



# PENSAR EL FUTURO DE MÉXICO

COLECCIÓN CONMEMORATIVA DE LAS REVOLUCIONES CENTENARIAS

---

## La salud en México

Ma. de Consuelo Chapela Mendoza

Ma. Elena Contreras Garfias  
coordinadoras





# LA SALUD EN MÉXICO

| Pensar el futuro de México |  
COLECCIÓN CONMEMORATIVA DE LAS REVOLUCIONES CENTENARIAS

Primera edición: 15 de septiembre de 2011

D.R. © Universidad Autónoma Metropolitana  
UAM-Xochimilco  
Calzada del Hueso 1100  
Col. Villa Quietud, Coyoacán  
C.P. 04960 México, DF.

ISBN: 978-607-477-556-3

ISBN de la colección: 978-607-477-287-6

Impreso y hecho en México / Printed and made in Mexico

# LA SALUD EN MÉXICO

Ma. del Consuelo Chapela Mendoza  
Ma. Elena Contreras Garfias  
Coordinadoras



Casa abierta al tiempo

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA

UNIDAD XOCHIMILCO División de Ciencias Sociales y Humanidades



Casa abierta al tiempo

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA

*Rector general*, Enrique Fernández Fassnacht

*Secretaria general*, Iris Santacruz Fabila

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA

UNIDAD XOCHIMILCO

*Rector*, Salvador Vega y León

*Secretaria de la Unidad*, Beatriz Araceli García Fernández

DIVISIÓN DE CIENCIAS SOCIALES Y HUMANIDADES

*Director*, Jorge Alsina Valdés y Capote

*Secretario académico*, Carlos Alfonso Hernández Gómez

*Jefe de la Sección de Publicaciones*, Miguel Ángel Hinojosa Carranza

DIVISIÓN DE CIENCIAS BIOLÓGICAS Y DE LA SALUD

*Director*, Fernando de León González

*Secretaria académica*, Georgina Urbán Carrillo

PENSAR EL FUTURO DE MÉXICO.

COLECCIÓN CONMEMORATIVA DE LAS REVOLUCIONES CENTENARIAS

*Coordinador general*, José Luis Cepeda Dovala

*Secretario*, Miguel Ángel Hinojosa Carranza

CONSEJO EDITORIAL

*Presidente*, José Luis Cepeda Dovala

Ramón Alvarado Jiménez / Roberto Constantino Toto / Sofía de la Mora Campos

Arturo Gálvez Medrano / Fernando Sancén Contreras

COMITÉ EDITORIAL

Ramón Alvarado Jiménez / Jorge Iván Andrade Narváez

José Luis Cisneros / Francisco Luciano Concheiro Bórquez

Roberto Eibenschutz Hartman / Francisco Javier Esteinou Madrid

Luis Adolfo Esparza Oteo Torres / José Flores Salgado

Alejandro Gálvez Cancino / Arturo Gálvez Medrano

Raquel Adriana García Gutiérrez / Patricia Gascón Muro

Etelberto Ortiz Cruz / Mario Ortega Olivares

Silvia Radosh Corkidi / Ernesto Soto Reyes Garmendia

Salvador Vega y León / Luis Miguel Valdivia Santa María

ASISTENCIA EDITORIAL

Irais Hernández Güereca (diseño de portada)

Varinia Cortés Rodríguez

# ÍNDICE

|  |    |
|--|----|
| Presentación .....                           | 9  |
| <i>Salvador Vega y León</i>                  |    |
| <i>Jorge Alsina Valdés y Capote</i>          |    |
| <i>Fernando de León González</i>             |    |
| <i>José Luis Cepeda Dovala</i>               |    |
| Introducción                                 |    |
| La salud en México: ayer, hoy y mañana ..... | 11 |
| <i>Ma. del Consuelo Chapela</i>              |    |
| <i>Ma. Elena Contreras</i>                   |    |
| <i>Alejandro Cerda</i>                       |    |
| <i>Samuel González</i>                       |    |

## PRIMERA PARTE

### Conceptos de salud en el siglo XX

|   |    |
|---|----|
| Éthos médico y <i>techné</i> .....  | 35 |
| <i>Manuel Outón Lemus</i>   |    |
| Concepciones sobre la salud, la enfermedad<br>y el cuerpo durante los siglos XIX y XX ..... | 51 |
| <i>Sergio López</i>   |    |
| <i>Consuelo Chapela</i>   |    |
| <i>Gilberto Hernández</i>   |    |
| <i>Alejandro Cerda</i>  |    |
| <i>Manuel Outón</i>   |    |

## SEGUNDA PARTE

### Situación y respuesta ante los problemas de salud y enfermedad

|  |     |
|--|-----|
| Determinantes sociales y salud-enfermedad en México.<br>Cambios, rupturas y perspectivas ..... | 93  |
| <i>Olivia López Arellano</i>   |     |
| <i>José Alberto Rivera Márquez</i>   |     |
| <i>José Blanco Gil</i>   |     |
| Endemias y epidemias, una constante en el México<br>de los siglos XIX y XX .....               | 125 |
| <i>Margarita Castillejos Salazar</i>   |     |



|   |     |
|---|-----|
| Salud y epidemias de la región bucal .....  | 145 |
| <i>Ma. Esther Irigoyen Camacho</i>  |     |
| <i>Adalberto Mosqueda Taylor</i>  |     |
| La alimentación infantil en el siglo XX.<br>Un recuento crítico en torno a leyes, programas<br>y acciones públicas en salud en México ..... | 167 |
| <i>Ma. del Pilar Torre Medina</i>   |     |
| <i>Montserrat Salas Valenzuela</i>  |     |
| Atención a la salud. Modelos institucionales y alternativos .....   | 193 |
| <i>Catalina Eibenschutz Hartman</i>   |     |
| <i>Silvia Tamez González</i>  |     |
| <i>Iliana Camacho</i>   |     |
| Formación y práctica de profesionales de la salud:<br>una mirada a su historia en México .....  | 221 |
| <i>Edgar Carlos Jarillo Soto</i>  |     |
| <i>Manuel Outón Lemus</i>   |     |
| <i>Addis Abeba Salinas Urbina</i>   |     |

#### TERCERA PARTE

#### Determinantes sociales de la salud y la enfermedad

|  |            |
|--|------------|
| <b>La desigualdad socioeconómica en salud: un problema<br/>persistente en la sociedad mexicana .....</b>                       | <b>249</b> |
| <i>Luis Ortiz-Hernández</i>  |            |
| <i>Diana Pérez Salgado</i>   |            |
| La violación de los derechos laborales y de salud<br>de los trabajadores en México .....                                       | 277        |
| <i>Mariano Noriega Elío</i>  |            |
| <i>Rosario Velasco Tenorio</i>   |            |
| <i>Luis Manuel Pérez H. Pantoja</i>  |            |
| <i>Jesús Gabriel Franco Enríquez</i>   |            |
| Reflexiones sobre discriminación y salud .....   | 303        |
| <i>María de los Ángeles Garduño Andrade</i>  |            |
| <i>José Arturo Granados Cosme</i>  |            |
| <i>Addis Abeba Salinas Urbina</i>  |            |
| <i>Carolina Tetelboin Henrion</i>  |            |
| Contexto y prácticas sociales violentas: su influencia<br>en la formación de subjetividades y de vínculos en la sociedad ..... | 327        |
| <i>Mario Campuzano Montoya</i>   |            |
| <i>Leticia Cufre Marchetto</i>   |            |
| <b>Perspectivas: hacia el logro de salud universal en México .....</b>   | <b>349</b> |
| <i>Luis Felipe Bojalil</i>   |            |
| <i>Ma. del Consuelo Chapela</i>  |            |
| <i>Ma. Elena Contreras</i>   |            |
| Los autores .....  | 367        |

## PRESENTACIÓN

Presentamos *Pensar el futuro de México*. Colección conmemorativa de las revoluciones centenarias como parte de la celebración del bicentenario de la Independencia de México y del centenario de la Revolución Mexicana. En reconocimiento de la trascendencia de aquellos dos hechos históricos para la determinación de la realidad contemporánea de nuestro país, los volúmenes que integran esta colección abordan diversos aspectos sociales, económicos, políticos, culturales e institucionales considerados centrales en el desempeño de la sociedad mexicana actual.

El objetivo de la obra en su conjunto es la elaboración de un análisis crítico que permita la mejor comprensión de la realidad contemporánea y facilite un balance de lo que hasta el momento se ha logrado y de cómo deberán afrontarse los nuevos desafíos previstos en el futuro.

Cada volumen de la colección ofrece la visión histórica de un tema, explica las circunstancias actuales de nuestra nación sirviéndose de los hechos pasados considerados relevantes en la conformación del México de hoy, y presenta alternativas para superar tanto los retos del presente como aquellos que ya pueden ser avizorados en el desarrollo histórico de nuestro país. La colección pretende hacer no sólo una revisión descriptiva del pasado, sino una reflexión equilibrada acerca de las fortalezas que posee nuestra sociedad y de aquellas que debe propiciar para esbozar un proyecto de nación en el que se privilegie el bien común en un régimen de respeto a las libertades, las diferencias y los derechos civiles de los ciudadanos.

*Salvador Vega y León*  
Rector de la Unidad

*Fernando de León González*  
Director de la DCBS

*Jorge Alsina Valdés y Capote*  
Director de la DCSH

*José Luis Cepeda Dovala*  
Coordinador general de la Colección



## INTRODUCCIÓN

### La salud en México: ayer, hoy y mañana

**E**ste volumen de la colección “Pensar el futuro de México”, concebida en la División de Ciencias Sociales y Humanidades de la Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco con motivo del bicentenario de la Independencia de México y el centenario de su Revolución, habla sobre un nudo problemático en el que se entrelazan todos los aspectos de la vida, situación y condición humana; sobre la posibilidad básica de la existencia a partir de la práctica y la *praxis* en el mundo, la construcción de la historia y el proyecto humano. En el contexto de un mundo dominado por el dios del mercado, donde se estila olvidar el pasado y el futuro, *La salud en México* aporta elementos para recordar que el presente no es más que lo que nos es dado como orientación en el mapa espacio-temporal que se dibuja entre el pasado que alcanzamos a mirar y el futuro que permite dotar de sentido la acción humana; en la volatilidad del presente sucede la carnalidad del sufrimiento de personas particulares, de conjuntos sociales particulares, sufrimiento que se genera y profundiza con la limitación, intencionada o no, del ejercicio de sus facultades saludables.

Un primer aspecto a considerar para la lectura de este libro es el entendimiento de la salud y su relación con la enfermedad en un contexto de dominio, consumado en el siglo XX, de las concepciones cartesianas de la biomedicina sobre otras posibilidades de entendimiento de la condición saludable, y del modelo económico neoliberal sobre la misma biomedicina. Las concepciones cartesianas de enfermedad se han constituido en lo

que Bachelard llamó “obstáculo epistemológico”,<sup>1</sup> que, por un lado, limita al campo científico-médico la posibilidad de construcción de conocimiento amplio alrededor de la salud y, por otro, este conocimiento limitado se presenta ante la población como verdad incuestionable conducente a la obediencia y consumo de los productos materiales y simbólicos de ese campo. Como documentan López Moreno y colaboradores en este libro, durante el siglo XX el obstáculo cartesiano fue superado por amplios grupos de la comunidad científica internacional en los campos de las ciencias sociales y las humanidades. También durante el siglo XX, en el ya clásico texto de Thomas McKeown<sup>2</sup> se cuestionó la participación de la biomedicina como determinante de los cambios en los perfiles de mortalidad en contraparte con los cambios sucedidos en las condiciones sanitarias y de empleo. Sin embargo, en el campo de la salud, la búsqueda de su entendimiento –que requiere del estudio de los enlaces entre la materialidad y la subjetividad, entre el ser individual y el ser social, constitutivos del ser humano– no ha sido liberada de las perspectivas cartesianas que la atan al estudio casi exclusivo de la biología de las enfermedades y la tecnología preventiva, diagnóstica y terapéutica. Actualmente la permanencia de este obstáculo epistemológico para el entendimiento de la salud es conveniente a la industria y al mercado internacionales de la enfermedad, que se benefician de la posibilidad interminable de diseño y venta de productos de distintos grados de sofisticación y precio. A pesar de la fuerza de la dominación del mercado, la constatación de –y descontento por– la incongruencia entre el discurso médico dominante y el descobijo de amplios sectores de la población, aunque con al menos un siglo y medio de retraso, obligó al reconocimiento oficial de la producción social de las enfermedades en 2005.<sup>3</sup> Hasta el momento, la acción discursiva de este reconocimiento, a juzgar por lo que se expresa en las políticas y distribución del presupuesto nacio-

<sup>1</sup> G. Bachelard, *La formación del espíritu científico*, Siglo XXI Editores, México, 1987; P.L. Berger y T. Luckman, *La construcción social de la realidad*, Amorrortu, Argentina, 1976.

<sup>2</sup> Th. McKeown, *El papel de la medicina: ¿sueño, espejismo o némesis?*, Siglo XXI Editores, México, 1982.

<sup>3</sup> O. López-Arellano, J.C. Escudero y L.D. Carmona, “Los determinantes sociales de la salud. Una perspectiva desde el Taller Latinoamericano de Determinantes de la Salud”, *Medicina Social / Social Medicine*, 3(4), Alames, pp. 253-264; OMS, *Comisión de determinantes sociales en salud*, OMS, Ginebra, 2007, y *Comisión de Determinantes Sociales en Salud. Primera actualización: imperativos y oportunidades para el cambio*, OMS, Ginebra, 2005.

nal en México, no ha mostrado el autocuestionamiento al interior del campo de lo que Menéndez ha llamado “medicina hegemónica”.<sup>4</sup>

Hablar de salud requiere de un entendimiento profundo del ser humano —como argumenta Outón en este libro, del *techné* y el *éthos*— y la sociedad en que se construye, del conocimiento, de las relaciones de micro y macro poder y del efecto en el cuerpo físico y en el entorno material, social y simbólico, y de las relaciones entre todo esto. Este entendimiento pasa por la tragedia y virtud humana de ser un individuo en proyecto, quizás completo solamente en la culminación de su vida, marcada por su muerte; un ser sólo posible en la construcción colectiva del proyecto histórico humano. La salud y los efectos que vivir de la manera y en la condición en que se vive tienen sobre el cuerpo físico de personas particulares, sus grupos sociales de referencia y los grandes conjuntos sociales, suceden en procesos y momentos históricos que —como muestran en este libro Garduño y colaboradores, así como Ortiz y colaboradores— se caracterizan por distintas formas de expresión de la desigualdad, la marginación, la exclusión, la pobreza y el sufrimiento. En los capítulos de este libro se ofrecen accesos al entendimiento de esos procesos y momentos, para avanzar en el conocimiento de manera que, saliendo de una racionalidad instrumental para transitar hacia una racionalidad ética en materia de salud —como explican López Moreno y colaboradores en este mismo libro y considerando al *éthos* anterior a la ontología médica, como sugiere Outón en este libro—, permita formular alternativas de cambio.

Hablar de salud en el presente requiere considerar los resultados, posibilidades y limitaciones del ejercicio de la salud individual y colectiva, manifiestos en las condiciones del cuerpo biológico —particularmente en forma de enfermedades— y en las condiciones del ambiente —particularmente en el deterioro e insostenibilidad del ambiente social y biológico que requiere el ser humano para su existencia—, por lo que en este libro se habla de salud y también de enfermedad. En la primera sección de esta obra, “Conceptos de salud en el siglo XX”, se ofrece como contexto de entrada un cuestionamiento desde la ética y la tecnología médica y su uso en el presente, junto con un panorama del desarrollo de conceptos clave para el entendimiento de la salud y la enfermedad.

<sup>4</sup> E. Menéndez, “Saber médico y saber popular: el modelo médico hegemónico y su función ideológica en el proceso de alcoholización”, *Estudios Sociológicos*, núm. 8, UAM-Azcapotzalco, México, 1985, pp. 263-296.

Hablar de la salud y de la enfermedad en México una vez arrancado el siglo XXI –lo que asumimos aquí como “el presente”– es imposible sin pensar en la construcción sociohistórica de la salud en el planeta. Podemos entender la situación de salud en México como un fractal de la situación de la salud planetaria, configurada desde la hegemonía neoliberal. La trayectoria planetaria de la salud puede comprenderse a partir de la forma como un discurso mundial es apropiado de manera diferenciada en distintas regiones y a partir de problemáticas diferenciadas. La perspectiva de la salud hoy en día se ha internacionalizado y ha sido apropiada de manera significativa por el “sur”, esos lugares tanto geográficos como simbólicos que Santos define a partir de su situación de exclusión o subordinación frente a los proyectos dominantes, tanto económicos como políticos.<sup>5</sup> De acuerdo con Santos, los lugares en que se mira desde el sur existen también en los “países desarrollados”, mientras que en el “tercer mundo” bien se puede mirar desde el norte.<sup>6</sup>

Desde este tipo de enfoques para mirar los procesos planetarios, en los que el discurso y las prácticas de la salud no sólo no han sido la excepción sino que se constituyen en el entrecruzamiento de discursos científicos, políticos y económicos, se han generado reflexiones sustantivas sobre algunas de sus premisas, metodologías y formas de utilización en las políticas públicas. De esta manera, el estudio de la trayectoria histórica de la situación actual de salud en México, requiere de examinar cómo los discursos propios se fueron entrelazando con, y finalmente adoptando, los discursos planetarios. Las políticas de salud instrumentadas por la mayor parte de los gobiernos en el mundo cumplen solamente de manera colateral con los mandatos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), mismos que, como documentan López Arellano y colaboradores en este libro, se configuran desde las agencias internacionales que regulan la economía mundial, como el Fondo Monetario Internacional (FMI), la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) o el Banco Mundial (BM), siendo estas últimas centros mayores de control de discursos y decisiones de todo tipo a escala planetaria. Como muestran López Moreno y colaboradores, a partir de posiciones críticas, en contraste con los discursos dominantes en el cam-

<sup>5</sup> B.S. Santos, *Una epistemología del sur*, Clacso-Siglo XXI Editores, México, 2009.

<sup>6</sup> Los términos “países desarrollados” y “tercer mundo” se utilizan aquí entrecomillados por ser polémicos desde su concepción en el contexto hegemónico como manera de ejercer el poder, de diferenciación, inclusión y exclusión de diferentes tipos entre los países.

po internacional de la salud, pueden ubicarse tendencias emergentes que, pensadas desde el “sur”, apuntan a considerar sus vínculos con la potenciación del ejercicio de la capacidad saludable, del fomento de procesos de exigibilidad de derechos, de retomar nuevas consideraciones sobre el cuerpo y de ubicar el ejercicio de la memoria y acción colectiva como ámbito de producción de salud.<sup>7</sup> En los capítulos de este libro el lector o lectora encontrará información y análisis sobre la trayectoria de la salud y la enfermedad, contruidos desde “el norte” y desde “el sur”. En su segunda sección, “Situación y respuesta ante los problemas de salud y enfermedad”, esta obra aborda elementos para entender la trayectoria de la salud en México, construida en el contexto de procesos históricos, económicos, sociales y políticos, lo que permite ubicar la emergencia de los efectos del neoliberalismo sobre la salud, la enfermedad y la atención.

