más profundo de la situación de salud de las mujeres jefas de hogar, considerando las condiciones socioeconómicas y las desigualdades de género.

PALABRAS CLAVE: Determinación social, economía feminista, salud, mujeres jefas de hogar, cuidados.

The social determination of health and feminist economy: insights into the experiences of women household heads

ABSTRACT

This article explores the integration of social determination of health and feminist economics as theoretical tools to understand the health of female heads of household in the current context. Social determinism proposes a critical look at health-disease processes, considering the social structures that influence the morbidity profiles of specific groups. Feminist economics, on the other hand, analyzes the social organization of care and its unequal distribution in relation to sex. The article argues that the integration of both tools allows a deeper analysis of the health situation of female heads of household, considering socioeconomic conditions and gender inequalities.

KEYWORDS: Social determination, feminist economics, health, female heads of household, care

* Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco. Correo electrónico de contacto: antoptica@hotmail.com

Fecha de recepción: 15 de abril de 2024.

Fecha de aceptación: 25 de noviembre de 2024.

Introducción

El campo de conocimiento de la Salud Colectiva nos invita a comprender el proceso salud-enfermedad más allá del individuo, situándolo en su contexto histórico y bajo la perspectiva de la determinación social. “Aplicando este enfoque más amplio, la población puede ser analizada a través de categorías como clase social, producción económica, reproducción y cultura, en lugar de simplemente medir y resumir las características de los individuos” (Waitzkin, 2013: 269). El marco de la determinación social de la salud permite analizar las experiencias de salud de las mujeres jefas de hogar¹ como un grupo con características comunes, sin negar la complejidad de cada historia individual. Este enfoque nos ayuda a comprender cómo las condiciones sociales, económicas y políticas, especialmente en relación con el sistema sexo/género y el modelo económico capitalista afectan de manera directa la calidad de vida y por tanto la salud de dicho grupo de mujeres.

Por otro lado, pero con propuestas similares, se encuentran los desarrollos teóricos de la economía feminista, desde donde se pretende comprender las dimensiones del sistema sexo/género en la dinámica económica y sus implicaciones en las vidas de las mujeres. Esta perspectiva nos permite analizar las desigualdades de género que se entrecruzan con otras formas de opresión, como la clase social, la raza o la etnia, para comprender mejor las experiencias de las mujeres jefas de hogar en el contexto actual. Uno de sus concep-

¹ En este ensayo se considera que las jefas de hogar son mujeres que asumen la responsabilidad principal del hogar en términos económicos y de cuidados a los demás integrantes. Dado que no hay un consenso en el concepto de jefatura, se puede decir que adquiere un sentido distinto respecto al sexo de quien la asume; “mientras que la jefatura masculina alude a un hogar con la pareja intacta y presente en el hogar, la jefatura femenina se asocia tradicionalmente al hogar de una mujer que no tiene una pareja masculina, ya sea por su estado civil: soltera, viuda, divorciada o separada (Sosa Castro & Castro Olivares, 2022:20).

tos centrales es la «economía del cuidado» cuyo contenido “ha contribuido a actualizar el debate feminista sobre las formas de organización de la reproducción social y a reconocer el impacto de éstas en la reproducción de la desigualdad” (Rodríguez Enríquez, 2015: 31).

El campo de la Salud Colectiva y la Economía Feminista se entrelazan de manera profunda en el análisis de las desigualdades en salud y las condiciones de vida de las mujeres. Ambas perspectivas aportan conceptos cruciales para comprender cómo los elementos sociales, económicos y políticos influyen en la salud y el bienestar de las mujeres. Algunos de los principales vínculos entre ambas corrientes de pensamiento tienen que ver con la determinación social, ya que ambas reconocen que la salud no es un asunto individual. Destacan cómo las desigualdades de género, la división sexual del trabajo, la precariedad económica, las condiciones de vida, el acceso a los servicios y las políticas públicas afectan la salud de las mujeres y de las jefas de hogar de manera específica.

Mientras la Economía Feminista se ha encargado de caracterizar y visibilizar el trabajo doméstico y de cuidados como una actividad realizada mayoritariamente por mujeres, la Salud Colectiva ha analizado la relación entre trabajo, desgaste y salud, ahora también poniendo al centro el papel de las cuidadoras que a menudo experimentan sobrecargas de trabajo, estrés y problemas de salud mental. Además, ambas corrientes enfatizan la necesidad de abordar la salud de las mujeres desde la interseccionalidad, es decir, considerando las diferentes identidades sociales como el género, la etnia, la clase, desde donde se generan múltiples formas de opresión y desigualdad. En resumen, el campo de la Salud Colectiva y la teoría de la Economía Feminista ofrecen herramientas concep-

tuales y analíticas para comprender las complejas relaciones entre género, salud y desigualdad.

Las mujeres jefas de hogar, especialmente en el sur global, se enfrentan a una serie de desafíos que impactan negativamente en su salud y bienestar. La precarización laboral, la pobreza, la violencia de género y la falta de acceso a servicios básicos son sólo algunos de los obstáculos que deben sortear. La convergencia de la Salud Colectiva y la economía feminista nos ofrece un marco teórico sólido para comprender las experiencias de estas mujeres.

La determinación social de la salud

La Medicina Social Latinoamericana/ Salud Colectiva es un movimiento social crítico respecto de la salud de los grupos sociales. Este plantea, desde la articulación de las ciencias sociales y biológicas, una comprensión amplia de los procesos relacionados con la salud, enfermedad y la respuesta social organizada, no sólo para explicarlos en su complejidad, sino con el propósito último de su transformación. En ese sentido, comprende una postura ética y política.

Hablar de determinación social de la salud implica supuestos teóricos que se oponen a la responsabilización individual de los problemas de salud de las personas y pone el foco en las estructuras sociales que favorecen la desigual distribución de las enfermedades, así como el tipo de respuesta social organizada para resolver y atender dichos problemas. Esta categoría se desarrolló en la década de los 70, en el núcleo de la Medicina Social Latinoamericana cuyo enfoque priorizó el estudio de las relaciones capitalistas y sus efectos en la salud de las poblaciones. Su despliegue supuso una “crítica del paradigma empírico-funcionalista de la epidemiología y propone una herramien-

ta para trabajar la relación entre la reproducción social, los modos de vivir, de enfermar y morir” (Breilh, 2013:14).

Al pensar el perfil epidemiológico de los grupos sociales en relación con la reproducción social y el modo de producción específico en un momento histórico, y no únicamente como fenómeno biológico, la determinación social de la salud, como herramienta teórica, permite analizar la salud y la enfermedad más allá de lo biomédico. Esto significa superar la mirada cartesiana, cuyo enfoque de análisis ha reducido la realidad sólo al plano de los fenómenos “asumiendo las propiedades de las partes como base del comportamiento del todo; y otorgando, de ese modo, prioridad interpretativa a los atributos individuales sobre el todo” (Breilh, 2013: 15). De esta manera, el enfoque de la determinación social pretende abarcar un panorama más amplio, sin ignorar la importancia de la técnica, la clínica y la especialización, pero manteniendo como premisa la relevancia de las condiciones materiales de existencia en la interpretación de la salud.

En ese sentido, la salud no es únicamente la ausencia de la enfermedad y la enfermedad no se reduce a una alteración biológica en los cuerpos; esos cuerpos son históricos y viven en sociedad, significan su mundo y actúan en consecuencia; son sujetos de estructuras y sistemas que les preceden. “La determinación social de la salud se refiere entonces a la existencia de procesos sociales complejos que modelan y subsumen a los procesos biológicos y psíquicos de las personas, que requieren ser reconstruidos teóricamente en términos de su configuración histórica” (López Arellano, 2013:145). Pensar la salud de las jefas de hogar bajo la mirada de la determinación social implica comprenderla en relación con las estructuras sociales, sabiendo que son mujeres que

accionan, dotan de sentido su realidad y expresan de maneras concretas sus modos de vida y perfiles de salud.

El desarrollo de la determinación social de la salud, en el marco del movimiento de la Medicina Social/ Salud Colectiva en América Latina, representa también un planteamiento filosófico, ético y político frente a la desigualdad social que de manera sistemática se ha profundizado en el sur global, especialmente a partir de las reformas estructurales del neoliberalismo. De hecho, fueron las particularidades sociohistóricas de América Latina las que posibilitaron en los años setenta del siglo XX el desarrollo de un pensamiento crítico y con base social en salud, que se refleja en la conformación de esta corriente teórica, con raíces sociales profundas, y que reivindica el quehacer científico comprometido con la transformación de las condiciones de vida y trabajo de las poblaciones (Waitzkin, 2013).

El carácter político del campo de la Salud Colectiva permite denunciar, dentro del análisis de la determinación social de la salud, las desigualdades, antagonismos, contradicciones, relaciones de poder, explotación, dominación, subordinación, exclusión e inequidades propiciados por la lógica de acumulación capitalista ya que:

(...) en todas las formaciones capitalistas se expresan estas desigualdades, más o menos exacerbadas dependiendo del momento de desarrollo del capitalismo en cuestión. Sin embargo, la actual fase de desarrollo capitalista deteriora en forma acelerada la calidad de vida de las mayorías e impacta sobre tres procesos diferentes pero interrelacionados: el incremento de la pobreza, la profundización de las desigualdades económico-políticas y la amplia-

ción de brechas sociosanitarias que conforman sociedades crecientemente polarizadas (López, Blanco, Garduño et al., 2012:259).

Entonces, abordar el proceso de salud-enfermedad de las mujeres jefas de hogar desde el enfoque de la determinación social de la salud significa situarlas en el contexto del capitalismo en su fase neoliberal actual, analizando los procesos históricos relacionados a su condición actual frente al Estado, a la familia, a la sociedad y señalando las expresiones concretas que se relacionan con su modo de vida y con su perfil de morbilidad, así como la atención a la que tienen acceso. También significa denunciar aquellos elementos que profundizan las ya importantes desigualdades en las que vive este grupo social, enunciar los desafíos a los que se enfrentan y nombrar sus experiencias y formas de organización.

Otras expresiones concretas de la determinación social de la salud tienen que ver con la organización territorial, el espacio geográfico y simbólico que ocupan estos grupos, su acceso a la vivienda y qué tipos de vivienda, acceso a servicios básicos, acceso a la educación, las redes comunitarias que pueden construir en sus entornos y por supuesto, condiciones de orden biológico que no debieran interpretarse al margen de lo social.

La economía feminista

La otra herramienta que ayuda a comprender y situar las experiencias de las mujeres jefas de hogar es la economía feminista. Esta corriente de pensamiento hace visibles los sesgos androcéntricos de la teoría económica neoclásica cuyos fundamentos ignoran las dimensiones de género en la dinámica económica y sus implicaciones para la vida de las mujeres.

Un eje central para el análisis de la determinación social de la salud tiene que ver con el trabajo y el desgaste que supone en las sociedades capitalistas, además del ordenamiento social que reproduce y su lógica explotadora/extractivista. Sin embargo, la conceptualización clásica del capitalismo y del trabajo en particular ha sido limitada respecto del papel de las mujeres en la producción económica.

Marx y Engels caracterizaron el proceso de producción bajo el modelo capitalista y vislumbraron la explotación de los hombres como elemento que permitió el acaparamiento de la riqueza por parte de burgueses. Con más precisión, en *La situación de la clase obrera en Inglaterra*, Engels describió la particularidad de la inserción de las mujeres a las fábricas y sus consecuencias sociales (Engels, 1845). Asimismo, dicho autor denunció que el sistema de producción industrial lograba imponer la explotación a gran escala como expresión de las relaciones patriarcales.

Esa noción permite vislumbrar el entramado existente entre el modo de producción capitalista, la explotación de los cuerpos y de manera particular los cuerpos de las mujeres y el extractivismo; incluso pensándolo en el contexto actual y a gran escala es posible entender lo que García Linera denomina *división internacional del trabajo* que se refiere a “cada una de las especializaciones laborales de los países y las regiones que forman parte de una misma trama de predominancia del sistema capitalista mundial” (García Linera, 2020: 120). En esa trama son explotadas de manera diferenciada las mujeres del norte y sur global según evidencian los procesos de migración.

Parte del pensamiento de Marx se concreta en la noción de que la estructura social, a la que corresponde un modelo de producción económica en

cada época histórica, constituye la base de creación del pensamiento político, social y cultural. Y afirma que “la historia de todas las sociedades hasta nuestros días es la historia de las luchas de clases” (Marx, 1848). Opresores y oprimidos se han enfrentado siempre, manteniendo una lucha constante que termina en la transformación revolucionaria de toda sociedad. Estas disputas, según Marx, se realizaron entre libres y esclavos, patricios y plebeyos, señores y siervos, burgueses y proletarios. ¿Qué particularidades tuvo y tiene la participación de las mujeres en esas luchas de poder?

Habría que considerar que “las ideas de la clase dominante son en cada época las ideas dominantes. Es decir, la clase que constituye la fuerza material dominante en la sociedad es, al mismo tiempo, su fuerza intelectual dominante” (Marx & Engels, 1846), esta ideología ha sido además de clasista y racista, patriarcal. El análisis de los contenidos ideológicos son entonces una guía para entender la estructura social, “las ideologías son las ideas dominantes de una sociedad particular en un momento determinado. Son ideas que expresan la naturalidad de cualquier orden social existente y que ayudan a mantenerlo” (Lewontin et al., 2009: 13). Justamente, la labor de los planteamientos feministas ha sido cuestionar esa supuesta naturalidad de un orden social que oprime y ayudan a cuestionar el carácter naturalizado que ha tenido el trabajo de cuidados para las mujeres.

Los postulados del marxismo son vigentes para pensar la lógica del capitalismo actual, aunque se encuentre en una fase muy distinta a la que alcanzaron a vislumbrar Marx y Engels, su legado intelectual es invaluable para hacer evidentes los procesos por los que hoy la riqueza se concentra en menos del uno por ciento de la población. En ese sentido, “la concepción materialista de la his-

toría que plantean para entender la reproducción social es de crucial importancia” porque permite reconocer que la subordinación social es un producto de la historia, cuyas raíces se encuentran en una organización específica del trabajo (Federici, 2020: 226). Sin embargo, las teóricas feministas invitan a criticar sus nociones acerca del trabajo y sobre todo la idea de que el capitalismo es una etapa necesaria para la emancipación humana y un estado previo a la sociedad comunista.

Previo aún a la reflexión sobre la división sexual del trabajo se encuentra el patriarcado permeando todos los aspectos de la vida porque:

a menudo la lucha tiene que empezar dentro de la familia, puesto que para combatir el capitalismo las mujeres han tenido que enfrentarse con sus esposos y sus padres [...] y con el particular tipo de composición de clase que el capitalismo establece a través de la relación salarial (Federici, 2020: 232).

Desde la visión de la economía clásica, se refuerza el carácter productivo del trabajo asalariado que se realiza en el espacio público y se desconoce el trabajo que históricamente han desarrollado las mujeres en el espacio íntimo y privado, este sesgo no permite visualizar con claridad el entramado de opresiones que atraviesan a los cuerpos femeninos;

hay que reconocer que el trabajo doméstico es el medio por el que se produce la fuerza de trabajo nos ayuda a entender las identidades de género como funciones laborales y las relaciones de género como relaciones de producción, una maniobra que amplifica la importancia del principio feminista «lo personal es político» (Federici, 2020:232).

Bajo esta línea, se puede asumir que la reproducción normativa del género es esencial para la reproducción social de la forma capitalista, es decir, “la división sexual del trabajo no puede ser entendida al margen de la reproducción generizada de las personas y la regulación de la sexualidad está sistemáticamente vinculada al modo de producción apto para el funcionamiento de la economía política” (Butler & Fraser, 2019: 79). El género como norma, en ese sentido, dispone a las mujeres un espacio simbólico y material desde el que reproducen la economía política; es en ese espacio que se enmarcan las experiencias y éstas, señala Bourdieu (2007: 10), se ven determinadas siempre por la posición que se ocupa en el macrocosmos social.

El trabajo realizado en el ámbito privado que ha mantenido la reproducción del modelo económico y ha sostenido la vida en general, ha sido históricamente realizado por mujeres bajo las exigencias del patriarcado, a través de diversas estrategias. Por ejemplo, “las estrategias matrimoniales que deben asegurar la reproducción biológica del grupo sin amenazar su reproducción social” (Bourdieu, 2002: 6). Además, bajo las formas del capitalismo neoliberal y los procesos históricos que insertaron de manera masiva a las mujeres en los trabajos asalariados, se han aumentado las jornadas de trabajo, representando mayor carga laboral, mental y emocional. En ese panorama, se encuentran las madres jefas de hogar, a quienes se exige socialmente el cuidado de los hijos, el trabajo doméstico y ahora, bajo la ideología neoliberal, el imperativo de la productividad económica.

Finalmente,

el capitalismo implica una sujeción sobre los cuerpos de los trabajadores y las trabajadoras, sin embargo, las mujeres son doblemente

explotadas como trabajadoras y como mujeres. La dominación sexual es parte de la estructura de subordinación en el lugar de trabajo (Valobra, 2015:40).

Entonces, es importante cuestionar la dicotomía producción-reproducción en relación con la división sexual del trabajo para desnaturalizar las expectativas de género sobre las mujeres y comprender que ambos procesos forman parte del mismo continuum de reproducción social. Además, en el capitalismo neoliberal esos límites entre público-privado se desdibujan en favor de mayor ganancia económica, aunque en su momento sirven para comprender que “las relaciones de producción son relaciones de clase que se procesan a través de una contradicción fundamental, consistente en la oposición entre el carácter social de la producción y el carácter privado de la apropiación” (Donnangelo, 1985: 45).

En ese tenor, el reconocimiento del trabajo que históricamente han realizado las mujeres es fundamental, así como la reconceptualización de dicha actividad humana necesaria para satisfacer las necesidades básicas y otras más relacionadas incluso con el bienestar emocional. Habrá que cuestionar las nociones respecto del trabajo que tienen las mujeres jefas de hogar en este contexto en particular, pero como punto de partida es útil pensarlo como

una actividad que se desarrolla de manera continua y que forma parte de la naturaleza humana; como la práctica de creación y recreación de la vida y de las relaciones sociales. En la experiencia de las mujeres, trabajo y vida han sido la misma cosa. El trabajo nos permite crear las condiciones adecuadas para que se desarrolle la vida partiendo de las condiciones del medio natural (Pérez Orozco, 2006:16).

Mujeres jefas de hogar en México

En este apartado se pretende problematizar específicamente la determinación social de la salud de mujeres jefas de hogar en México, que como grupo social comparten características dadas por el contexto social, político, económico, cultural y tecnológico actual.

Para dimensionar el problema en el contexto mexicano es preciso comprender algunos datos. Según datos del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2024), México alberga una población de 126 millones de habitantes, divididos en 52% mujeres y 48% hombres. La esperanza de vida ha experimentado un aumento constante: en el año 2000, las mujeres tenían una esperanza de vida de 77 años, para el 2020 era de 78.1 años y se proyecta que para el 2030, la esperanza de vida de las mujeres al nacer alcance los 79.6 años.

Si bien las mujeres viven más años, esto no se traduce necesariamente en una mejor calidad de vida al llegar a la vejez. La Dirección de Vigilancia Epidemiológica de Enfermedades No Transmisibles, a través de la Secretaría de Salud (2022), reportó una mayor incidencia de enfermedades entre las mujeres, principalmente enfermedades cardíacas, accidentes cerebrovasculares, cáncer, diabetes y enfermedades respiratorias crónicas.

La incidencia diferenciada de las enfermedades no transmisibles en relación con el sexo se relaciona con la problemática de acceso a la seguridad social. De acuerdo con la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos (1917), toda persona debería tener derecho a la protección de salud, y este debería ser garantizado por el Estado, sin embargo, “la seguridad social en México se caracteriza por ser de carácter laborista, concentrándose en la cobertura del trabajo asalariado,

subordinado y formal, lo que origina su carencia de universalidad. Esta situación ha reproducido sistemas de pensiones de carácter excluyente y desigual, que coadyuvan a la estratificación social por condición laboral, salarial y de género” (Ramírez López et al., 2019: 101).

En ese sentido, el sistema sexo/género² adquiere una relevancia central para entender la forma en que estas mujeres viven, trabajan, cuidan, enferman. Cuando se habla de análisis de género en las investigaciones sociales no se trata sólo de incluirlo como categoría que sirve para diferenciar la realidad de hombres y mujeres, sino para profundizar en la manera que se ha traducido históricamente en desigualdades a través de la reproducción de determinadas prácticas sociales, significaciones y representaciones.

Específicamente, en la investigación en salud significa que “la conceptualización de la determinación social pasa por el análisis del orden social y este depende de las relaciones de poder, que separan a la población en clases, cruzadas por relaciones etno-culturales y de género” (Breilh, 2013:1). Este punto tiene una implicación metodológica, pues sería importante caracterizar el proceso de determinación social de la salud tomando en consideración al grupo social con el que se trabaja, cuestionando lo que ese grupo identifica como significativo en su vida.

El perfil de morbilidad y la calidad de vida de las jefas de hogar en México se ven considerablemente afectados por diversos factores. La desigualdad económica es uno de los más relevantes, ya que estas mujeres y sus familias son

² “un sistema sexo/género es un conjunto de acuerdos por el cual la sociedad transforma la sexualidad biológica en productos de la actividad humana y en las cuales estas necesidades sexuales transformadas, son satisfechas” (Rubin, 1996: 44).

especialmente vulnerables a la pobreza. Los datos del Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (Coneval, 2022) revelan que el 44.4% de las mujeres mexicanas, incluyendo a muchas jefas de hogar, vivían en dicha condición, lo que limita su capacidad para adquirir alimentos, vivienda y otros servicios esenciales.

Una dificultad para integrarse al campo laboral de las jefas de hogar con hijos en edad escolar tiene que ver con la poca disponibilidad de guarderías o estancias infantiles, así como la discriminación en los mismos espacios laborales. Datos de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL, 2019), indican que en las mujeres mexicanas dedicaron 24% de su tiempo a labores de cuidados, mientras que los hombres sólo 8.8 por ciento. Sumado a ello se encuentra la falta de mecanismos legales que garanticen su acceso a la justicia en caso de haber empezado una demanda de pensión alimenticia y los discursos revictimizantes que reciben.

Algunos autores señalan que el incremento en el número de mujeres que encabezan hogares en México es resultado de diferentes cambios sociales; entre ellos destacan la mayor participación de las mujeres en el mercado laboral, así como la necesidad de incorporación de dos a más miembros del hogar al trabajo asalariado (Arriagada, 2002; Castro Lugo et al., 2023; Sosa Castro & Castro Olivares, 2022). Asimismo, los cambios en las estructuras familiares, como el aumento de divorcios, separaciones y la migración masculina, han contribuido a esta tendencia. Otros factores relevantes son el fallecimiento del cónyuge, el embarazo adolescente y las crisis económicas, que pueden obligar a las mujeres a asumir la jefatura del hogar. En conjunto, estos elementos han transformado las dinámicas familiares y sociales

en México, dando lugar a un nuevo escenario en el que las mujeres desempeñan un papel cada vez más presente como proveedoras y cuidadoras.

La compleja interacción de factores sociales, económicos y culturales genera una serie de desafíos que afectan de manera desproporcionada a las jefas de hogar en México. La conciliación de la vida laboral y familiar, la falta de acceso a servicios de cuidado infantil, la discriminación de género y la precariedad laboral son solo algunos ejemplos de las dificultades que enfrentan. Estas situaciones tienen un impacto directo en su salud física y mental, así como en su bienestar emocional.

Las jefas de hogar suelen enfrentar una doble jornada laboral, combinando el trabajo remunerado con las tareas domésticas y el cuidado de los hijos. Esta sobrecarga de responsabilidades limita su tiempo libre y afecta de manera directa su salud física y mental. En general, las mujeres:

(...) que tienen trabajo remunerado están sometidas a las mismas exigencias que los varones, pero además realizan, en su mayoría, todas las tareas del hogar en los tiempos de reposición de su fuerza de trabajo; esto se vería reflejado en su perfil de salud-enfermedad (Garduño & Rodríguez, 1989: 42).

Además, muchas de estas mujeres perciben ingresos menores que los hombres por realizar el mismo trabajo. Esto las coloca en una situación de mayor vulnerabilidad económica y dificulta su acceso a servicios básicos como salud y educación. La discriminación laboral es otro desafío común, ya que las mujeres pueden enfrentar prejuicios y estereotipos que dificultan su contratación y promoción. Por último, las jefas de familia suelen tener menor acceso a redes de apoyo social

y enfrentan mayores dificultades para conciliar la vida laboral y familiar. La falta de servicios de cuidado infantil accesibles y asequibles agrava esta situación, obligando a muchas mujeres a tomar decisiones difíciles entre su trabajo y el cuidado de sus hijos.

El proceso de salud-enfermedad desde las experiencias de mujeres. Un apunte epistemológico

Situar las experiencias de las mujeres significa ubicarlas en un tiempo y un espacio particular, en una estructura socioeconómica que define las posiciones en las que se encuentran los sujetos, así como su capacidad de agencia, modos de subjetivación, prácticas de consumo, y por supuesto, sus patrones de morbimortalidad. Este ejercicio es imprescindible de frente al imperativo ideológico que responsabiliza al individuo de sus formas de enfermar y morir.

La investigación social en salud no puede permitirse prescindir del análisis del sistema sexo/género, ni de una mirada crítica que abarque las condiciones materiales de la existencia que hacen posible o no la sostenibilidad de la vida, y no sólo la reproducción social bajo la lógica capitalista.

Poner al centro las experiencias de las mujeres fue un acto revolucionario para la forma de hacer ciencia desde los años setenta, bajo la mirada de epistemólogas feministas que empezaron a cuestionar los presupuestos de neutralidad y objetividad de la práctica científica. Esto significó hacer evidente las intenciones políticas en el acto de enunciar problemas sociales a los que las mujeres se enfrentan de manera particular; “desde esta perspectiva, las críticas feministas de la ciencia pueden considerarse como una llamada a una revolución intelectual, moral, social y política más

radical de lo que nunca hubieran imaginado los fundadores de las modernas culturas occidentales” (Harding, 1996:12).

Desprendiéndose de la falsa objetividad de la ciencia positivista, las investigaciones feministas empezaron a abandonar el fetiche del experimento controlado y convocaron a la experiencia para hacer visibles las otras realidades, por su misma naturaleza inaprensibles más allá del lenguaje.

La experiencia fue citada a dar testimonio de formas de dominio y de opresión productoras de sujetos subalternos. Sujetos dos veces subalternizados a efecto del poder desplegado por el propio conocimiento científico: “[la herramienta de la experiencia] se diseñó para crear una alternativa al sujeto deshumanizado del conocimiento del discurso científico social establecido (Trebisacce, 2016: 289).

La politización no es más que el reconocimiento de experiencias compartidas y las movilizaciones que se están gestando actualmente en el país a través de acciones organizadas como la colocación de tendaderos³ en diferentes entidades federativas para denunciar a deudores alimentarios y que recientemente se ven reflejadas en la acción gubernamental, son ejemplos de que otras formas de pensar y construir la salud son posibles.

³ La colocación de tendaderos en plazas públicas es una acción que proviene del mundo artístico, específicamente del performance de Mónica Mayer, como una manera de denuncia, en un principio del acoso en que vivían las mujeres en Ciudad de México. Recientemente diversas colectivas feministas en torno a la maternidad se han apropiado del recurso para denunciar violencias de diversos tipos. “Desde una crítica al paradigma hegemónico de la justicia estatal, estas mujeres han decidido organizarse, y través de su acción colectiva en los escraches o los tendaderos como ellas les llaman han exhibido públicamente los rostros y nombres de los padres que adeudan la pensión, apostado así, por una justicia en clave feminista para denunciar toda una cadena de violencias estructurales y directas que no solo afectan su persona, sino que, repercuten principalmente en sus hijo(as) derivando en graves violaciones a sus derechos humanos (García Hernández, 2023:1).

Reflexiones finales

Las experiencias de salud de las mujeres jefas de hogar en México se ven determinadas por un modelo económico, político y social que las sitúan en una posición particular debido a que existen mecanismos de opresión que operan en todos los ámbitos de la vida, por ejemplo, el sistema sexo/género y el capitalismo neoliberal. Reconocer esas estructuras y sistemas que organizan la reproducción social es dotar de sentido una experiencia individual y permite la posterior politización que no es más que hacer colectivas esas experiencias compartidas.

La crisis de los cuidados evidencia la insostenibilidad de un modelo que concentra la responsabilidad de la reproducción social en las mujeres, especialmente cuando carecen de las condiciones mínimas para hacerlo y se ven obligadas a compatibilizar estas tareas con trabajos precarios. Mejorar las condiciones laborales femeninas es esencial, pero no suficiente. Es imperativo redistribuir los cuidados y colectivizarlos a nivel comunitario, involucrando a todos los miembros de la sociedad. El Estado debe jugar un papel protagónico, diseñando políticas públicas que garanticen el acceso a servicios de cuidado de calidad y promuevan una cultura de corresponsabilidad.

De manera particular, las jefas de hogar como grupo social enfrentan desafíos que socavan su salud y bienestar integral. Esta situación es resultado de una compleja red de factores sociales, económicos y culturales que han normalizado desigualdades a lo largo del tiempo. La carga desproporcionada de los trabajos de cuidados, las brechas de género en el ámbito económico y la falta de apoyos sociales son algunas de las problemáticas que afectan de manera directa el bienestar físico, mental y emocional de estas mujeres.

En ese sentido, la mirada de la determinación social de la salud y la economía feminista permiten reconocer algunos de los elementos que debieran ser tomados en cuenta para mejorar las condiciones de vida de las jefas de hogar; en primer lugar, el reconocimiento de su trabajo tanto en el ámbito público como privado a través del reconocimiento legal de su papel como cuidadoras y principales proveedoras de sus hogares, lo que les permitiría acceder a mayor cantidad de servicios y beneficios sociales. También el acceso a servi-

cios de cuidado infantil accesible y de calidad que permitan conciliar su vida laboral y familiar en caso de que deseen hacerlo. La demanda al Estado incluye la protección social incluyendo servicios de salud, pensiones y prestaciones sociales que garanticen su bienestar y el de sus familias, así como las demandas generales que desafortunadamente son vigentes para todas las mujeres: el combate a la violencia de género y la eliminación de brechas que las mantienen en situaciones de vulnerabilidad.