La mirada histórica contenida en algunos capítulos de este volumen –por ejemplo en el de Castillejos, el de Eibenschutz y colaboradores o el de Jarillo y colaboradores– y la mirada en la construcción de políticas –por ejemplo en los capítulos de Torre y Salas y en el de Noriega y colaboradores–, a la vez que muestran el continuo estado de desigualdad y deterioro de la salud y de producción de enfermedades, permiten dudar sobre cuándo se ha presentado el estado de mayor gravedad en estos aspectos en distintos momentos de los últimos dos siglos en México; ¿qué masacres son más graves, las de la pobreza y muerte por acción de la violencia en los periodos independentista y revolucionario o las que vivimos cotidianamente en el presente, como muestran Campuzano y Cufre en este libro?, ¿en qué época se ha violado más la dignidad humana, el cuerpo, las culturas, los saberes? O más bien, ¿hemos entendido la dimensión de la dignidad humana y las acciones que la degradan? Estos cuestionamientos y otros parecidos pueden orientar las investigaciones para desnaturalizar la violencia y consenso social hegemónico, presente en los discursos triunfalistas oficiales nacionales e internacionales. Dicen Borja y Castells:

[...] el objetivo principal [de las políticas de los gobiernos del mundo] será detectar los riesgos con respecto a la salud de la población [...] pero los riesgos no son el resultado de la presencia de un peligro concreto para una

<sup>7</sup> M.C. Chapela y A. Cerda, *Promoción de la salud. Reformulaciones a partir del cuerpo-territorio y la exigibilidad de derechos*, UAM-Xochimilco, México, 2010.



persona o para un grupo de individuos, sino las relaciones de datos generales impersonales o factores de riesgo que hacen más o menos probable el acontecimiento de conductas indeseables.<sup>8</sup>

Las mediciones poblacionales no acompañaron a los siglos XVIII o XIX en México, sin embargo, ¿cuándo –en el periodo independentista, reformista, revolucionario o posrevolucionario– se consideró a la persona o grupo de individuos para la definición de sus riesgos o “conductas indeseables”?, ¿cuándo, desde que se desataron las fuerzas devastadoras del neoliberalismo? Laurell argumenta:

Las reformas al sistema de salud se basan en una estrategia neoliberal que dirige las necesidades en salud a ser cubiertas por los individuos, la familia, o el mercado, por lo que al Estado sólo corresponde impulsar dichos servicios pero no financiarlos.<sup>9</sup>

De cualquier manera, como se muestra en los capítulos de este libro, aun los datos que invisibilizan a la persona muestran la construcción de la desigualdad. El resultado catastrófico de la aplicación de políticas concebidas desde las intenciones del mercado ya no necesita de estudios especializados, cuando cualquier persona lo puede constatar en su vida cotidiana.

Como documentan los autores de esta obra y otros autores en múltiples trabajos en las últimas dos décadas, el neoliberalismo está asociado, por ejemplo, con los problemas más graves del medio ambiente, la precariedad laboral y el desempleo, los grandes movimientos migratorios, el incremento de la delincuencia, la expansión del narcotráfico, la agudización de conflictos interétnicos y religiosos, la expansión de la pobreza, la profundización de las desigualdades de género, etnia, etáreas, de acceso a los servicios públicos, la aparición –o producción– de nuevas enfermedades, la reaparición de epidemias tradicionales y nuevas epidemias como las de miedo, aburrimiento, desesperanza o soledad que no se contabilizan en los registros de la salud o la enfermedad sino cuando se clasifican como derrames

<sup>8</sup> J. Borja y M. Castells, *Local y global. La gestión de las ciudades en la era de la información*, Taurus, España, 1997.

<sup>9</sup> A.C. Laurell, “La nueva concepción de los servicios de salud”, en M. Mussot (coord.), *Alternativas de reforma de la seguridad social*, UAM-Xochimilco/Fundación Friederich Ebert, México, 1996, p. 52.

cerebrales, gastritis, heridas, suicidios, alcoholismo, infartos, u otras entidades que aparecen dentro del campo visual de las categorizaciones de la biomedicina hegemónica y sus instituciones. La acción hegemónica planetaria cuenta con los medios de comunicación masiva y el desarrollo de la tecnología y productos cibernéticos como dos grandes y fieles aliados tanto para la construcción de necesidad y dependencia de los productos del mercado en busca de conjuro a los “peligros” para el cuerpo, entre los que se ubica al cuerpo mismo, como para la construcción de una “opinión pública” (que a decir del sociólogo Pierre Bourdieu, no existe)<sup>10</sup> favorable al logro de lo que Gramsci llamó “consenso”;<sup>11</sup> y a la validación de leyes, políticas, presupuestos y programas que una y otra vez muestran su incapacidad para aliviar las desigualdades y el sufrimiento. Para entender y proyectar un futuro para la salud en México, se requiere del examen de aspectos particulares en donde se expresa la acción de los poderes dominantes. En la tercera sección, “Determinantes sociales de la salud y la enfermedad”, se examina este efecto en la desigualdad, el trabajo, el derecho, la discriminación y la violencia.

La situación extrema de deterioro de la salud y el panorama de enfermedad que se ha alcanzado en México durante los dos últimos siglos, particularmente desde la segunda mitad del siglo XX, obliga además a revisar lo perdido, y que se oculta de la memoria nacional para confinarlo a un conveniente olvido. En México, durante el siglo XX, antes de la planetarización de los Estados nacionales, fuimos autosuficientes en distintos aspectos del desarrollo tecnológico y la atención a la población a partir de hacer válido el derecho de los trabajadores a la salud con la instrumentalización de un sistema público de solidaridad social que se constituyó en “orgullo nacional”. México produjo sus medicamentos y vacunas de acuerdo con las necesidades de las mayorías en la población; como refiere Castillejos en este libro, contamos una vez con laboratorios, centros de diagnóstico e instituciones como el Instituto de Higiene y el Instituto de Salubridad y Enfermedades Tropicales, para contender con los problemas epidémicos y endémicos; contamos con brigadistas y sanitarios de cuño nacional, a los que aún en

<sup>10</sup> P. Bourdieu, “Public opinion does not exist”, en A. Matelart y S. Siegelau (eds.), *Communication and class struggle*, vol. 1, International General/IMMRC, Nueva York, 1971; Bourdieu, J.C. Passeron y J.C. Chamboredon, *El oficio de sociólogo*, Siglo XXI Editores, México, 1982.

<sup>11</sup> A. Gramsci, *Obras de Antonio Gramsci*, vol. 13, Juan Pablos, México, 1975.

la actualidad en las comunidades rurales recuerdan los más antiguos; desarrollamos una tradición médica que, aunque no visible a las nuevas generaciones, aún se encuentra en la concepción de un Instituto Nacional de la Nutrición abocado en sus orígenes al estudio de la desnutrición generada por la pobreza o un Hospital Infantil de México que atendió y estudió los problemas comunes y graves de los niños y niñas mexicanos; se llevó la cardiología mexicana a los foros internacionales además de lograr un estatus honroso para la enfermería; en México se concibió el servicio social como responsabilidad de los jóvenes ante los problemas de la población, entre otros avances nacionales. Hacia el olvido transitan también los logros en materia constitucional, el derecho a la salud logrado también en el siglo XX en México o los logros de la comunidad internacional al legislar sobre derechos humanos, derechos de los niños, de las mujeres, de las naciones autóctonas o los de la madre tierra; transitan al olvido puesto que son inconvenientes a los proyectos neoliberales excluyentes y autoritarios.

El proyecto neoliberal demandó el desmantelamiento bárbaro y cobarde—dado que se ha logrado mediante el ejercicio de poderes desiguales y el ocultamiento tanto de quienes ejecutan las órdenes de las agencias como de los intereses de poder detrás de ellas—de los logros del esfuerzo nacional. La barbarie, aunque en muchos de sus aspectos es difícil de ubicar, se realiza mediante prácticas escondidas detrás de palabras como “política”, “presupuestos”, “programas”, “beneficio”, “partido”, “democracia”, “para que la droga no llegue a tus hijos”, “no dejes que te engañen”, “seguro popular” u otros; por ejemplo, en las negociaciones políticas que han sido una y otra vez llevadas a cabo por políticos particulares con nombre y apellido que no solamente anteponen sus intereses personales a los colectivos sino que desarrollan formas particulares de ceguera y sordera ante su ejercicio de la barbarie. El desmantelamiento inició con cambios solamente notables para los expertos u oficiales de las instituciones; cada despojo probó una y otra vez la elasticidad social y su capacidad de respuesta, tomando cada vez más y con más descaro. No hubo resistencia eficaz ante estos hurtos. Ya para 1994, con la entrada en vigor del Tratado de Libre Comercio de América del Norte (TLCAN), se había marcado la preferencia del poder hegemónico en México por las alianzas desiguales, sobre la posibilidad de la alianza latinoamericana. La publicidad oficial en comparsa con los medios de comunicación masiva y otros sectores y poderes lograron conformar las respuestas individuales y estigmatizar las respuestas colectivas; la ceguera, resignación y pasividad construida sistemáticamente con las tecnologías de

ingeniería social dictadas desde las agencias internacionales y los consorcios empresariales, lograron finalmente juntar la entrada del siglo XXI con la de los gobiernos que de manera abierta aplicaron y siguen aplicando las políticas neoliberales en México.

Como se muestra en los capítulos de este libro, los gobiernos en turno promueven la privatización del sistema de salud mexicano, lo que pone la mercancía médica, que no la atención a la salud ni la medicina, al alcance solamente de una minoría. Una consecuencia del desmantelamiento de los logros del siglo XX, entre muchas otras, ha sido la aceptación irrestricta de la mercancía médica de importación en forma de nuevas enfermedades, tecnología, fármacos, insumos, currículos, agencias acreditadoras, cursos, seguros, etcétera; la venta de la mercancía médica sería imposible sin legislación y normatividades que poco a poco se han ido ajustando a las necesidades del mercado, por ejemplo para la invasión de la medicina privada y las aseguradoras médicas.

Otra consecuencia, ligada a la anterior, es la transformación de la concepción completa del sentido de vivir, de estar enfermo o sano, de morir, y con ella la irrupción en el campo de la salud de productos para la consecución de estereotipos de “deber ser”, de belleza, prestigio o cumplimiento de la ilusión de escape de “riesgos”, de la enfermedad, el dolor o la muerte y la confusión, por ejemplo, entre fármacos, entretenimiento, alimentos y productos de belleza. Encontramos en la actualidad, por ejemplo, el incremento de demanda de formación médica por estudiantes cuya intención es practicar la cirugía eufemísticamente llamada “estética”, dada la apertura de un mercado provisto de mercancías para la hibridación o modelaje requeridos para lograr los estereotipos de moda, figura corporal o para conjurar la también estigmatizada y temida vejez. En el “presente” hemos confundido los avances tecnológicos con los avances en salud, el deseo de consumo con la vivencia saludable, a cambio de la construcción de discapacidad para la formulación de proyectos y sentidos de vivir. No es pues de extrañar –como indican en la conclusión de este libro el doctor Bojalil y sus colaboradoras– que a las nunca suficientemente atendidas “endemias” de pobreza, marginación y exclusión de los servicios y proyectos nacionales de grandes grupos de la población, o las que no adquiere el estatuto de importante –como muestran Irigoyen y Mosqueda en este libro respecto de la epidemia de caries– se agreguen las de violencia, aburrimiento y miedo, de falta de proyecto y sentido, todo ello crisol de la violencia y el horror que hoy caracterizan el panorama de salud en México.

Cuando José Luis Cepeda nos invitó a pensar este libro, nos animó a buscar perspectivas optimistas para la salud en México; a los autores y autoras de los distintos capítulos que constituyen esta obra se les conminó a pensar “hacia adelante”. Conforme fuimos recibiendo los distintos trabajos, la revisión de uno tras otro mostraba la imposibilidad de pensar futuros optimistas sin cambios en los cimientos de la manera en la que hoy se piensa México desde la dominación. En relación con las perspectivas de la nutrición humana, Pilar Torre, autora de un capítulo en este libro, comentó: “soy testigo de que [la profesión] se encamina, a pasos agigantados, a la medicalización del fenómeno alimentario, con modelos unívocos y universales, con aproximaciones que culpan a la víctima de su desgracia, atrapada entre las grandes industrias de los alimentos y la farmacéutica, y haciéndole el juego a la moral reaccionaria, al racismo y al miedo”. Negar un futuro de salud preocupante sería instalarnos en la misma ceguera y en la cobardía que muestran los discursos y otras prácticas de ocultamiento de las políticas y prácticas de la dominación. La viabilidad de la nación, y la planetaria, requiere de los cambios que han sido identificados y propuestos una y otra vez por académicos, economistas, científicos, artistas, sindicatos, pero, más que nada, por la misma población.

El estado de salud, como punto de cruce de los distintos aspectos de la problemática nacional, se constituye en un reflejo del acontecer y situación de los demás aspectos de la vida de la población; mirar las necesidades de mejoramiento de la salud significa entender qué hay que modificar en el proyecto nacional, en el modelo económico y de organización social, en la legislación y la impartición de justicia, en la organización del trabajo y la producción, en el diseño de los asentamientos humanos, en la agricultura, la conservación de recursos y su explotación racional, en los medios de comunicación, la utilización de las tecnologías cibernéticas y de información, en la organización de la educación escolarizada, entre otros aspectos de la vida nacional. Como mencionan Bojalil y colaboradoras, no hay sistema nacional que baste para la atención de la salud cuando la estructura misma de la sociedad está produciendo enfermedades y obstáculos al desarrollo de la capacidad saludable. Los cambios para el desarrollo de la salud requieren del entendimiento del cambio de época, de usar la tecnología con lo que Habermas<sup>12</sup> ha llamado “intención emancipadora” con vistas a la diversificación de las culturas y las identidades, a la recons-

<sup>12</sup> J. Habermas, *Knowledge and human interests*, Polity Press, Cambridge, 1987.

trucción de una ética ciudadana en la que no sea concebible la desigualdad. El desarrollo de la salud es un problema político que se materializa en la condición de los cuerpos biológicos y de la capacidad del entorno material para seguir participando en la vida humana.

Los proyectos que atentan contra la existencia humana se encuentran con la resistencia y organización alternativa de grupos en la sociedad; se encuentran además con la posibilidad de reconstrucción de la “buena medicina” y la “buena ciencia”, organizada desde proyectos humanos y por tanto proyectos de libertad. La salud, como capacidad humana que permite tomar decisiones e involucrarse en proyectos de transformación, incluida la acción política, reside en la población.<sup>13</sup> La capacidad de producir salud ha de ser pensada como un ejercicio que necesariamente implica ir en contra de visiones dominantes, de discursos y acciones generados desde polos de poder que asignan un lugar a los sujetos y una intencionalidad permitida a sus actos. Concepciones dominantes que confieren improntas a los sujetos y que son plasmadas, recreadas y actuadas permanentemente en instituciones, políticas y demás procesos colectivos en los que estamos insertos como sujetos; concepciones dominantes frente a las cuales se posicionan los sujetos, toman decisiones y, en situaciones extremas, luchan por su sobrevivencia. Mejorar la salud implica estudiarla para saber cómo la vive la población, cambiar la lógica de producción de información desde las instituciones por la de producción de información desde la misma población; cambiar la lógica de población al servicio de las instituciones por instituciones al servicio de la población, de sociedad para la investigación a sociedad investigadora.

La tendencia internacional a la búsqueda de la efectividad y la eficiencia en el uso de los recursos a partir de la construcción de “evidencias” ha tenido una repercusión importante en el terreno de la formulación de políticas planetarias de salud, sobre todo porque surge como un planteamiento instituyente en un campo que históricamente ha asumido una mirada predominantemente biológica de la salud.<sup>14</sup> Aunque los resultados de la evaluación por evidencias y el uso adecuado de los recursos como consecuencia de las evaluaciones han implicado un aliciente para el desarrollo de la salud, esta tendencia ha generado, al mismo tiempo, una fecunda re-

<sup>13</sup> M.C. Chapela y A. Cerda, *Promoción de la salud...*, op. cit.

<sup>14</sup> Véase, por ejemplo, UIPES, *La evidencia de la efectividad de la promoción de la salud. Configurando la salud pública en la nueva Europa. Parte dos: Libro de evidencia*, UIPES, Ministerio de Sanidad y Consumo, Madrid, 2000.

flexión en torno a la noción misma de evidencia. Por un lado, hoy en día se reflexiona sobre la pertinencia, utilidad y alcance de pensar en la producción de evidencias sustentadas en análisis estadísticos sobre aspectos en los que se reconoce la centralidad de los aportes y el carácter innovador de discursos en salud, tales como la toma de decisiones, el empoderamiento o los procesos de exigibilidad de derechos, mismos que tendrían que ser evaluados mediante otras metodologías e indicadores; por otro lado, se analiza hoy en día la pertinencia de asumir, sin más, la premisa central que subyace al enfoque de la evaluación centrada en evidencias: el supuesto de que son neutrales, unívocas e incuestionables, dejando de lado la posibilidad de considerarlas como social e históricamente construidas, enfocadas a intencionalidades determinadas, al tiempo que evitan reflexionar sobre aspectos sustanciales para comprender la salud humana, tales como su dimensión simbólica, los usos del lenguaje, los procesos de construcción de hegemonía y la necesaria discusión epistemológica que esto conlleva.<sup>15</sup> En consonancia con lo anterior, se ha planteado la necesidad de complementar, o sustituir, dependiendo de la problemática de que se trate, las aproximaciones centradas en las investigaciones y evaluaciones tradicionales en el campo de la salud, por planteamientos y metodologías alternativas, por ejemplo las de las propuestas cualitativas,<sup>16</sup> que permitan la comprensión de procesos relacionados con la salud, sobre todo cuando ésta se refiere a aspectos intangibles como pueden ser el ejercicio de capacidades humanas o las concepciones de la corporeidad,<sup>17</sup> por citar algunos ejemplos.

Como proponen Bojalil y colaboradoras en este libro, para definir metodologías adecuadas al estudio de los problemas de salud, es necesario primero formular metodologías para lograr entender las necesidades de la población *vis-a-vis* las de las instituciones; enseguida formular preguntas pertinentes a esos problemas, que indiquen los caminos metodológicos conducentes a contestarlas y no al revés, no adecuar los problemas a las metodologías. La evaluación de la situación de salud en donde la población indica las necesidades y los caminos, podrá iluminar, por ejemplo, la

<sup>15</sup> Estos planteamientos abrevan de reflexiones de larga data tales como las de Berger y Luckman (*La construcción social de la realidad...*, *op. cit.*) y Bourdieu, Passeron y Chamboredon (*El oficio de sociólogo...*, *op. cit.*).

<sup>16</sup> C. Martínez, *Por los caminos de la investigación cualitativa*, UAM-Xochimilco, México, 2010.

<sup>17</sup> M.C. Chapela y A. Cerda, *Promoción de la salud...*, *op. cit.*

manera de hacer válido el derecho a la salud; de construcción de una ciudadanía reflexiva, crítica y responsable de sí misma y por tanto de los otros, de la ciudad, del bien común; de atender los problemas generadores de dolor y sufrimiento, como son la pobreza en todos los sentidos, la exclusión y la desigualdad en todos los aspectos de la vida nacional; de asegurar el trabajo digno y humanizante, la alimentación y la educación de calidad para toda la población; de respeto y fomento de la diversidad cultural y la tolerancia; de abatir la cultura de la violencia y el miedo; de lograr mejores conceptos y organización de los servicios para el logro de la accesibilidad, integralidad y universalidad para todos los y las mexicanas que los requieran, mejorando el uso de los recursos con los que cuenta la nación; de asegurar condiciones de satisfacción e igualdad laboral para el personal de salud; de actuar con rectitud en las decisiones legislativas, de impartición de justicia y rendición de cuentas; de generar perfiles y programas de formación de personal de salud que respondan a los problemas sociales más que a la importación y consumo de tecnologías; de fomentar, organizar y reorientar la investigación para recuperar la autosuficiencia en materia de salud. Es decir, iluminar la manera de evitar la cancelación del futuro y abrir la posibilidad al proyecto humano.

En el momento histórico actual, que se perfila como cambio de época, cambiar la situación de salud, evitar la cancelación del futuro, requiere —de parte de todos los sectores sociales, particularmente de quienes se constituyen como obstáculo para el cambio— de visión histórica, de deseo de abrir y expandir la posibilidad al proyecto humano; requiere de valor, la cobardía histórica para tomar decisiones no podrá sostener por mucho tiempo a ningún grupo social; requiere, como afirma el doctor Bojalil, de dar el giro hacia la paz. Como preocupación central, en la agenda del cambio está renovar los compromisos de la Universidad Pública y las condiciones para asegurar su autonomía y vocación ética y desde ahí fomentar el pensamiento crítico, herramienta primordial en la construcción de soluciones y para la reinención de los proyectos sociales. La Universidad Pública tiene la autoridad moral para convocar a una discusión seria y plural sobre el significado de la salud en nuestro país. Este libro es un aporte a esa discusión aún pendiente.