Referencias bibliográficas

- ARRAIGADA, I. (2002). “Cambios y desigualdad en las familias latinoamericanas”. *Revista de La CEPAL*, vol. 2002, Núm.77: 143–161.
- BOURDIEU, P. (2002). *Estrategias de reproducción y modos de dominación*. México: Colección Pedagógica Universitaria.
- BOURDIEU, P. (2007). *La misera del mundo*. México: Fondo de Cultura Económica.
- BREILH, J. (2013). “La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva)”. *Facultad Nacional de Salud Pública: El Escenario Para La Salud Pública Desde La Ciencia*. Vol. 12, Núm 2: 55-72. Colombia: Editorial Universidad Nacional de Colombia
- BUTLER, J., & FRASER, N. (2019). *Reconocimiento o redistribución. Un debate entre marxismo y feminismo*. Madrid: Traficantes de sueños.
- CASTRO L., RODRÍGUEZ., R. & ZAMBRANO A. (2023). “Pobreza laboral en hogares con jefatura femenina en México. Evolución y factores determinantes”. *Revista de Economía, Facultad de Economía, Universidad Autónoma de Yucatán*, vol. 40 Núm. 101: 30–58.
- CEPAL. (2019). *Panorama Social de América Latina 2019: tendencias y desafíos*. Santiago de Chile: Comisión Económica para América Latina y el Caribe.
- CONEVAL. (2022). *Informe de la pobreza Multidimensional en México, 2020. Metodología actualizada 2018-2020*. México: Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social.
- CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS [CPEUM]. Artículo 4°. 5 de febrero de 1917 (México).
- DONNANGELO, M. C. F. (1985). “Salud y sociedad” En: *Colección Fin de Milenio: Estudios sobre salud y desarrollo social en América Latina*. México: El Colegio de México.
- ENGELS, F. (1845). *La situación de la clase obrera en Inglaterra*. (5ª ed.). Madrid: Akal, 2023. Colección Clásicos del Pensamiento Social.
- FEDERICI, S. (2020). *Reencantar el Mundo*. Madrid: Editorial Traficantes de Sueños.
- GARCÍA HERNÁNDEZ, M. de los Á. (2023). “Resignificando el escrache como práctica de justicia. El caso de las madres autónomas del movimiento contra los deudores alimentarios en Oaxaca” (Tesis de maestría). México: *Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social CIESAS*.

- GARCÍA LINERA, Á. (2020). *Posneoliberalismo. Tensiones y complejidades*. México: Prometeo.
- GARDUÑO, M. D. L. Á., & Rodríguez, J. D. C. (1989). “Salud y doble jornada: las taquilleras del metro”. *Nuevos Textos y Renovados Pretextos*, Vol. 5, Núm, 2: 317–352.
- HARDING, S. (1996). *Ciencia y feminismo*. España: Ediciones Morata.
- INEGI. (2024). *Estadísticas a propósito del día de las madres (Datos nacionales)*. México: Instituto Nacional de Estadística y Geografía.
- LEWONTIN, R. C., ROSE, S., & KAMIN, L. J. (2009). *No está en los genes. Racismo, genética e ideología*. España: Crítica.
- LÓPEZ ARELLANO, O. (2013). “Determinación social de la salud: desafíos y agendas posibles”. *Divulgação Em Saúde Para Debate*, Vol. 49, 144–150.
- MARX, K. & ENGELS, F. (1848). *Manifiesto del partido comunista* (5ª ed.) Madrid: Akal 2023. Colección Clásicos del Pensamiento Social.
- O. LÓPEZ, J. BLANCO, M.A. GARDUÑO, J. A., GRANADOS, E. JARILLO, S. L., RIVERA, J. A., & TETELBOIN, C. (2012). “Los determinantes sociales de la salud y la acción política: una perspectiva desde la academia”. *Salud Pública de México*, Vol. 54, Núm. 2: 123-135.
- PÉREZ OROZCO, A. (2006). “Amenaza tormenta: la crisis de los cuidados y la reorganización del sistema económico”. *Revista de Economía Crítica*, Vol.5, 7–37.
- RAMÍREZ LÓPEZ, B. P., NAVA BOLAÑOS, I., GRANADOS MARTÍNEZ, A., & BADILLO GONZÁLEZ, G. (2019). “La desigual participación de las mujeres mexicanas en el acceso y en los beneficios de la seguridad social”. *Revista Latinoamericana de Derecho Social*, Vol.1, 30-95.
- RODRÍGUEZ ENRÍQUEZ, C. (2015). “Economía feminista y economía del cuidado: aportes conceptuales para el estudio de la desigualdad”. *Nueva Sociedad*, Núm. 256: 30–44.
- SECRETARÍA DE SALUD. (2022). “Panorama Epidemiológico De Las Enfermedades No Transmisibles En México, Cierre 2021”. México: *Dirección General de Epidemiología*.
- SOSA CASTRO, M. M., & CASTRO OLIVARES, J. E. (2022). “Determinantes de la jefatura femenina en los hogares mexicanos: modelos Logit y Probit (2008-2020)”. *Korpus*. Vol.21, Núm 2: 17–38.
- TREBISACCE, C. (2016). “Una historia crítica del concepto de experiencia de la epistemología feminista”. *Cinta de Moebius*, Vol. 57, 285–295.
- VALOBRA, A. M. (2015). “El Estado y las mujeres, concepciones en clave feminista”. *Estudios Sociales Del Estado*, Vol. 1, Núm. 2: 33–57.
- WAITZKIN, H. (2013). *Medicina y salud pública al final del imperio*. Colombia: Universidad Nacional de Colombia.

Aportaciones de la perspectiva médico social y de género en un análisis de la depresión en México

Cinthya Gómez León*

*“Creo firmemente, intensamente, que la mujer es digna de mejor suerte
que aquella que le han deparado” (Galindo, H.).*

RESUMEN

A nivel mundial, de acuerdo con datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) la depresión representa un trastorno mental común que padecen el 5% de los y las habitantes. Pero existe una sobrerrepresentación en las mujeres de edad productiva en el mundo y en el país. Por lo que resulta imperante revisar el proceso socio-histórico de la Salud Mental en México que desde el siglo XX, ha sido abordada desde el modelo médico, psiquiátrico, cisheteronormado, individualista, asilar, medicalizado, estigmatizado, y cuya organización del sistema de salud, disponibilidad, asequibilidad y diseño de los programas de tratamiento especializados en todos los niveles de atención han hecho que la población no se atienda. En este sentido, con las visiones críticas en salud, como la medicina social, podemos analizar a la salud/enfermedad como procesos históricos-sociales y abordarlos no como causalidad, sino como determinación. Por su parte, el género aporta herramientas de análisis para desentrañar a la depresión como un malestar social, estructural, cultural, político y global, que no tendría que ser exclusivamente de las mujeres. El reciente cambio de enfoque de Salud Mental Pública a Comunitaria tiene como eje principal: garantizar los derechos humanos, la no fragmentación de la atención, la no medicalización y la integración de los servicios de salud mental en todos los niveles de atención. El objetivo de este ensayo es analizar la depresión de las mujeres desde una visión crítica desde la medicina social y el género, como proceso sociohistórico de la salud mental.

PALABRAS CLAVE: Salud Mental, depresión, medicina social, género, modelo médico.

* Facultad de Enfermería y Obstetricia, UNAM. Correo electrónico de contacto: cinthya.gomez.leon@gmail.com

Fecha de recepción: 14 de junio de 2024.

Fecha de aceptación: 02 de diciembre de 2024.

Contributions from the medical-social and gender perspectives in the analysis of depression in México

ABSTRACT

Worldwide, according to data from World Health Organization (WHO), depression is a common mental disorder affecting 5% of the population. However, there is an overrepresentation of depression among women of reproductive age but globally an in the country. Therefore, it's imperative to review the socio-historical process of Mental Health in Mexico, which, since the 20th century has been addressed from a medical, psychiatric, cis-heteronormative, individualistic, isolate, medicalized, stigmatized model. The organization of the health system, its availability, affordability and the designs of specialized treatment programs at all levels of care have made it difficult for the population to access care. In this sense, with critical health vision, such as social medicine, we can analyze health/illness as historical and social processes and address them not as casualty but as determination. Gender, for its part, provides analytical tools to uncover depression as a social, structural, cultural, political and global distress, which not be exclusively associated with women. Recently, the change of approach from mental public health to communitarian has a principal axis: ensuring human rights, preventing fragmentation, avoiding over-medicalization and integrating mental health service all levels of medical attention. The objective of this essay is to analyze women's depression from a critical vision of social medicine and gender, as a socio-historical process of Mental Health.

KEYWORDS: Mental health, depression, social medicine, gender, medical model.

Introducción

La visión de la salud mental (SM) ha tenido diversas transformaciones, desde su origen comunitario hasta su inserción en la salud pública. Esto último, ha hecho replantearse sus objetos de estudio que se circunscriben en la formulación de programas de prevención intervención, con base en la epidemiología tradicional.

En México, a partir de 2023, se reformula el modelo médico asilar y se crea la Comisión Nacional de Salud Mental y Adicciones (CONASAMA) (DIARIO OFICIAL DE LA FEDERACIÓN, 1984). Este cambio de enfoque se dirige más hacia la acción comunitaria, reduciendo la impor-

tancia de la medicalización. Este giro se considera absolutamente necesario, ya que es crucial tejer redes de apoyo que nos permitan cuidarnos y cuidar a los demás (León, 2002).

Dicho esto, el objetivo de este ensayo es analizar la depresión en las mujeres desde una visión crítica que integre la medicina social y el enfoque de género, como proceso sociohistórico en la salud mental. En este escrito, en primer lugar, se realizará una breve descripción de la corriente de la medicina social, cuyos planteamientos, profundamente influenciados por las ciencias sociales, buscan mejorar la calidad de vida de la población.

En segundo lugar, se describirá la visión de la salud mental, desde sus orígenes comunitarios (recientemente retomados), y cómo, posteriormente, se inserta en el paradigma médico hegemónico y de salud pública. En tercer lugar, se retomará la categoría de género, para analizar el cómo se naturaliza a la depresión como padecimiento propio de las mujeres, así como las razones por las que ellas tienen este perfil de morbilidad. Por último, en cuanto a la salud mental de las mujeres, se presentarán datos estadísticos y se analizarán las razones por las cuales la carga de morbilidad en salud mental de las mujeres difiere de la de los hombres.

Breve revisión de la Medicina Social

A finales de la década de los 60, se desencadenó una polémica en torno a la enfermedad, en la que se debatía, entre otras cosas, su esencia biológica o social. El modelo médico dominante, de enfoque biologicista, enfrentaba el gran reto de generar nuevos conocimientos que pudieran dar respuesta a los principales problemas crónicos y terminales que afectaban, sobre todo, a los países industrializados, donde predominaban enfermedades como los problemas cardiovasculares y los tumores malignos (Laurell, 1982).

Por lo tanto, se hicieron evidentes las limitaciones del modelo biologicista de la enfermedad y de la práctica clínica en la que se basa, aunque no se puede negar que este modelo generó importantes conocimientos durante un largo periodo. De esta manera, resulta imperativo analizar la salud/enfermedad como un proceso histórico-social, desde la determinación social de la salud (Laurell, 1982).

Así, el carácter social del proceso salud/enfermedad se manifiesta empíricamente en la colec-

tividad y no en el individuo. Es decir, el objeto de estudio debe ubicarse en el grupo, pero no en cualquier grupo, sino en uno constituido en función de sus características sociales. Por lo tanto, se plantea la necesidad de partir de una teoría social que brinde los elementos teóricos necesarios para la construcción de dichos grupos (Laurell, 1982).

De acuerdo con Laurell, el proceso salud enfermedad de la colectividad; se entiende, como:

El modo específico como en el grupo se da el proceso biológico de desgaste y reproducción, destacando como momentos particulares la presencia de un funcionamiento biológico diferenciable con consecuencias para el desarrollo regular de las actividades cotidianas, esto es, la enfermedad. Así definido, el proceso salud/enfermedad se manifiesta empíricamente de distintas maneras. Por una parte, se expresa en indicadores como la expectativa de vida, las condiciones nutricionales y la constitución somática y por la otra, en las maneras específicas de enfermar y morir, eso es, en el perfil patológico del grupo dado por la morbilidad y/o la mortalidad (Laurell, 1982: 8).

Aunado a lo anterior, el proceso salud/enfermedad tiene historicidad en tanto está socialmente determinado; es decir, para explicarlo no son suficientes los hechos biológicos, es necesario aclarar cómo está articulado en el proceso social. El carácter social del proceso salud/enfermedad no se acaba en su determinación, dado que el proceso biológico humano en sí mismo, es social. Por lo que, si la normalidad biológica es definida en lo social, también lo será la anormalidad. “El carácter simultáneamente social y biológico del proceso salud enfermedad no es contradictorio sino únicamente señala que puede ser analizado con

metodología social y biológica, dándose en la realidad como un proceso único” (Laurell, 1982: 8).

En cuanto a la determinación del proceso salud/enfermedad colectiva, es fundamental comprender el modo biológico de vivir en la sociedad, ya que esto determina los trastornos característicos, es decir, la enfermedad (Laurell, 1982). Así, la enfermedad se entiende como parte del proceso biológico global, lo que pone de manifiesto las limitaciones de los modelos de causalidad del paradigma médico dominante. Estas limitaciones revelan la imposibilidad de explicar la enfermedad de manera integral. Además, se reduce la realidad compleja a una serie de factores que no distinguen en calidad la aparición de la enfermedad. Es decir, la causalidad social y biológica no se distinguen; al contrario, se les agrupa bajo el término “factores de riesgo”, sin una diferenciación clara de su actuación en el proceso salud/enfermedad (Laurell, 1982).

En este sentido, López y Peña, 2006 mencionan que, desde las ciencias sociales, la relación que hay entre la biología humana y la sociedad tienen una triple dimensión:

1. *Las expresiones psico- biológicas materiales, que son múltiples y diversas en los seres humanos (vida, sexualidad, concepciones, gestaciones, nacimientos, crecimiento, maduración, desarrollo, menarquia, menopausia, bienestar, malestar, salud, enfermedad, discapacidad, muerte, etc.).*
2. *Las interpretaciones que desde la cultura se realizan sobre estas manifestaciones psico-biológicas*
3. *Las prácticas sociales que se ponen en marcha para simbolizarlas, entenderlas, expli-*

carlas, ritualizarlas, promoverlas, controlarlas, evitarlas y/o resolverlas (López y Peña, 2006: 82).

Las dimensiones anteriores tienen que ser desarticuladas para fines metodológicos y prácticos. Así, la salud como proceso social se estudia desde tres variantes interdependientes que se sitúan en las: 1. Formas históricas; 2. Constructos simbólicos en grupos culturales específicos y; 3. Respuestas sociales. Estas tres variantes se ponen en marcha en las dimensiones individual, doméstica y familiar, a partir de redes sociales como las expresiones culturales, las demandas sociales y las políticas públicas. Asimismo, las diferencias sociales en salud y las transformaciones en los perfiles epidemiológicos a lo largo de distintos momentos históricos actúan en conjunto con los patrones sociodemográficos de los países de la región de América Latina, lo que ha generado una serie de reflexiones sobre la salud (López y Peña, 2006).

De esta manera, la Medicina Social tiene dos grandes objetos de estudio: a) “La distribución y los determinantes de la salud-enfermedad y b) Los saberes y las prácticas especializadas en torno a la salud, la enfermedad y la muerte” (López y Peña, 2006: 88).

Con base en lo anterior, se plantean dos interrogantes esenciales, a saber: el reconocimiento de los procesos sociales y la reconstrucción de los grupos humanos cuyos perfiles de salud/enfermedad expresan el carácter histórico social, en cuya concepción, se asume a la humanidad como un ente social, inmerso en relaciones sociales y culturales (López y Peña, 2006).

De acuerdo con López y Peña (2006), la salud como proceso social se analiza desde su forma histórica, desde los constructos simbólicos en

grupos culturales específicos y en las respuestas sociales. Dicho lo anterior, es necesario contrastar la visión que propone la OMS de salud, para dar entrada al término de SM y así enmarcarlo en la visión crítica en salud de medicina social (López y Peña, 2006).

Como lo reconoce De Keijer, en el Foro de Análisis: Hombres, Salud y Enfermería, la Determinación Social de la salud (DnSS) va más allá de reflexionar a lo social como un gradiente más a nivel similar, lo biológico como la herencia, lo que se ha llamado “Determinantes Sociales” en la Salud Pública (SP). La DnSS sostiene que: “muchos procesos de salud están determinados, ya sea en su génesis o desarrollo, y sus posibilidades de atención subyace lo social: economía, cultura, política, etcétera” (De Keijzer, 2022).

En la definición de salud de la OMS (2024), se dice que es “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”. En este enunciado se hace referencia a las dimensiones de un estado, y no a un dominio o disciplina específica. Por lo tanto, resulta erróneo hablar de “salud física”, “salud mental” y “salud social” como si fueran entidades separadas. El término “salud” parece haber reemplazado al concepto de “higiene” (como parte de un movimiento social) y SM se ha transformado de un estado a una disciplina. Tras más de medio siglo de su formulación, el concepto de SM sigue en desarrollo. A menudo, se utiliza tanto para designar un estado como para referirse a un movimiento, que debería corresponder a la psiquiatría comunitaria y no la noción individualista de la psiquiatría clínica (De la Fuente *et. al.*, 1997).

La salud mental en boga

La SM es considerada como una disciplina o como un sinónimo de psiquiatría, no obstante, una tendencia reciente es adicionar el calificativo “pública”. Así, el término de SM es polisémico e impreciso, por lo que para su mejor comprensión se debe conocer desde sus orígenes en la psiquiatría y otras ramas. Desde la atención psiquiátrica, dicho origen se remonta al movimiento de higiene mental, en 1908, cuyo trabajo se atribuye a Beers, en Estados Unidos. Él había sido paciente en hospitales psiquiátricos y debido a las condiciones inhumanas en las que se encontraban, señaló que su labor era humanizar la atención de los locos, erradicar los abusos, las brutalidades y la desatención que tanto sufrimiento habían causado en los enfermos mentales (Bertolote, 2008).

En ese contexto, el movimiento de higiene mental tiene origen en la parapsiquiatría, al dirigir sus esfuerzos a la mejora de la atención psiquiátrica. Dicho movimiento, estaba dirigido a la comunidad global y sus acciones estaban dirigidas a la prevención, más que a la curación, ya que los sujetos estaban en riesgo latente de desarrollar una enfermedad mental. Por lo que se trata de una respuesta organizada a una necesidad comunitaria reconocida (Bertolote, 2008).

A pesar de lo anterior, la mejora de los estándares de la atención en SM, la erradicación de los abusos es aún un problema importante y actual en las condiciones de atención psiquiátrica de muchas partes del mundo (Bertolote, 2008).

En México, un poco antes de iniciar la Revolución Mexicana, en 1910, el entonces presidente Porfirio Díaz inaugura el primer hospital en SM, el Manicomio “La Castañeda”. En esta institución se albergaban y se daba asilo a toda perso-

na que tuviera algún problema de SM; esto es, se trataban a pacientes desde la niñez, adolescencia, adultez, tercera edad; personas en condiciones de mendicidad, con problemas de consumo de alcohol y sustancias, con enfermedades venéreas y homosexualidad (en ese tiempo era considerada un problema de SM). En esos años las autoridades encargadas definieron a la locura como como un desequilibrio del estado de ánimo que se expresaba en limitaciones físicas con distorsiones que obstaculizaban a la mente (Becerra-Partida, 2014).

En los 58 años que este manicomio duró, tuvo aproximadamente 60,000 pacientes, varias generaciones de especialistas en psiquiatría y hubo producción científica en el campo de neurología sin precedentes para el tiempo en el que se desarrollaron. Sin embargo, hubo opacidad en los procedimientos clínicos y administrativos, por lo que en 1968 este hospital cerró sus puertas (Ríos y López, 2017).

En 1948 se celebró el primer Congreso Internacional de Salud Mental en Londres, donde se definió la higiene mental como el conjunto de actividades y técnicas que fomentan y mantienen la SM. En este contexto, aún hace falta una definición precisa de la disciplina, ya que su delimitación con la psiquiatría no siempre ha sido clara. La psiquiatría, como especialidad médica, se encarga del estudio, la prevención, el diagnóstico y el tratamiento de los trastornos o enfermedades mentales (Bertolote, 2008). Esta falta de definición es un problema en la actualidad, lo cual, más allá de sus implicaciones epistemológicas, tiene consecuencias en los niveles de atención. Mientras que la psiquiatría se ubica en el tercer nivel de atención, la SM debería ser atendida desde el primer nivel, y también ser considerada en las estrategias de prevención universal.

No fue sino hasta el año de 1984 que, en México, la Ley General de Salud (LGS) establece en su art. 72 y 73 y 75 lo siguiente:

ARTICULO 72.-La prevención de las enfermedades mentales tiene carácter prioritario. Se basará en el conocimiento de los factores que afectan la salud mental, las causas de las alteraciones de la conducta, los métodos de prevención y control de las enfermedades mentales, así, como otros aspectos relacionados con la salud mental.

ARTICULO 73.-Para la promoción de la salud mental, la Secretaría de Salubridad y Asistencia, las instituciones de salud y los gobiernos de las entidades federativas, en coordinación con las autoridades competentes en cada materia, fomentarán y apoyarán:

- I.-El desarrollo de actividades educativas socioculturales y recreativas que contribuyan a la salud mental, preferentemente de la infancia y de la juventud;
- II.-La difusión de las orientaciones para la promoción de la salud mental;
- III.-La realización de programas para la prevención del uso de sustancias psicotrópicas, estupefacientes, inhalantes y otras sustancias que puedan causar alteraciones mentales o dependencia, y
- IV.-Las demás acciones que directa o indirectamente contribuyan al fomento de la salud mental de la población.

ARTICULO 75.-*El internamiento de personas con padecimientos mentales en establecimientos destinados a tal efecto, se ajustará a*

principios éticos y sociales, además de los requisitos científicos y legales que determine la Secretaría de Salubridad y Asistencia y establezcan las disposiciones jurídicas aplicables (DIARIO OFICIAL DE LA FEDERACIÓN, 1984).

Recordemos que la Ley General de Salud (LGS) entró en vigor en 1984, después de la Segunda Guerra Mundial, por lo que para su elaboración se recuperaron nociones occidentales del Primer Congreso Internacional de Salud Mental. Entre estas nociones se destacan el carácter prioritario de la atención, la promoción y la prevención, el internamiento bajo principios éticos y sociales, así como conceptos relacionados con la ciudadanía, los derechos humanos, la democracia y la exclusión social, con el objetivo de garantizar la paz social (Miranda, 2018).

En este punto cabría preguntarse de qué condiciones dependería de la SM, además de las ya ligeramente nombradas por la OMS. A lo que De la Fuente *et. al.* (1997) señala: la SM depende de dos condiciones sociales principales: 1) la economía, la educación y la calidad de la convivencia social; y 2) la integración familiar. Además, existen determinantes más específicos como el empleo, la vivienda, etcétera (De la Fuente *et. al.*, 1997).

Aunque solo se conozcan algunas causas de los trastornos mentales, las condiciones de vulnerabilidad de las personas pueden llevar a que una ruptura con su medioambiente, su entorno y su cultura generen tensiones que no puedan soportar y aumenten las probabilidades de desarrollar un padecimiento. En este sentido, los problemas de SM no son exclusivos de las personas con trastornos psiquiátricos, alcoholismo o consumo de drogas, sino que también afectan a quienes presentan

condiciones psicológicas no detectadas, como pérdida de ánimo, desesperanza o somatización, que han ido al alza recientemente. Es fundamental conocer la frecuencia con que estos problemas impactan a la población, ya que estos datos proporcionarán una noción más precisa de lo que sucede. En la siguiente sección, se presentan datos sobre trastornos mentales en México (De la Fuente *et. al.*, 1997).

Algunos datos de Salud Mental a nivel mundial y nacional

Al respecto, la Organización Panamericana de la Salud (OPS), 2024 asegura que los problemas de SM son la principal causa de discapacidad a nivel mundial. Entre estos problemas se encuentran, la depresión, la ansiedad, demencia y abuso de alcohol, lo que representa la pérdida de 20% de días saludables. Solo el 10% recibe tratamiento.

De acuerdo con el Instituto de Métrica y Evaluación en Salud de la Universidad de Washington, en el 2021 los trastornos mentales en México representaron 2,173.12 Años de Vida Saludable Perdidos (AVISA) por 100,000 habitantes. Particularmente en el caso de las mujeres de 15 a 49 años, fueron 2,705.61 AVISA por 100,000 habitantes (Institute for Health Metrics and Evaluation, 2021). Según el Informe sobre la situación de la salud mental y el consumo de sustancias en México, 2024, en el primer semestre de este año, de acuerdo con las unidades de salud del país, de 158,814 personas que se atendieron; 107,034 fueron mujeres y 51,780 hombres; siendo la ansiedad con un 51.5% y la depresión con 29.5% las condiciones más prevalentes. En las mujeres hubo mayor presencia de depresión (78%), ansiedad (73%), bipolaridad (68%) y estrés postraumático (65%); mientras que para los hombres los tras-

tornos de déficit de atención (77.9%) y trastornos de la conducta en la infancia y la adolescencia (60%).

Como se observa, las mujeres duplican el número de consultas enfocadas en la SM en comparación con los hombres, esto puede indicarnos que la socialización de los afectos, estados y las emociones, como: la tristeza, el malestar, el estrés, la frustración, la melancolía están más del lado de las mujeres, no obstante, la ira, el estrés, la falta de concentración se encuentran en el área de socialización de lo masculino. Esto por supuesto que impacta en la prevención, detección e intervención de los padecimientos, al impactar de formas diferenciadas en la SM.

La Salud Mental en México en proceso

En México, la SM ha estado en proceso de reestructuración durante más de 50 años. Los principales hitos incluyen: 1) En 1968, el cierre del manicomio de La Castañeda; y 2) En 1984, cuando entraron en vigor los artículos 72, 73, 74, 75, 76 y 77 de la Ley General de Salud, que reconocen la salud mental como una prioridad a nivel preventivo, enfocándose en los factores que la afectan y las causas de las alteraciones.

El hecho más reciente ocurrió el 29 de mayo de 2023, cuando, por decreto, se creó la Comisión Nacional de Salud Mental y Adicciones (CONASAMA) como un órgano independiente de la Secretaría de Salud (art. 1 del Decreto). Su principal objetivo es garantizar el derecho a la prevención, control y atención de la salud mental y las adicciones, a través de un modelo comunitario con especial énfasis en el primer nivel de atención, y con un enfoque en el respeto a los derechos humanos, la interculturalidad y la perspectiva de

género (art. 2 del Decreto) (LEY GENERAL DE SALUD, 2022).

Además de lo anterior, se sumó la reforma al artículo 72 de la Ley General de Salud (LGS) en materia de SM y Adicciones, en la que se reconoce a estas como de carácter prioritario. Los servicios y programas deben priorizar la atención comunitaria e integral, con perspectiva de género, desde el primer nivel de atención y en hospitales generales, según lo estipulado en el artículo 73 de la LGS. Esta reforma sentó las bases para la operación del modelo comunitario, cuyo objetivo es ofrecer servicios de SM y dar a conocer estrategias de autocuidado, prevención y promoción de la salud a las personas, familias, escuelas y comunidades. Los avances logrados hasta este 2024 incluyen la creación de la Estrategia Nacional para la Prevención de las Adicciones y el Programa Nacional para la Prevención del Suicidio, la Línea de la Vida, entre otros (LEY GENERAL DE SALUD, 2022).

De esta manera, la propuesta de regresar al enfoque comunitario posiciona a la SM como un elemento fundamental para el bienestar de las personas. Esta propuesta destaca que, además de ser atendida por especialistas en psiquiatría, la salud mental debe ser abordada desde el primer nivel de atención, donde se pueden prevenir problemas de SM. Con esta perspectiva, se busca no solo luchar contra el estigma, la discriminación y los estereotipos que afectan tanto a las personas, sino también; reducir la brecha en la atención.

Además, es importante señalar que dichos estereotipos sitúan los padecimientos mentales en circunstancias específicas: por ejemplo, las mujeres son asociadas con la depresión y los hombres con ansiedad o déficit de atención. Esta situación debe

analizarse desde un enfoque de género que nos permita visibilizar la socialización de los géneros y su impacto en la SM, como lo revisaremos en la siguiente sección.

¿De quién es la culpa del sexo o del género?

¿De quién es la culpa, de Eva o Adán? Variaciones de esta pregunta han estado presentes últimamente en artículos, clases, conferencias, foros y, por supuesto, en redes sociales. El tema nos atraviesa y nos divide, porque hemos introyectado, sin estar completamente conscientes de ello, que, por alguna razón científica, moral o religiosa —de la cual nunca supimos con certeza su origen— que nuestros deseos, intereses y comportamientos dependían principalmente del órgano sexual con el que nacimos y de su carga hormonal.

Así, la vagina y el pene determinarán toda nuestra vida (cis-heteronormada) y lo o que no llega a encajar dentro de esta lógica simplemente se relega a lo “especial”, “diferente” o “anormal”, en términos foucaultianos (Foucault, 2017).

En este contexto, me parece crucial hacer una distinción entre sexo y género, ya que la salud mental también se ve influenciada por estos saberes, así como por los “deberes” de género: ¿De qué se nos permite quejarnos? ¿Cómo se nos permite expresarlo? Pareciera que sólo basta con una causa biológica (ser ella o él) para detonar un efecto (depresión o violencia, según corresponda) en la SM.

Entonces, ¿nos referimos al género o al sexo como factores de riesgo? El sexo hace referencia a las diferencias biológicas entre hombres y mujeres, mientras que, en términos generales, el género se define como los atributos sociales que se les asig-

nan a ambos, en los diversos contextos sociales e históricos. Por su parte, la categoría de género configura un eje primordial en la formación de la identidad subjetiva y en las relaciones desiguales que la persona establece a lo largo de su vida. De este modo, lo masculino (activo, agresivo) es considerado superior a lo femenino (vulnerable, sumisa), y las subjetividades femenina y masculina se perciben como atributos naturales, dictados por la biología, donde el género queda oculto bajo el sexo. De ahí las frases como “así son las mujeres” o “así son los hombres” (Ramos-Lira, 2014).

Con base en lo anterior, es pertinente revisar la categoría de género, porque hasta este punto es claro que ha sido enmarcada únicamente como un factor de riesgo, desde el paradigma biomédico en el que se inserta la salud mental. En este sentido, se ha biologizado y se ha utilizado de manera indistinta con el concepto de sexo. Este enfoque, que hace “vulnerables” a las mujeres, las relativiza en las estadísticas y en las políticas públicas, y no permite observar los procesos sociales y culturales más complejos, en los cuales las diferencias entre hombres y mujeres no son perceptibles a simple vista, pero adquieren un significado claro en su contexto social (Scott, 2013).

De esta manera, la categoría de género se utiliza para denotar las construcciones culturales sobre los roles apropiados para el hombre y la mujer, es decir, es una categoría social que se aplica a un cuerpo sexuado (Lamas, 2007).

Scott (citadas en Lamas, 2007: 330) señala que la definición de género se integra en cuatro elementos: 1) como símbolos culturales que generan representaciones diversas; 2) como conceptos normativos que se expresan en doctrinas religiosas, educativas, científicas y legales que definen categóricamente lo femenino (mujer) y lo mas-

culino (varón); 3) como una construcción que se establece a través del parentesco, el mercado de trabajo segregado por sexo, la escuela; y 4) como identidad subjetiva, a través de las biografías individuales. Así, el género representa una forma primaria de relaciones de poder (Lamas, 2007).

Asimismo, Bourdieu (citado en Lamas, 2013) señala que existe dificultad para abordar la lógica del género puesto que se trata de:

una institución que ha estado inscrita por milenios en la objetividad de las instituciones sociales y en la subjetividad de las estructuras mentales, por lo que el analista tiene toda la posibilidad de usar como instrumentos del conocimiento categorías de la percepción y el pensamiento que deberían tratar como objetos del conocimiento (Lamas, 2013: 345).

Dicho autor afirma que, el orden social masculino está tan arraigado que no necesita explicación, se impone como auto evidente y hasta “natural” gracias al acuerdo que tienen las estructuras sociales:

[...] las personas dominadas, o sea las mujeres, aplican a cada objeto del mundo (natural y social) y en particular a la relación de dominación en la que se encuentran atrapadas, así como a las personas a través de las cuales esta relación se realiza, esquemas no pensados de pensamiento que son el producto de la encarnación de esta relación de poder en la forma de pares (alto/bajo, grande/pequeño, etcétera) y que por lo tanto las llevan a construir esta relación desde el punto de vista del dominante como natural (Bourdieu, citado en Lamas, 2013: 345).

Así, la eficiencia masculina radica en legitimar la relación de dominio a través de lo biológico, como una suerte de construcción social biologizada. La dominación de género muestra que la violencia simbólica se ejerce a través de un acto de cognición que va más allá de la conciencia y la voluntad; actos que se encuentran en el esquema *habitus*, esquema de género que engendra género (Bourdieu, 2020).

En la misma línea de ideas, según Scott (2011) habría que analizar detenidamente cómo usamos el concepto de género ya que, por lo general, le damos un enfoque metodológico en el que asignamos significados fijos a hombre y mujer:

el género es el estudio de la difícil relación (en torno a la sexualidad) entre lo normativo y lo psíquico, el intento de a la vez colectivizar la fantasía y usarla para algún fin político o social, ya sea ese fin la construcción de nación o la estructura familiar. En este proceso es el género el que produce significados para el sexo y la diferencia sexual, no el sexo el que determina los significados de género [...] no solo hay distinción entre sexo y género, sino que el género es la clave para el sexo (Scott, 2011:100).

Entonces, el género es una categoría útil para el análisis porque nos obliga a historizar las formas en las cuales el sexo y la diferencia sexual han sido concebidos. Lo cual es visible en la asignación de patologías, en ese caso mentales, aquellas ya mencionadas, que corresponde a las mujeres en tanto no se ciñen a lo normativo, al poder. Esto se explicará con mayor profundidad en el siguiente apartado (Scott, 2011).

La salud mental en las mujeres

Las investigaciones de las feministas anglosajonas de la segunda ola han sido fundamentales para las grandes aportaciones sobre las repercusiones del género en la salud mental de las mujeres. Estos estudios analizaron las estadísticas que mostraban el creciente número de mujeres que acudían a consultas de psiquiatría, ya fuera para recibir tratamiento con psicofármacos o por ingresos hospitalarios, en comparación con los hombres, a quienes se les diagnosticaban otros tipos de trastornos. Algunas académicas concluyeron que estas sobrerrepresentaciones se debían a los sesgos existentes en las baterías de pruebas utilizadas para obtener la información. Otro enfoque importante analizó las condiciones de vida en las que predominaban la opresión y el dominio masculino. Por ello, es crucial mantener una postura crítica y observadora respecto a cómo las concepciones de salud y los cambios en las categorías diagnósticas para la salud mental continúan albergando un orden sexista, en el que las mujeres siguen siendo percibidas como inferiores en comparación con los hombres (Ordorika, 2009).

Como ya hemos mencionado en párrafos anteriores, una de las características del modelo biomédico es la medicalización, entendida como consecuencia incuestionable de curación ante un padecimiento. En lo que respecta a la sobremedicalización en casos de diagnóstico de depresión, Mabel Burin afirma que a las mujeres se les recetan grandes cantidades de tranquilizantes. Las mujeres sobremedicalizadas con estas sustancias comparten ciertas características: son amas de casa, se encuentran en edad reproductiva, tienen hijos/as pequeños/as y enfrentan varias jornadas de trabajo. Debido a estas situaciones tan estresantes, las mujeres se desbordan emocionalmen-

te y son percibidas como problemáticas, o como personas que necesitan ser “arregladas” (Burin, 2004).

Así, según la visión biomédica, las mujeres se circunscriben a la salud reproductiva, lo cual las liga directamente a su función socialmente fundamental: la reproducción. Por lo tanto, su salud mental depende de los procesos implicados en esta función reproductiva; es decir, parece que la “naturaleza reproductiva femenina” determina ciertos padecimientos, como la depresión postparto, los trastornos derivados de la menopausia, la ansiedad relacionada con la lactancia, entre otros.

Desde una perspectiva psicopatológica tradicional, las mujeres son encasilladas en diagnósticos como histeria, fobias y depresión. Sin embargo, esta perspectiva desconoce las causas subyacentes de estos padecimientos, que pueden estar vinculadas a factores como la socialización primaria de las niñas (fobias), la represión de la sexualidad femenina (histeria), las prácticas en torno a la maternidad (depresión) y los roles atribuidos a las mujeres en la sociedad patriarcal y en la familia (trastornos psíquicos) (Scott, 2011).

Algunos estudios atribuyen ciertos trastornos mentales a las mujeres, por ejemplo: la ansiedad de reinserción (cuando la mujer, después de haberse dedicado a las tareas del hogar, decide o se ve obligada a trabajar) (Hernández y González, 2019); la fobia a la desfloración, o temor a perder la virginidad (Amuchástegui, 1998); y la “neurosis del ama de casa”, que se refiere a la condición de la mujer que se dedica única y exclusivamente al hogar (Ferrer, 1998). Por lo anterior, es fundamental que en el campo de la SM se incorporen nuevas categorías de análisis, como el género, que se ha convertido en un determinante clave de

las condiciones de desigualdad en relación con lo masculino (Scott, 2011).

Dicha desigualdad establece una norma de diferencias entre géneros, al imponer jerarquías que devalúan a la mujer, particularmente en lo que se refiere a las relaciones de poder. En este sentido, también es fundamental considerar los afectos y las representaciones sociales asociadas a la maternidad (Scott, 2011).

Así, resulta imperativo incluir la categoría de calidad de vida al estudiar las llamadas “patologías de género femenino”; es decir, la depresión en las mujeres podría ser analizada a partir de las condiciones de vida depresógenas en las que se encuentran. En particular, los esfuerzos deben centrarse en deconstruir los conocimientos del modelo médico hegemónico, el cual naturaliza los padecimientos psicológicos de las mujeres y oculta las causas sociales, es decir, las condiciones de opresión y subordinación del género devaluado: el género femenino (Scott, 2011).

Como se ha señalado, a pesar de que la categoría de género influye claramente en las formas de enfermar de mujeres y hombres, la visión tradicional de la SM la ha relegado a ser simplemente un factor de riesgo. Por lo tanto, es necesario analizar los perfiles de morbilidad en SM desde una corriente crítica de pensamiento, como la medicina social.

En el orden burgués, la sexualidad femenina fue reprimida, ya que el goce debía ser entendido como maternal, no sexual. Si, por el contrario, la mujer no seguía esta lógica, se la consideraba “loca” (Foucault, citado en Burin *et. al.*, 1990). Durante la Revolución Industrial, la familia nuclear, compuesta por los hijos/as, el padre, la madre y algún familiar cercano, fue el modelo

predominante. La mujer se dedicaba a las tareas domésticas, al consumo, la crianza y a lo privado e íntimo, lo que se consideraba su “ámbito natural”, lo que, a su vez, contribuyó a su aislamiento. Esto generó el “ideal materno” (Burin *et. al.*, 1990).

En la actualidad, se analizan los criterios sexistas en el diagnóstico de SM y cómo estos determinan el tratamiento de las mujeres. Para ello, es necesario cuestionarse, desde una perspectiva social y cultural, qué representa la salud/enfermedad mental en las mujeres. Por lo que la mujer está históricamente asociada a la maternidad, lo que configura nociones como el individualismo, el esencialismo, el biologismo y la ahistoricidad (Burin *et. al.*, 1990).

Por otro lado, la manifestación de enfermedades mentales en las mujeres podría interpretarse como una forma de resistencia frente a las condiciones de opresión. Así, las histerias, por ejemplo, podrían entenderse como una forma de resistencia a la represión de la sexualidad femenina y a la maternidad no deseada (Burin *et. al.*, 1990).

Ramos-Lira (2014) señala que uno de los principales factores psicosociales de la depresión en México es ser mujer, especialmente aquellas que son jefas de familia, se dedican al hogar o al cuidado de un enfermo. Otros factores de riesgo psicosocial incluyen el bajo nivel socioeconómico, el desempleo, el aislamiento social, problemas legales, violencia, consumo de sustancias adictivas y la migración (Ramos-Lira, 2014).

Según el Informe sobre la situación de la salud mental y el consumo de sustancias en México, 2024, de 158, 814 personas que se atendieron; 51,780 fueron hombres y el resto mujeres: la ansiedad con un 51.5% y la depresión con 29.5% las

condiciones más prevalentes en ambas caso (CONASAMA, 2024). Los hombres no buscan ayuda por malestar emocional o quizá escondan su depresión en comportamientos adictivos, violentos o que los ponen en riesgo (Toquero y Salguero, 2013). Al respecto, el informe ya citado reporta que el 80.5% de urgencias atendidas por consumo combinado de sustancias en el 2023 fueron hombres, aún más grave el 90.3% de defunciones por consumo combinado de sustancias psicoactivas en 2022 fueron hombres: *grosso modo*, ser mujer es un factor de riesgo para la depresión y la socialización masculina es un factor de riesgo para la violencia y el consumo de sustancias (CONASAMA, 2024).

Una de las propuestas de Burín (1990a) en cuanto a los cuidados de salud mental es alejarse del modelo médico, ya que se ha demostrado que este no responde a las demandas de la vida cotidiana de las mujeres ni las reconoce. En su lugar, propone adoptar un enfoque comunitario, es decir, un modelo en donde el malestar de las mujeres se pueda visualizar y abordar. Las mujeres, como miembros de una comunidad, podrían reunirse en espacios propios de su entorno, como centros educativos, culturales, deportivos, entre otros (Burín *et.al.*, 1990a).

Por otro lado, en el ámbito de la SM, los trastornos se comprenden a través de los determinantes sociales de la salud, que se definen como un conjunto de condiciones que pueden influir en la aparición de enfermedades. Ejemplos de estos determinantes incluyen la edad, la clase social, el estado civil y la violencia. Algunos autores señalan que los determinantes más relevantes en la aparición de la depresión en las mujeres son las pérdidas recientes de algún familiar, el número de hijos, el incesto en la niñez, el estado civil, el aislamiento social, entre otros. El paradigma psi-

quiátrico, positivista enfatiza la necesidad de asistir a las mujeres para que, a su vez ellas puedan hacer lo mismo en la intimidad de sus hogares. Las mujeres se conciben como madres, esposas y amas de casa y se ubican en objetos de políticas asistenciales y no como sujetos que establecen sus propias necesidades (Burin *et. al.*, 1990).

Conclusión

A lo largo de este trabajo se revisó la corriente crítica de pensamiento médico-social, en la que se analizaron sus orígenes, objetos de estudio y la necesidad urgente de adoptar una perspectiva social renovada, comprometida con la transformación de las condiciones de vida, que permita comprender la salud/enfermedad como un proceso histórico/social. En un segundo momento, se abordó el surgimiento de la visión en SM, cuyo origen se remonta a un grupo de personas con enfermedades mentales, lideradas por un enfermo recuperado, que exigían condiciones humanas en la atención psiquiátrica. Estas demandas, que surgieron hace más de un siglo, siguen sin resolverse.

Es por esto que, históricamente, el campo de la salud mental se ha centrado en la prevención comunitaria. Sin embargo, con el tiempo, el desarrollo de esta visión se fue integrando al ámbito de la salud pública, lo que le hizo perder su esencia social y política, y su enfoque de justicia, para convertirse, en términos generales, en una disciplina que, para la psiquiatría, no es un objeto primordial la prevención.

Dadas estas circunstancias y otras más, los perfiles de morbilidad en SM no han cambiado. Esto nos indica de manera clara que el modelo multicausal, con sus factores de riesgo, no proporcionan una respuesta adecuada a la magnitud de

este problema, que crece alarmantemente en las mujeres.

Con base en el objetivo de este ensayo, que fue analizar la depresión de las mujeres desde una visión crítica de la medicina social y el género, como un proceso sociohistórico de la salud mental, se demuestra que en las estructuras de poder se reproducen y conservan las formas socialmente aceptadas de enfermar en las mujeres. Es decir, el padecimiento mental se vincula directamente con la salud reproductiva de las mujeres, lo que da lugar a condiciones como la depresión perinatal, la depresión durante el embarazo y en el postparto.

Es pertinente retomar el planteamiento de Burin (1990), quien señala que es crucial analizar las condiciones de la vida cotidiana para reflejar el malestar de las mujeres, y que debe hacerse una reflexión profunda sobre las categorías diagnósticas de salud mental que actualmente se utilizan. Mientras no se problematice esta cotidianidad, el malestar de las mujeres será atribuido al ámbito de lo “natural”. Otro problema asociado al diagnóstico de los trastornos mentales es el criterio sexista en el proceso salud/enfermedad/atención, que naturaliza estos padecimientos y les resta historicidad. Además, persiste la sobremedicalización mediante el uso excesivo de fármacos para tratar la depresión.

El retorno a la salud mental comunitaria, impulsado por la legislación y normativa mexicana actual a través de la CONASAMA y las reformas en materia de salud mental, tiene el potencial, además

de alinearse con los derechos humanos, de brindar a las mujeres la posibilidad de un cuidado más integral, el bienestar colectivo y la prevención, al permitir también que ellas decidan libremente sobre su maternidad.

La razón por la que este trabajo se ha centrado en mujeres jóvenes-adultas es que son quienes más recurren a los servicios de salud en busca de atención por depresión y ansiedad. Esto podría estar relacionado en gran medida con su socialización de género, las expectativas sobre la maternidad, las diversas jornadas laborales, las desigualdades, las vulnerabilidades y los contextos de violencia de género y precariedad económica, entre otros factores.

Aunado a lo anterior, este ensayo ha tocado brevemente el tema de la carga de morbilidad en los hombres, enfocándose en sus formas de socialización en relación con la atención en SM. Como se observó, el número de hombres que acuden a consulta general es bajo, pero se invierte notablemente cuando se trata de una urgencia relacionada con el consumo de sustancias.

Finalmente, aunque el objetivo planteado haya sido rebasado por la complejidad epistémica de la SM enfocada en la depresión en las mujeres, considero que esto no es una debilidad del escrito, sino una oportunidad para continuar con la reflexión. Como menciona Mabel Burin (1990), es crucial mantener una vigilancia constante sobre la salud de las mujeres en un sistema heteropatriarcal.

Referencias bibliográficas

- AMUCHÁSTEGUI, A. (1998). La dimensión moral de la sexualidad y de la virginidad en las culturas híbridas de México. *Relaciones*, vol. 74, Núm XIX: 102-133.
- CONASAMA. *Informe sobre la situación de la salud mental y el consumo de sustancias en México*. <https://www.gob.mx/conasama/documentos/informe-sobre-la-situacion-de-la-salud-mental-y-el-consumo-de-sustancias-en-mexico> (consulta el 11 de junio de 2024).
- BECERRA-PARTIDA, O. F. (2014). La salud mental en México, una perspectiva, histórica, jurídica y bioética. *Persona y Bioética*, vol. 18, Núm. 2: 238-253.
- BERTOLOTE, J. M. (2008). Raíces del concepto de salud mental. *World Psychiatry* (Ed Esp), vol. 6, Núm. 2: 113–116.
- BOURDIEU, P. (2020). *La dominación masculina*. Barcelona: Editorial Anagrama, 9-21.
- BURIN, M., MONCARZ, E., M., & VELÁZQUEZ, S. (1990). *El malestar de las mujeres. La tranquilidad recetada*. Argentina: Paidós.
- BURIN, M. (2 de agosto de 2004). Ante depresión o stress. La excesiva prescripción de tranquilizantes a mujeres, forma de control social. *La Jornada*. https://www.jornada.com.mx/2004/08/02/informacion/72_medicalizacion.htm (consulta 12 de junio de 2024).
- DE KEIJZER, B. (2022). Conferencia Magistral: La Salud de los Hombres en la Región de las Américas. *Foro de Análisis: Hombres, Salud y Enfermería* (26 de septiembre de 2022).
- DE LA FUENTE, R., MEDINA-MORA, M. E., & CARAVEO, J. (1997). *Salud Mental en México* (Primera Ed). México: Instituto Mexicano de Psiquiatría. Fondo de Cultura Económica.
- DIARIO OFICIAL DE LA FEDERACIÓN (7 de febrero de 1984). *Ley General de Salud*.
- FERRER, V. A., BOSCH, E. & GILI, M. (1998). Aspectos diferenciales en salud entre las mujeres que trabajan fuera del hogar y las amas de casa. *Psicothema*, vol. 10, Núm. 1: 53-63.
- FOUCAULT, M. (2017). *Los anormales*. México: Fondo de Cultura Económica.
- HERNÁNDEZ-MONTAÑO, A., & GONZÁLEZ-TOVAR, J. (2019). Predictores de la ansiedad en mujeres con trabajo remunerado. *Informes Psicológicos*, vol. 19, Núm. 2: 11-23.
- INSTITUTE FOR HEALTH METRICS AND EVALUATION (s/f). *Global Burden of Disease Study*. <https://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/> (consulta 11 de junio de 2024).
- LAMAS, M. (2007). “Introducción”. En: Lamas, M. (coord.) *Miradas feministas sobre las mexicanas del siglo XX*. México: FCE-CONACULTA, 9-20.
- LAMAS, M. (2013). “Uso, dificultades y posibilidades de la categoría género”. En Careaga, C. (coord.) *El género-La construcción cultural de la diferencia sexual*. México: Porrúa, 327-366.
- LAURELL, A. C. (1982). La Salud-Enfermedad como proceso social. *Cuadernos Médicos Sociales*, vol. 86, Núm. 19: 2–10.
- LEÓN, M. (2002). La atención comunitaria en salud mental. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, vol. 18, Núm. 5: 340-342.
- LEY GENERAL DE SALUD (16 de mayo de 2022). *DECRETO por el que se reforman, adicionan y derogan diversas disposiciones de la Ley General de Salud, en materia de Salud Mental y Adicciones*.
- LÓPEZ, O. Y PEÑA, F. (2006). Salud y Sociedad. Aportaciones del pensamiento latinoamericano. *Social Medicine / Medicina Social*, vol. 1, Núm. 3: 82–102.
- MIRANDA, G. (2018). ¿De qué hablamos cuando hablamos de salud mental? *Utopía y Praxis Latinoamericana*, vol. 23, Núm. 83: 86-95.

- OMS (s/f). *La OMS mantiene su firme compromiso con los principios establecidos en el preámbulo de la Constitución*. <https://www.who.int/es/about/governance/constitution> (consulta el 29 de noviembre de 2024).
- OPS (s/f). *Salud Mental*. <https://www.paho.org/es/temas/salud-mental> (consulta el 29 de noviembre de 2024).
- ORDORIKA, T. (2009). Aportaciones sociológicas al estudio. *Revista Mexicana de Sociología de la salud mental de las mujeres*, vol. 71, Núm. 4: 647-674.
- RAMOS-LIRA, L. (2014). ¿Por qué hablar de género y salud mental? *Salud Mental*, vol. 37, Núm. 4: 275-281.
- RÍOS, A. Y LÓPEZ X. (2017). “Introducción”. En: Ríos, A. (coord.). *Los pacientes del manicomio la Castañeda y sus diagnósticos una historia de la clínica psiquiátrica en México 1910-1968*. México: Universidad Nacional Autónoma de México Instituto de Investigaciones Históricas, 11-41.
- SCOTT, J. W. (2011). Género: ¿Todavía una categoría útil para el análisis? *La Manzana de La Discordia*, vol. 6, Núm. 1: 95-101.
- SCOTT, J. W. (2013). El género: Una categoría útil para el análisis histórico. En Carceaga G. (coord.) *El género-La construcción cultural de la diferencia sexual*. México: Porrúa, 265-302.
- TOQUERO, M. A. Y SALGUERO, M. A. (2013). Los significados de ser hombre asociados al consumo de sustancias psicoactivas. La ventana. *Revista de estudios de género*, vol. 4, Núm. 38: 372-404.

El cuerpo como credencial: exigencia en estudiantes de nutrición de la UAM-Xochimilco

Karen Melo Hernández* • Addis Abeba Salinas Urbina**

RESUMEN

Este estudio explora los significados que tienen en torno al cuerpo humano un grupo de estudiantes de la Licenciatura en Nutrición Humana de la Universidad Autónoma Metropolitana Xochimilco. El trabajo de campo se realizó a partir de entrevistas a profundidad y un grupo focal. Los hallazgos sugieren que los discursos hegemónicos respecto al cuerpo humano están presentes en la formación de profesionales de la salud, estos se anclan en visiones que refuerzan los roles de género y los estudiantes se ubican como principales responsables de acatarlos. Con base en esto se legitiman predicados de valor que evalúan la capacidad profesional de los nutriólogos/as. El cuerpo se posiciona así, como una credencial que reserva espacios en el mercado laboral.

PALABRAS CLAVE: Educación Universitaria, Corporalidad, Profesionales de la nutrición.

The body as a credential: demand in nutrition students at UAM-Xochimilco

ABSTRACT

This study explores the meanings around the body that a group of students in human nutrition from the Universidad Autónoma Metropolitana Xochimilco has. The field work was made from interviews and a focus group. The findings suggest that hegemonic speeches about the human body are present in the training of health professionals, and the students are located as the main responsible for following them. Based on this are legitimized some value predicates that assess the professional capacity of nutritionists depending on their body. The body is positioned as a credential for which certain work spaces are reserved.

KEYWORDS: University Education, Corporality, nutritionist.

* Departamento de Atención a la Salud. Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco. Correo electrónico: kmelo@correo.xoc.uam.mx

** Departamento de Atención a la Salud. Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco. Correo electrónico: asalin@correo.xoc.uam.mx

Fecha de recepción: 19 de agosto de 2024.

Fecha de aceptación: 28 de noviembre de 2024.

Introducción

La práctica y la enseñanza de la nutrición en América Latina se remonta a la década de 1930 con los trabajos desarrollados en el Instituto de Nutrición de Buenos Aires. Esta institución buscaba “preparar profesionales con estudios específicos de nutrición, con nivel universitario, con funciones y responsabilidades propias de la atención alimentaria del sano y del enfermo, tanto en el aspecto individual como colectivo, y formados en escuelas con identidad propia”, este mismo pensamiento se extendió a las escuelas de toda América Latina (Bengoa, 2003:17).

En México, en la década de los treinta, el Departamento de Salubridad adelantó una línea de investigación, enfocada en la caracterización del estado nutricional de la población mediante la aplicación de encuestas de alimentación (AMM-FEN, 2006). Así, la nutrición empezó a concebirse como una importante área de conocimiento, al identificar la necesidad de realizar estudios sociales sobre alimentación y nutrición en el país (Díaz et al, 2005 citado en Jarillo et al, 2011).

La primera escuela que impartió la enseñanza de la nutrición como licenciatura fue la Universidad Iberoamericana (UIA) en 1972. Al respecto Bourges y Casanueva (2003) señalan que “contaba por fin (...) con una carrera independiente y no con una simple orientación de la carrera de medicina” (p. 210). En 1980, la Universidad Autónoma Metropolitana (UAM) diseñó la Licenciatura en Nutrición considerando, por una parte, la historicidad del proceso de alimentación-nutrición, y por otra, la problemática a nivel de las diferentes clases sociales. De esta manera, se concibió a la nutrición como “proceso biológico e históricamente determinado por la formación económico-social” (UAM-X, 2016a, p. 43). Vale la pena

destacar que en el rediseño curricular de la carrera, en el año 2005 se integra como herramienta de análisis el enfoque de género, tiempo después en el rediseño curricular (2008) se modifica el nombre y contenido de uno de los módulos, de Nutrición Materno Infantil a Nutrición Género y Salud Reproductiva, esto marca un momento importante en la visión de la formación del personal de esta área (Ysunza et al, 2007).

En términos generales, el campo de la nutrición tiene como ejes fundamentales la noción de factor de riesgo y causalidad, que a su vez se concretan en el concepto de estilo de vida (Ortiz, 2007). Desde ahí se desarrollan estrategias de atención, tratamiento y prevención de patologías vinculadas a hábitos y patrones de conducta. Esto podría ser considerado un modelo hegemónico de la nutrición, el cual debe ser cuestionado debido a que se fundamenta en una idea de cuerpo humano acotada a procesos biológicos. No se busca decir, sin embargo, que exista esta sola mirada de la nutrición, lo que se cuestiona son las modalidades dominantes donde prevalece una idea del cuerpo humano reducida a los procesos de la biología, lo cual ha derivado en la medicalización de los procesos vitales y en la legitimación de discursos normativos y normalizadores, entre otros. Desde esta perspectiva, como señala Gilman (citado en Sabido, 2023), se deja de lado el componente social, en el que la desigualdad económica genera relevantes diferencias entre los sexos.

Si bien la comprensión del cuerpo humano en la nutrición ha sido analizada por distintos campos del conocimiento, la investigación se ha centrado en estudiar temas como la imagen corporal (Piñón y Cerón, 2007), las conductas alimentarias de riesgo (Unikel-Santoncini et al, 2015) el dis-

curso nutricional como mecanismo para promover autovigilancia generalizada (Fischler, 2010) y la medicalización de la alimentación (Gracia-Arnaiz, 2007). Sin embargo, existe menor comprensión del vínculo entre el contexto de formación de nutriólogas/os con las concepciones construidas en torno al cuerpo durante los años de estudio de la carrera.

En este trabajo se considera que la formación¹ de los profesionales de la salud representa uno de los espacios más importantes donde se estructuran los enfoques de la salud, la enfermedad, la corporalidad y la atención. De esto dependen las articulaciones entre los futuros profesionales de la salud y la sociedad donde incidirán directamente mediante su práctica, no solamente porque desarrollan las herramientas técnicas necesarias para el quehacer social de la profesión, sino también por la construcción de discursos que atribuyen significados en torno al cuerpo.

El planteamiento general de este trabajo² se basa en lo siguiente: la formación de nutriólogos/as puede ubicarse desde una tendencia tecnocrática (Jarillo et al, 2015) desde ahí se han establecido ideas del cuerpo bajo perspectivas clínico-biológicas. En este sentido, los/las estudiantes de nutrición construyen en su formación una idea de cuerpo, en la cual participa el dispositivo médico, esto implica relaciones de poder basadas en las diferencias de género (Foucault, 1992 y 2000;

1 Según Jarillo, Mendoza & Salinas (2015): “El proceso de formación de personal de salud se refiere a la institucionalidad en el espacio escolar, lo que implica que la escuela otorga las credenciales, el reconocimiento, la validación social de las capacidades adquiridas a través de procesos escolares ordenados [...]”. (p. 93). “Implica los siguientes componentes: relación docente-alumno, relaciones de transmisión-creación-recreación de conocimiento, espacios sociales educativos, contenidos y métodos de enseñanza-aprendizaje y evaluación” (p. 95).

2 Este escrito forma parte de la idónea comunicación de resultados de una de las autoras en la Maestría en Medicina Social de la Universidad Nacional Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco.

Menéndez 1983)³. Esto no significa que exista solo un discurso que influya en la construcción de la idea de cuerpo, pero se reconoce que el dispositivo médico es preponderante en el establecimiento de criterios de verdad sobre el cuerpo en la formación universitaria, desde donde se establece un marco de interpretación y generación de significados⁴. Tomando en cuenta que la Licenciatura en Nutrición Humana (LNH) de la UAM-X instituye como uno de sus principios fundantes, una perspectiva crítica, integral, multidisciplinaria y ética (UAM-X, 2016b), que cuestiona los modelos vigentes y que con una mirada social propone reorientar la atención en los servicios de salud, se tiene aquí como propósito explorar los significados que un grupo de estudiantes de la LNH de la UAM-X tienen respecto al cuerpo en el contexto de su formación profesional.