Este libro se compone de tres secciones; la primera: “Conceptos de salud en el siglo XX”, consta de dos capítulos. La segunda: “Situación y respuesta ante los problemas de salud y enfermedad”, comprende seis capítulos y la tercera sección: “Determinantes sociales de la salud y la enfermedad” cuen-



ta con cuatro capítulos. Para finalizar la obra, el doctor Luis Felipe Bojalil Jaber y colaboradoras reflexionan sobre el panorama construido en las tres secciones, respecto del panorama de salud y sobre algunos cambios en los objetivos y prácticas necesarios si se quiere modificar ese panorama. Presentamos a continuación cada uno de los doce capítulos de esta obra.

A Manuel Outón Lemus le encargamos trabajar acerca de la técnica y el *éthos* médico. En el capítulo primero de esta obra, Outón revisa dos ensayos filosóficos, “La pregunta por la técnica” de Martin Heidegger y “La farmacia de Platón” de Jacques Derrida. A través de tres excursos y tres aproximaciones al problema, el autor propone que “el desarrollo de la moderna tecnología ha producido una escisión mayor entre el sujeto y su vida” y que el reconocimiento de esto debe devolver al saber médico su propia *episteme*, su *éthos* además de permitir la reubicación del lugar del médico en las representaciones sociales. Al inicio de su argumentación, Outón marca una de las intenciones principales de este libro, cuestionar la “normalidad” de los discursos y políticas en salud, al anunciar que “quisiera, como Sócrates, pagarle una deuda a Asclepio y enviarle un gallo a su templo de Epidauró, a sabiendas de que la salud no se encuentra en ninguna sede y opera tan sólo en el discurso”.

La incitación a la reflexión que esta obra pretende hacer al lector o la lectora, continúa en el capítulo dos a cargo de Sergio López Moreno, Ma. del Consuelo Chapela Mendoza, Alejandro Cerda García, Gilberto Hernández Zinzun y Manuel Outón Lemus. En este capítulo los autores presentan el desarrollo del pensamiento sobre la salud, la enfermedad y el cuerpo en el siglo XX. Tras iniciar el capítulo con una serie de preguntas que muestran la infinidad de caras del problema del entendimiento de la salud, los autores ofrecen al lector una ventana a maneras alternativas a la hegemónica para lograr avanzar en ese entendimiento, afirmando que “Los firmes cuestionamientos que la filosofía y las ciencias sociales han hecho a los conceptos de normalidad, observación, medición, objetividad, causa, vida, muerte y cuerpo, han terminado por cuestionar los aparentemente inamovibles conceptos generados desde las ciencias biomédicas”. El panorama de conocimiento que despliegan los autores en el desarrollo del capítulo les permiten concluir que: “En la búsqueda de una mejor salud los seres humanos hemos llegado a profesar un culto ciego a la razón, el progreso y la tecnología. Sin embargo, no existe razón para suponer que no sea posible caminar por un sendero diferente y, recuperando lo mejor de los

avances de las ciencias, alcanzar una plenitud semejante en la comprensión del mundo y en el respeto a nuestros semejantes”.

Oliva López Arellano, José Alberto Rivera y José Blanco Gil abren la segunda sección de este libro en donde se ofrecen elementos contextuales para el entendimiento de la situación de salud actual y su reflexión sobre las posibilidades de la salud futura en México. El encargo para ellos fue identificar en la trayectoria de la salud elementos que permitan entender la situación actual del panorama de salud en México. Los autores revisan y analizan los contextos y situación de salud en México en los últimos dos siglos bajo la premisa de que: “Los distintos momentos del desarrollo económico y social en México se expresan en modos de reproducción social específicos que modelan las condiciones de vida y trabajo de la población”. Con esos elementos afirman: “En relación con los periodos previos, se produce un retroceso en la comprensión de los fenómenos colectivos de salud/enfermedad/atención/cuidado; se menosprecian las aproximaciones complejas a estos fenómenos y se desdibujan los abordajes integrales que incorporan lo social, invisibilizando sus dimensiones estructurales y reduciendo la politicidad del campo de la salud”.

Margarita Castillejos Salazar revisa la situación de la enfermedad durante los últimos dos siglos en México, señalando “los problemas más graves en los años recientes y su ineludible relación con las condiciones de pobreza y desigualdad social en las que vive gran parte de la población mexicana”. Castillejos hace un recuento de las enfermedades del pasado y muestra su permanencia en la actualidad, en coexistencia con las del presente. En su relato incluye hitos de la historia de México como: “En 1800 el gran número de víctimas, cuyos cadáveres se encontraban tirados en las calles [...] hizo que desde España se enviara a un equipo de médicos dentro de la Real Expedición Filantrópica de la Vacuna, al frente del cual estaba el doctor Francisco Javier de Balmis (1753-1819) quien, haciendo suyo el descubrimiento de la vacuna antivariólica del médico inglés Edward Jenner (1749-1823), trajo consigo a niños afectados de viruela para poder usar la pus de sus lesiones como un antídoto o vacuna contra la enfermedad”. La autora dedica una sección al periodo Cardenista en México, mostrando la necesidad y los beneficios de la formulación de políticas en salud que consideren los problemas de los grupos poblacionales mayoritarios y sostiene que: “Todo esto obliga a una profunda revisión de los principales programas existentes con el fin de diseñar nuevas medidas preventivas, de diagnóstico y de tratamiento, así como a planear la crea-

ción de instituciones que puedan atender estos padecimientos para poder revertir su impacto en la salud de la población en México”.

Continuando con la evaluación de las enfermedades, Ma. Esther Irigoyen Camacho y Adalberto Mosqueda Taylor enfocan un problema invisibilizado en México: la salud bucal. La revisión de la epidemia de caries y otras epidemias que emergen de la problemática de la cavidad oral, nos obliga a voltear a otros problemas de enfermedad que modifican la vida de las personas y que no son considerados ni atendidos, como los auditivos o los visuales, por mencionar algunos: “A pesar de que las enfermedades de la región bucal tienen una alta prevalencia en México, aún en las instituciones de salud este aspecto de las epidemias tiene espacio presupuestal y programático reducido [...] Los pacientes afectados por enfermedades de la región de la boca, pueden estar limitados en la selección de alimentos, en su capacidad masticatoria [...] las personas experimentan [...] limitaciones psicológicas y sociales, debido a las condiciones de su boca”. Los autores ofrecen explicaciones cuidadosas sobre estos problemas, intercalando un análisis del desarrollo de la atención odontológica en México, por ejemplo: “La práctica de la odontología se transforma a través del avance en el conocimiento sobre el proceso de caries y su mecanismo de desarrollo. En México, a principios del siglo XIX los dentistas no tenían una formación académica formal y solían aprender esta práctica a través de maestros o tutores que realizaban tratamientos dentales. Los dentistas se preocupaban principalmente del tratamiento de los daños producidos en los dientes por la caries dental y poca atención se le daba a la etiología de este proceso o a la prevención”. Finalmente, Irigoyen y Mosqueda, entre otras cosas, concluyen que: “El cambio en la percepción y atención de los problemas de la cavidad bucal requiere del desarrollo de nuevos modelos para su promoción y atención; es importante integrar el componente de salud bucal a la salud general, lo que requiere de que el personal dedicado a la salud bucal tenga una preparación que le permita contribuir en el cuidado general de salud”.

Una vez mostrado un preocupante panorama de salud en México, Ma. del Pilar Torre y Monserrat Salas Valenzuela, al argumentar que la alimentación infantil se puede concebir “como un ámbito de socialización con singularidades en el que confluyen entre otros, el contacto de la población con los servicios de salud, ciertos elementos del saber y la práctica médica/nutricional, la disponibilidad comercial de alimentos para bebés y su mercadotecnia, así como las condiciones socioeconómicas, laborales y fami-

liares para poner en práctica una cierta modalidad alimentaria” hacen un recuento crítico en torno a la formulación de leyes, programas y acciones públicas en salud en México. Las autoras se proponen, en el desarrollo del capítulo seis de esta obra, “evidenciar ciertos aspectos del desempeño del Estado mexicano en relación con la alimentación infantil para observar la forma en que ha asumido sus compromisos y responsabilidades para proteger la salud y el bienestar infantiles”. Torre y Salas concluyen que “en la actualidad, son las empresas productoras de alimentos las que están dictando la pauta de las acciones públicas en el tema alimentario, con un margen de tolerancia por parte del Estado que coloca la ganancia por encima del bienestar infantil. Por otra parte, las acciones ciudadanas colectivas en relación con la temática alimentaria y en particular en relación con la alimentación infantil, aún resultan escasas [...] y no logran impactar en la formulación de políticas públicas generadas ‘desde abajo’”.

Los autores en los capítulos anteriores en esta sección han sustentado la ineficacia de los modelos oficiales de atención a la salud. En el capítulo siete Catalina Eibenschutz Hartman, Silvia Tamez González e Iliana Camacho analizan “los principales modelos de atención a la salud en México, con énfasis en aquellos desarrollados a partir de finales de la década de 1970”, haciendo un recuento de algunos modelos alternativos a los oficiales, por ejemplo el modelo indígena. Para lograr su cometido, clasifican los modelos en “alternativos, hegemónicos y contra hegemónicos”, presentando, explicando y analizando cada uno de ellos en sus contextos históricos a lo largo del capítulo. El análisis de las autoras les permite afirmar, por ejemplo, que el contexto de hegemonía neoliberal actual “no favorece el surgimiento de propuestas alternativas de carácter contra hegemónico”, ya que el modelo “ignora la riqueza de la participación popular en salud”. Las autoras reconocen que “los modelos considerados contra hegemónicos han sido prácticamente barridos por el nuevo modelo neoliberal y han ido desapareciendo progresivamente con excepción de la Atención Primaria de Salud en Brasil, Salvador, Cuba y Venezuela”. Finalmente identifican que “el modelo indígena es una experiencia a escala menor aunque muy valiosa pero que requeriría de la transformación del Estado mexicano a un Estado plural [...] para ser sustentable y no dependiente de financiamiento solidario externo”.

Un aspecto que se encuentra en los cimientos de los modelos de atención, a la vez que es producto de los mismos, es la formación de personal de salud. Edgar Carlos Jarillo Soto, Manuel Outón Lemus y Addis Abeba

Salinas Urbina en el último capítulo de esta sección se proponen analizar “los procesos de organización de la práctica profesional de la medicina y otras profesiones relacionadas con la atención a la salud, con base en una periodización que ubica los principales procesos económicos junto a los acontecimientos políticos que han sido trascendentes en la conformación de la nación mexicana”, a partir, entre otras, de la premisa de que “más allá de los acontecimientos intrínsecos a las profesiones, su existencia social, tanto en la formación como en la práctica hay que ubicarla en los procesos sociales más generales”. Los autores identifican, describen y analizan ocho periodos en la trayectoria histórica de formación de personal de salud, concluyendo, entre otras cosas que “la lógica de práctica profesional dominante está muy asociada a la conformación histórica de la profesión médica, y aun cuando han existido momentos cruciales y formas de atención diferentes, ha resultado imposible obviar la práctica liberal de la profesión” ya que “las profesiones de la salud están inmersas, como todo el mercado laboral, en procesos de contratación laboral frágiles y pauperizados, ratificando así el carácter individual de la práctica profesional”. En tanto a su visión de las perspectivas de cambio en la formación profesional, afirman que “el futuro no parece ofrecer posibilidades diferentes, ya que el Estado tiende al distanciamiento en la prestación de servicios de salud y en su participación en el sistema de salud, y aun cuando tenga presencia, los modelos de gestión y organización obedecen a una lógica de mercado”.

La tercera sección de esta obra muestra problemas particulares de los determinantes sociales de la salud y la enfermedad. Luis Ortiz-Hernández y Diana Pérez Salgado, con una mirada desde la epidemiología social, de la que una premisa es que “la realidad está organizada de forma jerárquica y los niveles de mayor complejidad por lo regular determinan a los de menor complejidad”, y sustentando sus argumentos en información estadística, presentan un panorama de las desigualdades socioeconómicas en el país. Afirman que “las recurrentes crisis económicas y la puesta en marcha de políticas de cambio y ajuste estructural provocaron que la pobreza se incrementara durante las décadas de 1980 y 1990” y que el aumento de la pobreza tiene su contraparte en la concentración de la riqueza en pocas manos. Tras revisar la situación de las que han sido llamadas “enfermedades clásicas de la pobreza” y las nuevas epidemias, demuestran que se mantienen las mismas diferencias y desigualdades. Ortiz-Hernández y Pérez Salgado, analizan de manera particular las desigualdades socioeconómicas en salud mental y en conductas de riesgo y llegan a la conclusión de

que, “desafortunadamente, en la agenda gubernamental no se reconocen las disparidades socioeconómicas en salud, por lo cual es previsible que esta situación siga siendo un problema de salud pública sin atender”.

Entre los aspectos trágicos que expresan la acción neoliberal para desmontar los logros en salud en el siglo XX, se encuentra la violación de los derechos laborales de salud de los trabajadores. Mariano Noriega Elío, Rosario Velasco Tenorio, Luis Manuel Pérez H. Pantoja y Jesús Gabriel Franco Enríquez preguntan: ¿cómo es posible que tantos avances científicos y técnicos [alcanzados en el siglo pasado] no hayan permitido lograr cambios necesarios, imprescindibles, de subsistencia en el trabajo y la salud para el grueso de la población mexicana?, ¿qué ha pasado en estos años que se generó un marcado retroceso en las condiciones laborales y de salud de los trabajadores? A partir de un minucioso recuento de las condiciones, políticas y leyes relativas a los derechos laborales en México, particularmente desde el enseñoramiento neoliberal, los autores se proponen colaborar en la apertura de “nuevas puertas para entender la salud de los trabajadores [...] pero también recoger antiguas ideas que se han ido perdiendo ante la necesidad de biologizar y medicalizar todo”. Noriega, Velasco, Pérez Pantoja y Franco concluyen el capítulo de la siguiente manera: “Necesitamos conocer qué pasa, pero con un sustento científico y con un criterio amplio, y no con esta idea que ronda, como un fantasma, nuestras instituciones y nuestros centros de trabajo y que se refiere a esta nefasta intención de ocultarlo todo. No es sólo un problema científico o médico, es principalmente un problema ético y social”.

En “Reflexiones sobre discriminación y salud”, María de los Ángeles Garduño Andrade, José Arturo Granados Cosme, Addis Abeba Salinas Urbina y Carolina Tetelboin Henrion toman dos ejes argumentativos: “el primero explicando cómo la discriminación tiene fundamentos ideológicos que intentan justificarla, unos derivados de la interpretación biologizada de lo social y otros basados en las jerarquías establecidas en función de la productividad impuesta por el capital; y el segundo referido al impacto de la discriminación en el área de la salud”. A partir de esos dos ejes se refieren “al establecimiento en México de discriminaciones que siguen afectando la salud de los grupos sociales desfavorecidos. Esos efectos negativos pueden responder a fines explícitos o encubiertos, en función de las características de cada dominación y las vulneraciones que se generen”. Las autoras y el autor plantean enseguida algunos problemas de salud referidos a grupos sociales determinados, que son “resultado de determinaciones de alta

complejidad, definidas por relaciones de desigualdad e inequidad”. Entre otras conclusiones, Garduño, Granados, Salinas y Tetelboin proponen que para abordar las contradicciones que se develan en los problemas analizados en este capítulo, “hace falta voluntad política que incluya la discusión de las jerarquías desde las que se intentan fundamentar las distintas discriminaciones, esto haría posible buscar transformaciones en los programas de salud que permitieran la participación democrática de toda la población y para que cada grupo pudiera definir sus necesidades y sus propuestas”.

El recorrido de los diez capítulos que preceden al de Mario Campuzano Montoya y Leticia Cufre Marchetto muestra un problema central de la salud, problema que ha estado presente a lo largo de los dos siglos a los que hace referencia esta obra, pero que en la actualidad se manifiesta como telón de fondo de los problemas de salud: la violencia. Campuzano y Cufre se proponen describir “el impacto en la conformación de conjuntos sociales, de parejas, familias e instituciones mexicanas, como consecuencia de la implantación del modelo económico neoliberal y de la postmodernidad en relación al incremento de prácticas sociales violentas” además de discutir sobre “las modalidades de violencia generadas por la economía y cultura de época, que modelan subjetividades adaptadas a estos cambios, producen nuevas estructuras psicopatológicas y formas de relación en los grupos humanos y la sociedad en general”. El encuadre del análisis dentro del contexto de la posmodernidad abre al lector o lectora nuevas rutas de reflexión. Los autores concluyen la primera sección de la siguiente manera: “En el campo de la salud ya no tenemos que pensar sólo en las necesidades de la población en condiciones de paz social sino en estas particulares condiciones de guerra interna [que hoy vivimos en México]”. En la segunda sección del capítulo a la que titulan: “Los olvidados”, los autores revisan un caso de violencia en una institución de educación media superior, a partir de lo que, entre otras cosas, afirman que “en la absoluta inconsciencia del origen de los malestares cotidianos que padecen [los jóvenes estudiantes], con la creencia de que ese sufrimiento es individual y debe ser privado por vergonzante, probablemente muchos de ellos llegarán a reproducir las violencias más o menos pequeñas de su vida cotidiana y serán masa de maniobra de políticos que sólo los reconocen cuando se trata de obtener votos o identificar culpables del fracaso de sus políticas”.

Cerramos esta obra con el capítulo a cargo del doctor Luis Felipe Bojalil Jaber, Ma. del Consuelo Chapela y Ma. Elena Contreras Garfias, quienes afirman: “Como ha sido mostrado en los capítulos de este libro, no cabe

duda que el gran problema de México es la desigualdad social, en salud, educación, económica. Abatirla es condición imprescindible para avanzar en el desarrollo humano con equidad, lo que podría contribuir al aseguramiento del acceso a los servicios en beneficio de toda la población. Este planteamiento puede considerarse utópico, pero no hay más solución que avanzar por este camino. Las diferencias culturales, económicas, educativas y otras, hacen más difícil enfrentar los retos, por otro lado indispensables, para construir una sociedad más democrática”. Los autores revisan algunos contextos y acuerdos internacionales en materia de salud además de recapitular y profundizar sobre algunos de los aspectos de los problemas analizados en los capítulos previos y proponen algunas respuestas sobre ¿qué hacer ante esta situación problemática y compleja de la salud? Finalmente Bojalil, Chapela y Contreras cierran el capítulo con la consideración de que “un pueblo que existe en la violencia está de manos atadas para mejorar su alimentación, trabajo, cultura y educación, por lo que, ante el problema básico de la salud, se antepone la necesidad de la construcción de una cultura de la paz”.

Esta obra está dirigida a investigadores, estudiantes y a toda persona que busque un cambio en la situación de salud en México. Dejamos el libro en manos de la o el lector esperando que le sea útil para lograr sus propósitos transformadores.

*Ma. del Consuelo Chapela*

*Ma. Elena Contreras*

*Alejandro Cerda García*

*Samuel González Contreras*

Universidad Autónoma Metropolitana

Unidad Xochimilco

julio de 2011





PRIMERA PARTE  
Conceptos de salud en el siglo XX



## Éthos médico y *techné*

Manuel Outón Lemus

Desde hace algún tiempo he tenido la intención de revisar en paralelo dos ensayos filosóficos que entrelazan una preocupación del siglo XX por la *techné*, me refiero al texto –ahora podríamos afirmar clásico– de Martin Heidegger (2001) “La pregunta por la técnica” y al trabajo de Jacques Derrida (1997) “La farmacia de Platón”.

La ocasión de ponerlos uno frente al otro se hace presente en este encargo de trabajar acerca de la técnica y el *éthos* médico, pero dadas las condiciones de escritura del presente ensayo, quisiera como Sócrates pagarle una deuda a Asclepio y enviarle un gallo a su templo de Epidauro, a sabiendas de que la salud no se encuentra en ninguna sede y opera tan sólo en el discurso.

### EXCURSO I. A MANERA DE PREÁMBULO

Sócrates está cerca de la experiencia de su propia muerte, ha bebido la cicuta, el *Fármakon*, como lo nombra Platón,<sup>1</sup> *φάρμακον*. Asiste a su propia muerte y en ese momento aparece la siguiente referencia:

<sup>1</sup> Se puede decir con Sloterdijk que se debe agradecer al ingenio poético de Platón, que exista una filosofía antes y otra después del vaso de cicuta (Sloterdijk, 2001).