Aproximación metodológica

Se adoptó una perspectiva fenomenológica, que permite hacer una exploración en torno a la experiencia personal (Flick, 2007). Una decisión relevante en el diseño de esta investigación fue enfocarse en estudiantes de los dos últimos trimestres⁵, porque en esa fase ya se abordaron los

3 Lo que se entiende como dispositivo médico es elaborado a partir de Foucault (1992 y 2000) y Menéndez (1983); conlleva una comprensión del proceso salud-enfermedad-atención determinado por aspectos ideológicos, económicos y políticos, que articula relaciones de poder en la sociedad y produce una serie de subjetividades. Todo ello en función de discursos, prácticas y marcos de interpretación que tienden a establecer asociaciones de regularización y control, es decir, desde un enfoque normativo. En el contexto de la problematización expuesta, se plantea un dispositivo definido a partir de una normatividad sobre el cuerpo y la idea de lo saludable y lo normal. Es decir, en la nutrición, mediante la idea de lo saludable y lo normal, se produce una red de sujeción, que desde luego se concreta en el cuerpo vivo

4 En este trabajo, el cuerpo se concibe como eje de los procedimientos de intervención de la formación y práctica nutricional, de tratamientos establecidos como estrategias normativas nutricionales en su carácter normalizador, con la finalidad de fijar o establecer estándares en los cuerpos.

5 Estos trimestres son el XI y XII, y comprenden las siguientes unidades de enseñanza-aprendizaje: Políticas Alimentarias y Programas de Alimentación y Nutrición, Manejo Nutricio Integral y Control Sanitario y Servicios

contenidos teóricos y metodológicos de los Sub-niveles previos del Tronco Básico Profesional. Esto permitió, por lo tanto, un mayor acercamiento al planteamiento curricular de la universidad y a la perspectiva de práctica a desarrollar en el quehacer de la profesión.

Se definió al grupo de participantes a través de la técnica de “bola de nieve o cadena” (Martínez, 2012). El contacto con los estudiantes se llevó a cabo mediante la comunicación con profesoras de los trimestres XI y XII; se implementaron dos técnicas de recolección de información. En la primera etapa, se realizaron aproximaciones de índole narrativa, es así que se desarrollaron ocho entrevistas a profundidad a seis mujeres y dos varones. En la segunda etapa se coordinó un grupo focal con la participación de cuatro mujeres y un varón, de este modo se propició una discusión a partir de la información obtenida en la fase de entrevistas. La muestra final quedó constituida por trece personas (diez mujeres y tres varones).

Las guías para la entrevista y grupo focal se orientaron por los siguientes ejes reflexivos: a) motivos para estudiar la LNH en la UAM-X; b) ideas que se tienen sobre el cuerpo; c) experiencias respecto al cuerpo durante su formación profesional, d) experiencias en torno al cuerpo con compañeros/compañeras y profesores. El trabajo de campo se realizó en instalaciones de la UAM-X durante el año 2018. Con base en el marco ético de la investigación se dio a conocer el propósito de la misma y se solicitó consentimiento verbal, que quedó registrado en las grabaciones de audio. Se aseguró el anonimato y la decisión de finalizar su participación en cualquier momento.

de Alimentos (Programa de la Licenciatura en Nutrición Humana vigente en el 2019; UAM-X, 2016b, 43).

Dado que el género es una categoría presente en el abordaje del cuerpo, a través del cual se asignan roles y se diferencian comportamientos masculinos y femeninos, fungió como el lente desde el cual se procesó la información. Así, el análisis de datos se llevó a cabo siguiendo los fundamentos de análisis de contenido (Mayan, 2001; Flick, 2007), en un proceso secuencial de identificación, codificación y categorización de patrones primarios a partir de los datos obtenidos del propio discurso de los informantes, para obtener el significado de pasajes específicos en el contexto de todos los datos.

Dicho proceso de análisis fue desarrollado en tres momentos vinculados entre sí. El primero consistió en diversos ejercicios de lectura analítica del material resultante de la transcripción literal de todas las entrevistas realizadas; aquí se identificaron patrones característicos de los datos, esto es, una primera fase se seleccionaron fragmentos relevantes con los cuales los informantes dieron significado al concepto central de la investigación, es decir al cuerpo, a partir de aquí emergieron algunas categorías descriptivas. El avance del proceso de análisis generó un segundo sistema categorial de orden más teórico, en este segundo momento se transitó de un análisis descriptivo a un análisis más relacional; como resultado se agruparon expresiones alusivas a conceptos similares para crear las categorías centrales del estudio. Finalmente, a partir de estas categorías se estructuró el sistema categorial elaborado a lo largo del proceso de investigación.

Hallazgos y discusión

El estudio se desarrolló con la participación de 13 personas (diez mujeres y trece varones). Se muestran, en términos generales, los discursos

de los estudiantes⁶ en torno al cuerpo humano. A continuación, se detallan las tres categorías centrales surgidas en el proceso de interpretación. El primer discurso, enmarcado en el paradigma mecanicista, se centra fundamentalmente en concebir al cuerpo desde una visión anatómica o fisiológica, haciendo alusión al funcionamiento del cuerpo con la metáfora de una máquina. Desde este enfoque emergió la categoría del cuerpo máquina.⁷

De aquí se avanza a la segunda categoría, denominada cuerpo normativ(izad)o. En ésta, la función normativa de la nutrición conlleva un proceso de relación saber/poder en torno al cuerpo, que no se limita a la acción sobre su biogenicidad, sino que se ejerce también en el ámbito subjetivo de las personas. Por último, esto es funcionalizado por el mercado, como se establece en la tercera categoría, con la idea del cuerpo considerado como credencial, desde donde se buscó condensar las características más relevantes señaladas por los estudiantes acerca del cuerpo humano.

El cuerpo máquina

En las definiciones e ideas expresadas por los estudiantes en torno al cuerpo, se puede reconocer la vigencia de un paradigma moderno, específicamente cartesiano, que entre otros elementos considera la existencia de dos sustancias diferenciadas entre sí: la res cogitans (el pensamiento) y la res extensa (la corporeidad) (Descartes, 1971). Se conceptualiza al cuerpo desde una visión mecanicista como un cuerpo máquina, esto es, el cuerpo

implica diversas partes formando un todo, como puede observarse en las siguientes narraciones:

[...] *nunca lo había pensado (silencio) es como una envoltura, un estuche. Yo creo que las personas estamos compuestas por tres cosas: mente, espíritu y cuerpo. La mente y el espíritu están dentro de la envoltura que sería el cuerpo* (Natalia).

[...] *yo lo relaciono más en la parte física, apariencia, yo pienso en un cuerpo y no pienso lo que está adentro, yo me imagino a un hombre o mujer* (Nancy).

De este dualismo se desprenden algunas implicaciones que se reconocen ya en Descartes y que también se pueden detectar en las perspectivas de los participantes. Se percibe la idea de un cuerpo aislado, concebido, por ejemplo, como un mecanismo, como un “hombre-máquina”, que dentro de la tradición cartesiana representa una analogía donde se va aislando y fragmentando progresivamente al cuerpo, forzando una ruptura del vínculo con aquella parte inmaterial (alma, subjetividad, esencia) que, desde este enfoque, constituye la investidura. Esta comprensión del cuerpo, implica que su funcionamiento puede ser entendido según sus elementos constitutivos, en una aproximación cada vez más detallada. Así, se asume al cuerpo igual que a cualquier otro objeto y, en tanto tal, puede ser interpretado según sus partes, fragmentos o componentes. Desde esta perspectiva se deja de lado la parte simbólica socialmente construida que caracteriza los cuerpos femeninos y masculinos.

Queda así representado un modelo de racionalidad, es decir, un modelo epistemológico que se basa en la capacidad analítica de la facultad in-

6 A todos los fragmentos de discurso de las entrevistas se les asignó un nombre ficticio por razones de confidencialidad.

7 La categoría del cuerpo máquina es una referencia a la noción del hombre-máquina que emplea René Descartes (1596-1650) en su obra póstuma *Tratado del hombre* (1990).

telectual –“espíritu”, en términos cartesianos– de los seres humanos y que representa la característica distintiva de la modernidad en lo que a su aspecto epistemológico refiere⁸. Desde este modelo se reconoce, en conformidad con el propio Descartes, que: “En las cosas corporales [...] la más pequeña, puede ser dividida por mi espíritu en multitud de partes...” (Descartes, 1971: 101). Las consecuencias de este paradigma se ilustran con los siguientes fragmentos:

El cuerpo es una máquina impresionante, ya que tiene diferentes mecanismos para poder sobrevivir (Arturo).

Tenemos muchas reacciones químicas en el cuerpo, y el alimento es como nuestro combustible. Entonces al alimentarnos bien vamos a tener una buena salud, entonces la relación entre cuerpo, salud y nutrición es muy grande (Sofía).

¿Cuerpo? Pues como todo lo que nos hace estar aquí como una máquina que necesita combustible, (...) que necesitamos mantenerlo bien, estar sanos (Mercedes).

Esta concepción, del nacimiento de la práctica médica de la modernidad⁹, si bien adquiere una

⁸ En apego a la perspectiva crítica desarrollada por Bolívar Echeverría resulta que por fundamento de la modernidad tenemos el desarrollo de tecnologías –cuya gestación comienza con la Edad Media– que transforman el vínculo de los seres humanos con la naturaleza, en función de la superación de la escasez y su sustitución por abundancia. La configuración histórica de este proceso se ha concretado como un desarrollo tecnológico con miras a la dominación del entorno. Pero este desarrollo encuentra su forma más general o prelativa en un modelo específico de producción, consumo y acumulación de riqueza: el capitalismo (Echeverría, 1997). Visto desde este enfoque, el concepto de modernidad resulta fecundo en muchos sentidos, de los cuales es preponderante –en conformidad con el tema que atañe– una aproximación epistemológica. Entre las figuras centrales de la modernidad en este aspecto, juega un papel fundamental René Descartes, de quien se perfilan algunas nociones relevantes en este trabajo.

⁹ La práctica médica, en tanto producción social, expresa la composición de la sociedad en un momento histórico determinado. En tal sentido, des-

elaboración biológica, conserva la noción de fragmentación propia del pensamiento cartesiano, por ejemplo:

[...] [el cuerpo] sería un conjunto de órganos, bueno, órganos, músculo y huesos que conforman algo [...] a una persona, para mí es como el cuerpo y también el funcionamiento y como todos los microorganismos que están dentro de él (Violeta).

Aunque el concepto del cuerpo puede complejizarse o incorporar dimensiones de procesos celulares, persiste el abordaje mediante la especialización, el cual profundiza en el detalle y explicación objetual con base en una supuesta objetividad del cuerpo:

No entiendes que lo que estás estudiando es parte del cuerpo, eso lo ves como algo ajeno. Vas a ver transcripción, replicación celular, pero no piensas que eso pasa en tu cuerpo, no te das cuenta que adentro pasan muchos fenómenos. Entonces, yo creo que sí importa la percepción que tenemos sobre el cuerpo, a pesar de que estamos viendo cosas que pasan en nuestro cuerpo, pareciera que no: ¿ciclo de Krebs?, ¿y eso dónde pasa? en la mitocondria. ¿Y esa mitocondria dónde está? (Manuel).

En tal sentido, se expresa así una perspectiva donde ya no sólo se concibe al cuerpo aisladamente, sino que a partir de esa separación se desarrolla una perspectiva aún más detallada, en consonancia con la especialización o subespecialización del conocimiento, sin desprenderse de una perspectiva biologicista, donde se deja de reconocer

de el paradigma de la Modernidad se condicionó la estructuración de los saberes, las prácticas médicas y las formas de institucionalizar la medicina desde un modelo de racionalidad científica.

un cuerpo integrado y de mayor complejidad y se centra en la sumatoria de sus componentes.

Existe una coincidencia de esa noción fragmentaria, entre otras, con el paradigma científico de validación del conocimiento basado en la posibilidad de su comprobación. Los fundamentos epistemológicos de este modelo suponen universalidad en estos principios empíricos, de manera que las verdades establecidas desde ahí parecen inamovibles y válidas para cualquier persona y en cualquier lugar. Queda así delineada una definición de la realidad corporal que insiste en su aspecto material como base de conocimiento y verdad. El acento tan evidente en el aspecto orgánico de la corporalidad revela la lógica de la escisión sujeto-objeto que permite asumir al cuerpo humano como un objeto de estudio manipulable, en función de la idea de salud. Sin embargo, pareciera que esta separación entre “lo de adentro” (alma, subjetividad, esencia, etc.) y “lo de afuera” (el cuerpo) sólo se produce en apariencia, podría decirse que se establece con fines analíticos, es decir, es una escisión producida por el pensamiento y no una escisión en sí misma o propia de la naturaleza:

Bueno, es que también cuerpo podría ser el exterior, como la piel y también podría ser como un poco psicológico, también podría ir de la mano con eso y no creo que sean lo mismo, pero no sé (Nancy).

El cuerpo humano es como (silencio). Como el ser, la persona y lo de adentro (silencio) (Sofía).

Yo aprendí a ver el cuerpo no como un objeto, no como algo que le vas a inyectar o que le vas a dar algo, sino que el cuerpo es una persona que tiene sentimientos y que vive y come, crece,

convive con las demás personas (...) aunque me es difícil verlo así, no sé cómo tratar eso (Carmen).

Yo sí creo que si tienes una buena relación entre mente y espíritu entonces cuidas tu cuerpo, creo que hay una relación de salud en el cuidado del cuerpo, sí, pero no sé cómo es (Irene).

Desde aquella perspectiva dualista se concibe una subjetividad desligada del cuerpo. Pero este dualismo representa dos polos aislados sólo en apariencia. Al final, la relación entre mente y cuerpo ha sido ya problemática en la filosofía de Descartes (1971) –que es una de las posturas a las que se remonta la idea de dicho dualismo en Occidente–, y él mismo reconoce algún vínculo entre estas dos sustancias, a pesar de que supuestamente están separadas y son independientes. Las percepciones, por ejemplo, repercuten en el alma, y asimismo las afecciones del alma ofrecen motivos para el movimiento del cuerpo. De esta forma, aunque la afección del cuerpo influye en la subjetividad y viceversa, este dualismo es visto no como un todo, sino sólo como dos partes que se vinculan en un mismo ente.

No obstante que algunas expresiones esbozan la idea de un todo en su relación con el otro, aquí se van configurando las diferencias:

Yo aprendí a ver el cuerpo no como un objeto, no como algo que le vas a inyectar o que le vas a dar algo, sino que el cuerpo es una persona que tiene sentimientos y que vive y come, crece, convive con las demás personas (...) aunque me es difícil verlo así, no sé cómo tratar eso (Carmen).

Basta por lo pronto reconocer, aunque parezca obvio, que la discusión de este problema tiene una

larga trayectoria. Ya desde Descartes esta cuestión adquiere implicaciones que siguen vigentes en la actualidad, al suponer que lo que le pasa al cuerpo tiene escasas o nulas repercusiones en otros ámbitos del ser humano, esto es, se supone un deslinde del cuerpo en el que éste está separado del alma, subjetividad o esencia. Se considera entonces, desde esta escisión, la independencia de diversos aspectos, por ejemplo, relativos a valores éticos, estéticos y políticos, que afectan a las personas en ámbitos distintos sin pertenecer estrictamente al campo teórico acerca del cuerpo como objeto de estudio.

En este sentido, de acuerdo con Madel T. Luz (1997) el racionalismo moderno es “no solamente filosófico sino social, que funciona como estructura epistemológica de explicaciones y orden para los seres humanos” (p. 34). Por tanto, puede interpretarse la racionalidad como principio organizador de saberes, o una forma de saber y de creación de saberes específica, en el contexto de la formación de un modelo de pensamiento que establece códigos de relación social:

(...) concebidas así, las prácticas dominantes para mejorar la salud son dictadas desde los intereses propios de una profesión que cada vez más es utilizada o se posiciona como instrumental a las necesidades de la hegemonía prevalente en distintos momentos socio-históricos (Cerdeja y Chapela-Mendoza, 2010: 120).

De esa manera, se constituye en centro explicativo de la racionalidad científica en torno al cuerpo.

El cuerpo normativ(izad)o

La separación del cuerpo, apuntada anteriormente, es un aspecto importante para avanzar hacia

el entendimiento de la jerarquización y el control que, bajo criterios objetivos, se llevan a cabo alrededor del cuerpo humano desde la visión mecanicista. En conexión con las categorías identificadas en la conceptualización del cuerpo, el grupo de estudiantes entrevistados adujeron a la relación entre normatividad, vigilancia, disciplina y cuerpo en el contexto de formación de nutriólogos/as. De esta manera, otra dimensión que se construyó durante el proceso de interpretación es el cuerpo normativ(izad)o.

El cuerpo humano se concibe como receptáculo de los procedimientos de intervención, de tratamientos establecidos como estrategias normativas nutricionales, con la finalidad de fijar o establecer estándares en los cuerpos (como peso corporal, modelos corporales, actividad física, dietas, raciones alimenticias, etc.) que serán estrictamente diferenciados de acuerdo con el rol de género, en el caso de las mujeres se acentúa la demanda de cuerpos bellos y esbeltos (Muñiz, 2014). Estos referentes se imponen a los cuerpos concretos, con las mismas medidas normativas que pretenden moldearlos, encausarlos y reorientarlos en torno a un patrón corporal vigente, por lo que el campo de la nutrición asume el rol de agente normativo.

Esto significa, entonces, un concepto abstracto de cuerpo ideal desde el cual se establecen acciones coherentes con una normatividad; este modelo sirve a las disciplinas de la salud y representa un cuerpo abstracto normativo, simultáneamente es un cuerpo normativizado, porque se le imponen toda la serie de cualidades ideales. De esta forma es construido un modelo de corporalidad a la vez normativo y normativizado –por eso la expresión ‘normativ(izad)o’ en tanto impone y a la vez le son impuestas las condiciones para establecer a los cuerpos concretos.

Ese referente sirve para argumentar y justificar las intervenciones a realizar desde un campo concreto, pues formula discursos fundamentados en ciertas funciones biológicas, que constituyen las bases “objetivas” para su justificación, y se establecen con base en las necesidades del organismo para superar los obstáculos vitales (Canguilhem, 1978). Esta argumentación dependerá de su adecuación a las normas biológicas, desde donde se presenta sólo como cuerpo en su dimensión biológica. Con ese enfoque se impide el reconocimiento de un proceso de incorporación múltiple: el nexo entre lo externo e interno, entre lo biológico, lo social y lo psíquico, componentes todos de la misma expresión condensada en el cuerpo.

Los discursos normativos sobre el cuerpo desde el ámbito médico-nutricional, sin embargo y a pesar de las apariencias, no se establecen únicamente sobre lo físico. La idea de cuerpo-territorio de Chapela-Mendoza (2007) permite reconocer que “las prácticas médicas envuelven de forma directa al cuerpo físico y a la subjetividad de las personas que exponen su cuerpo-territorio a la acción médica” Desde esta perspectiva, la persona “expone su cuerpo-territorio con la ilusión de obedecer a su propia voluntad y está dispuesta en mayor o menor medida a obedecer el mandato médico” (2007: 359). Este mandato opera desde el cuerpo territorio hasta la dimensión subjetiva de las personas.

Puede ubicarse entonces que a partir de la medicina otras profesiones del área de la salud, como la nutrición, participan en el mantenimiento de cierto orden social con su interpretación y las intervenciones derivadas de ella. Por ello, construir un tipo de cuerpo es necesario para mantener cierta homogenización, a partir de la apariencia de ac-

tuar solamente sobre el cuerpo físico, con implicaciones en el ámbito subjetivo y social.¹⁰

El concepto de cuerpo constituye un punto central donde se focalizan dispositivos para establecer un orden social a partir de la regulación de lo subjetivo y viceversa, un orden subjetivo con implicaciones para la regulación social. Estas nociones del campo médico representan un proceso de control social ejercido mediante la normalización de los individuos, iniciando con la distinción de lo normal y lo anormal¹¹, de sano y enfermo. Esas nociones expresan una concepción asimilada con lo normal y están presentes en los relatos de los participantes en esta investigación:

Mi cuerpo lo considero normal, no saludable, bueno, medio saludable. Siento que me hace falta cambiar unas cosas para que mi cuerpo esté normal dentro de lo saludable. Ahora no estoy saludable (Mercedes).

Es clara la asociación entre la salud y la normalidad o, desde el enfoque contrario, entre la enfermedad y la anormalidad. Pero hay más. El criterio subyacente que identifica estas expresiones es principalmente estético. Y esto se complementa con la idea sobre la necesidad de adoptar ciertas conductas para sostener una pertenencia a los mo-

10 Los vínculos que, a partir de la acción sobre el cuerpo se establecen en otras esferas de lo humano, pueden interpretarse desde perspectivas como la de Michel Foucault, para quien la categoría cuerpo es preeminente. El cuerpo, tanto individual como social, está inmerso en una red de relaciones de poder que “operan sobre él [...], lo cercan, lo marcan, lo doman, lo someten a suplicio, lo fuerzan a unos trabajos, lo obligan a unas ceremonias...” (2009:158). Ello por medio del proceso de materialización del poder en disciplina, vigilancia y normalización (Foucault, 2000), proceso al que los cuerpos son sujetos –y en ese sentido constituidos– en un contexto histórico.

11 En este sentido, siguiendo con Foucault, en *Microfísica del poder* se menciona: “la medicina jugó el papel fundamental de denominador común [...], en nombre de la medicina [...] se catalogaba a un loco, un criminal, un enfermo” (1992:110). Por medio de principios o esquemas dicotómicos: normal/anormal, salud/enfermedad, es decir, desde un enfoque normativo, se tiende a normalizar aquello que escape de la norma.

delos ideales (normales) desde los cuales se establecen las pautas que legitiman la salud:

Me he sentido bien, a excepción de ahorita que no hago actividad física, hace años que no hago (Manuel).

Me siento bien porque estoy en mi peso adecuado, trato de hacer ejercicio, igual mi alimentación va muy bien y me siento sana (Violeta).

No pongo el ejemplo, pero en cuestión de mediciones eso sí lo hago, me peso me mido (...) bueno, a veces es cada quince días y a veces se me olvida y es cada mes, para evaluar si estoy haciendo algo mal y puedo subir de peso (Mercedes).

Así entendida, la función normativa en la formación de profesionales de la nutrición conlleva un proceso de relación entre el saber y el poder que no se restringe a la acción sobre la organicidad biológica del cuerpo, la trasciende y la sublima en la condición de salud, bienestar o armonía, como correlatos de normalidad. Se legitima así su dominio al fijar condiciones necesarias para actuar, y conductas restrictivas que implican mantener mecanismos de poder a través de discursos sobre la salud, la enfermedad, el cuerpo y la vida. La nutrición, sin detenerse a analizar sus implicaciones, funciona, bajo un orden dado por la medicina, como un dispositivo, en el sentido de Foucault (1992) es decir, como una red de significados que compelen acciones donde se entrelazan la subjetividad y los cuerpos individual y social, por medio de saberes funcionales para controlar y administrar la existencia individual que propician un tipo de orden social.

El cuerpo como credencial

El ‘cuerpo como credencial’¹² es una categoría centrada en los rasgos estereotípicos establecidos en un determinado ámbito social. El concepto refiere que las características, atributos, sentido estético y apariencia confieren cierta credibilidad a los individuos, en tanto los legitima como competentes en un contexto específico. El cuerpo credencial hace alusión, por ejemplo, a los requisitos que otorgan credibilidad a los profesionales en sus respectivos espacios laborales. Se refuerza un estereotipo femenino en el que se pretende cumplir con un ideal de belleza: cuerpos esbeltos, alta estatura y tez clara, en el caso de los hombres se exigen una corporalidad que refleje la fuerza en la musculatura.

La apariencia externa, en la cual en primera instancia se enfoca esta idea, no se concibe como algo desligado de otras esferas, al anclarse como reflejo de hábitos y creencias presuntamente basados en los saberes de la persona. Se hace patente la existencia de un criterio de evaluación, explícito o no, enfocado principalmente en la apariencia física. Considera, pues, la corporalidad de las personas como exteriorización de sus atributos y competitividad personal y social.

Pensándolo en términos más amplios, el cuerpo credencial tiene la especificidad de asumir una

¹² Las reflexiones en torno a la categoría de ‘cuerpo como credencial’ integra aportaciones del “Capital erótico” de Moreno-Pestaña (2016). El autor muestra, a partir de la vinculación entre trastornos alimentarios y trabajo, cómo los entornos laborales valorizan al cuerpo. Asimismo, se hace referencia al “requisito de belleza profesional” de Naomi Wolf (1992); desde su perspectiva, la inclusión de las mujeres en el mercado laboral estuvo acompañada de distintas exigencias por lucir de determinada forma. Desde este trabajo se discute que dicha valoración del cuerpo es introducida desde el proceso de formación profesional; y parece que la tendencia de ambos autores no se centra en éste.

relación que no necesariamente se centra en el atractivo ni en la idea de belleza. La credibilidad que se le otorga a una persona, basada en su apariencia, no siempre ni en cualquier medio social se vincula a dichos ideales estéticos, aunque en el caso de la nutrición sí ocurre esto, —al atribuir a la delgadez en mujeres, o a la corpulencia en hombres, cierta garantía de competencia profesional—.

Esta categoría no se limita a un ámbito específico ni a una estética entendida en términos de belleza física o corporal, sino que puede ser utilizada en diferentes medios laborales y sociales en general. Es decir, el criterio con que a partir del aspecto físico se le otorga credibilidad a una nutrióloga, en un sentido de profesionalismo, no necesariamente es el mismo que aplica en otros espacios laborales.

El cuerpo como credencial es un criterio de valoración surgido de la vinculación entre la apariencia, el saber y la conducta, o sea, integra los ámbitos estético, epistémico y ético en relación con el cuerpo. Esta articulación se sustenta en el vínculo que hay entre esos ámbitos, donde cada uno de ellos aporta elementos que justifican a los otros dos. Para ilustrar esto se dirá: una nutrióloga¹³ que tiene un *bello* cuerpo (valoración estética) es una persona que *conoce* acerca de la alimentación saludable y a su vez, esto se expresa en una *buena conducta nutricional* (valoración ético-moral); el cumplimiento de estos ámbitos le otorga una credencial que acredita su desempeño en su campo laboral.

Esa valoración desde estos tres criterios no refiere a cualidades inherentes a los cuerpos, sino que se

¹³ Se resalta la referencia al género que generalmente acompaña a este concepto; la profesión de nutrición se encuentra asociada al acto de nutrir y alimentar, lo cual, culturalmente se ha relacionado a las mujeres.

le adjudica a ellos en función de un sistema de creencias. De esta forma queda expuesto que en el fondo de estas formulaciones transitorias —porque el sistema de creencias al que pertenecen y donde se expresan corresponde a un momento histórico determinado; es decir, cambian con el paso del tiempo y según el horizonte cultural donde existen— hay sistemas de valores a los cuales no son ajenas e integran otros ámbitos de valoración, por ejemplo el económico o el propio criterio de cuerpo como credencial, legitimando de esa forma al sistema de valores como conjunto.

A continuación, se exponen expresiones ilustrativas de los participantes de la investigación correspondientes a esos tres ámbitos.

- a. Valoración epistémica: mediante la demostración empírica se sostiene como verdad que determinado modelo de cuerpo implica salud —en términos de Moreno Pestaña (2016) “legitimación sanitaria de la delgadez”—. Un ejemplo de esto se resume en el siguiente fragmento de una participante:

Pues en cierta parte me siento bien, pero a veces sí me llego a cuestionar si debería estar más delgada, igual caigo en la trampa esta de: ‘los nutriólogos deben ser delgados’. No siento que tenga un exceso de peso, pero sí me siento como que me hace falta tener menos peso o sea me falta estar más saludable, porque sí estudio nutrición, pero luego no es que me alimente bien cien por ciento (Carmen).

Moreno-Pestaña señala algo que se puede relacionar con esta idea: “Cómo la representación del futuro profesional determina la inversión corporal de los sujetos, [...] cómo el contacto con el empleo los obliga a redefinir su experiencia corporal...” (2016: 126). La enunciación sugiere que

actuar como profesional, en el caso específico de la nutrición, requiere una apariencia correspondiente con lo que será la futura práctica de la profesión. Al respecto:

[...] cuando supe que iba a entrar a esta carrera, que iba a entrar a la UAM, fue que como que empecé a hacer algunos cambios correctos e incorrectos porque todavía no sabía, ya a partir de empezar la licenciatura y estudiar pues ya te queda claro todo, y empecé a hacer algunos cambios y esos cambios fueron hacer más ejercicio, tomar agua, tratar de consumir más frutas y verduras y sí, como que sí bajé demasiado, y ahorita por lo menos estoy ya en mi peso más o menos adecuado [...] (Mercedes).

- b. Valoración estética: determinada apariencia y presentación corporal, tanto en su dimensión física como en su atuendo, lleva a considerar la idea de la apariencia de los profesionales de un determinado ámbito laboral —que en el caso de la nutrición se relaciona con la belleza—, y simultáneamente pareciera informar acerca de la capacidad técnica y sobre la cualificación de los profesionales, porque se desdibuja otra visión de la nutrición:

La nutrióloga del centro de salud [...] estaba un poquito gordita, y de hecho en su cajón tenía panes. Me acuerdo que era noviembre y tenía pan de muerto y comía y comía, pero, o sea, cuando llegaban los pacientes y no bajaban de peso pues como que se enojaba y les hablaba un poquito feo, pero también nosotras nos quedábamos ¡pero con qué cara! de ¿no? Ella tenía sobrepeso [...] y como que si hablaban muy mal de ella [...]. En cambio a la nutrióloga del [Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado] ISSSTE yo la veía muy bien con su cuerpo, pues siempre vestía de

vestido, zapatos, muy bien arreglada, se veía muy a gusto con su cuerpo, tenía tatuajes, sus pacientes la querían mucho (Mónica).

Yo creo que el cuerpo ideal de la nutrióloga sería como al menos estar en su [Índice de Masa Corporal] IMC normal (Violeta).

Además del posicionamiento en una tendencia de valoración estética, se conjuga diferenciadamente de acuerdo con el rol de género, porque los ideales estéticos varían según se trate de hombres o mujeres:

Mis compañeros he visto que regularmente se enfocan en cosas de fisicoculturismo, estar fuertes para verse así, no son como las mujeres nutriólogas, que buscan o buscamos estar delgadas para que nos crean que somos nutriólogas, ellos buscan tener masa muscular para que se les crea que son nutriólogos y demostrar que sí saben (Nancy).