ὦ Κρίτων, ἔφη, τῷ Ἀσκληπιῷ ὀφείλομεν ἀλεχτρύονα: ἀλλὰ ἀπόδοτε χαί μὴ μελήσητε.

Ἄλλὰ ταῦτα, ἔφη, ἔσται, ὁ Κρίτων: ἀλλ' ὄρα εἴ τι ἄλλο λέγεις.<sup>2</sup>

—Critón, le debemos un gallo a Asclepio. Así que págaselo y no lo descuides.

—Así se hará —dijo Critón—. Mira si quieres algo más.<sup>3</sup>

Asclepio hijo de Apolo es conocido como el padre de la medicina, las artes le fueron dadas por el centauro Quirón quien lo adiestró desde pequeño en el uso de las manos.<sup>4</sup> El mito nos narra que las artes de Asclepio dedicadas a los hombres, han servido no sólo para curar, sino incluso para traer de la muerte a quien ha fallecido, si el pago es adecuado. Zeus ha cegado la vida del que violenta la muerte con el rayo, llevándose también al que fuese salvado por Asclepio. Asclepio fue arrebatado del fuego, en el que hubiese perecido en el vientre de su madre, por Apolo su padre; salvado por el fuego tan sólo puede perecer por el fuego del rayo de Zeus, es sin embargo en esta paradoja, donde encontramos, como en el caso prometeico, los orígenes de la técnica. Asclepio es un Prometeo<sup>5</sup> que ha traído el fuego a los hombres (Esquilo, 1986) y el fuego es la metáfora de la técnica desde que se narra el legado del Titán. Asclepio trae consigo las artes de la medicina; una primera referencia al origen de las artes de la medicina se encuentra en la figura de Asclepio y en la noción de mito y sacrificio, aspectos a partir de los cuales es producida la filosofía platónica como un discurso, como un *logos*, que cuestiona los mitos precedentes y sus formas discursivas.

Nuestra suerte, nuestro destino, lo efímero de la existencia, el ser mortales, nos viene dado junto con la técnica; el engaño de Prometeo a Zeus en el orden del reparto del buey muerto, el ardid usado de envolver los huesos

<sup>2</sup> Plato. 1903, 118b. e

<sup>3</sup> Platón. 1986, Fedón, 118b.

<sup>4</sup> En Aristóteles aparece la idea del origen manual de la naturaleza humana con inteligencia. Véase *De partibus animalium*, IV, 687 a 8-9. (Louis, P. 1956) (Aristóteles, 2010). Salvando las distancias en la enseñanza de la medicina en la actualidad se conoce a las prácticas clínicas en hospitales como “hacer manos”. La cirugía sigue siendo un derivado de estas nociones del griego *χειρουργία*, *χειρ*, mano y *ἔργον*, obra.

<sup>5</sup> Prometeo el mítico héroe griego que robó el fuego a los dioses para fijar el destino de la humanidad, contamos con varias versiones del mito de Prometeo, en la *Teogonía* de Hesiodo, en *El Prometeo encadenado* de Esquilo y en el *Protágoras* de Platón.

en la piel y el paquete lustrado por la grasa del animal, al lado del cual se encontraba la carne ensangrentada, produjo que Zeus nos permitiera el consumo de la carne y dejara para los dioses la ofrenda de quemar huesos, piel y grasa. Los dioses viven del aroma producido por esta hoguera sacrificial, no hacen sino recibir la ambrosia que llega a ellos sin esfuerzo, sus cuerpos no se gastan en conseguir lo necesario para mantenerse vivos, nosotros les proporcionamos la inmortalidad al realizar el sacrificio y al lado de este don les hacemos otro al evitarles el gasto de sus cuerpos por comer y al hacerlo envejecer por dentro, no hay trabajo como economía para ellos como no hay trabajo biológico, no hay trabajo celular. Los dioses son inmortales y eternamente jóvenes gracias a nuestro sacrificio. En contraparte nosotros somos efímeros, nuestros cuerpos se desgastan en el trabajo y también, como consecuencia de nuestra alimentación, se consumen por dentro, envejecemos, enfermamos y morimos, *το ἐπιμέροι* (lo efímero). Ese es nuestro destino ser mortales, tener conciencia de vida por tener conciencia de muerte. Prometeo en la tragedia de Esquilo: *El Prometeo encadenado*, dice de sí mismo que él es un *διδάσκαλος τέχνης*, el maestro de la técnica, no sólo nos ha otorgado el fuego, el fuego viene a ser la metáfora de las artes, de la técnica; al hablar de sus acciones para con los seres humanos, señala claramente que nos ha legado las letras y la escritura y los fármacos y la curación o el alivio de los sufrimientos, de los dolores y las enfermedades.

#### PRIMERA APROXIMACIÓN AL PROBLEMA

Para Martin Heidegger<sup>6</sup> la técnica tiene una esencia que podemos descubrir el recurrir al origen de la misma palabra en griego, *τέχνη* (*techné*) es *ἀλήθεια* (*aleteía*), traer ahí adelante, desocultar, mostrar, en ese sentido toda *τέχνη* es una *ποίησις* (*poiesis*), una creación, la técnica en esencia es un traer ahí adelante, es un presentar las cosas, mostrarlas, descubrirlas, conocerlas, toda *τέχνη* es en ese sentido una *ἐπίστωμαι*, una *episteme*, una forma de conocer. Sucede algo similar con la moderna técnica, sólo que ésta emplaza a la naturaleza y al hacerlo dispone de ella, se convierte en una amenaza; la esen-

<sup>6</sup> Las referencias siempre son importantes, tanto como las aclaraciones y es en este sentido que me gustaría señalar que es necesario leer a Heidegger para descubrir que la profundidad de su pensamiento permite superar sus posturas políticas, con las cuales no podemos estar de acuerdo.

cia de la técnica moderna es la de desocultar y traer ahí adelante bajo la forma de un emplazamiento, de una disposición. Al hablar de una forma de emplazamiento Heidegger está haciendo referencia al hecho de que la moderna técnica al desocultar, no sólo muestra lo que se encontraba oculto, sino que y al mismo tiempo, presenta a la naturaleza como algo disponible, puesto al servicio de la propia técnica. La naturaleza a nuestra disposición, pero en una suerte de destrucción de la misma.

Heidegger nos habla de la técnica moderna, la que ha impactado las formas de actuación sobre la naturaleza y de ahí que la estructura del emplazamiento tienda a hacer aparecer a la naturaleza como existencias, como un grupo de objetos mirados como existencias y las almacene como en la fábrica. La forma dominante de presentarse de la modernidad muestra ser destructiva, nos amenaza. Lo que nos amenaza es el ser negados en nuestra búsqueda por descubrir la naturaleza de las cosas y son las máquinas y los aparatos de la técnica moderna los que nos colocan fuera de nosotros y ante una amenaza de muerte. Al mismo tiempo es la técnica en su esencia un camino que por la fuerza del mostrar, del desocultar, trae consigo lo que libera, nos dice con toda claridad en sus reflexiones que donde domina la estructura del emplazamiento, está, en su sentido supremo, el peligro. “Pero donde está el peligro, crece también lo que salva”<sup>7</sup> (Heidegger, 2001:31).

Esa es la técnica que ha dado sustento a los desarrollos científicos y tecnológicos, a las escuelas y las prácticas profesionales, el engaño que produce la estructura del emplazamiento, esa es la ilusión generada por la técnica moderna de que se hace presente haciéndonos creer que por sí sola va a permitir el acceso al desarrollo, a la equidad y a la justicia. Esa ha sido la promesa del proyecto de modernidad dominante y esa es su esencia: un engaño, una ilusión.

Una primera reflexión con respecto a la mirada sobre la técnica y la práctica médica nos lleva a reconocer, que si bien el origen moderno de la medicina reside en los desarrollos de la biología y en las habilidades técnicas de exploración e intervención (cirugía) y de semiología del interrogatorio, hoy en día la presencia de las tecnologías ha puesto por debajo cualquier conocimiento y técnica previas, para dejar a la práctica médica al abrigo, al amparo de los desarrollos tecnológicos, tanto en el uso de los métodos y las técnicas de diagnóstico, como en las formas de intervención sobre los cuer-

<sup>7</sup> El poema al que hace referencia en su trabajo Heidegger es de Hölderlin.

pos y en los dispositivos educativos e institucionales de formación y ejercicio de la práctica médica. Nos encontramos, sin lugar a dudas, en un punto de inflexión sobre el saber y la práctica médica que requiere de un análisis con detenimiento y profundidad.

Nos dice Clavreul (1978) que el objeto de la medicina es la enfermedad, una ontología que insiste, el saber médico se ha construido en torno a las enfermedades sustrayendo a los enfermos, tomando al cuerpo y seccionándolo, con las herramientas de la anatomía, de la fisiología y de la patología. Ha dejado al cuerpo sin sujeto, ha olvidado el componente humano y psíquico de la vida, trabajando exclusivamente con el objeto de su saber y sus intervenciones, tomando al cuerpo como naturaleza en disposición, jugando con la estructura del emplazamiento. En su actuación, la práctica médica, ha seguido el devenir de su ontología: la enfermedad y ha construido una serie de especialidades y subespecialidades médicas, cada vez más cercanas al desarrollo de la tecnología. El hecho en sí mismo resulta paradójico, mientras más sabemos de las enfermedades, de su etiología, menos sabemos de los enfermos, de los modos como se manifiesta la enfermedad en los sujetos y por ende de sus sufrimientos y de su capacidad para entender lo que les sucede para tomar decisiones sobre la terapéutica más adecuada para ellos. Con el avance de la nueva forma de producir conocimientos, de generar saber médico vamos restando autonomía a los sujetos.

Al lado del saber médico el desarrollo de la industria farmacéutica —que persigue el mismo fin con idénticos recursos, la investigación puesta al servicio del mercado y de las grandes corporaciones, que toma los desarrollos bajo la figura de patentes y desestima cualquier intento por pensar en el beneficio de los sujetos—, presenta un camino similar, claro desde un espacio, sólo en apariencia más lejano, en el que los sujetos enfermos operan bajo protocolos con “vigilancia” de los comités de bioética.

El saber médico, como bien señala Chauvenet (1980), es subsidiario de los saberes de las ciencias biológicas, pero en el orden de las representaciones sobre la salud humana opera con primacía por una especie de metáfora ideológica (Achard, Chauvenet *et al.*, 1980), que le da al médico la suerte de ser quien toma las decisiones, olvidando casi por completo al enfermo; buscando restaurar la “salud”, el saber y la práctica médica tienden a la deshumanización, por eso es necesario replantear el orden de las cosas y dando vuelta, produciendo *tropos* (giros), recuperar los principios, los orígenes y la esencia de la técnica.



## EXCURSO II. EL OTRO ÁNGULO

En el diálogo del Fedro, Platón (1986) produce una serie de pensamientos en torno al asunto de la técnica; el diálogo tiene como motivación un discurso sobre el amor que le ha sido obsequiado a Fedro por Lisias el sofista. Por ser un discurso que se encuentra por escrito, Platón lo utiliza como punto de partida para hablar acerca de la invención de las letras, de la escritura, de la memoria y del olvido. La escritura es vista como una técnica, una técnica del pensar, que al menos en apariencia permite guardar el orden y el sentido de aquello sobre lo cual se elaboran los pensamientos. Todos sabemos que Platón inventó una forma de pensar como literatura, sus famosos diálogos, sin embargo es profundamente crítico con respecto al hecho de que al fijar el orden de las cosas que se dicen, la escritura mata la oralidad y para Platón es la palabra viva la voz, el valor de la *φωνή*<sup>8</sup> (*fone*) lo que permite el diálogo con el otro y la posibilidad de un pensar vivo:

Sóc. ¿Crees que es posible comprender adecuadamente la naturaleza del alma, si se la desgaja de la naturaleza en su totalidad?

Fed. Sí hay que creer a Hipócrates el de los Asclepiadas, ni siquiera la del cuerpo sin ese método.

Sóc. Y mucha razón tiene compañero. No obstante, con independencia de Hipócrates, es preciso examinar en qué se funda lo dicho y si tiene sentido.

Fed. Conforme.

Sóc. Pues bien, por lo que respecta a la naturaleza, averigua qué es lo que puede haber afirmado Hipócrates y la verdadera razón de su aserto. ¿No es, quizá, así como hay que discurrir sobre la naturaleza de cualquier otra cosa? Primero de todo hay que ver, pues, si es simple o presenta muchos aspectos aquello sobre lo que queremos ser técnicos nosotros mismos, y hacer que otros puedan serlo; después, si fuera simple, examinar su poder, cuál es la capacidad que, por naturaleza, tiene que actuar sobre algo, o de padecer algo y por quién; y si tiene más formas, habiéndolas enumerado, ver cada una de ellas como se veían las que eran simples, y qué es lo que por naturaleza hace y con qué y qué es lo que puede padecer, con qué y por quién.

Fed. Es probable que deba ser así, Sócrates.

Sóc. En todo caso, el método, sin todas esas cosas se parecería al caminar de un ciego. Pero, en verdad, que no debe compararse a un ciego o a un sordo

<sup>8</sup> *Φωνή*, *fone*, en español significa: fono, voz.

el que va detrás de una técnica. Más bien es evidente que si alguien ofrece palabra con técnica, pondrá exactamente de manifiesto lo esencial de la naturaleza de aquello hacia lo que se dirigen sus discursos. Y esto supongo que será el alma.

Fed. ¿Qué si no? (Platón, 1986: 270c.)

## SEGUNDA APROXIMACIÓN AL PROBLEMA

Derrida elabora en “La farmacia de Platón”, uno de sus primeros textos acerca del problema de la escritura y el “Fedro” de Platón se convierte en el telón de fondo de sus reflexiones. Para él en el diálogo podemos encontrar una de las primeras versiones de la tensión inherente a la escritura como técnica de pensamiento, ya que la invención de las vocales por parte de los griegos para su uso en el alfabeto fenicio, permite tener, por vez primera en la historia de la humanidad, un instrumento de registro que imite el sonido de la voz, signos por sonidos se convertirán en el sino de la humanidad. La escritura se presenta como una posibilidad tangible para el registro de los sucesos, pero también para las creaciones estéticas de los poetas,<sup>9</sup> la escritura en tanto que generadora de discursos es una *ποίησις* (*poiesis*).

La escritura, nos dice Derrida, es para Platón como un fármaco de la memoria, pero por su origen el propio fármaco puede ser visto como un remedio o como un veneno,<sup>10</sup> nos alivia del dolor, nos ayuda a combatir la fatiga y el desgaste, propios de la vida, pero también produce la ilusión del alejamiento de la muerte, cuando por su propia naturaleza el fármaco es ambiguo. Esta representación que nos hace Platón de la escritura como *φάρμακον* (*farmakón*), el carácter ambiguo de la escritura, se encuentra en otros diálogos de Platón,<sup>11</sup> la preocupación reside en reconocer que se pueden escribir discursos bellos, pero lejanos a la verdad, la invención de la escritura es sin duda una revolución en el pensamiento humano, permite fijar el sentido de lo que se dice, fijarlo en el tiempo, sin embargo en lo que

<sup>9</sup> Es en la tragedia donde se da por vez primera la escritura, los primeros poetas trágicos componen oralmente sus piezas, pero muy pronto la escritura toma la escena y la memoria deja de ser la superficie de registro, la técnica en uso para crear.

<sup>10</sup> Ver el fragmento de el Fedón p. 1

<sup>11</sup> La preocupación por la ambigüedad de la escritura se observa claramente en el Protágoras, en el Filebo y en el Timeo.

guarda de *τέχνη*, la escritura tiene una esencia ambigua, permite el descubrimiento, tanto como el engaño y la ilusión, es el herramental con el que construimos los conocimientos.

Hemos transitado del *mitos* al *logos*, de la oralidad a la escritura, de la memoria viva que reside en la voz, a la construcción de los discursos que requieren de las letras y el papel como superficie de inscripción. Nos dice Derrida que la propuesta de Platón es como otra puesta en escena, donde se nos hace presente la repetición de lo mismo para encontrar la verdad, para desvelarla y descubrirla. En el Fedro, Lisias, el mejor constructor de discursos, el más famoso, el de los discursos más bellos, se ha ofrecido para elaborar un discurso para la defensa de Sócrates; el sofista quiere con su arte salvar al sabio ¡que ironía y que paradoja nos propone el discurrir platónico! Sócrates rechaza la posible intervención del sofista en su defensa y el resultado de su confrontación lo lleva a vivir su propia muerte, tal vez el arte de Lisias lo hubiese salvado, pero ¿acaso querría Sócrates vivir alejado de la verdad?

La paradoja del pensamiento se centra entre dos preceptos que nos dejan ver el sentido del ser que buscan tanto Heidegger como Derrida, por diferentes caminos pero con resultados muy similares, *ἀλήθεια* (*aleteía*) y *λήθη* (*lethe*); *ἀλήθεια*, desocultamiento, traer ahí adelante por un lado, y por el otro *λήθη*, olvido. La metáfora de la muerte en la antigüedad griega nos remite al olvido, al morir nuestras almas son llevadas por el barquero al otro lado del río, al cruzarlo bebemos de sus aguas, el río es el *Leteo* y el efecto que produce sobre nuestras almas es el olvido, sólo así podemos permanecer en el *Hades*<sup>12</sup> siendo sombras de lo que fuimos. La *aleteía* viene a ser la negación del olvido, no el recuerdo, no la rememoración, *anamnesis*, tan necesaria en la entrevista clínica y que por el hecho de remitirnos al pasado del sujeto enfermo nos permite aproximarnos a la etiología de sus padecimientos.

Si recurrimos al fragmento del Fedro citado en nuestro excurso, si hay que creer a Hipócrates, para descubrir la naturaleza de las cosas no basta con el método, si se quiere ser técnico en algo y hacer que otros puedan serlo, se necesita saber no sólo la naturaleza de las cosas, sino sobre quien

<sup>12</sup> El *Hades*, es el lugar que habitan los muertos en la mitología griega. Hades es el hermano de Zeus al que en el reparto del orden del mundo le tocó el subsuelo, al que todos los mortales vamos a llegar con la muerte.

actúan y quien las padece, ese quien es “otro” es al que se debe el saber médico y a quien se dirige la práctica médica; el discurso sobre la salud se construye a partir de suponer a ese “otro”, a partir de conocer la naturaleza de los males y los padecimientos, pero este *pathos*, necesita un territorio un cuerpo en el que expresarse y el saber médico como técnica le arrebató al sujeto ese saber sobre su cuerpo, su desgaste y su sufrimiento pasan a ser el *corpus* del discurso y del orden médico en el mundo moderno. Descubrimos las enfermedades, las lesiones y las heridas, las clasificamos, las llevamos al campo de las terapéuticas y de las intervenciones, generamos los dispositivos de intervención en el cuerpo, creamos un saber y una práctica en la que formamos y preparamos a los futuros integrantes del gremio. Sí, lo hacemos, pero al hacerlo dejamos a los cuerpos sin sujeto. *Soma*, que no *psique*, por eso es tan importante para la práctica médica, acallar el dolor, no para evitar el sufrimiento, que también es físico y psíquico, sino más bien para trabajar en el silencio de los órganos (Sigerist, 1987); no soporta el grito y el desgarró del sujeto, cuando éstos aparecen, el saber y la práctica médica enfrentan su fracaso.

No es el lugar para un trabajo filológico, pero algunos rastreos del propio fragmento del Fedro platónico nos permiten seguir con nuestra reflexión; *Ψυχῆς οὖν φύσιν*, la naturaleza del alma, de ahí la formulación de la pregunta de Sócrates a Fedro: ¿crees que es posible comprender adecuadamente la naturaleza del alma, si se la desgaja de la naturaleza en su totalidad? ¿Será posible comprender la naturaleza de la enfermedad desgajada de su totalidad? pregunta para el *éthos* médico. Y seguimos, *ἀληθῆς λόγος*, decir verdad, discursos verdaderos, palabras que muestran y desocultan, *περὶ βουλευσόμεθα εἶναι αυτοὶ τεχνικοὶ καὶ ἄλλον δυνατοὶ ποιεῖν*, si damos la vuelta a la voluntad de llegar a una meta, ser de sí mismo técnico o ser hábiles en la creación (y sólo trabajo con mucha literalidad esta aproximación).<sup>13</sup> En fin, dejo el asunto filológico para otra obra de naturaleza distinta, pero subrayo la presencia en

<sup>13</sup> Las páginas más bellas de la escritura de Platón se encuentran en el Fedro, es un asunto de gusto personal, pero me tomo la libertad de transcribir el fragmento completo en su original en griego. Plato. 1903.

Σωκράτες  
 Ψυχῆς οὖν φύσιν ἀξίως λόγου κατανοῆσαι οἶε δυνατόν εἶναι ἄνευ τῆς τοῦ ὄλου φύσεως;  
 Φαῖδρος  
 Εἰ μὲν Ἰπποκράτει γε τῷ τῶν Ἀσκληπιαδῶν δεῖ τι πιθέσθαι, οὐδὲ περὶ σώματος ἄνευ τῆς μεθόδου ταύτης.  
 Σωκράτες

el diálogo de el *pathos* como desvelado por la técnica a partir de reconocer un quién que lo padece, una psique a quien sin duda debe dirigirse toda técnica, y esto sería el centro del *éthos* médico.

### EXCURSO III. EL ORIGEN DE TODO

Dice Heráclito: *ἦθος ἀνθρώπῳ δαίμων (éthos antropói daimon)*.<sup>14</sup> Y nosotros traducimos e interpretamos de diversas maneras lo dicho por el sabio, se suceden las diferentes versiones en español, cada una refleja una manera de entender el asunto de la morada, del lugar en el que nuestro ser habita.

En la primera versión (Mondolfo, 1971), el traductor debe mirar al *éthos* como costumbre, como hábito resultante del genio del hombre. “Dijo Heráclito que, para el hombre, el *éthos* (hábito, índole) es su *daimon* (genio, adivino)”. Mondolfo es uno de los estudiosos que dedicó gran parte de su trabajo a revisar los fragmentos de Heráclito, tratando de ordenarlos en función de lo que dicen y logrando una primera versión directa al español, sin embargo el hábito es una adquisición, resultante de nuestra relación con los otros, una manifestación de la cultura y de la historia.

---

Καλῶς γάρ, ὦ ἑταίρε, λέγει: χρῆ μέντοι πρὸς τῷ Ἱπποκράτει τὸν λόγον ἐξετάζοντα σκοπεῖν εἰ συμφωνεῖ.

Φαῖδρος

φημί.

Σωκράτες

Τὸ τοίνυν περὶ φύσεως σκόπει τί ποτε λέγει Ἱπποκράτης τε καὶ ὁ ἀληθὴς λόγος, ἄρ' οὐχ ὧδε δεῖ διανοεῖσθαι περὶ ὄτουσῶν φύσεως: πρῶτον μὲν, ἀπλοῦν ἢ πολυειδές ἐστιν οὗ περὶ βουλησόμεθα εἶναι αὐτοὶ τεχνικοὶ καὶ ἄλλον δυνατοὶ ποιεῖν, ἔπειτα δέ, ἂν μὲν ἀπλοῦν ἦ, σκοπεῖν τὴν δύναμιν αὐτοῦ, τίνα πρὸς τί πέφυκεν εἰς τὸ δρᾶν ἔχον ἢ τίνα εἰς τὸ παθεῖν ὑπὸ τοῦ, ἐὰν δὲ πλείω εἶδη ἔχη, ταῦτα ἀριθμυσάμενον, ὅπερ ἐφ' ἐνός, τοῦτ' ἰδεῖν ἐφ' ἑκάστον, τῷ τί ποιεῖν αὐτὸ πέφυκεν ἢ τῷ τι παθεῖν ὑπὸ τοῦ;

Φαῖδρος

Κινδυνεύει, ὦ Σωκράτες.

Σωκράτες

Ἦ γοῦν ἄνευ τούτων μέθοδος εἰκοίαι ἂν ὥσπερ τυφλοῦ πορεία. ἀλλ' οὐ μὴν ἀπεικαστέον τὸν γε τέχνη

μετιόντα ὀτιοῦν τυφλῷ οὐδὲ κωφῷ, ἀλλὰ δῆλον ὡς, ἂν τῷ τις τέχνη λόγους διδῶ, τὴν οὐσίαν δεῖξει ἀκριβῶς τῆς φύσεως τούτου πρὸς ὃ τοὺς λόγους προσοίσει: ἔσται δέ που ψυχὴ τοῦτο.

Φαῖδρος

Τί μήν;

<sup>14</sup> Heráclito Fr. 119 (de Stob., Floril., IV, 40, 23) ἦθος ἀνθρώπῳ δαίμων.

En la segunda versión de que disponemos (García Bacca, 1979) dice que el *éthos* es claramente la moral y en eso consiste el demonio del hombre, en su moral, en su ser moral. “La moral hace para los hombres de demonio”. Esta lectura del *éthos*, ha llevado a toda una discusión en torno a la moral, el derecho, la religión, que en sí misma da cuenta de condiciones históricas y producidas a lo largo del tiempo y en las distintas formaciones sociales, de modo tal que no podríamos hablar de un *éthos* y el concepto desde Heráclito aparece como una abstracción general, que aunque puede tener manifestaciones particulares e históricas, necesariamente guarda un carácter transhistórico, de manera tal que la moral no basta para dar cuenta de él.

Farre (1969) se detiene en la condición del carácter del hombre y lo coloca como demonio, similar a García Bacca, pero en lugar de jugar con la moral, juega con el carácter. “Su carácter es demonio para el hombre”. Su versión es la más parecida a la de Kirk y Raven, quienes se dedicaron a revisar y organizar los fragmentos de todos los presocráticos y realizaron las primeras clasificaciones y ordenamientos de los mismos, con una primera versión completa en alemán. En su versión, la tercera de que disponemos, con edición española de García Fernández del texto de los fragmentos (Kirk, Raven, y Schofield, 1987), el *éthos* es considerado como carácter manifiesto como demonio. “El carácter del hombre es su *démon*”. Es evidente que hábito, moral o costumbre han sido aproximaciones al contenido del concepto presentado por Heráclito en sus fragmentos, pero al ser los hábitos, la moral y las costumbres algo que varía no dan cuenta cabal de un principio como el *éthos*.

Recientemente se publicó la versión española del tomo III de la obra de la sabiduría griega (Colli, 2010), en la que el estudioso italiano da cuenta de su propio ordenamiento de los fragmentos de Héraclito y realiza sus propias traducciones de los fragmentos originales, Colli nos dice: “La cualidad interior propia del hombre es un espíritu” (Colli, 2010:100).

La cualidad interior, el ser de lo humano está en el lenguaje, es lenguaje, la morada originaria, el *démon*, o *daimon* socrático está en el lenguaje, Sócrates es el *Farmakeus*,<sup>15</sup> el que aprendió el oficio de su madre la partera de Mantinea. Es el *daimon* de Sócrates, el espíritu que lo habita como cualidad interior, el que, manifiesto en lenguaje (técnica), permite a los demás generar ideas, parir pensamientos, esa es la hermeneútica socrática, esa es su mayeútica.

<sup>15</sup> Derrida nos muestra en su texto el modo como Sócrates se presenta y actúa como *Farmakeus*.

## TERCERA APROXIMACIÓN AL PROBLEMA: EL ÉTHOS MÉDICO

“Al develamiento del ser en general, como base del conocimiento, como sentido del ser, le antecede la relación con el ente que se expresa; el plano ético precede al plano de la ontología” (Levinas, 2002). Sí... el plano ético precede al plano de la ontología, entonces, estamos obligados a reconocer a la ética como principio, a mirar la ética en el origen —como en el griego arcaico— ἦθος (éthos)—<sup>16</sup> como morada, el lugar en el que habito. Antes de la palabra ἠθικός (ética), que para los griegos significaba costumbre, existía ya la palabra ἦθος, curioso pero aún en el orden de las palabras, morada precede a costumbre. Y la morada es sin lugar a dudas el lenguaje, vivimos en el lenguaje, traemos un mundo a la mano en el lenguaje, representamos en las palabras incluso el ser y el sentido, que tanto preocupan a Levinas y a una buena parte de la filosofía de la segunda mitad del siglo XX.

El δαίμων (*daimon*), es la metáfora del desgarramiento interior del sujeto, el ἦθος (éthos), la morada del hombre es el lugar de una escisión (Agamben, 2003), la voz, el lenguaje nos trae de vuelta. El ser humano es una instancia ambigua, entre origen y destino media un desgarramiento, una escisión, el éthos es su *daimon*, su destino, y su destino es ser libre. La condición del ser es la de saberse indeterminado, el conocimiento es el camino y la búsqueda que nos muestra la alteridad entre el ser y el mundo, la autoconciencia, el reconocimiento de la incompletud y por ende de la necesidad de vivir en una apertura, abiertos hacia lo “otro”, puestos en la diferencia.

Si queremos llevar nuestra reflexión al éthos médico, tenemos que reconocer que el saber médico, la gnoseología de la medicina, se nos ha hecho presente como un saber acerca de la enfermedad, es el *phatos* lo que se construye como objeto de conocimiento, el cuerpo aparece como el territorio de inscripción de las enfermedades. Si lo que queremos es descubrir el éthos médico tenemos que recuperar al cuerpo como el espacio donde no solamente se expresa la enfermedad, sino que fundamentalmente, se expresa la vida en su plenitud; es decir, el lugar en que se muestra el carácter efímero de nuestra existencia, la conciencia de vida como conciencia de muerte, la presencia de la necesidad, del placer, del dolor, del deseo, del sufrimiento, el cuerpo como el territorio de la memoria, de las heridas físicas y psíquicas que produce la existencia humana, tenemos que hacer aparecer (ἀλήθεια) por debajo del cuerpo, lo que permanece oculto, el sujeto.

<sup>16</sup> El ἦθος remite siempre a una ontología.

El “otro” que al hablar me devuelve el sentido mismo de la existencia, la relación entre mis saberes, mis habilidades y sus necesidades, sus carencias, el modo de acercarse a él, desde el oído y la escucha, hasta la intervención y el acompañamiento, me dirán que es una ilusión, una utopía, un buen deseo, que el médico para sostenerse se encuentra sometido a un sistema, a un conjunto de normas e instituciones, yo tan sólo puedo pensar con Heidegger que los profesionales de la salud somos para la moderna técnica existencias, nuestra vida y nuestros saberes operan en la cadena del emplazamiento de existencias, que obedece a una lógica de destrucción y muerte, de ahí la importancia de mirarnos desde el afuera, desde el “otro” y desde el origen del saber y la práctica médica mismas, desde el que padece, desde el que sufre. Reflexionar estas cuestiones nos permitirá reconocer con Heidegger y Hölderlin que si bien vivimos para la muerte, donde está el peligro, crece también lo que salva.

Si la salud opera tan sólo en el discurso, si la salud es sólo un deseo, una ilusión, una forma de representación de la vida de los seres humanos; hombres y mujeres, si podemos afirmarlo, es porque sabemos de cierto que la vida es frágil, que se encuentra en riesgo, que se ve sometida a las consecuencias de los efectos prácticos del azar, de la necesidad y de la libertad; por ende nos vemos obligados a descubrir en el saber y la práctica médica (a descubrirlo porque ha permanecido oculto en el fondo –porque lo que se nos muestra y presenta en la superficie son las formas deshumanizadas técnico-científicas de diagnóstico y tratamiento, los dispositivos de intervención en los cuerpos), un contenido humano, una legítima preocupación por la vida y su fragilidad, por la enfermedad y sus riesgos, por la muerte y su acompañamiento.

Partiendo de esta argumentación, sólo es concebible reformar la enseñanza de la medicina partiendo del principio de reconocer el carácter humano de la enfermedad y la muerte, sus formas producidas históricas y sociales, sus saberes organizados en el sentido del descubrimiento de la naturaleza de la enfermedad y de la muerte como hechos humanos, producidos por la historia y las prácticas sociales: recuperar la entrevista, la preocupación por devolver al “otro” la capacidad de decidir sobre su tratamiento, sobre las posibles intervenciones, hacer didáctica en la enseñanza y en la práctica médicas. Acompañar al enfermo, a su familia en su sufrimiento buscando el alivio y la curación.

Reconocer que el desarrollo de la moderna tecnología ha producido una escisión mayor entre el sujeto y su vida, que el ejercicio y la aplicación de



un conjunto de terapéuticas y de dispositivos de intervención, tienen que ser supervisados en su aplicación, en su ejercicio, por otros saberes como los del físico, los del químico... puede servir para retirar el halo mágico, el lugar del médico en las representaciones sociales, pero, más que nada, debe devolver al saber médico su propia *episteme*, su *éthos*.

Hablar de la salud humana es dar cuenta de una formulación discursiva ausente de un saber o de un desocultamiento; hablar de la vida, de las ciencias de la vida, de la enfermedad y de la muerte, es necesariamente un reconocimiento de la humanización de la naturaleza, de la producción de sus formas sociales e históricas. El saber médico y la práctica médica tienen una forma dominante en nuestro tiempo y en nuestro mundo, desmontar el carácter oculto, el modo discursivo de algo que parece acercarnos a lo real sobre nosotros mismos y que se queda en el discurso de la salud y el bienestar, cuando en realidad nos aparta y nos separa del “otro”, nos coloca en una suerte de paradoja como la de la escritura en Derrida y como la de la técnica en Heidegger, nos obliga a la supervisión de nuestras acciones.

Por qué no pensar en la supervisión de los pares en la práctica hospitalaria, en un modelo en el que no se dé ninguna intervención de los especialistas (salvo en urgencias) sin la lectura de un médico internista que obligue a mirar al sujeto y no sólo a la enfermedad, que le devuelva el saber sobre su cuerpo y lo involucre en la toma de decisiones. Por qué no supervisar las intervenciones tecnológicas (radiación, láser, endoscopías...) por especialistas de la física y disciplinas afines. Por qué no pensar en una práctica médica sometida en su ejercicio, como ya sucede en muchos protocolos de investigación, a comités de bioética integrados por los otros, por los pacientes y los profesionales de las humanidades, psicólogos, antropólogos, profesionales del derecho, filósofos. Por qué no volver a una enseñanza y un ejercicio que devuelva al saber y a la práctica médica un contenido humanista y humanizante.<sup>17</sup> ¿Por qué no...?

<sup>17</sup> No deja de pasar por mi cabeza el juramento hipocrático (*Hórkos*), que releído y puesto en los problemas contemporáneos puede servir de nuevo.

## BIBLIOGRAFÍA

- Aristóteles, (2010), “De partibus animalium”, en Aristóteles, *Obra Biológica*, versión española de Bartolomé, R., Luarna Ediciones, Madrid.
- Agambem, G. (2003), *El lenguaje y la muerte*, Pre-textos, Valencia.
- Chauvenet, A. (1980), “Biología y gestión de los cuerpos”, en Achard, P. Chauvenet, A. et al., *Discurso biológico y orden social*, Nueva Imagen, México.
- Claveul, J. (1978), *El orden médico*, Argot, España.
- Colli, G. (2010), *La sabiduría griega III*, Trotta, Barcelona.
- Derrida, J. (1997), “La farmacia de Platón”, en Derrida, J., *La Diseminación*, Fundamentos, Madrid.
- Esquilo (1986), *Tragedias*, Prometeo encadenado, Gredos, Madrid.
- Farre, L. (1969), *Heráclio Fragmentos*, Aguilar, Madrid.
- García Bacca, J.D. (1979), *Los presocráticos*, Fondo de Cultura Económica, México.
- Heidegger, M. (2001), “La pregunta por la técnica”, en Heidegger, M., *Conferencias y artículos*, Ediciones del Serbal, Barcelona.
- Kirk, G.S., Raven, J.E. y Schofield, M. (1987), *Los filósofos presocráticos*, versión española de García Fernández, J., Gredos, Madrid.
- Levinas, E. (2002), *Totalidad e infinito*, Sígueme, Salamanca.
- Louis, P. (1956), *Les parties des animaux* (PA), Les Belles Lettres, París.
- Mondolfo, R. (1971), *Heráclito*, Siglo XXI Editores, México.
- Platón (1986), *Díálogos III, Fedón y Fedro*, Gredos, Madrid.
- (1981), *Díálogos I, Apología*, Gredos, Madrid.
- (1903), *Platonis Opera*, Oxford University Press, John Burnet, Oxford.
- Sigerist, H. (1987), *Civilización y enfermedad*, Fondo de Cultura Económica, México.
- Sloterdijk, P. (2001), *Extrañamiento del mundo*, Pre-textos, Valencia.
- Tratados Hipocráticos I* (1986), Gredos, versión española de García Gual, C., Madrid.



# Concepciones sobre la salud, la enfermedad y el cuerpo durante los siglos XIX y XX

Sergio López Moreno  
Ma. del Consuelo Chapela  
Gilberto Hernández Zinzun  
Alejandro Cerda García  
Manuel Outón

## INTRODUCCIÓN

¿Qué entendemos por salud o enfermedad?, ¿quién tiene derecho a suspender una vida humana?, ¿qué es una vida humana y dónde termina?, ¿qué es el cuerpo y a quién pertenece?, ¿quién debe decidir qué problemas de salud son prioritarios?, ¿a qué poblaciones debemos atender primero y por qué?, ¿de quién es el genoma humano y quién tiene derecho a modificarlo? Aunque parezca extraño, estos cuestionamientos no han sido formulados por la medicina sino por la filosofía, la sociología, la antropología y el derecho. Durante los últimos 200 años estas disciplinas han tratado de responder éstas y otras preguntas semejantes, y en ese proceso la idea de la enfermedad como un trastorno objetivo, observable y medible de las funciones normales del cuerpo –que resulta de la presencia de “causas” precisas que pueden ser objetivamente identificadas– ha experimentado drásticos ajustes y reformulaciones. Los firmes cuestionamientos que la filosofía y las ciencias sociales han hecho a los conceptos de normalidad, observación, medición, objetividad, causa, vida, muerte y cuerpo, han terminado por cuestionar los aparentemente inamovibles conceptos generados desde las ciencias biomédicas. Como consecuencia, la salud ha dejado de ser un problema exclusivamente médico para convertirse en un asunto que atañe a todas las profesiones y actividades del hombre. Los antropó-

logos, sociólogos, psicólogos, economistas, educadores, abogados, administradores, comunicólogos y filósofos, por ejemplo, **consideran que la salud es un legítimo asunto de estudio en sus respectivos campos, y los currículos profesionales cada vez abordan con mayor amplitud los problemas de salud.**

La realidad parece confirmar estos cambios. En pleno siglo XXI, ante el limitado impacto de la medicina en la salud de muchos grupos sociales, la creciente complejización de la vida social –dominada por la tecnología y la informática– y el avasallamiento del mercado sobre la vida de las personas, tenemos la oportunidad y la obligación de usar estos saberes para comprender mejor nuestros problemas y tratar de transformar las precarias condiciones de vida de los millones de personas para quienes la salud plena es todavía una utopía. ¿Por qué ha sido tan difícil incorporar estos saberes en el diseño de las políticas de salud?, ¿por qué las escuelas de medicina y otras profesiones “de la salud” se resisten a introducir seriamente en sus programas de enseñanza el estudio de los aspectos filosóficos, antropológicos y sociológicos de la enfermedad? Desde nuestra perspectiva, la incorporación del humanismo y las ciencias sociales en el estudio de la enfermedad y la comprensión de la salud se ha retardado debido a que la tendencia actual mundial es reducir la realidad a un discurso fundamentalmente utilitario, que sólo acepta lo que es lógicamente demostrable y puede ser calculado, medido y expresado en términos matemáticos. La idea del mundo se reduce a sus expresiones más evidentes y pragmáticas, y los problemas de la sociedad se enfrentan aplicando los medios más eficientes de la manera más rápida. Esta racionalidad, que descansa fundamentalmente en el saber empírico, no busca comprender el mundo sino dominarlo. Esta forma de pensamiento, esencialmente instrumental, requiere separar ontológicamente al sujeto que conoce del objeto por conocer.