Imagínate, yo voy a ser un nutriólogo gordo, eso no está bien, quién va a ir conmigo a bajar de peso (Arturo).

El poder de esta valuación a nivel estético es más que evidente. Se muestra instalada en los estudiantes, y se expresa en una fuerte tensión corporal y laboral. Aunque esta valoración destaca características diferentes en mujeres y hombres, en cualquier caso, lo que no se entrevé es ningún ablandamiento de los imperativos estéticos. Además, este “requisito de belleza profesional” (Wolf, 1992, p. 27) basado en la apariencia, parece ser no sólo un juicio meramente estético, sino también profesional. Los estudiantes interpretan con frecuencia que un licenciado/a en nutrición con obesidad será percibido en el mercado laboral como incapaz de desarrollar plenamente su labor,

y también se tiende a ver ciertas características físicas como indicios de una falta de dominio y autodisciplina.

- c. Valoración ética: desde determinados modelos de cuerpo se pueden establecer juicios acerca de la conducta. Existe una valoración positiva o negativa determinada por el nivel de sujeción donde se inscriben los/las estudiantes a las estrategias normativas del campo de la nutrición:

Se te va a hacer una lonja y vas a estar gorda y no serás buena nutrióloga, todavía tengo el trip de: te vas a poner gorda y no vas a ser una nutrióloga gorda (Violeta).

[...] bueno, sí, tener un cuerpo delgado y tener un peso adecuado por lo que estudiamos, ¿no? nosotros le vamos a decir a las personas lo que deben hacer para estar en un peso adecuado, sí, la sociedad [...] exige que tengamos un cuerpo así, delgado (Carmen).

Otros ejemplos donde se manifiesta el cuerpo como credencial son:

Un compañero se metía un montón de proteína y hacía un montón de ejercicio y yo le preguntaba: ¿por qué lo haces? y me decía: ‘es que aparte de tener como el conocimiento, necesitas tener una imagen porque si no la gente no se te va a acercar’ y yo me quedaba pensando que sí, puede ser (Mónica).

Tu cuerpo es la forma de venderte, de vender tu saber, de vender tu conocimiento, de cómo voy a ir con una nutrióloga que se ve rellenita o gordita, si ella no puede hacerlo qué me va a hacer a mí (Natalia).

Era una vacante de nutrióloga y decía: las mujeres para esta vacante deben medir más de 1.58, con IMC menor a 25 y, o sea, no te preguntaban nada de tus estudios, del promedio, incluso te ponían la tez de piel, de morena claro a blanca y dije: ¡wow!, o sea, no están contratando nutriólogos, están contratando tipo modelos o algo así (Carmen).

[...] ahorita he bajado de peso [...] ahora que ya tengo esta figura es de: ‘¡ay! dame consulta’ la gente dice que ahora sé más, entonces ahora sí dame una dieta, y otras veces pesaba lo que pesaba y no sabía de nutrición, me decían (Nancy).

El cuerpo como credencial significa una valoración de la presentación de las personas y otorga fundamento a los juicios que se hacen de ellas en su ámbito social, para el caso de los profesionales de la nutrición, además les confiere competencia técnica y credibilidad profesional según determinados ideales del cuerpo. A la categoría cuerpo como credencial aquí se la ha presentado en relación con el ámbito laboral al que aspiran los estudiantes de nutrición, instalada y asumida la creencia en ellos de que las características corporales propias son condición necesaria para su futura práctica profesional. Esa creencia, fundada en el ámbito social más general de donde la toman, y a veces justifican, la hacen propia y la van fortaleciendo mediante la replicación.

Conclusiones

Al principio de este escrito se propuso anotar algunos elementos que permitieran explorar la comprensión del cuerpo humano en el campo de la nutrición, a partir de considerar que durante la formación profesional de licenciados/as en nutrición se construye una idea de cuerpo en la cual

está implicado el Modelo Médico Hegemónico a partir de la función social de los cuerpos de hombres y mujeres. Con la categoría del cuerpo credencial se desarrolló uno de los sentidos que se atribuye al cuerpo humano en su vínculo con el género y el mercado laboral, que establece condiciones diferentes por las formas en que las sociedades construyen, de modo desigual y jerárquico, el ser mujeres y hombres.

Se mostró la comprensión del cuerpo devenida de una naturalización del dualismo mente-cuerpo, es decir, “los estudiantes están siendo reeducados, en el modo de percepción newtoniano-cartesiano/galileano” (Martínez, 2014:1097). Esto es, en un sentido más amplio, la formación de profesionales de la salud se funda en el paradigma de la medicina científica o moderna, lo cual no puede ser pasado por alto, debido a que desde este escenario los/las estudiantes conciben, observan, interpretan y significan las experiencias en torno al cuerpo. Ese modelo de ciencia es base del orden médico y es referente principal para la nutrición.

Así, el cuerpo, desde la nutrición, puede ser considerado entonces como modelo ideal que se debe regir en función de una verdad inmutable que la ciencia biológica y médica ha postulado. Las ideas de los/las estudiantes de nutrición comparan la perspectiva del manejo del cuerpo tornándolo en un cuerpo normativ(izad)o. La normatividad enunciada desde la nutrición conlleva un proceso de medicalización que —en un contexto dado por la cultura de consumo— se sostiene a partir de múltiples prácticas y discursos dirigidos a promover estándares de belleza y salud, propiciando el consumo y objetivación alrededor del cuerpo.

En la categoría del cuerpo como credencial se condensan los valores sociales promovidos por la

mercantilización y tecnificación del ámbito de la salud. El énfasis se centra en tener presente que el cuerpo está sujeto a fuerzas sociales que quizás las instituciones educativas no están considerando, por lo que este documento revela la necesidad de generar mayor conocimiento sobre las formas de control dirigido al cuerpo. La pregunta que emerge en este punto es qué tipo de principios orientan las acciones dentro de este campo, en el que el cuerpo es comprendido mayormente desde perspectivas biológicas y reduccionistas, y qué efectos velados tiene esto en la futura práctica social de la profesión.

Se concluye que en el espacio de formación profesional se mantienen estereotipos corporales al instrumentarse sobre la base heteronormativa, que impone una visión binaria y jerárquica (Garduño & Granados, 2015). En este sentido se tiene claro el importante papel que han desempeñado las profesiones de la salud en lo corporal, especialmente en la legitimación del modelo de delgadez (o de ciertos modelos corporales). Desde este entendido la nutrición (específicamente), al promover el modelado corporal y su carácter normativo y clasificatorio, impone una tipificación del cuerpo que reproduce superficialmente estereotipos de género.

Todo esto no se da desde una postura neutral. Más bien, la visión hegemónica de la nutrición es otro medio utilizado para seguir reproduciendo la dominación histórica sobre las mujeres y sus cuerpos. La formación de los profesionales de la salud se sustenta precisamente en este modelo de ciencia (Martínez, 2014) que enuncia en su discurso “lo que son, cómo son y para qué son los cuerpos de las mujeres” (Vergara & Granados, 2018: 169), lo cual poco favorece la incorporación real de los factores sociales como determinantes de

la salud, la enfermedad y su atención. Con esto queda expuesta la necesidad de realizar una labor cuestionadora de los fundamentos que se plantean como orientación general dentro del campo de la nutrición.

Finalmente, no se concluye aquí que la formación universitaria sea la causa directa de la idea de cuerpo, pero lo que sí se señala es el predominio de ideas hegemónicas. Queda expuesta la necesidad de realizar una labor reflexiva en tor-

no a la orientación general de la carrera porque, según las narrativas compartidas por el grupo de participantes, prevalece una perspectiva reduccionista del cuerpo, orientada hacia el mercado. De tal modo este documento constituye una veta de investigación en pos de recuperar diálogos que aporten a integrar una formación profesional más cercana al cuidado de la vida y, sobre todo, que cuestione los valores económicos que caracterizan este tiempo.

Referencias bibliográficas

- ASOCIACIÓN MEXICANA DE MIEMBROS DE FACULTADES Y ESCUELAS DE NUTRICIÓN-AMMFEN. (2006). Los nutriólogos en México: un estudio de mercado laboral. México: Trillas.
- BENGOA, JM. (2003). Nutrición en América Latina. Algunos eslabones de su historia. En H. Bourges, JM., Bengoa & AM. O'Donnell (Eds.). *Historias de la nutrición en América Latina*. (pág. 14-33). México: Sociedad Latinoamericana de Nutrición. Recuperado de <https://www.slan.org.ve/libros/Historias%20de%20la%20Nutrición%20en%20América%20Latina.pdf> (Consulta 17 de marzo de 2024)
- BOURGES, H. & CASANUEVA, E. (2003). Reseña Histórica sobre la Nutriología en México. En Bourges, H., Bengoa HM. & O'Donnell, AM. (Eds.). *Historias de la nutrición en América Latina*. México: Sociedad Latinoamericana de Nutrición (pp. 14-33). México: Sociedad Latinoamericana de Nutrición. Recuperado de <https://www.slan.org.ve/libros/Historias%20de%20la%20Nutrición%20en%20América%20Latina.pdf> (Consulta 28 de marzo 2024)
- CANGUILHEM, G. (1978). *Lo normal y lo patológico*. México: Siglo XXI Editores.
- CERDA, A. & CHAPELA-MENDOZA, MC. (2010). "Investigación cualitativa sanadora". En Martínez, C. (Ed.), *Por los caminos de la investigación cualitativa. Exploraciones narrativas y reflexiones en el ámbito de la salud* (120-138). México: Universidad Autónoma Metropolitana.
- CHAPELA-MENDOZA, MC. (2007). Promoción de la salud. Un instrumento de poder y una alternativa emancipatoria. En Jarillo, E., Guinsberg, E. (Eds.). *Temas y desafíos en salud colectiva* (347-373). Argentina: Lugar Editorial.
- DESCARTES, R. (1971). *Meditaciones Metafísicas*. México: Porrúa.
- _____ (1990). *El Tratado del Hombre*. Madrid: Alianza.
- ECHEVERRÍA, B. (1997). *Modernidad y capitalismo*. (15 tesis). Las ilusiones de la modernidad (133-197). México, UNAM/ El equilibrista.
- FISCHLER, C. (2010). Gastro-nomía y gastro-anomía. Sabiduría del cuerpo y crisis biocultural de la alimentación moderna. *Gazeta de Antropología*, 26(1), 1-19. Recuperado de, <http://hdl.handle.net/10481/6789> (Consulta 17 de febrero de 2024)
- FLICK, U. (2007). *Introducción a la investigación cualitativa*. España: Morata.
- FOUCAULT, M. (1992) *Microfísica del poder*. Ma-

- drid: Las ediciones de la Piqueta.
- _____. (2000). *Defender la Sociedad*. México: Fondo de Cultura Económica
- _____. (2009). *Vigilar y Castigar: Nacimiento de la prisión*. México: Siglo XXI.
- GRACIA-ARNAIZ, M. (2007). Comer bien, comer mal: la medicalización del comportamiento alimentario. *Salud Pública de México*, 49 (3), pp. 236-242. Recuperado de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342007000300009&lng=es&tlng=es (Consulta 18 de febrero de 2024)
- JARILLO, E., OUTÓN, M & SALINAS, AA. (2011). Formación y práctica de los profesionales de la salud: una mirada a su historia en México. En Chape-la Mendoza, MC & Contreras Garfias, ME. (Eds.), *Pensar el Futuro de México. Colección conmemorativa de las revoluciones centenarias*. La Salud en México (221-245). México: Universidad Autónoma Metropolitana.
- , MENDOZA, JM & SALINAS, AA. (2015). La formación de recursos humanos para la salud. En Tetelboin, C & Granados, JA. (Eds.), *Debates y problemas actuales en Medicina Social. La salud desde las políticas y los derechos, el trabajo, la formación y la comunicación* (85-114). México: Universidad Autónoma Metropolitana.
- LUZ, M. (1997). *Natural, racional, social*. Buenos Aires: Editorial Lugar.
- MARTÍNEZ, C. (2012). El muestreo en investigación cualitativa. *Ciencia & Saúde Coletiva*. 17 (3), 613-619. Recuperado de <https://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232012000300006> (Consulta 22 de enero de 2024)
- _____. (2014). El lugar del sujeto en el campo de la salud: enseñanzas de la investigación cualitativa. *Ciencia & Saúde Coletiva*. 19 (4), 1095-1102. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232014194.14482013> (Consulta 22 de enero de 2024)
- MAYAN, M. (2001). Una introducción a los Métodos Cualitativos: Un Módulo de Entrenamiento para Estudiantes y Profesionales. [Versión de la Universidad Autónoma Metropolitana]. Recuperado de <https://sites.ualberta.ca/~iiqm/pdfs/introduccion.pdf> (Consulta 27 de noviembre de 2024)
- MENÉNDEZ, E. (1983). Modelo hegemónico, modelo alternativo subordinado, modelo de autoatención. Características estructurales. En *Hacia una práctica médica alternativa. Hegemonía y autoatención en salud* (pp. 97-114). México: Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social.
- MORENO-PESTAÑA, JL. (2016). *La cara oscura del capital erótico. Capitalización del cuerpo y trastornos alimentarios*. España: Akal.
- MUÑIZ, E. (2014). Pensar el cuerpo de las mujeres: cuerpo, belleza y feminidad. Una necesaria mirada feminista. *Sociedade e estado*, 29, 415-432.
- ORTIZ, L. (2007). La necesidad de un nuevo paradigma en el campo de la alimentación y la nutrición. En Jarillo, EC. & Guinsberg E. (Eds.), *Temas y desafíos en Salud Colectiva* (127-152). Buenos Aires: Lugar editorial.
- PIÑÓN, M. & CERÓN, C. (2007). Ámbitos sociales de representación del cuerpo femenino. El caso de las jóvenes estudiantes universitarias de la Ciudad de México. *Última décad.* 15 (27), 119-139. Recuperado de <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-22362007000200007> (Consulta 17 octubre de 2023)
- SABIDO, O. (2023). Mujeres y economía: Charlotte Perkins Gilman pionera de la sociología feminista. *Debate Feminista*, 66, 327-339.
- UNIKEL-SANTONCINI, C., DÍAZ DE LEÓN-VÁZQUEZ, C., GONZÁLEZ-FORTEZA, C., WAGNER ECHEAGARAY, F., & RIVERA MÁRQUEZ, J. A. (2015). Conducta alimentaria de riesgo, síntomas depresivos y correlatos psico-

sociales en estudiantes universitarios de primer ingreso. *Acta Universitaria*, 25(2), pp. 35-39. doi:10.15174/au.2015.847

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA. Catálogo de Perfiles Profesiográficos [UAM-X]. (2016a). México: Coordinación de Planeación, Vinculación y Desarrollo Académico, UAM-Xochimilco (pp. 40-44).

----- (2016b). Plan de estudios de la Licenciatura en Nutrición Humana. México: División de Ciencias Biológicas y de la Salud, UAM-Xochimilco.

WOLF, N. (1992). *The beauty myth: How Images of Beauty Are Used Against Women*. Nueva York: Harper-Collins.

YSUNZA, M., GONZÁLEZ DE LEÓN, D. & TORRE, P. (2007). La experiencia colectiva; una dimensión cardinal en la experiencia curricular en la UAM Xochimilco. En: Angulo Rita y Orozco Bertha (coord.). *Alternativas metodológicas de intervención curricular en la educación superior*. Editorial Plaza y Valdés, Cap. 6, pp. 171-201.

Inseguridad alimentaria, inserción productiva y condiciones de consumo en México: diferencias entre hogares jefaturados por mujeres y por hombres

Rosaura Viridiana Facundo Ávila* • José Alberto Rivera Márquez** •
María de los Ángeles Garduño Andrade*** • Concepción Díaz de León Vázquez****

RESUMEN

Con datos de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) sobre covid-19, de 2020, se analizó la distribución de inseguridad alimentaria en hogares mexicanos, a partir de disparidades de género asociadas a la inserción productiva de la persona que jefatura, así como de determinadas condiciones de consumo en el hogar. Una reinterpretación médico-social a variables comúnmente incluidas en fuentes oficiales de información, y que poseen un probado potencial para describir panoramas generales de salud-enfermedad en el país, permitió, a nivel nacional, visibilizar las dimensiones y complejidades de un acceso limitado o incierto a los alimentos – esto es, inseguridad alimentaria –, comparando hogares jefaturados por mujeres con aquellos cuyo sostén recayó en un varón. Los hallazgos muestran que, independientemente del tipo de inserción productiva o de las condiciones de consumo que se derivan de ésta última, las probabilidades de experimentar inseguridad alimentaria moderada y severa en los hogares jefaturados por mujeres fue mayor que en los hogares jefaturados por varones. En síntesis, las mujeres en México continúan siendo objeto de diversas segregaciones, entre ellas la ocupacional, lo que se traduce en peores condiciones laborales, de ingreso y seguridad social, entre otras. En consecuencia, enfrentan más adversidades económicas y sociales para sostener su hogar, impidiéndoles, además, garantizar un acceso adecuado a los alimentos en términos de cantidad y calidad.

PALABRAS CLAVE: inseguridad alimentaria, inserción productiva, condiciones de consumo, disparidades de género, México.

* Consultora independiente. Correo electrónico de contacto: virinut95@gmail.com.

** Departamento de atención a la Salud. Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco. Correo electrónico de contacto: arivera@correo.xoc.uam.mx.

***Departamento de atención a la Salud. Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco. Correo electrónico de contacto: angeles@correo.xoc.uam.mx.

**** Academia de Nutrición y Salud, Colegio de Ciencias y Humanidades. Universidad Autónoma de la Ciudad de México, Plantel Casa Libertad. Correo electrónico de contacto: concepcion.diazdeleon@uacm.edu.mx.

Fecha de recepción: 05 de agosto de 2024.

Fecha de aceptación: 28 de noviembre de 2024.

Food insecurity, insertion into production and consumption conditions in Mexico: differences between households headed by women and men

ABSTRACT

Using data from the 2020 version of the National Health and Nutrition Survey on Covid-19 (ENSANUT, by its acronym in Spanish), this study analyzed the distribution of food insecurity in Mexican households. The analysis was based on gender disparities associated with the household head's insertion into production and consumption conditions. Through a social-medical approach, the study visualized the dimensions and complexities of limited or uncertain access to food – that is, food insecurity – in Mexican households. This was achieved by reinterpreting variables commonly included in official health surveys that have proven potential to describe public health problems. A comparison between male and female-headed households revealed that, regardless of the reported household head productive insertion or household consumption conditions, the likelihood of experiencing moderate to severe food insecurity in women-headed households was higher compared to men's. In summary, women in Mexico continue to face various segregations, including occupational segregation, which results in poorer working conditions, lower incomes and inadequate social security, among other issues. Consequently, they encounter more economic and social difficulties in sustaining a decent livelihood, preventing them from guaranteeing adequate access to food in terms of quantity and quality.

KEYWORDS: food insecurity, insertion into production, consumption conditions, gender disparities, Mexico.

Introducción

La inseguridad alimentaria describe una condición en la que los hogares o las personas tienen un acceso limitado o incierto a alimentos nutritivos, seguros y socialmente aceptables (FAO, 1996; FAO, 2011). Datos de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) muestran que, en 2012, 70.0% de los hogares en México presentaba algún grado de inseguridad alimentaria, en 2018 la proporción disminuyó a 55.5% y en 2020, durante la emergencia sanitaria por COVID-19, fue cercana a 60.0%. Además, durante este último período mencionado, la falta de dinero u otros recursos tuvo como consecuencia que la quinta parte de los hogares a nivel nacional disminuyera

la cantidad de alimentos consumidos o dejara de comer por todo un día (Shamah et al., 2021).

Sin embargo, la inseguridad alimentaria no afecta por igual a los hogares cuya jefatura depende de un varón, que a aquellos a cargo de una mujer. Algunas estimaciones sugieren que en éstos últimos la probabilidad de tener inseguridad alimentaria es 75.0% más alta que en los primeros (Miranda-Jung et al., 2016).

Quien jefatura un hogar asume un rol central no sólo en la adquisición y distribución de recursos al interior de éste, sino también en la satisfacción

de las necesidades de alimentación-nutrición de sus miembros. Es común que la jefatura recaiga en "...la persona que responde un censo o encuesta con base en el reconocimiento que...[ésta]... hace hacia sí...[misma]...o hacia alguien más, ya sea por razones económicas, de vínculo emocional, edad...[o]...autoridad" (Rodríguez-de Jesús y Pérez-Baleón, 2020: 340).

Según el Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL), en México, los hogares jefaturados por mujeres crecieron 1.33 veces, al pasar de 9.2 a 12.2 millones entre 2016 y 2022, mientras que los hogares encabezados por varones lo hicieron en 1.06 veces, al pasar de 23.8 a 25.4 millones. En el mismo periodo el número de hogares en situación de pobreza encabezados por varones disminuyó casi 14.0%, mientras que los hogares en situación de pobreza encabezados por mujeres se incrementaron en poco más de 7.0%. Al interior de los hogares en situación de pobreza se observaron otras disparidades de género, por ejemplo, en las horas promedio a la semana que se destinan al cuidado de otras personas, así como a quehaceres domésticos. En 2022 se reportaron, respectivamente, 14.3 y 26.7 y 8.6 y 22.6 horas al comparar hombres y mujeres (CONEVAL, 2024).

La inserción productiva de la jefa o del jefe del hogar determina en buena medida el grupo social de pertenencia, las condiciones de vida y consumo y, por tanto, el tipo, la cantidad y la calidad de alimentos y otros bienes a los que se puede acceder (Rivera-Márquez, 2007). No obstante, existen disparidades de género que se expresan en un mayor grado de inseguridad alimentaria entre los hogares encabezados por mujeres, los cuales, con frecuencia, registran niveles de pobreza más altos, cuentan con ingresos y recursos más precarios, sus jefas tienen empleos menos estables,

poseen un menor grado de escolaridad y destinan más tiempo a labores domésticas, entre otros aspectos (Hernández et al., 2011; Hernández et al., 2013; Cristaldo, 2016; Ongay, 2015; Mundo-Rosas et al., 2014; Rodríguez-de Jesús y Pérez-Baleón, 2020).

Esto se explica porque la incorporación de las mujeres al mercado laboral no ha eliminado segregaciones derivadas de prejuicios fundamentados en una tradicional división sexual del trabajo que sigue permeando las relaciones sociales. Se trata de supuestos sobre características biológicas masculinas o femeninas, que permiten o no realizar ciertas tareas y que marcan las jerarquías en los diversos niveles de socialidad. Los rasgos discriminatorios propios de las construcciones de identidad más tradicionales se replican, pues

(...) los hechos pasados no quedan meramente eliminados con el paso del tiempo, sino que son suprimidos en su autonomía, pero conservados operantes en el interior de las nuevas formaciones. Pasan a formar parte del orden constitutivo de la realidad actual, pero bajo control o regulación de esta última, la cual traza sus nuevas condiciones de frontera, y su nueva manera de funcionamiento (Samaja, 2009:89).

Las expresiones internas de la familia y de la vida comunitaria no responden totalmente a las significaciones de los niveles de mayor complejidad y agregación, por ello, aunque en la legislación las reglas sobre la igualdad entre varones y mujeres estén claras, lo mismo que las prohibiciones a discriminar por razones de género (Garduño, 2021), las responsabilidades domésticas, especialmente las relacionadas con la alimentación, se expresan como exigencias de los rasgos identitarios del ser mujer, pero especialmente con la maternidad.

Los prejuicios sobre lo masculino y lo femenino interpretan de manera fetichizada e ideológica la realidad y dejan la impresión de ser condiciones naturales. Así se justifican prácticas disciplinarias lo mismo en la intimidad, que en cualquier práctica social y se reproducen como válidas. Por tanto, uno de los nudos centrales de la vida de las mujeres es el supuesto de que deben ocuparse siempre de lo doméstico, de la crianza y, desde luego, de la alimentación. En este contexto, las mujeres responden a una doble obligación, ser “jefas”, pero al mismo tiempo ocuparse del bienestar de la familia.

La inseguridad alimentaria vista desde esta perspectiva es el eje de este trabajo, cuyo objetivo fue analizar diferencias de inseguridad alimentaria entre hogares jefaturados por mujeres y en donde se registra la jefatura de hombres. Se tomaron en cuenta para esta comparación la inserción productiva y las condiciones de consumo, a partir de los datos de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) 2020 sobre COVID-19.

Aproximación metodológica

Para este estudio se incluyeron 10,216 hogares, que representan a 33,159,401, provenientes de la base de datos de la ENSANUT 2020 sobre COVID-19. El diseño de esta encuesta es probabilístico, polietápico, estratificado y por conglomerados, con representatividad a nivel nacional, por estratos urbano y rural y por región (Shamah et al., 2021).

Se analizó la prevalencia de inseguridad alimentaria moderada o severa (IAMS) en el hogar según la inserción productiva de la persona que en la ENSANUT fue identificada como jefa o jefe, así como la asociación entre IAMS y condicio-

nes de consumo en el hogar. De acuerdo con el CONEVAL (2023), un hogar en el que se reporta inseguridad alimentaria moderada o severa es un hogar que presenta carencia por acceso a una alimentación nutritiva y de calidad lo que, a su vez, significa el no disfrute pleno del derecho humano y fundamental a la alimentación.

La ENSANUT recaba información sobre inseguridad alimentaria empleando la Escala Latinoamericana y Caribeña de Seguridad Alimentaria (ELCSA), la cual es recomendada por la Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO, por sus siglas en inglés). Ha sido armonizada y validada para población mexicana y latinoamericana (Pérez-Escamilla et al., 2007; FAO, 2012) y es ampliamente utilizada tanto en México, como en otros países de la región.

Aproximarse desde un posicionamiento médico social a la distribución de IAMS en el hogar y su asociación, por un lado, con la inserción productiva de la persona que lo jefatura y, por el otro, con condiciones de consumo en el hogar, requirió una selección cuidadosa de las variables disponibles en la base de datos de ENSANUT. Conviene aclarar que esta fuente oficial no ha sido concebida para reportar información con el enfoque desde el cual aquí se trabaja y, por tanto, no se le puede exigir. Pese a esta limitación, la inserción productiva se exploró a través de la ocupación principal de la jefa o jefe del hogar; adicionalmente, se analizaron otras variables *proxy* del nivel socioeconómico o grupo social de pertenencia, como son: recibir prestaciones provenientes del empleo (*monetarias, en especie, servicios, otras*) y número miembros en el hogar con alguna actividad laboral. Como variables *proxy* de condiciones de consumo en el hogar se seleccionaron: ingreso

mensual en el hogar, propiedad de la vivienda, carencia por calidad de la vivienda y sus espacios (*según condiciones de techo, paredes y piso*), carencia por servicios básicos de la vivienda (*según condiciones de combustible, electricidad, agua y drenaje*), hacinamiento (*> 2.5 miembros por cuarto para empleado para dormir*), derecho o acceso a servicios médicos (*seguridad social, servicios públicos federales y estatales, atención privada*).

Otro reto metodológico que se presentó en este trabajo fue perfilar el análisis en el contexto de las disparidades de género que subyacen al hecho de ser jefa o jefe de un hogar. Ante la ausencia de variables *ad hoc* en la ENSANUT se identificó en primera instancia el sexo de la persona que, de acuerdo con esta fuente, asumía la jefatura. Queda claro que las categorías “sexo” y “género” no son sinónimos ni poseen el mismo peso explicativo. No obstante, las diferencias entre varones y mujeres derivadas del análisis de fuentes oficiales de información son, pese a las limitaciones que ello supone, un paso inicial – y necesario – para visibilizar inequidades de género en salud, condiciones socioeconómicas u otros aspectos (Haworth-Brockman et al., 2009; Zamudio-Sánchez et al., 2014). En este mismo sentido, se incluyeron las variables edad, escolaridad, contar con una pareja y hablar alguna lengua indígena, todas ellas referidas a las jefas y los jefes, así como el área de residencia, que describe si el hogar es urbano o rural.

Se obtuvo la distribución de frecuencias expandidas para las variables categóricas incluidas en el estudio y se estimaron intervalos de confianza al 95.0% (IC95%). Por medio de modelos de regresión logística ordinal se analizaron asociaciones entre IAMS en el hogar e indicadores de inserción

productiva, así como IAMS en el hogar e indicadores de condiciones de consumo. Se consideró como estadísticamente significativa cualquier diferencia cuyo valor *p* fuera menor a 0.05.

Para el análisis se consideró el efecto de diseño de la ENSANUT 2020 y se empleó la versión 18 del programa Stata SE®.

Resultados

Del total de hogares incluidos en este estudio (10,216 que representan a 33,159,401 a nivel nacional) 30.7% (10.2 millones) fueron jefaturados por mujeres y 69.3 % (23 millones) por varones, cuyo promedio de edad de fue, respectivamente, 52.8 y 49.6 años (datos no reportados en tablas).

La Tabla 1 presenta características sociodemográficas, de inserción productiva y de condiciones de consumo de las jefas, jefes y los hogares que encabezan. En el rango de edad entre 18 y 49 años se reporta una mayor proporción de varones que encabezan un hogar, mientras que entre 50 y más años, el porcentaje de hogares jefaturados por una mujer fue más alto: 53.9% y 55.0%, respectivamente. Cerca de una cuarta parte de las jefas se ubicó en la categoría más baja de escolaridad (hasta primaria incompleta), en comparación con 17.0% de los jefes. No tener pareja es una condición que estuvo presente en alrededor de 70.0% de las jefas, comparada con 15.0% de los jefes. El porcentaje de jefas o jefes que reportaron hablar una lengua indígena es bajo: menos de 6.0% y 8.0%, respectivamente. Los resultados muestran que, en promedio, más tres cuartas partes de los hogares fueron urbanos.

Tabla 1. Características de las jefas, jefes y sus hogares por sexo, México, 2020.

Variable	Hombres				Mujeres			
	%	N (millones)	IC95%		%	N (millones)	IC95%	
I. Sociodemográficas								
Edad en años								
18 a 35	20.5	4.71	19.4	21.7	16.6	1.68	15.1	18.2
36 a 49	33.4	7.66	32.0	34.9	28.5	2.89	26.7	30.3
50 a 64	26.8	6.14	25.6	28.0	28.2	2.86	26.5	30.0
65 y más	19.3	4.43	18.2	20.6	26.8	2.72	24.9	28.6
Escolaridad								
Hasta primaria incompleta	17.0	3.90	15.8	18.3	24.6	2.50	23.0	26.3
Primaria a secundaria incompleta	19.8	4.54	18.6	21.0	19.3	1.96	17.8	20.8
Secundaria a bachillerato incompleto	28.4	6.52	27.0	29.8	25.2	2.57	23.5	27.1
Bachillerato y más	34.9	8.01	33.0	36.8	30.9	3.14	28.6	33.3
No tiene pareja	15.0	3.45	14.0	16.0	69.5	7.06	67.5	71.4
Habla alguna lengua indígena	7.4	1.70	5.6	9.7	5.7	0.58	4.2	7.5
Área de residencia								
Rural	23.9	5.48	22.5	25.2	20.6	2.09	18.9	22.3
Urbana	76.2	17.50	74.8	77.5	79.4	8.07	77.7	81.1
II. Inserción productiva								
Ocupación								
Desempleado /a	21.9	5.00	20.7	23.2	52.8	5.35	50.9	54.8
Patrón /a o empleador/a	1.9	0.44	1.6	2.3	0.6	0.06	0.4	1.0
Jornalero /a o peón /a	10.2	2.34	9.1	11.5	1.2	0.12	0.7	1.9
Por cuenta propia o negocio familiar	23.9	5.46	22.4	25.4	19.7	1.99	18.1	21.4
Empleado /a u obrero /a	42.1	9.62	40.4	43.8	25.7	2.60	24.1	27.4
No recibe prestaciones	59.7	9.40	57.7	61.6	60.3	2.55	57.1	63.3
Miembros del hogar con ocupación								
Hasta uno	54.1	12.43	52.7	55.4	62.7	6.37	60.7	64.6
Dos o más	45.9	10.56	44.6	47.3	37.3	3.79	35.4	39.3
III. Condiciones de consumo								
Ingreso mensual del hogar en pesos								
< 6 mil	54.9	11.28	52.9	56.8	60.3	5.49	58.0	62.7
6 mil a < 10 mil	24.6	5.06	23.2	26.1	21.1	1.92	19.5	22.7
≥10 mil	20.6	4.23	18.9	22.3	18.6	1.69	16.6	20.8
La vivienda no es propia	24.5	5.60	23.1	26.0	27.2	2.75	25.4	29.1
Hogar con carencia por calidad de la vivienda y espacios	21.0	4.79	19.6	22.5	16.4	1.66	15.0	18.0
Hogar con carencia por servicios básicos	23.5	5.33	21.4	25.7	20.1	2.03	18.1	22.2
Hacinamiento	19.1	4.35	17.7	20.5	14.6	1.48	13.3	16.1
Sin derecho o acceso a servicios de salud o atención médica	48.0	10.93	46.1	49.9	50.5	5.09	48.3	52.7

Fuente: Elaboración propia con datos de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2020 (Shamah Levy et al., 2021)

Respecto a la inserción productiva, las jefas se encuentran en mayor desventaja que los jefes en todas las categorías de ocupación. Como ejemplo de lo anterior, el desempleo fue 2.4 veces mayor en ellas, mientras que trabajar por cuenta propia o tener un negocio familiar fue 1.2 veces más frecuentes en los jefes. Del mismo modo, la probabilidad de ser empleado u obrero entre los jefes fue 1.6 veces mayor que entre las jefas. En promedio, 60.0% tanto de las jefas como de los jefes no recibieron prestaciones como producto de su actividad laboral. Alrededor de 37.0% de los hogares jefaturados por mujeres reportaron la presencia de dos o más miembros con alguna ocupación, en contraste con 46.0% de los hogares a cargo de un varón.

Así, al comparar las condiciones de consumo puede observarse que la proporción de hogares encabezados por mujeres que percibió un ingreso mensual total menor a 6 mil pesos fue 5.4 puntos porcentuales mayor que en los hogares cuya jefatura recae en un varón. En cambio, estos últimos superaron a los primeros en 3.5 y 2.0 puntos porcentuales en las categorías 6 mil a menos de diez mil pesos y diez mil y más pesos, respectivamente. En promedio, una cuarta parte de las viviendas en todo el territorio nacional no fueron propias, independientemente de quien jefaturaba el hogar. Las carencias tanto por calidad de la vivienda y sus espacios, como por servicios básicos en la vivienda, al igual que el hacinamiento fueron, respectivamente, 4.6, 3.4 y 4.5 puntos porcentuales más frecuentes en los hogares cuyo responsable era un varón. En cambio, no tener derecho o no contar con acceso a servicios de salud o atención médica fue 1.9 puntos porcentuales mayor en los hogares jefaturados por una mujer.

El análisis de la base de datos de la ENSANUT 2020 revela que, a nivel nacional, la inseguridad

alimentaria en cualquiera de sus grados afectó a 61.8% de los hogares con jefatura a cargo de una mujer y a 58.9% donde la persona responsable es un varón. Por su parte, las prevalencias de IAMS fueron 21.8% y 17.7%, respectivamente (datos no mostrados en tablas).

La Tabla 2 muestra los resultados de las asociaciones entre IAMS y las variables de interés, por jefatura de hogar. Las prevalencias de IAMS fueron 1.64 y 1.37 veces más altas en los hogares encabezados por mujeres (HEM), que en los hogares encabezados por varones (HEV), cuando la edad de las personas que jefaturan se ubicaba entre 18 y 35 años y 36 y 49 años, respectivamente. Las diferencias observadas fueron estadísticamente significativas (IC95%: 1.20 – 2.24, $p = 0.002$ e IC95%: 1.10 – 1.70, $p = 0.005$, respectivamente). Cuando la escolaridad de la jefa fue primaria incompleta o menos, o secundaria a bachillerato incompleto, las prevalencias de IAMS fueron, respectivamente, 1.33 y 1.59 veces más altas en comparación con los HEV (IC95%: 1.06 – 1.65, $p = 0.012$ e IC95%: 1.28 – 1.97, $p = 0.000$, respectivamente). Los HEM urbanos tuvieron una prevalencia de IAMS 1.42 veces más alta en comparación con los HEV (IC95%: 1.23 – 1.63, $p = 0.000$).

El riesgo de IAMS fue 1.27 veces mayor en HEM cuando la persona que jefatura es desempleada (IC95%: 1.06 – 1.53), 1.60 veces mayor cuando trabaja por cuenta propia o posee un negocio familiar (IC95%: 1.24 – 2.07) y 1.26 veces mayor cuando no recibe prestaciones (IC95%: 1.01 – 1.56). En las dos categorías de la variable asociada con el número de miembros del hogar que reportaron tener una ocupación, la probabilidad de tener IAMS fue mayor en los HEM que en los HEV: 1.30 veces (IC95%: 1.12 – 1.52) y 1.32 veces (IC95%: 1.10 – 1.59), respectivamente. Todas

las diferencias anteriores fueron estadísticamente significativas.

Las prevalencias de IAMS en los HEM son mayores a las observadas en HEV cuando se percibe un ingreso total mensual menor a 6 mil pesos (RM = 1.21, IC95%: 1.03 – 1.42) o entre 6 mil y menos de 10 mil pesos (RM = 1.38, IC95%: 1.04 – 1.84); cuando la vivienda no es propia (RM = 1.54, IC95%: 1.26 – 1.89); ante carencia por calidad de la vivienda y espacios (RM = 1.60, IC95%: 1.24 – 1.96) o carencia por servicios básicos en la vivienda, (RM = 1.32, IC95%: 1.04 – 1.69); cuando se vive en condiciones de hacinamiento (RM = 1.51, IC95%: 1.18 – 1.95), y cuando no se cuenta con derecho o acceso a servicios de salud o atención médica (RM = 1.26, IC95%: 1.07 – 1.48). En todos estos casos las diferencias también mostraron ser estadísticamente significativas.

Discusión

En este trabajo se encontró que, en 2020, a nivel nacional, la IAMS en los HEM fue consistentemente más prevalente que en los HEV, ya sea que se le relacione con la inserción productiva de la persona que jefatura, o bien al explorar su asociación con condiciones de consumo (Tabla 1). Los resultados indican que, en los HEM, el riesgo de experimentar un acceso limitado o incierto a los alimentos es mayor que en los HEV, en un rango que oscila entre 21.0% y 60.0%. Diversos estudios han documentado que la inseguridad alimentaria es más frecuente en HEM que en los HEV (Miranda-Jung et al., 2016; Negesse et al., 2020; Ma et al., 2021; Sibrian et al., 2021; Santos et al., 2022).

Llama la atención el hecho de que la inseguridad alimentaria fuese más prevalente en los hogares

cuyas jefas eran menores de 50 años, que en los hogares cuyos jefes pertenecían al mismo rango de edad. Los resultados no fueron concluyentes para hogares cuyas jefas o jefes tenían 50 o más años. Se ha sugerido que a mayor edad de la persona que jefatura el hogar mayor la diversidad de la dieta (Pakravan-Charvadeh et al., 2021) y menor riesgo de inseguridad alimentaria (Mulwa y Visser, 2020).

Con frecuencia, a las mujeres les toca asumir la jefatura de un hogar posterior a la disolución de sus uniones con varones, ya sea por separación, divorcio o viudez, mientras que, habitualmente, los hombres ejercen ese mismo rol cohabitando con sus parejas. Esta situación evidentemente pone en mayor desventaja a los HEM porque, de manera abrupta, las mujeres deben responsabilizarse de su entorno inmediato (Aguilar, 2016), teniendo en consecuencia que poner en marcha estrategias de supervivencia o desarrollar actividades que posiblemente sus parejas varones les impidieron desarrollar en el pasado.

Respecto a las diferencias de inseguridad alimentaria observadas entre los hogares urbanos, se ha visto que los procesos de urbanización tienden a mejorar la oferta y el acceso en países desarrollados. Sin embargo, en las zonas urbanas marginadas de países en desarrollo una infraestructura inadecuada, aunada al bajo poder adquisitivo de amplios sectores de la población, se asocia con un aumento en el riesgo de inseguridad alimentaria. Los hogares urbanos son particularmente vulnerables a fluctuaciones en los precios de los alimentos obligándoles, en ocasiones, a reducir gastos para satisfacer sus necesidades básicas (Szabo, 2015). Los hallazgos de este trabajo muestran que, en zonas urbanas del país, la inseguridad alimentaria es mayor en los HEM que en los HEV,

Tabla 2. Inseguridad alimentaria moderada y severa en hogares jefaturados por varones y por mujeres, según características sociodemográficas, inserción productiva y condiciones de consumo. México, 2020.

Variable	Hombres	Mujeres	RP	IC 95%	p
I. Sociodemográficas					
Edad en años					
18-35	13.6	20.5	1.64	1.20-2.24	0.002
36-49	18.6	23.8	1.37	1.10-1.70	0.002
50-64	19.1	22.2	1.20	0.99-1.47	0.099
65 y más	16.1	19.8	1.64	0.96-1.99	0.102
Escolaridad					
Hasta primaria incompleta	25.4	31.1	1.33	1.06-1.65	0.012
Primaria a secundaria incompleta	22.6	21.7	0.95	0.74-1.22	0.670
Secundaria a bachillerato incompleto	17.4	25.1	1.59	1.28-1.97	0.000
Bachillerato y más	10.5	11.7	1.14	0.89-1.45	0.291
No tiene pareja	19.2	21.8	1.17	0.95-1.44	0.132
Habla una lengua indígena	30.0	22.0	1.20	0.87-1.68	0.262
Área de residencia					
Rural	23.7	26.8	1.18	0.90-1.55	0.221
Urbano	15.4	20.5	1.42	1.23-1.63	0.000
II. Inserción productiva					
Ocupación					
Desempleado/ a	18.7	22.7	1.27	1.06-1.53	0.010
Patrón/a o empleador/a	6.8	11.7	1.80	0.43-7.63	0.419
Jornalero/ a o peón/ a	28.0	32.0	1.22	0.49-3.05	0.665
Por cuenta propia o negocio familiar	16.6	24.1	1.60	1.24-2.07	0.000
Empleado/a u obrero/a	15.0	17.9	1.24	0.99-1.55	0.060
No recibe prestaciones	21.6	25.6	1.26	1.00-1.56	0.043
Miembros del hogar con ocupación					
Hasta uno	18.2	22.3	1.30	1.12-1.52	0.001
Dos o más	16.4	20.6	1.32	1.10-1.59	0.003
III. Condiciones de consumo					
Ingreso mensual del hogar en pesos					
< 6 mil	24.8	28.6	1.21	1.03-1.42	0.018
6 mil a <10 mil	12.7	16.8	1.38	1.04-1.84	0.026
≥10 mil	5.4	7.7	1.45	0.88-2.38	0.141
La vivienda no es propia	19.7	27.5	1.54	1.26-1.89	0.000
Hogar con carencia por calidad de la vivienda y espacios	24.3	33.4	1.60	1.24-1.96	0.000
Hogar con carencia por servicios básicos	27.6	33.5	1.32	1.04-1.69	0.024
Hacinamiento	23.6	32.0	1.51	1.18-1.95	0.001
Sin derecho o acceso a servicios de salud o atención médica	23.9	28.3	1.26	1.07-1.48	0.006

Fuente: Elaboración propia con los datos de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2020 (Shamah Levy et al., 2021)

lo cual puede explicarse en parte porque, tal como lo señalan Marchionni et al., (2018), en América Latina los salarios de las mujeres son más bajos que los de los varones.

Los datos de la ENSANUT que aquí fueron analizados muestran, en general, niveles de escolaridad más bajos, así como condiciones de ocupación e ingreso más precarias en las jefas de hogar, al compararlas con los varones. Para Broussard (2019), estos tres determinantes, en conjunto con la ausencia de redes de apoyo, explica las diferencias de género asociadas a la inseguridad alimentaria.

Pese a que, en México, algunas brechas de género en materia de educación se han ido reduciendo con los años, las mujeres continúan teniendo menos oportunidades para tomar decisiones respecto a su propia formación académica. Existe evidencia del crecimiento de indicadores tales como alfabetización, matrícula, permanencia y más niveles o grados académicos alcanzados entre las mujeres; sin embargo, aún prevalecen sesgos de género en cuanto al tipo de áreas o campos del conocimiento en los que pueden desarrollarse. Algunas estimaciones sugieren, por ejemplo, que mientras hay un mayor número de varones inscritos en programas de nivel superior relacionados con las ciencias exactas y las ingenierías, en las mujeres la matrícula se concentra más en las ciencias sociales y las humanidades (Lechuga-Montenegro et al., 2018).

De acuerdo con el Censo de Población y Vivienda 2020 (INEGI, 2020), 23.6% de los varones de 18 y más años y 22.8% de las mujeres de ese mismo rango de edad contaba con educación superior, mientras que 4.6% y 5.8%, respectivamente, indicó no tener ningún grado de escolaridad. En

2018, el CONEVAL (2021) reportó rezago educativo en alrededor de 49.0% de las jefas a cargo de hogares en situación de pobreza, comparado con poco menos de 40.0% en los jefes. Para los hogares que no se encontraban en situación de pobreza, las proporciones fueron 17.6% y 13.4, respectivamente.

Entre 2008 y 2018, la tasa de participación económica de las mujeres mexicanas en situación de pobreza creció de 34.5% a 47.4%, mientras que en las mujeres que no vivían en situación de pobreza el porcentaje varió de 50.5% a 55.0% durante el mismo periodo. En cambio, en los varones pasó de 83.5 a 84.0% y de 82.6 a 82.1%, respectivamente (CONEVAL, 2021). Pese al mayor incremento porcentual observado en la participación económica de las mujeres, se ha visto que los empleos a los que pueden acceder son, con frecuencia, más precarios y peor remunerados que en el caso de los hombres (Lo Bue et al., 2022), lo que intensifica la feminización de la pobreza (Salas-Durazo et al., 2022). Esa situación es reflejo del marco de diversas segregaciones, entre ellas la ocupacional, que

(...) consiste en la exclusión de las mujeres de ciertas ocupaciones, determinando su concentración en aquéllas de menor remuneración. La segregación horizontal da cuenta de la manera en que se distribuyen hombres y mujeres en diferentes ocupaciones, mientras que la segregación vertical se refiere a la distribución de hombres y mujeres considerando las posiciones jerárquicas ocupados por cada uno de ellos. La segregación ocupacional tiene implicaciones en la persistencia de las desigualdades de género, entre las que se encuentran las diferencias de ingresos por sexo, no solamente porque condiciona la elección de puestos de trabajo de las

mujeres, sino también las decisiones previas al mercado laboral (Amarante y Espino, 2002:4).

A la fecha, el mercado laboral continúa discriminando a las mujeres. La división sexual del trabajo hace que sus opciones de empleo se concentren primordialmente en tareas o actividades que la sociedad identifica como femeninas, tales como el trabajo doméstico o el cuidado hacia otras personas, que en muchos casos no son remuneradas. Ocurre, paralelamente, un fenómeno de segregación ocupacional en el que la oferta se inclina, tal como lo señalan Peláez-González y Rodríguez (2020), hacia el sector manufacturero y el trabajo a domicilio disponible a través de cadenas de subcontratación. Además, estos mismos autores apuntan que, para las mujeres, el matrimonio y la llegada del primer hijo o la primera hija son eventos que retrasan su incorporación al mercado laboral. Por ejemplo, en 2018, la participación económica de las madres de 25 a 44 años en situación de pobreza, a nivel nacional, fue de alrededor de 55.0%, mientras que, para las mujeres en situación de pobreza sin hijos o hijas, la cifra se ubicó en poco más de 64.0% (CONEVAL, 2021). En términos generales, “...la incorporación al mercado de trabajo remunerado de las mujeres depende de cómo se organiza una unidad doméstica y de los papales que le son asignados a sus miembros. Las exigencias impuestas a cada mujer en la familia definen en primer lugar si se integra a un a un trabajo remunerado o estará excluida definitivamente de las actividades económicas” (Garduño, 2021: 159). Esta segregación supone un trabajo fuera del mercado remunerado, que resulta indispensable para que “otros” se integren a éste. Una segunda forma de segregación repercute en la concentración o ausencia de mujeres en ciertas ocupaciones, en relación con estereotipos de lo femenino y lo masculino, y los trabajos “feminizados” tienden a ser menos remunerados.

Los hallazgos derivados del análisis de la asociación entre IAMS y condiciones de consumo revelan que los HEM se encuentran en mayor desventaja que los HEV (Tabla 2), pese a que, entre estos últimos, las carencias sociales relacionadas con la vivienda, así como el hacinamiento, se distribuyeron en mayor proporción (Tabla 1).

Sobre las disparidades de género en cuanto a los ingresos, ya se ha mencionado antes que las mujeres están en mayor desventaja que los varones, lo que ayuda a entender las diferencias observadas de IAMS a nivel del hogar. Por su parte, las características de la vivienda y del espacio que se comparte entre los miembros de un hogar, son un reflejo de la capacidad adquisitiva de los hogares, es decir, de las condiciones de consumo derivadas de la forma en que se da la inserción productiva. Los costos derivados de poseer o arrendar una vivienda, las condiciones en las que se encuentra y el tipo de infraestructura con que cuenta podrían afectar la capacidad del hogar de acceder a los alimentos. Diversos estudios han abordado esta asociación (Kirkpatrick y Tarasuk, 2011; Ruiz-Castell et al., 2015; Coretta & May, 2019; Incacutipa et al., 2022). Los datos de ENSANUT comprueban que, a nivel nacional, las condiciones materiales para la existencia asociadas con la vivienda son más limitadas cuando el hogar está a cargo de una mujer.

Finalmente, no tener derecho o acceso a servicios de salud o atención médica se asoció con una mayor prevalencia de IAMS en los HEM, cuando se comparan con los HEV. Esta situación podría incrementar los riesgos para la salud y el estado de nutrición de los miembros del hogar, lo que, paralelamente, implicaría un aumento en los costos de atención (Tarasuk et al., 2015; Berkowitz et al., 2018; Dean et al., 2020).

Conclusiones

Analizar disparidades de género en temas relacionados con condiciones de alimentación-nutrición en el hogar no es una tarea sencilla, particularmente si se parte de fuentes oficiales de información que, desde su concepción, no fueron pensadas para tal propósito. La rigurosidad de los datos provenientes de la ENSANUT ofrece amplias posibilidades para caracterizar escenarios y problemas puntuales de salud-enfermedad de la población mexicana, pero la ausencia del tipo de variables que exige una aproximación como la que se llevó a cabo en este trabajo significó, sin duda, todo un reto metodológico. No obstante, este abordaje ha logrado reconstruir procesos de determinación y determinantes sociales que son clave para visibilizar, a nivel nacional, con perspectiva de género y desde un posicionamiento médico-social, diferencias de inseguridad alimentaria en el hogar, según la inserción productiva de la persona que lo jefatura y en el contexto de las condiciones de consumo que se derivan del acto productivo.

La alimentación-nutrición es una expresión concreta de la manera como se da la reproducción social en los colectivos humanos, por lo que un acceso insuficiente o incierto a los alimentos – es decir, la inseguridad alimentaria – presupone carencias estructurales en el hogar y, por tanto, la insatisfacción de una necesidad básica, como lo es el acto de comer (Rivera-Márquez, 2007).

Se ha podido comprobar aquí que tanto la jefatura de hogar, como la división sexual del trabajo, tienen un peso explicativo de la mayor relevancia teórica para comprender las diferencias en torno a la inseguridad alimentaria y otras expresiones de las condiciones de vida en los hogares mexicanos. En general, a nivel nacional, los hogares jefaturados por mujeres presentaron mayores desventajas

que los hogares donde un varón está a cargo. Esto se observa no sólo en los hogares en situación de mayor precariedad, sino también cuando se comparan hogares con condiciones de bienestar más favorables.

La disciplina que sostiene las relaciones de género, se expresa en el ámbito primario de la familia, es ahí donde se acumulan y transmiten diversos prejuicios y prácticas que generan disparidades. Especialmente en las familias que responden al modelo tradicional, se mantienen entre sus miembros papeles asignados, de manera que aunque las mujeres sean consideradas jefas del hogar, se mantienen condiciones desfavorables para su vida y la de sus familias.

Una limitación de este trabajo fue no haber analizado a fondo, entre otras variables disponibles en la ENSANUT, la composición de los hogares, la situación laboral de cada uno de sus miembros y los ingresos totales, lo cual hubiese enriquecido la discusión sobre la determinación de la inseguridad alimentaria en el contexto de disparidades de género concretas. No obstante, este primer abordaje a las mayores dificultades en torno a la satisfacción del hambre que enfrentan los hogares mexicanos encabezados por mujeres, ha mostrado la complejidad de un problema de salud colectiva e inequidades de género que continúa estando pendiente en la agenda social.

Agradecimientos

Las personas autoras de este trabajo agradecemos al Consejo Nacional de Humanidades, Ciencia y Tecnología (CONAHCYT) por el apoyo brindado a la primera autora durante su formación como Maestra en Medicina Social en la Unidad Xochimilco de la Universidad Autónoma Metropolitana.

Referencias bibliográficas

- AGUILAR, L. (2016). *Mujeres jefas de hogar y algunas características de los hogares que dirigen. Una visión sociodemográfica*. Consejo Nacional de Población. 1:109-129.
- AMARANTE, V., ESPINO, A. (2002). *La segregación ocupacional de género y las diferencias salariales entre los asalariados privados (1990-2000)*. Instituto de Economía. Series de Avances de Investigación.
- BERKOWITZ, S., SELIGMAN, H., MEIGS, J., BASU, S. (2018). Food insecurity, healthcare utilization, and high cost: a longitudinal cohort study [Inseguridad alimentaria, utilización de la atención sanitaria y alto costo: un estudio de cohorte longitudinal]. *The American Journal of Managed Care*, 24 (9): 399-404.
- BROUSSARD, N. (2019). What explains gender differences in food insecurity? [¿Qué explica las diferencias de género en la Inseguridad alimentaria?]. *Food Policy*, 83: 180-194.
- CONSEJO NACIONAL DE EVALUACIÓN DE LA POLÍTICA DE DESARROLLO SOCIAL (2021). *Informe sobre Pobreza y Género 2008-2018. Una década de medición multidimensional de la pobreza en México*. Disponible en: https://www.coneval.org.mx/InformesPublicaciones/InformesPublicaciones/Documents/Pobreza_genero_08-18.pdf (consulta 28 de noviembre de 2024).
- CONSEJO NACIONAL DE EVALUACIÓN DE LA POLÍTICA DE DESARROLLO SOCIAL. (2023). *Documento de análisis sobre la medición multidimensional de la pobreza, 2022*. Disponible en: https://www.coneval.org.mx/Medicion/MP/Documents/MMP_2022/Documento_de_analisis_sobre_la_medicion_multidimensional_de_la_pobreza_2022.pdf (consulta 28 de noviembre de 2024).
- CONSEJO NACIONAL DE EVALUACIÓN DE LA POLÍTICA DE DESARROLLO SOCIAL. (2024). *Sistema de indicadores sobre pobreza y género en México: información 2016-2022*. Disponible en: <https://www.coneval.org.mx/Medicion/Paginas/Pobreza-y-genero-en-Mexico-2016-2022.aspx> (consulta 28 de noviembre de 2024).
- CRISTALDO P. (2016). Seguridad alimentaria nutricional familiar en sectores populares: ¿Responsabilidad de varones o mujeres?. *Revista Latinoamericana de Estudios de Familia*, 8: 99-118.
- GARDUÑO, MA. (2021) Las exigencias laborales de género, un problema de la salud laboral. *Salud de los trabajadores* (Maracay), 29(2), 157-172.
- HAWORTH-BROCKMAN, M., ISFELD, H., PRAIRIE WOMEN'S HEALTH CENTRE OF EXCELLENCE. (2009). *Guidelines for Gender based Analysis of Health data for Decision Making* [Elementos para un análisis de género en las estadísticas de Salud para la Toma de Decisiones]. Disponible en: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/5673/Guidelines-for-gender-INGLES.pdf?sequence=1&isAllowed=y> (consulta 28 de noviembre de 2024).
- HERNÁNDEZ MELGAR, E., PÉREZ SALGADO, D., ORTIZ-HERNÁNDEZ, L. (2011). Estrategias para afrontar la inseguridad alimentaria en hogares mexicanos jefaturados por madres solteras. *Revista Española de Nutrición Comunitaria*, 17 (2): 74-80.
- HERNÁNDEZ MELGAR, E., PÉREZ SALGADO, D., ORTIZ-HERNÁNDEZ, L. (2013). Consecuencias alimentarias y nutricionales de la inseguridad alimentaria: la perspectiva de madres solteras. *Revista Chilena de Nutrición*, 40 (4).
- INCACUTIPA LIMACHI, C., INCACUTIPA LIMACHI, D., PUMA LLANQUI, J. (2022). Vivienda Saludable y seguridad alimentaria: condiciones primordiales para el desarrollo de las comunidades altoandinas del Perú. *Revista Estudios del Desarrollo Social: Cuba y América Latina*, 10 (3).