El filósofo Jürgen Habermas ha señalado que la preponderancia de la racionalidad instrumental es típica de la modernidad y se basa en la creencia de que el desarrollo de la sociedad está determinado por el progreso científico-técnico y que los retos del presente implican el uso de una lógica que permita alcanzar la máxima eficacia al menor costo posible. No obstante, dice Habermas (1991), es posible formular una teoría del conocimiento que al tratar de comprender el mundo sirva como su propia crítica radical, si renuncia a separar al sujeto que conoce del objeto cognoscible. Es sólo a partir de esta relación ontológica, hermenéutica y lingüística entre el sujeto y el objeto que puede construirse una apropiada comprensión del

**mundo.** Esta forma de pensamiento es denominada **racionalidad ética** (Arnsperger y Parijs, 2000) y se caracteriza por que su principal propósito es identificar los valores humanos que están en juego cuando se eligen los medios para alcanzar un fin. En este caso elegir un medio significa preferir ciertos valores sobre otros, lo que sólo se alcanza mediante la reflexión y el diálogo. Aunque la racionalidad ética nunca fue dominante, el mercantilismo y la tecnologización de la vida que experimentó el mundo en el siglo XX marcaron su derrota casi completa frente a la **racionalidad instrumental**, provocando que la principal lógica de comportamiento humano sea la lógica del máximo rendimiento.

La combinación adecuada de ambas racionalidades, que permitiría resolver con éxito problemas técnicos y éticos –como los de salud– parece estar ausente en todos los campos de la actividad humana. No obstante, en el caso de las ciencias de la salud este problema es relevante, debido a que su objeto de atención es la vida y el bienestar de las personas. La cuestión sobre cómo debe enfrentarse un problema de salud implica decidir el medio correcto para resolverlo, y el problema entonces se convierte en saber qué es lo correcto. Durante el uso de la técnica estamos obligados a seguir criterios morales, humanos, que respondan a los modos de comportamiento que justifican nuestra condición humana. **Somos distintos del resto de criaturas no sólo por lo que decidimos hacer, sino por la manera como lo hacemos y lo justificamos.**

Los estudios científicos de las disciplinas de la vida nos han dotado de un inmenso conocimiento sobre nuestro desarrollo evolutivo, características anatómicas, funciones psíquicas y modos de comportamiento. Pero estos acercamientos son incompletos. Las reflexiones sobre la salud humana, sus determinaciones y sus relaciones con la cultura se encuentran lejos de haber terminado. La diferencia con respecto al pasado es que ahora tenemos la oportunidad de usar los saberes generados desde las disciplinas sociales como poderosos instrumentos de lucha contra los problemas que impiden alcanzar, mediante las acciones de salud, un mundo más confortable y más justo para los seres humanos.

En este capítulo se hace un apretado resumen de lo que, a juicio de los autores, constituyen los principales aportes de las disciplinas que han buscado reconstruir los conceptos sobre la salud, la enfermedad y el cuerpo humano, superando las miradas basadas exclusivamente en el conocimiento biológico y clínico. Inicialmente se presentan algunos de los conceptos contemporáneos sobre la salud y la enfermedad, la evolución de las co-

rientes positivistas sobre la vida y la salud y las posturas críticas que aparecieron en las últimas décadas del siglo pasado. Enseguida se presentan las escuelas fenomenológica y hermenéutica, que ocupan un lugar relevante en las nuevas reflexiones sobre la salud y el cuerpo. Finalmente tratamos de establecer las relaciones que tienen los conceptos de salud y de cuerpo con las ideas de justicia y derecho, a fin de mostrar las complejas redes epistémicas y políticas que caracterizan estos campos.

## CONCEPCIONES SOBRE LA SALUD Y LA ENFERMEDAD

### *Principales conceptos contemporáneos sobre salud y enfermedad*

Discutir el significado de la salud no es un asunto banal. Para la mayoría de las personas—incluyendo a los médicos— la medicina busca la salud principalmente combatiendo a las enfermedades y la muerte. No obstante, incluso una reflexión superficial muestra claramente que la muerte, como parte del ciclo vital, es inevitable. El caso de las enfermedades es algo diferente, pero es imposible dejar de reconocer que para que se presente la muerte necesariamente debe aparecer una condición que la anteceda. De manera que la enfermedad también parece inevitable. No es deseable estar enfermo, pero estar potencialmente enfermo y llegar a estarlo parece ser una circunstancia inseparable de la condición humana. En consecuencia, buscar la salud a partir de la lucha contra las enfermedades y la muerte es, cuando menos, una utopía. Por esta razón debemos aceptar que la medicina no puede sino luchar contra las enfermedades evitables, que las hay; contra el sufrimiento y las incapacidades que resultan de la enfermedad, y contra las muertes ocurridas prematuramente.<sup>1</sup>

Otra forma de entender a la salud—que en honor a la verdad es cada vez menos frecuente— se refiere al uso de criterios de normalidad estadística. Usar la frecuencia con la que se presentan ciertas características morfológicas, fisiológicas o de comportamiento para determinar si una persona es

<sup>1</sup> En este capítulo se considera una muerte prematura a aquella que se presenta antes de la edad que es posible alcanzar en un momento y lugar determinados dado el progreso social y material alcanzado por los grupos sociales que conforman el contexto y la situación en la que ocurre esa muerte.

sana, fue aceptado durante casi un siglo. No obstante, aunque el uso de las cifras normales continúa siendo un valioso auxiliar diagnóstico, actualmente ninguna escuela médica sería se basa en el uso de estas herramientas para definir una condición patológica.

El problema en realidad es más complejo. Condiciones que se consideraron normales durante la mayor parte de la historia actualmente se clasifican como enfermedades, como son la depresión, la obesidad y el consumo de alcohol y tabaco, por ejemplo. Y lo mismo sucede en sentido contrario: condiciones que se consideraron enfermedades durante largos periodos actualmente dejaron de considerarse patologías. En este caso se encuentra, por ejemplo, la homosexualidad, que la Organización Mundial de la Salud (OMS) desclasificó como enfermedad mental apenas en 1990. Como puede notarse, los conceptos de salud y enfermedad varían con el tiempo y la cultura.

Las acciones de incorporación y desincorporación de ciertas condiciones anatómicas, fisiológicas y de comportamiento al ámbito de la medicina fueron definidas por Michel Foucault (1905-1980) como procesos de “medicalización”. Estos procesos representan una de las formas más comunes y efectivas de dominación sobre la vida y los cuerpos de los seres humanos, fundamentalmente a partir de la imposición de un discurso y una forma de mirar el mundo. En este caso, por medio del discurso y la mirada médicas.

Definir a la salud ha requerido de enormes esfuerzos y aún no existe un concepto que sea universalmente aceptado. Claude Bernard (1813-1878) señalaba que la constancia del medio interno es la primera condición de la vida y que la enfermedad es un estado caracterizado por su perturbación. Resumía así sus posturas: “todos los mecanismos vitales, con ser tan variados, sólo tienen un objeto: el de mantener constantes las condiciones del medio interno” (Bernard, 1960). Bernard se refiere a los umbrales máximo y mínimo dentro de los cuales puede oscilar un indicador biológico (temperatura, presión arterial, glucosa en sangre, sodio en plasma, etcétera) y que son rebasados en condiciones de enfermedad, ya sea como causa o como efecto de un proceso de orden biológico. Para esta postura la salud, tanto física como mental, es definida como la ausencia de alteración o enfermedad, requiere del establecimiento de un sinnúmero de cifras biológicas normales e implica –lo que parece más importante– que la definición de **cualquier enfermedad tiene que obedecer a criterios probabilísticos**. A esta escuela pertenece el filósofo de la medicina Christopher Boorse, quien defiende un concepto donde la salud sería, en primer lugar, un estado biológico objetivo alcanzado por cada especie cuando llega a un punto determinado



de su evolución y, en segundo término, cualquier estado en donde no sea posible identificar una enfermedad “tratable” (Boorse, 1977).

Una de las definiciones modernas más conocidas es la de la OMS (2006) que el 7 de abril de 1948 definió a la salud como “el estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”. Aunque esta definición ampliaba el concepto estrictamente biológico (característico de las ciencias biomédicas) hacia las esferas psicológica y social, casi desde su origen ha recibido severas críticas debido a que fue considerada utópica, estática, históricamente descontextualizada y poco operativa (Ereshfsky, 2009; Coelho y Almeida, 2002; Almeida, 2001; Czeresnia, 1999; Castellanos, 1987; Breilh, 1979).

En 1950 Talcott Parsons analizó por primera vez el papel de la enfermedad en la sociedad occidental, señalando que se trata de cualquier desviación o disminución de la capacidad para cumplir los roles y tareas para los cuales ha sido socializado. Desde este punto de vista, el enfermo desempeña un rol y su comportamiento debe obedecer ciertas reglas para ser socialmente aceptable (Parsons, 1966). A pesar de sus limitaciones, esta postura permitió que el concepto de salud y los análisis sobre el papel de la medicina se enriquecieran al entrar por primera vez en escena elementos que la visión biomédica –prácticamente la única perspectiva considerada “científica” en ese momento– excluye sistemáticamente. Entre otros aspectos se comenzó a hablar, por ejemplo, del rol social del paciente, del papel de la etiquetación del enfermo, de las causas de despego al tratamiento, del valor de las redes de apoyo para la curación, etcétera.

George Canguilhem (1904-1995), a partir de un acercamiento que constituye una de las mejores críticas a las condiciones de normalidad estadística como criterio de salud, afirma sintéticamente que “lo propio de la enfermedad consiste en que es una reducción del margen de tolerancia con respecto a las infidelidades del medio” (Canguilhem, 1983:151). Cuando dicho margen se estrecha, la persona no puede responder funcionalmente de la misma manera que antes a las alteraciones del medio. Pero si el cuerpo se adapta al nuevo margen de tolerancia y abre otra vía de respuesta a las alteraciones del medio, el individuo ha creado otra forma de normalidad. En tal caso, la enfermedad ha permitido que el individuo sea más apto para responder a las exigencias del medio, siempre y cuando logre establecer una respuesta adecuada a las nuevas condiciones. Por tal motivo Canguilhem afirma que tanto la salud como la enfermedad constituyen condiciones normales, aunque cada normalidad se refiere a reglas de res-

puesta diferentes. En la salud plena el individuo posee la capacidad de establecer múltiples formas de normalidad, de manera que la salud no sólo es normal sino también normativa.<sup>2</sup> Cuando un ser vivo no puede adaptar sus respuestas a las alteraciones del medio mediante la creación de nuevas formas de normalidad, entonces permanece enfermo, limitado, sufriente. En otras palabras, la capacidad normativa de un individuo se estrecha paulatinamente conforme se acerca a la muerte.

Estas consideraciones sobre la salud resultan filosóficamente relevantes debido a que evidencian las limitaciones del análisis de la salud hecho en términos de normalidad estadística. **En cambio, el concepto de normalización sintetiza el juego que se establece entre el ser humano y su entorno, y permite abordar a la salud como el resultado final de una compleja red de determinaciones biológicas, sociales e históricas. Para comprender cabalmente esta afirmación ha sido necesario incorporar los aportes de la sociología, la economía y las ciencias políticas.**

Muchos otros conceptos de salud se han aventurado en las últimas décadas. Entre los teóricos europeos y anglosajones destacan Lennart Nordenfelt (1960), Tristram Engelhardt (1995) y el ya mencionado Christopher Boorse. En resumen, el debate actual asiste al enfrentamiento entre las escuelas naturalistas y las escuelas normativas. Las primeras reclaman ser descriptivas, libres de valores y consistentes con la teoría evolucionista. Afirman que un individuo es completamente saludable si, y sólo si, todos sus órganos funcionan normalmente (probabilísticamente hablando) en un ambiente normal (probabilísticamente hablando) y contribuyen a la supervivencia del individuo o la especie. En este caso, las personas sanas son identificables mediante investigación médica “objetiva” (Boorse, 1977). Las principales críticas normativistas se refieren a la exclusión que hacen los naturalistas de consideraciones extrabiológicas tales como la condición de persona y su contexto cultural. La escuela normativista propugna un enfoque que no elude los valores implícitos en la concepción de salud y sostiene que una persona “está completamente sana si, y sólo si, tiene la capacidad, en circunstancias estándar, para alcanzar todas sus metas vitales o esenciales en la vida” (Nordenfelt, 2007:7). En este caso lo más interesante es la introducción del concepto de metas esenciales de la vida, lo que da un vuelco a las posiciones naturalistas que se pretenden “objetivas”.

<sup>2</sup> Es decir, es capaz de establecer sus propias reglas de normalidad.



Por su parte, la medicina social latinoamericana tiene la convicción de que a cada sociedad corresponde un perfil específico de enfermedad y de muerte, íntimamente relacionado con el modo de producción económica y la forma en que se enlazan la economía, la política y la cultura. No obstante, en su seno todavía se discuten los sutiles pero complejos mecanismos que permiten estos enlaces. De lo que no cabe duda es que la pobreza tiene un impacto determinante en cómo los seres humanos viven y mueren; de que la desigualdad social es más importante que la herencia biológica en la mayor parte de los problemas de salud, y de que la fuente de la dominación de unos grupos sociales sobre otros –con la desigualdad económica y social resultante– está determinada por la relación de propiedad o no que cada grupo social mantiene con los medios de producción.<sup>3</sup> Como iniciadora de esta corriente de pensamiento, desde los primeros años de la década de 1980 Cristina Laurell ha sostenido que la enfermedad no es simplemente un estado biológico que deriva mecánicamente de la pobreza; que la salud y la enfermedad no son entidades separadas sino partes indisolubles de un solo fenómeno –al que denomina “proceso salud-enfermedad”– y que dicho proceso es incomprensible si no se analiza en conjunto con el devenir histórico de las sociedades (Laurell, 1982). Esta mirada dialéctica sobre la salud es completada por Eduardo Menéndez, quien señala que el concepto de salud es parte de un modelo –al que llama “modelo médico”– que posee características específicas en cada etapa histórica de desarrollo social y que deviene hegemónico a medida que desplaza a otras formas de concebir y practicar la salud (Menéndez, 1984). Debido a que las conductas que adoptan las personas frente a la enfermedad responden y forman parte de lo que se entiende por salud, Menéndez propone ampliar la categoría a la de **proceso “salud-enfermedad-atención”** (Castro, 2010).

Entre otros aportes latinoamericanos a la concepción de salud destacan los acercamientos de Juan Samaja (2007), Naomar Almeida Filho (2001) y Edmundo Granda (2009), todos ellos cercanos a la medicina social latinoamericana. Desde el lado de las ciencias biomédicas sobresale el trabajo de Pérez Tamayo. En su trabajo más relevante en este campo, luego de hacer un amplio relato histórico sobre el concepto de salud se adscribe a las tesis naturalistas:

<sup>3</sup> Los debates, por ejemplo, se han centrado recientemente en lo que debe considerarse como “medios de producción” en una sociedad caracterizada por la extrema tecnologización, el predominio de la informática y la ruptura de las fronteras para el capital y los mercados.

La definición de Boorse me parece la más completa y la que está más de acuerdo con lo que manejamos los médicos contemporáneos cuando realizamos actividades profesionales. Se trata de una noción teórica exenta de juicios de valor, Sus dos principales elementos son la normalidad estadística y la función biológica (Pérez-Tamayo, 1988:219).

Actualmente la mayoría de las definiciones que no derivan propiamente de una reflexión filosófica, coinciden simplemente en que la salud es una manifestación de la capacidad de adaptación del hombre a su ambiente. En octubre de 2006 la definición de la OMS, por ejemplo, fue ampliada señalando que la salud es el “estado de adaptación de un individuo al medio en donde se encuentra”.

El concepto de salud y su definición han experimentado grandes variaciones a lo largo del tiempo. En su configuración intervienen de manera sutil, pero determinante, los procesos económicos, políticos e ideológicos que marcan el rumbo de la sociedad en su conjunto. Los cambios en los conceptos de vida humana, de muerte, de cuerpo, de medicina, etcétera, intervienen decisivamente en la concepción de lo que es la salud. Otros fenómenos sociales tienen un impacto semejante, como la lucha contra el *apartheid*, contra la homofobia, contra la discriminación hacia las mujeres, etcétera, así como los procesos sociales entablados durante la construcción de los derechos humanos. Como consecuencia, la definición de salud resulta una categoría que sólo en apariencia es técnica, pues cada concepción implica diferentes grados de obligación del Estado hacia los enfermos, los grupos sociales, la sociedad y la especie humana en su conjunto. Por tal motivo en la definición de la salud se entablan velados pero intensos debates.

Por su lado, el derecho y la justicia se enlazan con la salud no solamente en el momento de garantizar su conservación o recuperación, sino en la propia creación del derecho. En su libro clásico sobre la vida y las reglas, Stefano Rodotà (2010) se pregunta: ¿de quién es el cuerpo?, ¿de la persona?, ¿de dios?, ¿de la naturaleza?, ¿de los médicos?, ¿de los familiares?, ¿de los jueces que determinan su destino? Y ¿de qué cuerpo estamos hablando? Como veremos, la evolución del propio derecho depende de los conceptos que la sociedad tiene sobre el cuerpo, la vida y la muerte. A esto se superpone la idea de justicia. Para comenzar el análisis de estos marcos explicativos e identificar sus alcances y limitaciones, en los siguientes apartados abordaremos brevemente el desarrollo de las concepciones filosóficas que dieron sustento a las ciencias de la vida y de la salud en los siglos XIX y XX.

### *Medicina y positivismo en el siglo XIX*

Durante el siglo XIX las concepciones de salud y de enfermedad adoptaron en Europa el esquema de la filosofía positiva de Augusto Comte (1798-1857) (Martínez, 2003). El positivismo se había hecho presente como una escisión en el conocimiento académico: a un lado quedaban las reflexiones de origen metafísico o espiritualista; al otro, las observaciones metódicas de hechos naturales –físicos– consideradas por Comte como la única forma válida de conocimiento. En la *physis* de los griegos antiguos, lo físico y lo psíquico formaban una unidad (Heidegger, 1993); sin embargo los romanos aplicaron una reducción al término cuando tradujeron *psysis* por *natura*; a partir de entonces lo natural empezó a entenderse como lo físico-material-visible; es decir, lo dado a los sentidos. En la visión positivista del conocimiento, la salud-enfermedad fue conceptuada desde el sentido restringido de la *physis* y, debido a ello, necesariamente se erigió sobre la separación radical entre el observador y lo observado, inaugurando el predominio de la racionalidad instrumental. No es casual, aunque sí “natural”, que la medicina decimonónica y positivista fundara su teoría unicausal de la enfermedad en la relación de los seres humanos con la “naturaleza”, el ambiente, pero no con lo social ni con lo psíquico.

Una gran cantidad y diversidad de teorías de la enfermedad producidas al margen de los hechos observables fueron recortadas por el filo de la navaja positivista (Foucault, 1991). No se trataba sólo de observación, el positivismo también exigía hacerlo en condiciones controladas (Comte, 1979). Este hecho cristalizó en el uso creciente de instrumentos, una tecnificación del proceso de investigación que culminó con la transformación del “saber hacer” de la ciencia en el “poder hacer” de la técnica (Gadamer, 2001).

A partir de un procedimiento de laboratorio, diseñado *ex profeso*, Louis Pasteur (1822-1895) demostró que la vida sólo se genera de la vida y Claude Bernard a quien referimos anteriormente, descubrió, entre otras, funciones digestivas y glucogénicas en la actividad del páncreas y el hígado. En la misma línea procedimental, Robert Koch (1843-1910) (López, 2008) encontró los bacilos causantes de la tuberculosis y el cólera. Las demostraciones de los tres hombres de ciencia enviaron a las teorías de la “generación espontánea” y el “animismo” a la oscuridad de la superstición. Koch se internó aún más lejos en el horizonte positivista: estableció un protocolo para determinar bajo qué condiciones un microorganismo debía considerarse causante de una enfermedad y con ello dio una vuelta a la tuerca del

poder del método; un procedimiento para separar la causa “verdadera” de las aparentes. El positivismo trazó una línea divisoria entre los signos objetivos de la enfermedad y las percepciones subjetivas de los pacientes; la vieja pregunta “¿qué tiene usted?” fue remplazada por “¿dónde le duele?” (Foucault, 1991). El tamiz positivista de la clínica científica impidió que los aspectos psíquicos, sociales y culturales de la enfermedad, ligados a la subjetividad de las personas, pasaran al expediente médico. Las concepciones de la salud y la enfermedad se habían replegado a lo biológico-material-visible, a lo “físico”. Desde esta perspectiva no resulta fortuito que, en parte, la medicina haya adoptado la forma de “higienismo” y que el saneamiento del ambiente hubiera sido la principal actividad de la medicina desde el último tercio del siglo XIX hasta el primero del XX.