- LECHUGA MONTENEGRO, J., RAMÍREZ ARGU-
MOSA, G., GUERRERO TOSTADO, M. (2018).
Educación y género. El largo trayecto de la mujer
hacia la modernidad en México. *Economía Unam*,
15(43): 110-139.
- LO BUE, MC., NGOC LE, TT., SANTOS SILVA,
M., SEN, K. (2022). Gender and vulnerable em-
ployment in the developing world: Evidence from
global microdata [Género y empleo vulnerable en
el mundo en desarrollo: evidencia de microdatos
globales]. *World Development*, 159. Disponible en:
<https://doi.org/10.1016/j.worlddev.2022.106010>
(consulta 28 de noviembre de 2024).
- MA, C., HO, S., SINGH, S., CHOI, M. (2021). Gen-
der disparities in food security, dietary intake, and
nutritional health in the United States [Disparida-
des de género en la seguridad alimentaria, la in-
gesta dietética y la salud nutricional en los Estados
Unidos]. *The American Journal of Gastroenterolo-
gy*, 116(3): 584-592.
- MARCHIONNI, M., GASPARINI, L., EDO, M.
(2018). *Brechas de género en América Latina. Un
estado de situación*. Disponible en: [https://scio-
teca.caf.com/handle/123456789/1401](https://scioteca.caf.com/handle/123456789/1401) (consulta 28
de noviembre de 2024).
- MIRANDA JUNG, N., SOUZA DE BAIROS, F.,
PASCOAL PATTUSSI, M., PAULI, S., BORGES
NEUTZLING, M. (2016). Gender differences in
the prevalence of household food insecurity: a
systematic review and meta-analysis [Diferencias
de género en la prevalencia de la inseguridad ali-
mentaria en los hogares: una revisión sistemática
y un metanálisis]. *Public Health Nutrition*, 20(5):
902-916.
- MULWA, CK., VISSER, M. (2020). Farm diversifi-
cation as an adaptation strategy to climatic shocks
and implications for food security in northern Na-
mibia [La diversificación agrícola como estrategia
de adaptación a las crisis climáticas e implicacio-
nes para la seguridad alimentaria en el norte de Na-
mibia]. *World Development*, 129. Disponible en:
<https://doi.org/10.1016/j.worlddev.2020.104906>
(consulta 28 de noviembre de 2024).
- MUNDO ROSAS, V., MÉNDEZ GÓMEZ, I., SHA-
MAH LEVY, T. (2014). Caracterización de los ho-
gares mexicanos en inseguridad alimentaria. *Salud
Pública de México*, 56 (1).
- NEGESSE A., JARA, D., TEMESGEN, H., DESSIE,
G., GETANEH, T., MULUGETA, H., ABEBAW,
Z., TADDEGE, T., WAGNEW, F., NEGESSE, Y.
(2020). The impact of being of the female gen-
der for household head on the prevalence of food in-
security in Ethiopia: a systematic-review and meta-
análisis [El impacto del género femenino como
jefe de hogar en la prevalencia de la inseguridad
alimentaria en Etiopía: una revisión sistemática y
un metaanálisis]. *Public Health Reviews*, 41 (15).
- ONGAY GONZÁLEZ, M. (2015). *La inseguridad
alimentaria y las transferencias gubernamentales
en México*. Centro de Investigación y Docencia
Económicas, A.C.
- ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS
PARA LA ALIMENTACIÓN Y LA AGRICUL-
TURA [FAO]. (2011). *Seguridad alimentaria y nu-
tricional. Conceptos básicos. Programa especial
para la seguridad alimentaria (PESA) Centroamé-
rica*. Disponible en: [https://www.fao.org/in-action/
pesa-centroamerica/temas/conceptos-basicos/es/](https://www.fao.org/in-action/pesa-centroamerica/temas/conceptos-basicos/es/)
(consulta 28 de noviembre de 2024).
- ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS
PARA LA ALIMENTACIÓN Y LA AGRICUL-
TURA [FAO]. (2012). *Escala Latinoamericana
y Caribeña de Seguridad Alimentaria (ELCSA):
Manual de uso y aplicación*. Disponible en: [ht-
tps://openknowledge.fao.org/server/api/core/bits-
treams/a14d12d0-db25-4356-a33d-f89dbeeebb09/](https://openknowledge.fao.org/server/api/core/bits-treams/a14d12d0-db25-4356-a33d-f89dbeeebb09/)

- content (consulta 28 de noviembre de 2024).
- ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAD PARA LA ALIMENTACIÓN Y LA AGRICULTURA [FAO]. (2019). *Panorama de la Seguridad Alimentaria y Nutricional en América Latina y el Caribe, Panorama de la seguridad alimentaria y nutricional en América Latina y el Caribe*.
- PAKRAVAN-CHARVADEH, MR., SAVARI, M., A KHAN, H., GHOLAMREZAI, S., FLORA, C. (2021). Determinants of household vulnerability to food insecurity during COVID-19 lockdown in a mid-term period in Iran [Determinantes de la vulnerabilidad de los hogares a la inseguridad alimentaria durante el confinamiento por COVID-19 en un período de mediano plazo en Irán]. *Public Health Nutrition*, 24 (7): 1619-1628.
- PELÁEZ GONZÁLEZ, C., RODRÍGUEZ, SA. (2020). Género, trabajo y educación: diferencias entre hombres y mujeres en la entrada al primer empleo. *Estudios de Género*, 6, dossier Género y Trabajo.
- PÉREZ-ESCAMILLA, R., MELGAR-QUIÑONEZ, H., NORD, M., ÁLVAREZ, MC., SEGALL-CORREA, AM. (2007). Conferencia. Escala Latinoamericana y Caribeña de Seguridad Alimentaria (ELCSA). *Perspectivas en Nutrición Humana*, 117-134.
- RIVERA MÁRQUEZ, JA. (2007). *La satisfacción colectiva de las necesidades de alimentación-nutrición y su relación con la salud-enfermedad*. En Jarillo, E. y Guinsber, E. (Eds.) *La salud colectiva en México: temas y desafíos*. Buenos Aires: Lugar Editorial, 153-169.
- RODRÍGUEZ DE JESÚS, C., PÉREZ BALEÓN, GF. (2020). Hogares con jefatura femenina y estrategias de recuperación posdesastre en México. *Estudios demográficos y urbanos*, 35 (2): 333-368.
- RUIZ CASTELL, M., MUCKLE, G., DEWAILLY, É., JACOBSON, J., JACOBSON, S., AYOTTE, P., RIVA, M. (2015). Household crowding and food insecurity among inuit families with school-aged children in the Canadian Arctic [Hacinamiento en los hogares e inseguridad alimentaria entre familias inuit con niños en edad escolar en el Ártico Canadiense] *American Journal of Public Health*, 105(3): 122-132.
- SALAS DURAZO, IA., SORIA ROMO, R., RIVAS JIMÉNEZ, CP. (2022). Análisis de las condiciones laborales de la jefatura de familia en México: precariedad compartida, necesidades diferenciadas. *Innovar*, 32(85): 101-116.
- SAMAJA, J. (2009) *Epistemología de la salud*. Buenos Aires: Editorial Lugar.
- SANTOS, M., BREWER, J., LOPEZ, M., PAZ-SOLDAN, V., CHAPARRO, M.P. (2022). Determinants of food insecurity among households with children in Villa el Salvador, Lima, Peru: the role of gender and employment, a cross-sectional study [Determinantes de la inseguridad alimentaria en hogares con niños en Villa el Salvador, Lima, Perú: el papel del género y el empleo, un estudio transversal]. *BMC Public Health*, 22 (717).
- SIBRIAN, R., D'ERRICO, M., PALMA DE FULLADOLSA, P., BENEDETTI-MICHELANGELI, F. (2021). Household resilience to food and nutrition insecurity in Central America and the Caribbean [Resiliencia de los hogares ante la inseguridad alimentaria y nutricional en Centroamérica y el Caribe]. *Sustainability*, 13 (16): 9086.
- SHAMAH LEVY, T., VIELMA OROZCO, E., HEREDIA HERNÁNDEZ, O., ROMERO MARTÍNEZ, M., MOJICA CUEVAS, J. CUEVAS NASU, L., SANTAELLA CASTEL, JA., RIVERA DOMMARCO, J. (2021). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2020 sobre COVID-19. Resultados Nacionales*. Cuernavaca, México. Instituto Nacional de Salud Pública.
- STATA CORP. (2023). *Stata Statistical Software: Release 18*. College Station, TX: StataCorp LLC.
- SZABO, S. (2015). Urbanisation and food insecurity

ty risks: assessing the role of human development [Riesgos de urbanización e inseguridad alimentaria: evaluación del papel del desarrollo humano]. *Oxford Development Studies*, 44 (1).

TARASUK, V., CHENG, J., DE OLIVEIRA, C., DACHNER, N., GUNDERSEN, C., KURDYAK, P. (2015). Association between household food insecurity and health care costs [Asociación entre la

inseguridad alimentaria en los hogares y los costos de atención médica]. *Canadian Medical Association Journal*, 187(14): 429-436.

ZAMUDIO SÁNCHEZ, FJ., AYALA CARRILLO, M., ARANA OVALLE, RI. (2014). Mujeres y hombres. Desigualdades de género en el contexto mexicano. *Estudios Sociales*, 22 (44): 250-279.

Revalorizando saberes populares y ancestrales en el sector de Angachilla: sistematización de una experiencia

Agrupación Arpilleristas de Angachilla* • Claudia Cerda Becker** •
Ximena Lagos Morales***

...Descifrar los múltiples sentidos que se esconden entre las capas de telas y las puntadas de hilos de colores de una arpillera; saborear la complicidad de sentirnos atraídas/os por las palabras transformadas en gestos textiles que susurran historias personales que se vuelven memoria colectiva; mirar el reverso de las arpilleras y con ello, los reverses de la vida; transitar por nuestras historias que dieron vida a las imágenes. Rememorar lo que nuestras ancestras nos dejaron como legado, a saber, sabiduría encarnada
Arpilleristas de Angachilla, 2023.

“Recuperar la alegría sin perder la indignación, como un acto emancipatorio y vital, y hacerlo desde el goce, desde el erotismo, desde la comunidad”
Lorena Cabnal, 2010

RESUMEN

El siguiente artículo presenta la sistematización de una experiencia comunitaria del territorio de Angachilla en Valdivia, región de los Ríos, sur de Chile. A partir de ésta, se busca dar cuenta del surgimiento y conformación de la Agrupación de Arpilleristas de Angachilla, así como del trabajo que han realizado -específicamente- en pos de la transmisión de sus saberes acerca del uso y propiedades de las plantas medicinales que se encuentran en el territorio. Este artículo será escrito en primera persona (plural y singular) (escritura militante), ya que, si bien ambas autoras somos docentes de la Universidad Austral de Chile, escribimos en tanto integrantes activas y, por ende, afectivamente implicadas en el proceso colectivo a ser descrito.

PALABRAS CLAVE: Sistematización de experiencias, escritura militante, Arpilleristas de Angachilla, saberes populares.

*arpilleristas.angachilla@gmail.com

**Universidad Austral de Chile, Instituto de Estudios Psicológicos. Correo electrónico: claudia.cerda@uach.cl

***Universidad Austral de Chile, Instituto de Farmacia. Correo electrónico: ximenalagos@uach.cl

Fecha de recepción: 10 de junio de 2024.

Fecha de aceptación: 25 de noviembre de 2024.

Revaluing popular and ancestral knowledge in the Angachilla territory: systematization of an experience

ABSTRACT

The following article presents the systematization of a community experience from the Angachilla territory in Valdivia, Los Ríos region. From this, we seek to account for the emergence and formation of the Group of Arpilleristas of Angachilla, as well as the work they have carried out -specifically- in pursuit of the transmission of their knowledge about the use and properties of the medicinal plants that are found in the territory. This article will be written in the first person (plural and singular) (militant writing), since, although both authors are professors at the Universidad Austral de Chile, we write as active members and, therefore, emotionally involved in the collective process to be described.

Keywords: Systematization of experiences, militant writing, Arpilleristas of Angachilla, popular knowledge.

A modo de introducción: La investigación militante

Tal como enfatiza Lorena Cabnal (Cabnal, 2010), feminista maya xinca: hilar, para nosotras, un pensamiento feminista y militante implica crear y recrear una ideología cosmogónica que permite reinterpretar las realidades de la vida cotidiana, reconociendo y valorando aquellas experiencias que nos nutren, dan sentido y complicidad, a la vez que nos ayudan a transformar nuestras propias prácticas de producción de conocimiento. Es así como entendemos la investigación militante, es decir, como un espacio colectivo, organizado y sistemático de producción de conocimiento que surge a la par con la reproducción de la vida comunitaria, en la cual se articulan, de manera formal e informal, organizaciones de base territorial, movimientos sociales e investigadores que accionan en pro de la transformación social desde una comunidad afectiva así como de implicación y mutuo cuidado permanente (Fernández-Camacho, 2021); Calixto-Rojas, 2022).

En este contexto, concebimos el presente artículo como un ejercicio de sistematización que pretende reflexionar críticamente sobre las prácticas comunitarias y afectivas para la construcción de identidad territorial, salud y bienestar colectivo en el sector de Angachilla, específicamente en la experiencia de la Agrupación de Arpilleristas de Angachilla. De este modo, buscamos visibilizar la importancia del quehacer de esta organización en un contexto y tiempo histórico situado, así como su acción transformadora en el territorio, adhiriendo así a lo planteado por Agudelo et al (2020: 17):

(...) sistematizamos para generar nuevas comprensiones sobre el mundo, sobre las dinámicas sociales y los procesos colectivos, y desde estas comprensiones se producen nuevos conocimientos; desde la sistematización de experiencias se gestan procesos autónomos de producción del

saber que le dan sentido político y sustento teórico a las colectividades que sistematizan.

Considerando lo anterior, nuestra sistematización se centrará en el proceso colectivo que nos llevó a conformarnos como agrupación, así como en la ejecución de dos proyectos que han tenido como objetivo revalorizar el saber ancestral sobre el uso de plantas medicinales en tanto práctica individual y comunitaria.

Cómo nos fuimos entramando: Historia de la Agrupación

Las Arpilleristas de Angachilla¹ somos un colectivo de mujeres de diversas edades, en su mayoría vecinas del Humedal Angachilla² y con varios años de camino recorrido. En un inicio, comenzamos a reunirnos en el marco del Estalli-

1 Nombres de quienes integran la Agrupación: Nancy Arnés Valencia, Nancy Arruez Tejada, Vitória Bauermann Lemos, Luisa Castillo Soto, Claudia Cerda Becker, Ruth Henríquez Chandía, Marisol Herrera Gómez, Textia Inostroza Infante, Irene Jaramillo Obando, Ximena Lagos Morales, Bellanira Martínez Ibañez, Mónica Munizaga Yávar, Sofía Naranjo Schmidt, Pilar Noches Henríquez, Margarita Nancupil Hueraman, Lilianna Peña Steel, María Provoste Olate, Vanesa Romero Salamanca, Rosita Sánchez Canio, Laura Silva López, Eva Sobino Salas, Claudia Vásquez Baeza, Carolina Vega Ramírez.

2 El sector Angachilla se encuentra ubicado en la salida sur de la comuna de Valdivia, sur de Chile, y está conformada por 18 conjuntos habitacionales (poblaciones/villas), siendo en su mayoría viviendas sociales que fueron construidas en la década de los 90 e inicios de los 2000. Según los datos proporcionados por el CECOSF Los Alerces, en el sector viven alrededor de 4.000 familias, siendo la población preescolar y escolar el 14% del total de quienes habitan en el territorio. El perfil de las familias es de nivel socioeconómica bajo, siendo su mayor ocupación el trabajo dependiente, evidenciándose una inserción laboral precaria y una alta tasa de informalidad (Comunicación oral Trabajadora Social del Cecof, 2021). Este territorio colinda directamente con el Humedal Angachilla (Parque Comunitario La Punta) y evidencia una fuerte organización comunitaria; primero por la recuperación y luego por la preservación y defensa del Humedal, en tanto éste se encuentra amenazado – a pesar de haber sido declarado recientemente Santuario de la Naturaleza– por la construcción de la Circunvalación, la cual –según el trazado planificado– atravesaría el Humedal, lo que impactó fuertemente el ecosistema actual. En este contexto, el Humedal Angachilla, se ha convertido en un elemento fundamental para la identidad colectiva y el sentido de pertenencia de la comunidad, lo que se ha visto reflejado en la infinidad de actividades y acciones que se han implementado en el marco del cuidado y protección de este espacio.

do Social en Chile para realizar arpilleras³ sobre nuestros sueños y anhelos como país, así como por la defensa del Humedal Angachilla, el que se encuentra permanentemente amenazado por la construcción de un puente y proyectos inmobiliarios. Hoy, cuatro años después, nos seguimos reuniendo para bordar y –a la vez– para concientizar a la comunidad escolar del territorio sobre la importancia de los Humedales, en tanto ecosistemas ancestrales, vitales para la reproducción de la vida, espacio de encuentro y socialización que impacta positivamente nuestras existencias. Tal como señala Laura Silva (Laurita), presidenta de la Agrupación que hoy tiene 85 años de edad, y que es arpillerista desde el tiempo de la dictadura, somos: educadoras incondicionales, defensoras del Humedal, de las infancias y de las mujeres.

Nuestro quehacer como arpilleristas se encuentra indisolublemente imbricado con la práctica de las mujeres que bordaron –en su mayoría anónimamente, tal como lo hizo Laurita– miles de arpilleras durante la dictadura cívico-militar. A mediados de los años setenta surge al alero del Comité Pro Paz y, posteriormente, la Vicaría de la Solidaridad el primer taller de arpilleristas, el que se conformó con mujeres que se acercaron a la Iglesia en busca de apoyo y protección tras la desaparición y encarcelamiento de sus familiares (Benavides y Riquelme, 2012). Estos talleres cumplieron una función tanto de sobrevivencia emocional como económica que le permitió a las mujeres: gener-

3 Las arpilleras es una técnica textil realizada sobre sacos de papa o harina generalmente fabricados de cáñamo y osnaburgo. Esta tela –que sirve de base para el trabajo – es la que le da el nombre de arpilleras a esta expresión artística popular chilena. El inicio de las arpilleras se remonta a la década de los sesenta con los trabajos de Violeta Parra y las bordadoras de Isla Negra, quienes se caracterizaron por bordar –sobre arpilleras– coloridas escenas de la vida cotidiana. En los años setenta, posterior al Golpe Militar, esta técnica surgió como una expresión de resistencia, mostrando una composición completamente novedosa, que se diferencia de los trabajos anteriores: en vez del bordado, se sobreponen y cosen figuras hechas de retazos y restos de telas que buscan mostrar la represión, violencia y trauma sufridos durante la Dictadura Militar (Bacic 2008).

ar ingresos para mantener sus hogares, así como compartir sus experiencias con otras mujeres que estaban viviendo situaciones similares (Pérez y Vignolo, 2010). Fue así como las mujeres comenzaron a plasmar sus experiencias en los pequeños cuadros y se convirtieron la arpillera en una vía para expresar su dolor y sufrimiento contenido (Bernedo, 2011). Las arpilleras se transformaron en una especie de escritura que utilizó “el cuerpo mismo como medio de moldear esta expresión” (Agosin, 1985: 523), permitiéndoles compartir, a través de imágenes, aquello que les era imposible comunicar con palabras.

Las arpilleras se constituyeron no sólo como una táctica de resistencia, sino que también adquirieron una impronta de dispositivos de memoria. Las arpilleras permitieron “preservar una memoria colectiva, escrita –cosida” por las manos de aquellas mujeres (Agosin, 1985: 524). Su estatuto de dispositivo de memorias ha sido rico y multidimensional. Por un lado, “conservan” una realidad política local, pero al mismo tiempo, como ya se ha mencionado, sirven como testimonio de quienes vivieron la represión política en primera persona (las mujeres que hicieron arpilleras -durante este periodo- afirman en su bordar “yo estuve ahí y aquí estoy resistiendo”). En este sentido, dispositivo de memoria y táctica de resistencia son aquí dos elementos que no pueden entenderse por separado. Las arpilleras movilizan y activan una memoria silenciada que es diseminada (y en ese mismo gesto construida) a distintos contextos y realidades. Es así como las arpilleras han sido “exportadas” en tanto herramienta de denuncia y resistencia, logrando traspasar fronteras y contextos históricos (Bacic, 2008), propagándose en distintos países de Latinoamérica y del mundo (Benavides y Riquelme, 2012), lo que ha permitido que otros grupos de mujeres puedan plasmar

sus vivencias en imágenes, dando cuenta de las injusticias y la violencia a la que diariamente son sometidas.

En sintonía con lo anterior, para nosotras como Agrupación, las arpilleras se han transformado justamente en dispositivos de memorias y de resistencia que nos han permitido visibilizar las distintas formas de conocimiento ancladas en el saber popular y en la propia experiencia encarnada (Pons Rabasa, 2019), que permanentemente están siendo acalladas y desvalorizadas. De este modo, nos situamos desde estas memorias personales e individuales, intentando dar voz a estas microhistorias que finalmente se entretrejen en relatos comunes, que nos resuenan y atraviesan como colectivo. En este sentido, queremos que nuestros testimonios sean enunciados en primera persona; queremos recordar, lo que significa: “volver a pasar por el corazón”, es decir, volver a conectarse con las emociones de una historia situada. Pero no queremos recordar solas, sino que colectivamente, que este recordar y plasmar en telas se transforme en una práctica cotidiana que pueda -finalmente- ser traspasada a otras generaciones. Tal como refiere nuestra compañera:

uno de los grandes regalos que me ha dado el espacio de las Arpilleras de Angachilla ha sido, inicialmente desde un fuero íntimo, la posibilidad de transmitir sentimientos, emociones, dolores, nudos y bloqueos propios de una biografía a través del textil, a través de esos hilos que van uniando nuestros retazos cuando nos sentimos rotas, cuando no podemos verbalizar aquello que necesitamos abrir, soltar, mirar con alguna distancia que nos dé perspectiva. En ese sentido el arte, considero, es una vía de liberación, de emancipación, pero por sobre todo de conjunción de lo individual con lo colectivo, es político, es movi-

lizador, es generador de consciencia, como tantos colectivos y colectivas nos han venido mostrando desde hace décadas (2023).

Para nosotras, la potencia de la arpillera como práctica colectiva radica justamente en la posibilidad de encarnar testimonios que se entretujan como memorias colectivas ancladas/situadas en contextos sociales y políticos que se levantan desde los márgenes de una historia hegemónica que constantemente intenta invisibilizar y silenciar la multiplicidad de voces. Tal como refiere Carolina Vega (2023) en el prólogo de nuestro libro *Recetario del Alma: Botica de la Madre Naturaleza*: “la condición testimonial de las arpilleras (ha permitido) a las mujeres, acceder a una narración vedada por el universo masculino-escritural del verbo, convocando una suerte de autoría femenina vuelta cuerpo en el bordado” (p. 9).

Considerando lo anterior, los proyectos que queremos sistematizar a continuación, dicen relación justamente con la valorización del saber ancestral de mujeres sobre el uso de las plantas medicinales, generalmente invisibilizado por el discurso de salud predominante. Al respecto cabe mencionar que el mutuo cuidado en base a plantas con fines medicinales es una importante práctica de salud, siendo ésta tan antigua como la aparición de la especie humana, ya que históricamente ha sido parte de las prácticas de atención familiar y comunitaria. La autoatención en salud de microgrupos familiares y comunitarios se configura como la forma de atención de los padecimientos y enfermedades más frecuente y constante, y en ella se imbrican haceres ancestrales y populares con los biomédicos, todos los que en buena medida se nutren del uso de la herbolaria tradicional (Menéndez, 2018; Pibernat-Mir et al, 2013). Su

reconocimiento como elemento terapéutico, promotor de bienestar y cuidado colectivo, que no sólo forma parte de un itinerario asistencial sino, más aún, de un diálogo intercultural plural y procesos de autodeterminación, identidad y memoria colectiva; fueron todos argumentos para trazar una ruta que comienza en medio de la efervescencia de la revuelta social. Hilvanamos sueños y proyectos colectivos “sosteniéndonos en las puntadas de nuestras historias, recomponiendo nuestras fracturas, dolores y horrores sufridos, permitiéndonos compartir y soñar nuevos horizontes posibles” (Cerdeña en Pauta de los Ríos, 2023). Y en eso, nos encontró la pandemia.

Sostenernos colectivamente en Pandemia

Durante el 2020, primer año de la pandemia de COVID las Arpilleras de Angachilla desarrollamos, con apoyo de la Dirección de Vinculación con el Medio de la Universidad Austral de Chile, el proyecto: “Revalorización del saber ancestral: Plantas medicinales y arpilleras” que tuvo como objetivo principal favorecer el cuidado colectivo y el ejercicio de la soberanía sanitaria y territorial, articulándose sobre cuatro ejes centrales para la promoción de la salud local, a saber: el reconocimiento de las adultas mayores como sujetos de saber; la valorización y promoción del espacio micropolítico en el cual la comunidad ejerce su derecho a la alimentación nutritiva; el auto y mutuo cuidado mediante el uso de plantas medicinales como complemento a los servicios locales de salud; el fortalecimiento de los lazos comunitarios y socioafectivos. Esto a través de la utilización del bordado de arpilleras como registro visual y narrativo de experiencias, vinculando dicho hacer con las metáforas presentes en “La Jardinera” de Violeta Parra y “La Huerta” de Gabriela Mistral.

En este contexto, llevamos a cabo diversas actividades, las que casi en su totalidad⁴ tuvieron que realizarse de forma remota (vía plataforma zoom) debido a las medidas sanitarias imperantes durante la primera fase de la pandemia. Una de las principales acciones fue recordar nuestras historias personales con las plantas medicinales, las que se constituyeron en el soporte narrativo para la creación de nuestras arpilleras. Es así como semana a semana nos fuimos reuniendo y acompañando en este compartir, en el cual fueron emergiendo múltiples voces, que como hebras de colores se fueron entretejiendo unas con otras, junto a los retazos de telas hechas testimonio. En un diálogo respetuoso y de escucha activa, fuimos siendo atravesadas por las palabras de nuestras compañeras, fuimos envolviéndonos en un manto cariñoso, en el cual el saber ancestral y popular iba cobrando un sentido vital, dejando en evidencia la importancia del cuidado y la implicación colectiva y afectiva, tal como lo evidencian los siguientes relatos:

Llegué a Santiago a los seis años, allá me operaron, por una displasia mal tratada que tendrían que haberme operado antes. Estuve un año hospitalizada y sin ir al colegio... me tocó estar enyesada con las piernas abiertas y rígidas tantos meses. Mi abuelita me daba manzanilla para muchas cosas: como el resfrío o cuando me dolía la guatita, después de almuerzo. A los 18 años me operaron de nuevo y tuve que estar enyesada de la guatita⁵ y una pierna, hasta la punta del pie. En ese tiempo me llegó la regla y me daban manzanilla para deshinchar y calmar los dolores. Cuando mi hija tenía dolores men-

struales muy intensos yo también le daba agüitas de manzanilla y le hacía friega. A mi nieta que es muy buena nadadora, a veces se le enfría la guatita y también le dan agüitas de manzanilla (Nancy Arnés Valencia).

Cuando yo era chica vivíamos en el campo, entonces, no podían traernos al médico. Cuando nos enfermábamos con fiebre, mi mamá nos daba natre⁶ con agua caliente. Al recordarlo, se me viene la imagen de mi mamá con su delantal. La medicina la hacía con el palo, lo pelaba, raspaba, hasta que quedaba solo una corteza blanca y eso lo daba como un té, con un poquito de sal. Era muy malo, muy amargo, pero nos bajaba la fiebre (Luisa Castillo Soto).

Recuerdo a mi hermano Ernesto a los 3 años, corriendo alrededor del brasero que entibiaba nuestra casa en invierno, un par de veces mi hermanito cayó quemando las palmas de sus manos. Mi padre con dulzura y serenidad, hervía hojas de matico⁷ y con ellas limpiaba las heridas y dejaba las hojas puestas como vendas que se secaban y cicatrizaban. La constancia y la fe, decía mi padre, eran milagrosas. Hoy mi hermano, padre de dos hijos, no tiene cicatrices, sus manos heredaron la sabiduría. Hoy artesano y creador, con sus manos sostiene la vida y su propio hogar (Eva Sobino Salas).

Es así como en los relatos y en las imágenes comenzaron a aparecer las ancestas: abuelas, madres (y también algunos padres), lo cual hizo presente el legado de la sabiduría encarnada, a saber, la sanación a través del uso de las plantas y ár-

4 En el marco del proyecto, sólo se realizó una actividad presencial, a saber, un registro audiovisual de recorrido del Humedal y mapeo colectivo de las plantas del Humedal, en las cuales las integrantes de la Agrupación, hicieron un reconocimiento de las plantas y árboles medicinales existentes en el Humedal Angachilla.

5 En Chile, se dice "guatita" a la barriga, vientre o panza.

6 Nombre científico: *Solanum Crispum*, arbusto silvestre común del matorral de Chile que pertenece al género de la patata y posee propiedades medicinales.

7 Nombre científico: *Buddleja globosa*, arbusto nativo de Chile y América Latina y posee propiedades medicinales.

boles que la madre naturaleza generosamente nos regala. Nos dimos cuenta que no estábamos solas: nuestras memorias y complicidades nos ayudaron a mantenernos firmes. En medio de la pandemia, nos aferramos unas a otras como un náufrago se aferra a una tabla en medio de la tormenta. Aprendimos a sostenernos en la virtualidad, a crear lazos a pesar del distanciamiento físico, nos fuimos acompañando en cada palabra y en cada puntada. “Somos raíz, flor y semilla”, muestra Claudia Vásquez Baeza⁸ en su mini arpillera de 20 x 20 cm, mientras nos despedimos, emocionadas, con el corazón lleno de amor, al final de una de tantas sesiones que tuvimos por zoom. No importó el confinamiento, no hubo barreras que nos impidieran encontrarnos, sostenernos, anudarnos. “Nosotras no supimos de pandemia” dice Laurita. Nos fuimos urdiendo en complicidad, reconociéndonos mutuamente en nuestras historias. Así fue como ese 2020 entretejimos lo íntimo, recuerdos de infancia, itinerancias de vida, dolores y alegrías. Cuánto anhelo y nostalgia, entre palabra dicha y no dicha, cada puntada significaba y resignificaba recuerdos. Una y otra vez volvimos a pasar por el corazón aquello que, a veces, no sabíamos que sabíamos.

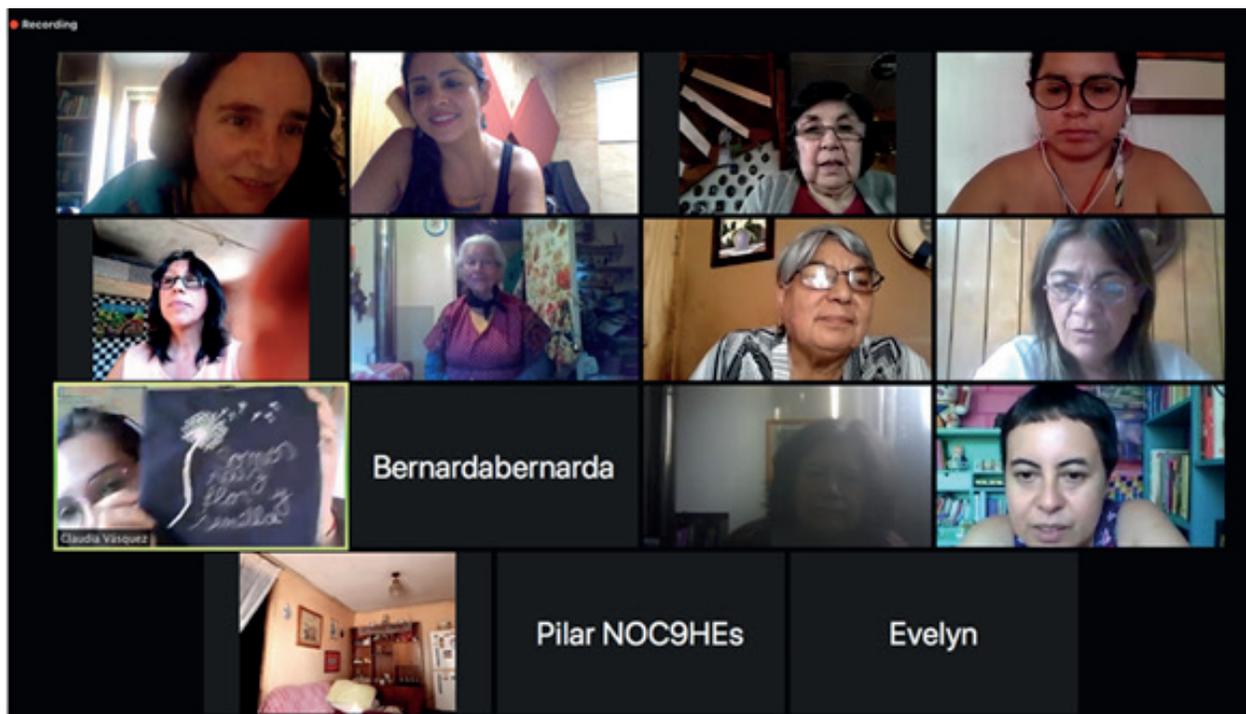
La vida se tiñó de todos colores. Hubo días verdes y violetas. Fueron días de creación. Había frescura en el ambiente y mucha motivación. Hubo días blancos y amarillos, de calma y contemplación. Y los hubo también rojos, de fuerza y de arrebato, de fuego expulsado, de pasión y pulsión. Y hubo días azules, gracias azules a esos días, difíciles de describir, a veces no estuve, pero estaba... diría que eran días de guardarse, de fortalecerse, de revitalizarse, prepararse para un nuevo ciclo de creación (Relato personal integrante de la agrupación, 2023).