Como un capricho histórico podría parecer la presencia y la fuerte influencia de los postulados de Lambert Adolphe Jacques Quetelet (1796-1874) (Hacking, 1991) en el siglo del positivismo. Para este científico, uno de los responsables de la construcción de la *episteme* contemporánea, la sociedad observada a nivel poblacional mostraba un comportamiento similar, estadísticamente hablando, a los fenómenos físicos. Debido a ello Quetelet hablaba de la existencia de una “física social” que podría descubrirse y aplicarse para predecir los fenómenos poblacionales. En relación con cierto número de atributos de la población (edad, ocupación, etcétera) el autor desarrolló su noción de “hombre promedio”, una abstracción estadística que propuso para evaluar hombres “de carne y hueso”: de esta forma podía saberse qué tan próximos o alejados de la media se encontraban, por ejemplo, los comportamientos, la salud, los patrones de consumo, de las personas reales. Aunque en un principio Quetelet sólo proponía evaluar personas, durante la última parte de su vida se inclinaba por intervenirlas desde el conocimiento estadístico. El positivismo, feroz enemigo de las abstracciones invisibles e inmateriales, acogió en su seno a la estadística y con ella a su gran influencia sobre las poblaciones.

Ya en el siglo XX, en la *Domesticación del azar*, Ian Hacking (1991) plantea que medir una población no es inocuo. El cálculo de promedios convierte en “normales” a las personas cercanas a la media y “patologiza” a quienes se alejan de ella. Los anormales viven una presión psicológica, social y cultural para “normalizarse”. La siguiente página de la historia sanitaria, con el surgimiento y proliferación de las enfermedades crónicas y degenerativas en el siglo XX, colocaría, sin embargo, un gran signo de interrogación a la filosofía positiva de la salud-enfermedad.

### *Medicina y positivismo en el siglo XX*

En el ambiente positivista del siglo XX florecieron dos antiguas aspiraciones presocráticas: ligar el conocimiento al estudio de la naturaleza y desterrar las creencias carentes de referentes empíricos. En este marco, la filosofía reafirmó su vínculo histórico con la medicina y de esta relación nacieron concepciones de salud y enfermedad leales al positivismo. En las reflexiones de Christopher Boorse (1977) planteadas en su *Health as a Theoretical Concept*, el autor explora la noción de “salud” implicada en la frase “la salud es ausencia de enfermedad” para luego plantear su rechazo a una “ausencia” como núcleo conceptual de la salud. El sentido especulativo presente en el título de su trabajo (un concepto de salud desligado de la práctica) desaparece en cuanto el autor dirige sus reflexiones hacia una concepción de “salud positiva” ligada a las capacidades individuales, a las de la especie humana y a su ensanchamiento permanente. Lo anterior tiene como premisa el funcionamiento del organismo ensamblado dinámicamente a su época; es decir, basado en la fisiología normal de cada uno de los órganos –estadísticamente hablando– y en un momento y un lugar específicos.

En el positivismo decimonónico y en los positivismos posteriores anidó con singular fuerza el “análisis”, prefigurado como elemento esencial del método racional desde la antigüedad griega (Morey, 1988) y la “reducción”, recurso metodológico orientado a la economía procedimental del objeto de conocimiento, formalizada por Descartes (1596-1650)(1979). El análisis descompone en partes los objetos de estudio y su predominio genera un conocimiento fragmentado, vigente en todas las esferas de la vida contemporánea. La reducción cartesiana permite seleccionar la parte del fenómeno que se cree que determina globalmente al objeto estudiado y posteriormente se presenta (la parte) como si fuera el objeto estudiado (el todo). Los humanos, seres complejos emergidos de la determinación recíproca entre lo físico, lo vivo, lo psíquico, lo social-histórico y lo cultural (Morin, 2002) son reducidos –desde la óptica de la salud positivista– a seres “biológicos” y, en calidad de tales, manejados de forma predominantemente bioquímica. La fragmentación y el reduccionismo positivistas no sólo fragmentan el “todo” sino que aíslan e incomunican las partes. En esta economía de la parcialidad, el orden implicado (Bohm, 1987) en la totalidad (como el orden ecológico del planeta o el orden humano de *Homo sapiens*) es ignorado o negado, o ambas cosas.

Sobre esta base filosófica, el siglo XX vio nacer la atención fragmentada de la salud de grandes masas poblacionales, sobre todo en instituciones públicas, donde una persona recibe al paciente, otra verifica el estado de sus derechos, otra más diagnóstica, alguien puede prescribir y otra intervenir quirúrgicamente, etcétera, sin que necesariamente haya conexión entre cada uno de los empleados **dedicados no a la persona enferma, sino a la parte del proceso de atención que les ha sido asignada. La totalidad humana se ha perdido.** Con el repunte del liberalismo en el último tercio del siglo XX y lo transcurrido del XXI, esta tendencia se ha acentuado y gradualmente los fragmentos de proceso de atención médica se están entregando para su administración y manejo a empresas distintas. Con el desarrollo de la industria de los implantes, informática médica, la genómica y la nanotecnología sanitaria, por ejemplo, los espacios de fragmentación se han multiplicado extraordinariamente. Durante esta fragmentación las partes cobran “vida independiente” y la economía de mercado las hace competir entre sí. Por eso cada día es más difícil hablar comprensivamente de “la salud”; su significado depende del contexto –en este caso, de la parte del mercado que se encarga de su atención– y cada vez que la mencionamos nos referimos a fragmentos de una totalidad que se concibe desintegrada. Entender que se trata de una realidad a la vez total y totalizante resulta aún más difícil.

**Adicionalmente, con la explosión disciplinaria del derecho sanitario, la bioética y la epistemología médica, la salud se ha convertido en un amplísimo campo de estudios donde coexisten enfoques absolutamente diversos, incluso antagónicos y contradictorios.**

La salud, finalmente, es también un objeto político del que se echa mano en todos los niveles de gobierno; es un espacio de intervención institucional y funciona como legitimación para la normalización de la vida. Es campo de batallas político-ideológicas y uno de los negocios más rentables a escala planetaria. **No hay terreno filosófico que alcance para inscribir la megaconstrucción que nuestra época ha hecho de la salud como totalidad compleja. El siglo XX gestó la aparición de este complejo cuadro. Pero también gestó las herramientas que permiten su estudio sistemático.**

### *Algunas posturas críticas sobre la concepción de la salud*



Una de las lecturas críticas sobre las concepciones de salud y enfermedad que ha tomado relevancia a partir de la segunda mitad del siglo XX es aque-



lla que reflexiona, a partir de Michel Foucault (1997), en torno al cuerpo y sobre todo respecto de su vínculo con el poder. Según ha demostrado Foucault, la sexualidad ha sido un espacio privilegiado para mantener el control de las sociedades en distintos momentos históricos. Para abordar la pregunta sobre quién ejerce poder sobre la vida es necesario asumir que el poder estatal se fundamenta en el ejercicio monopólico de la violencia legítima y en el consenso, a partir del cual se ejerce el control de la vida. Estas formas de control otorgan al Estado la posibilidad de decidir, en cada momento histórico y sociedad determinada, si se confieren o se niegan derechos a los seres vivos a partir de su condición de ciudadanos, pertenencia étnica, nacionalidad y presunción o corroboración de haber cometido delitos. Es decir, mediante aquello que Foucault –a partir de analizar el devenir histórico del control del ejercicio de la sexualidad y la locura– propusiera llamar biopolítica.

La puesta en práctica de esta manera de tomar decisiones sobre la vida, implica recuperar la distinción griega, replanteada por Foucault, entre la *zoé* como el puro hecho de vivir y el *bios*, como la manera específica como un colectivo o un individuo viven. La idea del *zoé* es retomada por Agamben (1998) para plantear su propio concepto proveniente del vocablo latino *nuda vida* (vida desnuda), argumentando que esta noción –que enfatiza la condición de “estar vivo” entre los seres humanos– está vinculada con una antigua noción del derecho romano que permite pensar las relaciones contemporáneas entre lo jurídico y lo político, que es la figura del *homo sacer*. El concepto de *homo sacer* alude a la *zoé*, a la condición de vida de determinados seres humanos sobre cuya existencia cualquiera podía decidir –por ejemplo, matar a un *homo sacer* no era un delito y, en consecuencia, no ameritaba castigo– aunque su acceso estaba prohibido, haciéndolos seres no eliminables, no sacrificables. Retomando la perspectiva que enfatiza la base material en las decisiones políticas y la inserción de los distintos estratos sociales en los procesos productivos, Osorio (2006) señala que la categoría de biopolítica tendría que ser sustituida por la de biocapital. En la sociedad capitalista, afirma Osorio, la vida de los trabajadores es utilizada como moneda de cambio en las relaciones internacionales y en los monopolios nacionales, siendo el trabajador asalariado el moderno *homo sacer*, si es que pretendemos tener como punto de partida la tendencia capitalista que hoy en día rige el sentido del mundo y su organización.

En la discusión en torno al poder sobre la vida, Mbembe (2003) ha propuesto una ruta que enfatiza la comprensión de la capacidad para dictar

quién puede vivir y quién debe morir. En este caso, el ejercicio de la soberanía de los Estados contemporáneos se expresa en el control de la mortalidad y en definir la vida como un campo donde se usa y se manifiesta el poder. Como veremos más tarde, el desarrollo de las categorías de inmunidad y biopolítica propuestas por Roberto Esposito complementan esta visión originalmente esbozada por Michel Foucault.

## LA SALUD Y EL CUERPO HUMANO

### *El problema del cuerpo y la salud*

Los conceptos de ser, vida y mundo-vivido como elementos indisociables de los procesos sociales, dieron lugar a nuevos postulados ontológicos y epistemológicos sobre la noción de cuerpo y, de manera complementaria, a la de muerte. **La emergencia del entendimiento del mundo desde la perspectiva fenomenológica, hermenéutica, de la lingüística, la semántica, la teoría crítica y el psicoanálisis logró cuestionar a lo largo de todo el siglo XX el paradigma positivista dominante.** Las cuestiones del cuerpo, la vida y la muerte se instalaron a lo largo de ese siglo en los campos de la filosofía, el arte, las ciencias sociales y más recientemente en los estudios culturales, críticos, neomarxianos, feministas, masculinistas, raciales, étnicos, *queer*, entre otros, logrando desarrollar perspectivas que vinculan los fenómenos biológicos humanos con los históricos, sociales, económicos, políticos y del lenguaje. **Los nuevos entendimientos apuntan a la indisoluble existencia subjetiva y objetiva del ser humano, comprensible únicamente como parte de trayectorias sociales e históricas, por lo que la atención a sus problemas—como los relativos a su salud, enfermedad, curación, sufrimiento y muerte— requiere de la comprensión de la inextricable relación entre los aspectos objetivos y subjetivos que constituyen al ser como cuerpo material-simbólico.** Sin embargo, en el campo de la salud el pensamiento positivista médico<sup>4</sup> domina durante ese siglo —y lo que va del siglo XXI— de manera que las concepciones dominantes de cuerpo, vida y muerte reducen a las personas a objetos biológicos susceptibles de ser medicalizados e intervenidos me-



<sup>4</sup> Además de sus innegables aportes al entendimiento de las enfermedades, durante el siglo XIX y la primera década del XX el campo médico hegemónico —llamado alópata, occidental, científico, entre otros— refuerza el desarrollo de justificaciones para la sumisión de los gobiernos y las agencias internacionales a la economía y el pensamiento neoliberal.

dian­te tec­no­lo­gías cada vez más so­fis­ti­ca­das, cos­to­sas e inac­ce­si­bles para la ma­yo­ría de los se­res hu­ma­nos (Laurell, 2010 y 1994; Menéndez, 1984).

Esta co­ra­za del cam­po puede ser en­ten­di­da por ra­zo­nes del de­sar­rol­lo de las cie­n­cias mé­di­cas como cie­n­cias na­tu­ra­les, pero tam­bién por la con­ve­ni­en­cia que, para el mer­ca­do, re­pre­sen­ta que la me­di­ci­na se man­te­nga en el ob­scu­ran­ti­smo ante el de­sar­rol­lo de una com­pren­si­ón más am­plia de los as­pec­tos hu­ma­nos y hu­ma­ni­zan­tes del cuer­po y la vi­da hu­ma­na. Du­ran­te el si­glo XX la do­mi­na­ción mé­di­ca lo­gró con­sol­i­dar cul­tu­ras de­pen­dien­tes de la vi­gilan­cia y la pre­scrip­ción mé­di­cas en to­dos los as­pec­tos de la vi­da: con­cep­ción, em­bar­azo, par­to, ali­men­ta­ción, con­di­cio­nes de tra­ba­jo, iden­ti­dad, per­te­nen­cia (Foucault, 1979 y 1973a) con el con­se­cuen­te analfabe­ti­smo en con­cep­tos y prác­ti­cas sobre la salud pro­pia, la del “otro”, la co­lec­ti­va y la pro­yec­ta­da a fu­tu­ras ge­ne­ra­cio­nes; a partir de esa do­mi­na­ción se de­sar­rol­ló la pro­duc­ción y un mer­ca­do de ob­je­tos que of­re­cen con­ju­rar ame­nazas y a­gre­sio­nes que el cuer­po lleva a cabo sobre sí mis­mo. Desde la vi­si­ón mé­di­ca do­mi­nan­te se con­struyeron iden­ti­da­des en es­cru­ti­nio de sí mis­mas y de los otros (Chapela, 2010); se for­ta­le­cie­ron alian­zas, co­poracio­nes, legis­lacio­nes, po­lí­ti­cas e in­sti­tu­cio­nes có­mplices (Leal, 2010) y se fa­ci­li­tó el des­mem­bra­mien­to de orga­ni­za­cio­nes y prác­ti­cas so­cia­les mar­gi­na­les lo­gra­das a lo lar­go de cen­tu­rias a partir de ne­ce­si­da­des de aten­ción a los pro­ble­mas de salud. Todo esto con­sti­tu­ye una forma ef­ci­ente de re­gula­ción y con­trol mo­ral de las prác­ti­cas co­ti­dia­nas hu­ma­nas e, in­di­rec­ta­men­te, de con­trol del or­den so­cial (Foucault, 1973b).

La do­mi­na­ción mé­di­ca he­ge­mó­ni­ca si­len­ció con­cep­cio­nes an­ces­tra­les de los gru­pos subor­di­na­dos his­tó­ri­ca­men­te; ta­les son los ca­sos de las cos­mo­vi­sio­nes, co­no­ci­mien­to y prác­ti­cas de gru­pos in­dí­ge­nas y de las mu­je­res, quié­nes tra­di­cio­nal­men­te ad­qui­rían, pre­ser­va­ban y tran­smi­tían el sa­ber his­tó­ri­co en salud tran­smi­ti­do ge­ne­ra­cio­nal­men­te, lo que cada vez más po­dría­mos en­ten­der como ex­ter­mi­nio de la di­ver­si­dad cul­tu­ral de la salud, fa­vo­ra­ble al con­trol del or­den so­cial. Aun­que mar­gi­nal a las co­rrien­tes prin­ci­pa­les en los es­tu­dios sobre la salud –y aún más con res­pec­to a los es­tu­dios sobre la en­fer­me­dad re­ali­za­dos desde la me­di­ci­na do­mi­nan­te– el de­sar­rol­lo del pen­sa­mien­to en cam­pos al­ter­na­ti­vos del sa­ber está dis­pu­tan­do un es­pa­cio como acer­ca­mien­to lé­gi­ti­mo al aná­li­sis de la me­di­ci­na y sus prác­ti­cas, de la bio­éti­ca, del en­ten­di­mien­to de las de­ter­mi­nan­tes so­cia­les de la salud y del de­re­cho a la salud.

### *Aportes de la fenomenología y el paso a la posmodernidad*

Se presentan aquí algunos de los avances en la concepción de ser, cuerpo y vida<sup>5</sup> desarrollados dentro de las culturas académicas principalmente de la Europa Continental del siglo XX, que de forma mediata o inmediata tienen su origen en las propuestas fenomenológicas. La obra de los autores seleccionados en esta sección es extensa; en esta breve presentación sobre las ideas de cuerpo y vida solamente recurrimos a algunos de sus conceptos para indicar la trayectoria de las ideas en el último siglo.

El padre de la fenomenología Edmund Husserl (1859-1938), lector de Franz Brentano (1838-1917), identifica que las cosas que se presentan a nuestros sentidos son fenómenos que aparecen ante nuestra conciencia y que la conciencia ante las cosas es siempre intencional, por lo que, al querer conocer los fenómenos, necesitamos “poner entre paréntesis” lo que sabemos para permitir que el fenómeno se exprese por sí mismo. En el centro del entendimiento del mundo Husserl sitúa la idea de que es el conocimiento en sus formas *noética* (producto del acto de pensar) y *noemática* (descripción de las cosas del mundo intencionalmente puestas ante la conciencia) lo que finalmente estructura el mundo-vivido, el mundo de la cotidianidad, de manera tal que “el ser” sólo puede ser entendido como ser-en-el-mundo (Husserl, 1989). Martin Heidegger (1889-1976), discípulo de Husserl, argumenta que el mundo de las cosas consiste en arreglos o sistemas de fenómenos que aparecen ante la conciencia solamente de manera fragmentada como producto de la necesidad del ser; estos fragmentos se interponen entre el ser que quiere conocer y el fenómeno que quiere conocer. Heidegger propone que el ser humano no es una más de las cosas del mundo (*sein*) o una cosa entre las cosas (*sosein*), sino una cosa “situada ahí”, el “ser ahí” (*Dasein*) con conciencia de estar ahí, de donde se desprende su potencialidad de ser; *Dasein* se caracteriza por haber sido arrojado en el mundo en una situación temporalizada particular, y estas dos características: el haber sido arrojado y la situación en la que fue arrojado, no son producto de su voluntad. Esta visión de e-yección se contrapone con la idea también heideggeriana de que, gracias a su posibilidad de lenguaje, el ser humano es capaz y responsable de estar continuamente modificando su si-

<sup>5</sup> Con el avance del pensamiento sobre ser, cuerpo y vida también se ha logrado atraer la atención al concepto de muerte que, en sí mismo, es objeto de tratamiento especial en otros trabajos científico-sociales, de las humanidades y artísticos.

tuación. *Dasein* existe temporalmente y es consciente de su temporalidad por ser un ser-hacia-la-muerte, por lo que *Dasein* está en continua construcción, es un ser en pro-yección para el que las cosas del mundo aparecen cuando “se rompen” (*Kranksein*), es decir, cuando *Dasein* las requiere para completar las prácticas a las que lo impulsa el deseo (Heidegger, 1962). La idea de ser-en-el-mundo conlleva la necesidad de existir-con-los-otros en el mundo cotidiano. En una etapa temprana de su producción, Jean-Paul Sartre (1905-1980) propone, por un lado, a la inversa de lo propuesto por Heidegger, que la existencia precede al ser y, por otro, en su obra *La náusea* (Sartre, 1938) que el cuerpo es una materialidad de la que no es posible deshacerse, llegando a constituirse en abyección para los mismos seres, que son lo mismo con su cuerpo.

Maurice Merleau Ponty (1908-1961) (Merleau-Ponty, 1981) y Jean-Luc Nancy (n. 1940) (Nancy, 1992) critican la fenomenología de Heidegger por no abordar la carnalidad o materialidad necesaria para completar la perspectiva espacio-temporal del *Dasein*. Ambos autores exploran la idea de que el cuerpo es la encarnación de los sentidos. Merleau Ponty ([1945] 1981) propone que la percepción no es exclusivamente un fenómeno de la *psiqué*, sino que entraña perspectivas particulares desde la situación y la persona que percibe; por lo que aun las “funciones mentales superiores” están sujetas a estas perspectivas. La intencionalidad fundamental de las acciones del ser está presente en la percepción como subjetividad encarnada, por lo que la percepción y la práctica son inseparables, ya que ambas implican el movimiento de quien percibe al “moverse” en el mundo. De esta manera el cuerpo no es un objeto en sí mismo, como se mira desde la perspectiva médica cartesiana, sino la encarnación de intención, perspectiva, poder, temporalidad y espacialidad. Al hablar, tocar o realizar alguna práctica en relación con el cuerpo humano, como sería la práctica médica clínico-quirúrgica, estamos ante un acto de relación entre seres encarnados: quien toca y quien es tocado.