⁸ Sesión por zoom 2020

Los colores cobraron vida, se volvieron relatos, los retazos que entretejimos estaban cargados de nuestras historias y sueños, añoranzas y miedos, que en un fluir espontáneo nos fue imbricando, disipando el dolor, transformándolo a nuestro antojo. Antojo colectivo de estar bien, de estar juntas, a nuestro deseo, consciente o inconsciente de mutación y rebelión en medio de la contingencia sanitaria. Fueron días de vivir naciéndonos en cada experiencia efímera, que nos iba transformando a fuego lento. Allí donde el tiempo no ejerce control. Allí donde el corazón palpitante habita. Quién podía callar el latido de un corazón - colectivo – palpitante.

Las sesiones de los viernes, junto con sostenernos emocionalmente en tiempos de pandemia y conectarnos con nuestras propias historias, se transformaron también en un espacio de profundo aprendizaje mutuo y de circulación de saberes. Esto hizo evidente el rol que las mujeres mayores cumplen en tanto portadoras y transmisoras de un cúmulo de experiencias, anclados al contexto social – histórico y geográfico que habitan; “se trata de un conocimiento secreto, basado en la observación *in situ*, donde el cuidado oficia su cualidad recíproca” (Vega, 2023: 14). Es así como comprobamos, una y otra vez, que en nuestras arpilleras se entretejían más que historias y metáforas. Como nuestra querida Pilar Noches, compañera del colectivo, nos ha enseñado, “...son bienzas más que malezas y nos muestran la abundancia de la Naturaleza...” aludiendo específicamente al diente de león, tan común en los campos y ciudades, en el que encontramos medicina y alimento y un espacio común para nutrir relatos de vida a través de los cuales conectar intergeneracionalmente y relevar la importancia del cuidado de todo lo vivo, recuperando así una ética que nunca debimos haber perdido.

Foto 1: Encuentro de elaboración de arpilleras vía zoom



Fuente: Registro Agrupación Arpillersitas de Angachilla

Desde este espacio de intimidad sorora⁹ (Lagarde y De los Ríos, 2006) y aprendizaje permanente, fuimos estableciendo relaciones con otras mujeres de otras organizaciones y territorios, que nos permitieron compartir saberes, por una parte, sobre la historia de las arpilleras, así como del uso de plantas medicinales en el territorio. Nos reunimos con Irma Prado, chilena que desde 1973 vive en Bélgica, que colaboró ampliamente en la gen-

9 La sororidad puede ser entendida como “solidaridad femenina. Es la camaradería entre mujeres, el apoyo, la complicidad, el respeto, la colaboración, el aprendizaje, el reconocimiento que se va tejiendo entre mujeres. Admite las alianzas, permitiendo el cambio, la búsqueda de nuevas posibilidades para la eliminación de las opresiones. Donde l* human* no sea algo dado y para siempre. Pero fundamentalmente que subvierta la gramática sexista (Minhot, 2019: 51). Se sostiene que la única forma en la que cada una puede liberarse es si todas las demás se liberan con ella. Por eso, el fin del cuidado es ser, posibilitar la existencia desde la más pura naturaleza ontológica relacional, política y existencial” (Di Stefano, 2020:48).

eración de una red solidaria de comercialización de arpilleras en Europa y que permitió sostener económicamente a mujeres que se dedicaban a su elaboración durante el tiempo de la dictadura. De igual modo, dos *lamngen*¹⁰ de Coñaripe y Jimena Jeréz, etnobotánica, compartieron cariñosamente sus saberes acerca de las propiedades de las plantas desde la cosmovisión mapuche. Es así como nos fuimos entrelazando entre mujeres, arpilleras y plantas, como riachuelos que se entrecruzan y se abren paso como ríos fortalecidos. Estos encuentros nos fueron develando la importancia, tal como refiere Lagarde y De los Ríos (2006: 126):

10 Trato social entre hermanos, hermanas consanguíneas y entre personas pertenecientes al mismo pueblo. En la cultura mapuche es un trato social entre mujeres, también entre hombre y mujer.

sumar y crear vínculos. Asumir que cada una es un eslabón de encuentro con muchas otras y así de manera sin fin. Al pactar el encuentro político activo tejemos redes inmensas que conforman un gran manto que ya cubre la tierra, como el que pintara Remedios Varo. La sororidad es un pacto político entre pares (...) Al actuar así, las mujeres ampliamos nuestras coincidencias y potenciamos nuestra fuerza para vindicar nuestros deseos en el mundo.

El trabajo íntimo con las plantas medicinales nos permitió ir abordando y reflexionando críticamente acerca de diversos temas, sobre todo considerando el contexto de crisis sanitaria y económica en la que nos encontrábamos en ese momento, a saber, la importancia de la soberanía alimentaria y medicinal, así como de los vínculos afectivos y comunitarios para sostenernos día a día. Se tornó evidente la relevancia del autocuida-

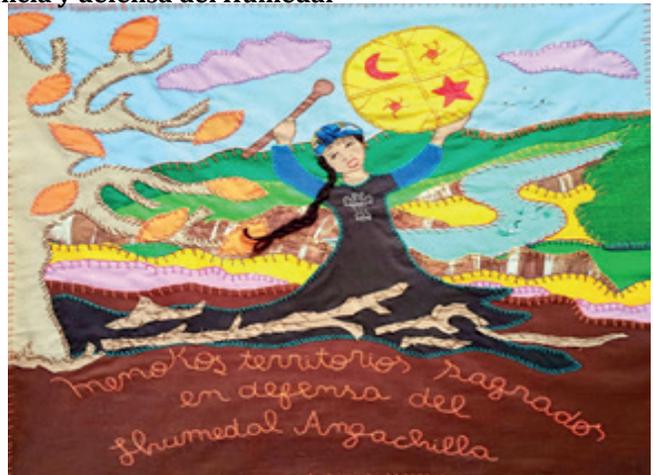
do y cuidado mutuo, no sólo hacia nosotras, sino que también hacia nuestro entorno, reafirmando así nuestro compromiso por la defensa del Humedal Angachilla en tanto reservorio de vida, alimentación y sanación. Eso hizo que se volviera patente que el bienestar colectivo se encuentra indisolublemente imbricado al cuidado del territorio. En este contexto, el arte de las arpilleras no sólo nos permitió sostenernos y urdirnos en nuestras historias y recuerdos, sino que se transformó en una herramienta política de denuncia y reivindicación del Humedal, en tanto ecosistema ancestral que debe ser resguardado, tal como lo demuestran los siguientes trabajos:

El convencimiento de la necesidad de compartir el saber (intercambiado y aprendido) sobre las plantas medicinales, así como de la importancia de concientizar sobre el valor que el Humedal de Angachilla tiene para la comunidad en su conjun-

Foto 2 y 3: Arpillera de denuncia y defensa del Humedal



Fuente: Sofía Naranjo* y Liliana Peña*



* Sofía Naranjo Schmidt, nos reafirma el poder del relato textil, denunciando a través de su arpillera la violencia del proyecto inmobiliario, compartiendo así su reflexión crítica respecto de la amenaza del Santuario Humedal que tanto ha defendido la comunidad.

** Liliana Rosa Peña, refleja en su arpillera a la Machi (autoridad ancestral de la cultura mapuche) tocando su kultrún (tambor ceremonial) en defensa del Humedal Angachilla (Menoko) en tanto lugar sagrado de ceremonia mapuche.

to, nos llevó a presentar, casi dos años después, un nuevo proyecto, pero esta vez focalizándonos en preescolares de dos Jardines Infantiles y alumnos/as de dos Escuelas del sector. Es así como el aprendizaje sembrado en nuestros corazones, germinó para seguir compartiéndose, esta vez con los/as pichikeche¹¹ del territorio.

De la experiencia íntima a ir abriendo camino hacia la educación transformadora en el territorio

Durante el año 2023 y como continuación al proyecto desarrollado en el 2020, gracias al financiamiento del Programa de Apoyo a las Buenas Prácticas en Participación Ciudadana y Fortalecimiento Comunitario en Atención Primaria de Salud, del Departamento de Salud Municipal de Valdivia, pudimos seguir profundizando en el rescate de saberes en torno al uso y propiedades de las plantas medicinales y prácticas interculturales en el territorio, centradas en el mutuo-cuidado y la participación social para la promoción de salud y bienestar colectivo. En el marco de este nuevo proyecto realizamos diversas acciones, a saber, sistematizar nuestro conocimiento sobre las plantas medicinales y árboles del territorio, así como traspasar los saberes a preescolares y alumnos/as del sector por medio de la elaboración conjunta de material que pudiera quedar posteriormente a disposición de la comunidad.

En cuanto a la sistematización de nuestros saberes, un importante paso fue materializar la obra *Recetario del Alma: Botica de la Madre Naturaleza*, un libro que entrelaza nuestras historias personales, relatadas en texto y arpillera, con los saberes y prácticas de cuidado ancestrales de mu-

jes y familias de nuestro territorio. Este proceso de creación significó un hermoso y potente ejercicio de integración de nuestras vivencias afectivas con el conocimiento transmitido oralmente por varias generaciones. Es así como en el libro se recopilan 24 especies de plantas y árboles que han acompañado desde tiempos inmemorables nuestras existencias y que han sido parte importante de nuestras historias, tal como lo testifican cada una de las arpilleras y relatos personales que sostienen y se entretajan con los retazos de telas hechas testimonio. Tal como refiere Carolina Vega en el prólogo del libro:

si bien (las integrantes de la Agrupación) ponen a disposición un Recetario que recopila los usos de plantas medicinales, también entregan una suerte de bitácora cuyo predominio del yo advierte sobre la honestidad de lo narrado. El afán documental de cada arpillera subraya hitos en sus experiencias individuales, volviéndose ecos de cierta historiografía nacional. Puntada a puntada, estos tapices cuentan sobre la maternidad, la migración campo ciudad, la distancia respecto a los centros de salud pública, los dominios femeninos, y un tipo específico de infancia. El ingreso de las hierbas al léxico familiar también consigna un gesto político, y de clase. Cada recomendación se atrinchera en la retina, en una mixtura entre las plantas, la experiencia conjunta y el tiempo textil. Accedemos a una coralidad femenina que, junto con rescatar el saber, valorarlo y compartirlo, celebra su raigambre campesina: las mujeres laten al unísono de la tierra. Se trata de un conocimiento secreto, basado en la observación in situ, donde el cuidado oficia su cualidad de viceversa (2023:11).

Esta experiencia encarnada y sistematizada (Pons Rabasa, 2019) se conformó en la base sobre la cual compartimos nuestros conocimientos a las

¹¹ Palabra en mapuzungún que significa niños/as, literalmente significa "gente pequeña".

nuevas generaciones del territorio, siendo central para esto: la articulación territorial, la elaboración de una metodología situada y el entramado comunitario como soporte de nuestra praxis (Gutiérrez, 2020). Es así como, a través del Centro Comunitario de Salud Familiar (CESCOSF) Los Alerces, establecimos contacto con dos Jardines Infantiles y dos Escuelas del sector (Establecimiento Educativo San Nicolás y Escuela Angachilla) con las que ya habíamos realizado actividades anteriormente. En el caso de los Jardines Infantiles, las actividades realizadas se efectuaron en el marco del mes de la infancia en el Centro de Salud Familiar (CESFAM) Angachilla y del primer Trafkintu organizado por la Agrupación Huerto Ecológico Ñuke Mapu en el CECOSF Los Alerces. Para la realización de estas actividades, el trabajo en red impulsado previamente desde el centro de salud del territorio, fue y ha sido de vital importancia en tanto ha favorecido que las organizaciones del sector podamos vincularnos directamente, potenciándose así nuestra capacidad de agencia y trabajo conjunto. Esto ha permitido validar nuestros saberes y conocimientos –así como el de mujeres de otras agrupaciones- en tanto agentes de cambio y educadoras, avanzándose –de este modo- a una “política del lugar” (Harcourt y Escobar, 2002), la que puede ser entendida como un conjunto de acciones que, a través de las organizaciones sociales, políticas o movimientos, buscan transformar su entorno. Estas propuestas de transformación, tal como refiere Tamayo (2016), emergen desde los conocimientos, recursos y creatividad de las mujeres en sus propias comunidades, dando vida a nuevos lugares y formas de relación en el territorio, señalándose al respecto que:

(...) la hermandad entre mujeres, donde se fortalecen lazos de amistad y confianza, se puede compartir, acompañar, y luchar en una actitud

de cambio que transforme positivamente sus vidas. Es el apoyo, la complicidad, el respeto, la acogida, la colaboración, el aprendizaje, el reconocimiento que se va tejiendo entre mujeres. Mujeres que hacen alianzas, que se comprometen a cambios, que desean construir nuevas posibilidades y luchan para una eliminación social de todas las opresiones, generando “el apoyo mutuo para lograr el poderío genérico de todas y el empoderamiento vital de cada mujer” (p. 3).

Otro elemento central para la transmisión de esta experiencia encarnada a las nuevas generaciones fue la creación de diversas metodologías situadas que permitieron anclar el aprendizaje de los/as niños/as y jóvenes al territorio en el cual habitamos (Haraway 1991). Con los/as más pequeños/as realizamos una sesión con el mapa textil (arpillera de gran formato (1.50 * 2.00 m) que representa el Humedal Angachilla (Foto 4 y 5). Esta cartografía la utilizamos como soporte para contar –a través de objetos textiles- nuestras experiencias cotidianas en este espacio. De esta forma, buscamos relevar la importancia del Humedal en tanto reservorio de vida, sanación y socialización. En este sentido, nuestros relatos se transformaron en un impulso para que los propios/as niños/as pudieran crear sus historias cargadas de afectos, lo cual evidenció la interdependencia entre las memorias cotidianas individuales y la memoria colectiva que se va forjando en tanto comunidad que habita aledaña al Humedal de Angachilla. De este modo, la arpillera como soporte se transformó en una plataforma que favoreció la convergencia de relatos, tanto en su construcción como en la manipulación de los distintos personajes, y propició una aproximación lúdica para fortalecer el derecho, así como la posibilidad de jugar con la palabra (Vega, 2023).

Fotos 4 y 5: Talleres con niños y niñas preescolares del territorio



Fuente: Registro Agrupación Arpilleristas de Angachilla

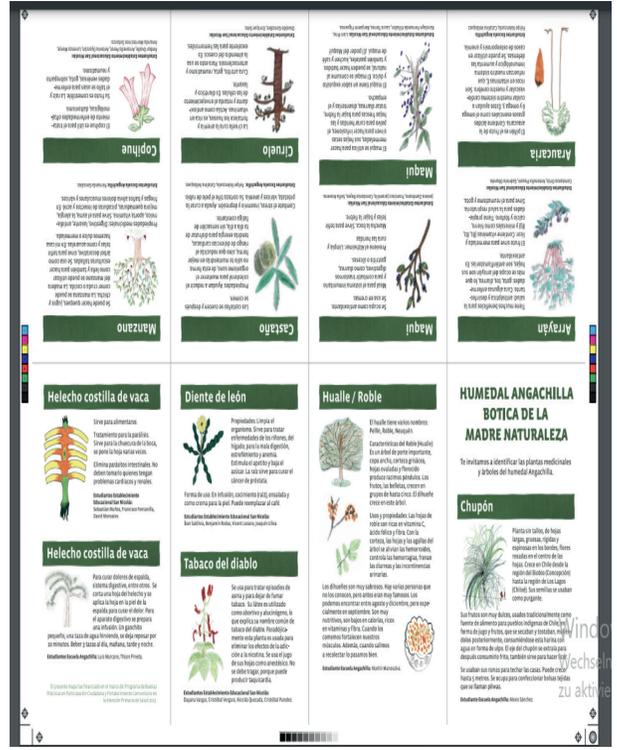


Junto con lo anterior, con los/as alumnos/as mayores de la Escuela Angachilla y el Establecimiento Educacional San Nicolás, realizamos un recorrido guiado por el Humedal Angachilla (Parque Comunitario La Punta) con el objetivo de promover una relación directa con las diferentes especies que crecen en este ecosistema. Es así como a través de la observación in situ, la reflexión, el diálogo amoroso, la construcción colectiva de saberes y la vinculación intergeneracional propiciamos una instancia de encuentro y aprendizaje que permitió que los/as estudiantes fueran reconociendo las diferentes plantas medicinales y árboles, así como las propiedades y usos que las propias mujeres de la Agrupación les otorgan. Esta propuesta de enseñanza-aprendizaje resuena ampliamente con los planteamientos de la ética del cuidado. Es decir, la praxis política que traslada al espacio público (fuera de lo doméstico) los conocimientos que han sido compartidos y comunicados generacionalmente entre las mujeres y que responden a lógicas y prácticas de aprendiza-

je fuera de los esquemas hegemónicos, colocando en el centro la propia experiencia, así como el aprender haciendo (Guzmán y López, 2022).

En coherencia con esto, el primer encuentro, sirvió de base para la generación de fichas comunitarias realizadas por los/as propios/as estudiantes, quienes hicieron un registro de la información que consideraron relevante sobre las plantas y alimentos identificados. Este trabajo nos permitió reflexionar acerca de la riqueza del territorio que habitamos, el potencial nutritivo, terapéutico y de autoatención en salud; las posibles estrategias de protección y conservación, al igual que reconocer la relevancia de su presencia en un ecosistema biodiverso. Las siguientes imágenes (Fotos 6 y 7) muestran el mapa informativo (de 40 * 50cm) elaborado que contiene los dibujos, así como la información registrada. Este material fue entregado a los/as estudiantes y quedará a disposición de la comunidad en general para ser utilizado en futuras instancias educativas y de socialización.

Fotos 6 y 7: Mapa del Humedal Angachilla con plantas y árboles identificados por los/as estudiantes



Fuente: Registros Agrupación Arpilleristas de Angachilla

En este contexto, creemos que nuestra praxis ha sido sostenida, a la vez que ha ido fortaleciendo el entramado comunitario. Entendemos a este último como los lazos que vamos construyendo y reconstruyendo a lo largo de nuestras vidas, y que se basan en el respeto o la colaboración, la dignidad, el cariño y la reciprocidad (Gutiérrez, 2020). Hemos sido testigos, en cada uno de estos encuentros y experiencias, de las tramas comunitarias que sostienen la vida material y simbólica cotidiana. El lenguaje textil nos ha permitido la creación, construcción colectiva y regeneración de vínculos y del tejido social al apoyar procesos de salud, educativos, de revitalización cultural, diálogo intergeneracional y cultivo del buen

vivir. Esto nos permitió imaginar un horizonte de transformación que se cimienta en el trabajo comunitario de servicio, colectivo y creativo, como fuente primordial de la capacidad de producción y cuidado de lo común (Gutiérrez, 2020). En este sentido, en estos cuatro años las arpilleras y el material elaborado son un testimonio de estos saberes, junto a un entramado de vivencias íntimas que nos conectan con una afectividad, a veces intangible, presente en la palabra cotidiana, el cariño y dedicación de madres, padres, abuelas y abuelos, en nuestras infancias y vida adulta. Afectividad que hemos reconocido tejiendo sororidad entre nosotras que se extiende a una ética del cuidado. Afectos y acciones de cuidado que

han trascendido los vínculos sanguíneos y que nos hablan del valor de lo común y que nos invitan a celebrar y respetar la vida en sus múltiples tramas, aquellas en las que nos sostenemos. Y nos llaman a hacernos una con el paisaje, encarnando el cuidado y la protección de todas las formas de vida que habitan la Ñuke Mapu.

4. Conclusiones: Aprendizajes, reflexiones y desafíos a partir de la praxis

La organización y la autogestión han permitido recrear el tejido social y el traspaso entre generaciones que son parte de un mismo territorio. Menéndez define los procesos de autoatención en salud como un conjunto de saberes, de representaciones y de prácticas sociales de las cuales, tanto sujetos como grupos, se valen para diagnosticar y comprender las formas de “controlar, aliviar, soportar, curar y solucionar o prevenir los procesos que afectan su salud en términos reales o imaginarios” -esto sin necesariamente tener una intervención profesional- (Menéndez, 2018:106). En nuestro trabajo y encuentro colectivo hemos podido reconocer un diálogo de saberes y un pluralismo terapéutico que se nutre y transforma de manera permanente gracias a la existencia de agentes comunitarios de salud y activa participación social que imbrican conocimientos ancestrales y populares que fortalecen el cuidado mutuo de una comunidad consciente de la soberanía que se construye en su territorio.

El Modelo de Activos para la Salud (AS) propone como estrategia para la promoción de la salud un enfoque comunitario, esto es, promoviendo que las personas, familias y comunidades aumenten el control sobre su salud y bienestar, aprovechando

al máximo sus fortalezas, talentos y habilidades (Pasarín y Díez, 2013; Cofiño et al, 2016; Morgan y Mena, 2013). Morgan y Ziglio (2007) definieron a los activos para la salud como factores o recursos capaces de mantener o mejorar la salud y el bienestar de las personas, las comunidades y poblaciones. Un sistema de salud que se nutre de un enfoque familiar y comunitario, al igual que realiza la presencia de redes de organización formal y no formal de base territorial en las que las personas se apoyan y acompañan en la realización de cambios en sus estilos de alimentación, de actividad física, aprendizaje de habilidades, socialización, entre otros, puede favorecer no sólo mejores condiciones de salud individual, sino el bienestar colectivo, revaloración de las riquezas de su entorno y la resignificación de la identidad barrial y territorial.

Durante estos años, hemos podido evidenciar con creces la existencia de activos para el buen vivir comunitario en el territorio de Angachilla. Más aún, hemos sido testigos privilegiadas de saberes y haceres plurales, que han aportado a nuestros procesos individuales y colectivos. Como relata Lorena Cabnal (2010), las mujeres a partir de tantas violencias tenemos muchas veces desconectado, roto nuestro hilo sanador, pero empezamos a recuperarlo cuando recuperamos el sentido de comunidad, desde el hacer y el compartir, desde las experiencias contadas en primera persona a partir de las cuales se construyen saberes y haceres colectivos que procuran redignificar la vida en todas sus formas. Sanamos con la energía vital de la ternura entre mujeres y con la Madre Tierra porque esa convocatoria de ternura con la naturaleza es un acto sanador - simbólico potente.

Referencias bibliográficas

- AGOSÍN, M. (1985). “Agujas que hablan: Las arpilleristas chilenas”. *Revista Iberoamericana*, Vol 51, N°132.: 523-529.
- AGUDELO, A; JIMENEZ, L.; ZAPATA, S.; OSPINA, V. (2020) Colección Diálogo de Experiencias Vivas # 1: Metodologías de sistematización de experiencias. Universidad Autónoma Latinoamericana. Universidad de Antioquia. Fundación Confiar. <https://bibliotecadigital.udea.edu.co/handle/10495/22659>
- AGRUPACIÓN ARPILLERISTAS DE ANGACHILLA (2023) *Recetario del Alma: Botica de la Madre Naturaleza*. Trafún Ediciones.
- BACIC, R. (2008). Arpilleras que claman, cantan, denuncian e interpelan. Hechos del callejón, *Revista del Programa Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD)*, 20-22.
- BENAVIDES, M; RIQUELME, J. (2012) *Las Arpilleras de la memoria*. Muestran, denuncian y recuperan. <https://www.forumarpilleres.cat/2012/10/conferencia-las-arpilleras-de-la.html> (consulta 26 de noviembre de 2023).
- BERNEDO, K. (2011). *Mama quilla: los hilos (des) bordados de la guerra: arpilleras para la memoria*. Tesis de magíster, Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima.
- CABNAL, L. (2010) *Acercamiento a la construcción de la propuesta de pensamiento epistémico de las mujeres indígenas feministas comunitarias de Abya Yala*. En: ACSUR Las Segovias, *Feminismos diversos: feminismo comunitario*. <https://elizabethruano.com/wp-content/uploads/2019/07/Cabnal-2010-Propuesta-de-Pensamiento-Epistémico-Mujeres-Indigenas.pdf> (consulta 14 de enero de 2024).
- CALIXTO-ROJAS, A. (2022) *Pulso autoetnográfico: La urgencia de un enfoque afectivo para la antropología social*. En: En González Marín A. et al. (eds.) *Etnografías afectivas y autoetnografía. Tejiendo nuestras historias desde el Sur*. Textos del Primer Encuentro Virtual 2022. Serie de publicaciones autogestivas (1ª ed., pp. 57-69). Investigación y diálogo para la autogestión social. <https://generoymetodologias.org/media/publicaciones/archivos/EtnografiasAfectivas.pdf> (consulta 14 de enero de 2024).
- PAUTA LOS RÍOS (20 de septiembre 2023) *Conmemoran 50 años del Golpe de Estado con taller de arpilleras*. <https://pautalosrios.cl/conmemoran-50-anos-del-golpe-de-estado-con-taller-de-arpilleras/> (consulta 25 de noviembre de 2024).
- COFIÑO, R.; AVIÑÓ, D., BENEDÉ, C.; BOTELLO, B.; CUBILLO, J.; MORGAN, A.; PAREDES-CARBONELL J. y HERNÁN, M. (2016) *Gaceta Sanitaria*, “La salud pública y las políticas de salud: del conocimiento a la práctica. Informe SESPAS 2016”. vol. 30. Núm. S1: 93-98.
- DI STEFANO, O. (2020). El pacto de sororidad como estructura fundamental en la construcción de una comunidad solidaria. En: *Heterocronías. Feminismos y Epistemologías Del Sur*, 2(2): 44–61. <https://revistas.unc.edu.ar/index.php/heterocronias/article/view/31637> (consulta 14 de enero de 2024).
- ESCOBAR, A. y HARCOURT, W. (2002) *Lugar, política y justicia: las mujeres frente a la globalización*. En *Desarrollo*, núm. 45.
- FERNÁNDEZ-CAMACHO, M. (2021) *Una metodología militante: “Parar Para Pensar”*. En *LiminaR. Estudios Sociales y Humanísticos*, vol. XIX, núm. 1, enero-junio de 2021, pp. 17-29.
- GUTIÉRREZ, R. (2020) *Producir lo común. Entramados comunitarios y formas de lo político*. En *Re-visiones* N°. 10: 202. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7742076> (consulta 06 de enero de 2024).
- GUZMÁN, S; LÓPEZ, S. (2022) *La ética del cuidado*

- como forma de organización política feminista en Costa Rica. En *Revista Latinoamericana de Derechos Humanos* Volumen 33 (2), II Semestre 2022, pp. 165-184.
- HARAWAY, D. (1991). *Ciencia, cyborgs y mujeres: la reinención de la naturaleza*. Ediciones Cátedra, Universitat de Valencia, Instituto de la Mujer.
- LAGARDE, M. Y DE LOS RÍOS, M. (2006). Pacto entre mujeres. *Sororidad. Aportes para el debate*. (Coordinadora Española para el lobby europeo de mujeres), 123-135.
- MENÉNDEZ, E. (2018). Autoatención de los padecimientos y algunos imaginarios antropológicos. *Desacatos*, 58, 104-113. <https://www.scielo.org.mx/pdf/desacatos/n58/2448-5144-desacatos-58-104.pdf> (consulta 09 de diciembre de 2023).
- MINHOT, L. (2019). Ontología y feminismo. Em *Construção: arquivos de epistemologia histórica e estudos de ciência* (5). <https://doi.org/10.12957/emconstrucao.2019.40985> (Consulta el 06 de enero de 2024).
- MORGAN, A. y MENA A. (2013) *Formación en salutogénesis y activos para la salud* Escuela Andaluza en Salud Pública. <https://www.easp.es/project/formacion-en-salutogenesis-y-activos-para-la-salud/> (Consulta el 26 de noviembre de 2023).
- MORGAN, A. y ZIGLIO E. (2007) *Revitalising the evidence base for public health: an assets model*. *Promotion and Education*. 2007; Suppl 2: 17-22.
- PASARIN, M. I. y DIEZ, E. (2013) “Salud comunitaria: una actuación necesaria”, *Gaceta Sanitaria*, vol. 27. Núm. 6: 477-478.
- PÉREZ, A.; VIÑOLO, M. (2010). “Las arpilleras, una alternativa textil femenina de participación y resistencia social”. En Gregorio, C. 2010. *¿Por qué tienen que decir que somos diferentes? Las mujeres inmigrante, sujetos de acción política*. Granada. Universidad de Granada. http://done-spauseguretat.cat/arpilleresescolapau/wp-content/uploads/2020/12/arpilleras_alba_maria.pdf (consulta 06 de enero de 2024).
- PIBERNAT-MIR L., VENTURA-GARCÍA, L., SILVA-CASTRO, MM. (2013) *La farmacia comunitaria: atención en salud y pluralismo asistencial*. *Revista de la Organización de Farmacéuticos Ibero-Latinoamericanos*, 23;4:152-163. https://ilaphar.org/wp-content/uploads/2014/01/farmacia_comunitaria.pdf (consulta 27 de noviembre de 2023).
- PONS REBASA, A. (2019) *Desafíos epistemológicos en la investigación feminista: hacia una teoría encarnada del afecto*. En *Debate Feminista* 57: 134-155.
- TAMAYO, J. (2016) *Construyendo una pedagogía de la sororidad desde la Casa Cultural Tejiendo Sororidades de Cali (Colombia)*. En: *La manzana de la discordia*, vol. 11, No. 2: 29-45
- VEGA, C. (2023) *Prólogo en Agrupación Arpilleras de Angachilla*. *Recetario del Alma: Botica de la Madre Naturaleza*. Trafún Ediciones. Pp. 8-15.