Con una clara influencia heideggeriana, Hans-Georg Gadamer (1900-2002) propone que la salud se hace visible a la conciencia cuando se carece de la primera; la salud se encuentra en un “estado oculto”, no es visible ni se trae a la conciencia más que cuando su alteración trastoca el orden de la práctica del ser. A partir de esta premisa, Gadamer (2001) revisa la práctica médica y la relación médico-paciente, develando los contenidos de subjetividad que aparecen en esa relación y en las definiciones diagnósticas y terapéuticas médicas. Por su parte, Georges Canguilhem (1971) muestra que

sin recurrir al concepto de “normalidad” la profesión médica no encontraría manera de estructurarse. Sin embargo, sostiene que la normalidad es un término que se construye e impone entre 1759 y 1834:

[...] cuando la palabra “normalizado” aparece, una clase [social] normativa ha ganado el poder de identificar –un ejemplo hermoso de ilusión ideológica– la función de las normas sociales, cuyo contenido se define, con el uso que esa clase hace de él [...] “Normar”, “normalizar”, significa imponer una exigencia a una existencia, a un dato, cuya variedad y disparidad se ofrecen, con respecto a la exigencia, más aún como algo indeterminado y hostil que simplemente como algo extraño (Canguilhem, 1971:187, 252).

Michel Foucault se refiere a las normas como principios de coerción que permiten la estandarización de la educación médica y la normatización de la higiene, procesos y productos industriales; estas estandarizaciones logran el ideal de control de los cuerpos “desde sí mismos” (Foucault, 1991).

La búsqueda de Pierre Bourdieu (1930-2002) por lograr un entendimiento de sociedad más allá de lo logrado con las ideas de la sociología de su época y sus propuestas binarias (estructura-superestructura, objetivo-subjetivo, individual-social, libertad-determinación, etcétera) lo llevó a auxiliarse por el marxismo, la fenomenología, el estructuralismo, la sociología weberiana y durkheimiana y otras corrientes y teorías filosóficas y sociológicas principalmente. Su cercanía con Merleau-Ponty y con Canguilhem fue fundamental tanto en su acercamiento a la lectura de Husserl, como en su manera de entender al cuerpo individual como indisociable de las relaciones que establece con otros cuerpos en las redes de intercambio (campos) de capital material, cultural o social que, finalmente, son las que constituyen la sociedad. Para Bourdieu el cuerpo (agente) embebe los valores, significados y creencias fundamentales del conjunto social en el que existe, a la manera de conocimiento invisible, impensable, incuestionable (*doxa*) que sustenta la percepción de que las cosas-del-mundo son “normales” (*illusio*) –entre ellas la posición y capital que determinados agentes detentan en sus campos de pertenencia y de su campo en relación con otros campos. Sin ser consciente de ello, incorpora (a la manera de *hexis*) y reproduce la historia del conjunto social al que pertenece en sus gestos, maneras de andar, hablar, toser, mirar, y toda suerte de respuestas corporales espontáneas y transponibles a distintas situaciones y contextos y que responden a la posibilidad de pertenecer o ser excluido de campos determina-

dos. El cuerpo es social e históricamente significado y significa los espacios en los que lleva a cabo su práctica a partir de sistemas duraderos de percepción, pensamiento, apreciación y acción a los que Bourdieu llama *habitus*. De esta manera los cuerpos son generizados y clasificados.<sup>6</sup> El género y la clase, en este caso, más que atributos objetivos de los cuerpos son producto de los sistemas de clasificación que corresponden a la distribución de valor entre las clases sociales (véase, por ejemplo, Bourdieu, 2009).

Trabajando inicialmente con Bourdieu, Luc Boltanski (n. 1940) sostiene que el cuerpo humano es funcional a una estrategia social de índole económica, se configura de acuerdo con su utilidad dentro de esa estrategia y requiere cubrir necesidades para cumplir con las estrategias. En tanto el cuerpo disminuye su utilidad para la producción, aumenta su utilidad para el consumo. De acuerdo con este autor, la creación de una cultura somática desde la segunda mitad del siglo XX, con sus reglas y significados, facilita el cumplimiento de las funciones de los cuerpos de acuerdo con las estrategias que se les asignan, lo que da lugar a sus conductas perceptuales, de consumo y de producción. Boltanski afirma que en la construcción de la cultura somática se crea la necesidad social del médico:

La aparición y la extensión de la necesidad social del médico o, más generalmente, del especialista o del “consejero”, tal vez no sea sino un indicador, entre otros, de los cambios operados desde hace un siglo en la economía de los bienes intelectuales (o culturales), en la que la transición de una “economía natural” a una economía de mercado pudo tener lugar con mayor eficacia y celeridad, dado que el número de individuos dispuestos a reconocer y a aceptar la legitimidad del especialista patentado y diplomado, consagrado por la institución escolar, se incrementaba continuamente con el progreso de la escolarización y la conservación de las desigualdades ante la escuela (Boltanski, [1975] 1982:32).

Al inicio de su carrera, Nancy, referido en párrafos anteriores, busca los límites entre el mundo de los significados y el mundo material. Inspirado por conceptos católicos como el de “eucaristía” elabora, al igual que Merleau-Ponty, sobre la encarnación del ser. En tiempos posmodernos, Nancy considera al cuerpo como algo incierto, algo que puede ser vaciado, hibri-

<sup>6</sup> Generizado en relación con “género”; “clasificado” en relación con clase social.

dado, modificado y fragmentado en los actos médicos. En su revisión del pensamiento de Nancy, Vásquez-Rocca afirma que:

“El cuerpo ya no es el obstáculo que separa al pensamiento de sí mismo” [Deluze, 1987]. Esta afirmación de Deluze reinstala al cuerpo en el dominio del pensamiento. Su capacidad de metamorfosis y de vértigos nos fuerza a interrogar su régimen de signos y valores tanto en el terreno estético-artístico como en el médico-antropológico. La danza-teatro y el psicodrama analítico –como estrategias de puesta en escena del cuerpo– pondrán en cuestión los automatismos psíquicos y sociales más comunes. Siendo de este modo las pulsiones del cuerpo, sus vibraciones, su anatomía como destino y su morfo-fisiología las condiciones de posibilidad de los gestos, los que nos imprimen y dotan no sólo de una posición ética, sino también –y fundamentalmente– estética en la constitución de nuestra subjetividad. El vigor, la elegancia, el heroísmo o el júbilo no sólo responden a un talante ético, sino que originariamente son imágenes estéticas que proveen los cuerpos. El cuerpo así pensado se afirma como comportamiento y gesto, como ethos y *pathos* [...] El cuerpo es para Jean-Luc Nancy una certidumbre hecha astillas. El cuerpo es un producto tardío, una decantación de Occidente en la que aparece lo desastroso como nuestra angustia puesta al desnudo (Vásquez-Rocca, 2008:2).

Las nuevas ideas sobre el cuerpo se desarrollan incesantemente. Se proponen las de cuerpo actuante (*performing*) (Butler, 1993; n. 1956); cuerpo hablante en donde lo semiótico (práctica corporal, lo visible, las palabras) y lo simbólico (lo subjetivo, los afectos) se unen en los límites del lenguaje (Kristeva, 1984; n. 1941) y las de cuerpo como espacio, por ejemplo, en el pensamiento de Doreen Massey (n. 1944):

[...] lugar es el *locus* de intersecciones y productos complejos de geometrías del poder que operan a través de muchas escalas espaciales, desde el cuerpo hasta lo global. Los lugares están constituidos por lo tanto, por múltiples relaciones sociales, políticas y económicas que intersectan entre sí, dando lugar a una miríada de espacialidades (Hubbard, Kirchin y Valentine, 2004:6).

En las concepciones del cuerpo como poroso, interminado y productor del espacio (Harvey, 2000; n. 1935) o como cuerpo-territorio (Chapela, 2010) pueden apreciarse los nuevos desafíos que la lingüística, la sociolo-



gía, la geografía, la filosofía y el psicoanálisis –entre otras contribuciones del siglo XX– plantean para el entendimiento del ser.

### *El nacimiento de la biopolítica*

Al analizar el desarrollo de la medicina occidental como práctica social hegemónica, Michel Foucault plantea que esta práctica es una expresión concreta del paso de una forma determinada de orden (el orden de lo sagrado) a otro (basado en el discurso de la ciencia). Con el nacimiento de la “clínica” el orden que impone la mirada médica se convierte en una especie de nuevo “orden sagrado”, adoptando las funciones que antes cumplía la religión. Al convertirse en nuevo orden hegemónico, además, el discurso científico adquiere responsabilidades. Al sustituir a la Iglesia como encargada del cuidado de las almas, señala Foucault, el Estado se convierte en responsable del cuidado del cuerpo social en su conjunto y, paralelamente, en responsable de los cuerpos y las conductas de los ciudadanos del naciente Estado nacional (Foucault, 1973a). Una responsabilidad adicional –quizás más importante– reside en la necesidad del nuevo orden de dar cuenta de los hechos de los que se encarga. En el caso de la medicina esta necesidad implica la separación de la enfermedad y el enfermo, desuniendo un proceso que la realidad presenta unido, pero que el médico no es capaz de atender plenamente al no contar con instrumentos epistemológicos suficientes. De manera que durante el proceso de atención el médico hace un desdoblamiento de la enfermedad con respecto al enfermo.

De acuerdo con el discurso médico, la separación de la enfermedad y el enfermo es necesaria para que el médico pueda realizar su trabajo. La enfermedad es asequible al médico sólo en la medida en la que sea un objeto simbólico referido a lo general. Para la medicina como ciencia no existe el diabético, sino *la diabetes*; ni el canceroso, sino *el cáncer*; ni el infectado, sino *la infección*. El discurso de la medicina, por lo tanto, de acuerdo con Jean Clavreul (1923-2006), no se refiere al hombre sino a la enfermedad, que adquiere existencia cuando se asienta en el cuerpo del paciente desde el punto de vista clínico (Clavreul, 1978). Durante este proceso, el estatuto científico de la medicina se fortalece en la medida en que su objeto se hace impersonal, general, simbólico. El discurso médico impone su propia mirada y de esa manera hace ver una realidad cuya lógica emana del propio discurso. A partir del momento en el que la enfermedad es separada del

enfermo queda dotada de existencia propia y se vuelve un ente independiente. En otras palabras, el discurso crea una realidad.

El discurso tiene como función imponer un orden, aplicar una lógica que permita considerar como *hechos* a elementos que, sin dicho orden, no serían tales. En este proceso los elementos son nombrados y clasificados, a fin de incorporarse al marco de comprensión que impone el discurso. La primera función del discurso médico, por lo tanto, es instalar al enfermo en la enfermedad, legitimándolo como el territorio de un proceso que puede ser nombrado, comprendido y modificado. Sólo mediante el discurso es como el objeto (la enfermedad del enfermo) se convierte en un hecho comprensible (la enfermedad del médico). Así se explica que el discurso médico invariablemente excluya del proceso de atención el discurso del enfermo, y deje fuera aquellos hechos que no son significativos para el médico, aunque sean significativos para el enfermo. El paciente es importante en la medida en que su cuerpo es el lugar donde se manifiesta el verdadero objeto de la medicina.

La función normativa del discurso médico tiene un impacto sobre el paciente que va más allá de la curación o el control de la enfermedad. Para comenzar, en la relación entre médico y paciente el primero impone su visión sobre la manera como las cosas “deben ser”, y que es distinta a lo que “son”. En otras palabras, la enfermedad del enfermo debe seguir un curso y no otro. Este curso, en resumen, es la curación. El enfermo, para ser sano (para ser como “debe ser”) debe adoptar comportamientos que lo conduzcan a la salud. Por esta razón la principal característica del enfermo es la obediencia. La principal característica del médico, en cambio, es la de ser el dueño del discurso, el depositario de la autoridad que confiere el saber. El médico es el que sabe y por lo tanto es el que manda.

Foucault señala que la medicalización de la vida a partir de la imposición de un cierto orden posee otras consecuencias iguales o más importantes que la anterior. La primera es parte de un proceso más amplio en el que intervienen el derecho y la psiquiatría y que se refiere a la legitimidad de la medicina para vigilar la aparición de desviaciones y para imponer formas que permitan el retorno al orden establecido. La segunda ha dado origen a una categoría que se encuentra en pleno crecimiento y que ha sido denominada biopolítica.

Al analizar el impacto de la medicina sobre la vida, Foucault se refiere a los estudios que demostraban que los beneficios de la medicina no sólo eran mucho menores de lo que se pensaba, sino que tenían consecuencias negativas más graves de lo que se creía (Illich, 1976). De acuerdo con estos

trabajos, la medicina industrializada, además de ser muy costosa y frecuentemente innecesaria, tiene un impacto destructor que es inherente a su ejercicio y termina por crear sociedades enfermas que fomentan la atención de dolencias que no requieren tratamiento y que multiplican exponencialmente la demanda de servicios. Desde esta lógica resulta inevitable considerar al paciente más que un mero cliente de las instituciones médicas. Además, la medicina enmascara las condiciones socioeconómicas que dan origen a las enfermedades y confisca el poder de las personas para curarse a sí mismas y dar forma humana a su ambiente. Foucault cuestiona que este sea el principal impacto de la medicina sobre los seres humanos –a pesar de la gravedad de los errores médicos y las iatrogenias– afirmando que las verdaderas consecuencias de la medicalización de la vida son justamente consecuencia del funcionamiento correcto, adecuado de las instituciones y del saber y poder médicos. La imposición de un orden social mediante el discurso médico, dice Foucault, permite crear verdaderos sistemas de vigilancia de los comportamientos, el pensamiento y los cuerpos de los seres humanos, completando el control que desde otros espacios, como el derecho y la psiquiatría, ejerce el poder estatal sobre los individuos.

La vigilancia y control que practican las disciplinas de la salud sobre los individuos, según Foucault, constituye una forma de ejercicio del poder que resulta del surgimiento de los Estados nacionales y sustituye el antiguo poder del monarca. La dominación que anteriormente ejercían la Iglesia y el monarca sobre las almas y los cuerpos es ejercida en las sociedades modernas sobre el cuerpo y la conducta de las personas mediante el cuidado médico, el control de los enfermos, el aislamiento de los contagiosos, la separación de los locos y el control de los delincuentes. Junto con la medicina se crean además otros aparatos punitivos –como la criminología, la psiquiatría, la eugenesia– cuya función es impedir que los desviados contagien a los normales. El dominio, a partir del siglo XVII, se obtiene a partir del consenso al que obligan las “razones de Estado”. Todo dominio sobre el cuerpo social e individual es ejercido en beneficio de la sociedad, y las razones que lo justifican siempre son razones de Estado. Las formas nuevas de legitimidad que aparecen en los Estados modernos, sin embargo, tienen una característica que antes de su surgimiento no se observaba de manera tan clara. Durante toda la época clásica y la mayor parte de la Edad Media al Estado le interesaban los cuerpos de los ciudadanos en la medida en que pagaban impuestos, constituían la principal fuerza productiva, eran la fuente del ejército. En dicho periodo el poder político se ejerce a partir de

la voluntad del monarca y se cristaliza en su cuerpo, que representa a Dios en la Tierra y constituye la única garantía de poder y la principal fuente institucional de orden jurídico. El cuerpo del rey –literalmente hablando– es una realidad política y su presencia física hace funcionar al Estado. Por otra parte, la monarquía implica un monarca (uno e indivisible) pero es necesario que el poder político permanezca y esto implica la reproducción del monarca. De ahí que la reproducción biológica del gobernante sea tan importante, pues su continuidad corporal a través del tiempo es la única garantía de continuidad del poder político. La importancia del poder corporal del monarca ha sido analizada por Marc Bloch (1886-1944) en su obra *Los reyes taumaturgos* (Bloch, 1993).

Con el crecimiento del poder parlamentario y el surgimiento de los Estados nacionales el poder político tuvo que ser ejercido de otra manera. Paulatinamente el cuerpo del monarca fue sustituido por el cuerpo social, formado ahora, materialmente, por el conjunto de los cuerpos de los ciudadanos. Correspondientemente, el cuerpo biológico de los individuos que formaban la nación se convirtió en el campo de lucha política, y el dominio material de los cuerpos se convirtió en indispensable para el ejercicio del poder: la salud, la sexualidad, la forma de nacer, de morir, de comer, devinieron en campos de lucha donde imponer el orden del discurso dominante. Aparecieron entonces la higiene, el deporte, la gimnasia, etcétera, así como las formas legítimas de usar el cuerpo y ocupar el tiempo. Por otro lado, con el desarrollo del capitalismo se hizo necesario flexibilizar el uso del cuerpo a fin de adaptarlo a las necesidades de los nuevos espacios de trabajo. La sustitución de las labores del campo por las laborales en la fábrica implica la necesidad de conformar el cuerpo como fuerza de trabajo. La constitución del cuerpo como fuerza de trabajo, señala Foucault, sólo es posible si se encuentra prendido un sistema de sujeción. El cuerpo sólo se convierte en fuerza útil cuando es a la vez cuerpo productivo y cuerpo sometido (Foucault, 1997). De hecho, la conciencia del individuo acerca de su propio cuerpo es desde entonces efecto de su ocupación por el poder, que a partir de ese momento cierra cualquier espacio para el ejercicio libre de la corporeidad. El placer, el deseo, la libertad corporal quedan vedados para el individuo. Este dominio de la política sobre los cuerpos, esta influencia directa del poder sobre la vida de las personas es lo que Michel Foucault denomina “biopolítica”.

El concepto de biopolítica ha sido desarrollado luego por distintos autores. Uno de los más relevantes es Roberto Esposito (n. 1950) quien apunta

que la categoría biopolítica puede ser comprendida mejor si se incorpora dentro de un marco explicativo capaz de contener a los fenómenos a los que denomina *procesos inmunitarios*. Según Esposito (2005) la inmunidad se refiere –casi como sucede en el lenguaje ordinario– a todos aquellos fenómenos refractarios que impiden que un ser vivo sea lesionado por un agente externo nocivo. Sin embargo, Esposito concede a la categoría inmunidad un papel explicativo mucho más amplio. Para comenzar señala que la palabra *immunitas* proviene del latín *munus*, que originalmente significa “deber” o “carga”, y que las personas que tienen un deber o responsabilidad común forman justamente aquello que denominamos una comunidad. A quien se encuentra descargado de los deberes y responsabilidades “comunes” es justamente a quien llamamos inmune. De esta forma, existen inmunidades eclesiásticas, fiscales, diplomáticas, políticas, biológicas, etcétera. El concepto es antiguo y su uso en el lenguaje biomédico es relativamente reciente y posterior a su uso en los campos religioso, jurídico y diplomático.

Esposito afirma que durante el siglo XX asistimos a una serie de procesos que pueden parecer muy distintos pero que en esencia responden a la misma lógica. Como ejemplo señala el caso de cuatro noticias aparentemente heterogéneas que podrían haber sido publicadas el mismo día y en el mismo periódico: *i*) la lucha contra un nuevo brote epidémico; *ii*) la oposición al pedido de extradición de un jefe de Estado extranjero, acusado de violación de los derechos humanos; *iii*) el refuerzo de las barreras contra la inmigración extranjera en un país europeo, y *iv*) las estrategias para neutralizar un nuevo virus informático. Una vez que ha descrito con detalle estos hechos, Esposito señala que en todos los casos aparecen factores comunes. En primer lugar se encuentra un fenómeno, generalmente externo, extraño o aberrante, que amenaza el orden establecido en una determinada esfera de la realidad (una bacteria; un ejercicio extraterritorial del derecho; una población numerosa de inmigrantes; un virus informático). En segundo término se aprecia la presencia de uno o varios mecanismos que intentan impedir esa ruptura y que se ponen en juego tratando de conservar el estado de cosas (una alerta epidemiológica; un amparo; una ley anti-inmigración; un antivirus). Y finalmente, presencia de un verdadero sistema de funcionamiento que incluye todas las partes: la amenaza, el mecanismo de defensa y el propio contexto de orden que resulta amenazado y debe ser protegido. Este sistema, que se expresa básicamente de la misma manera a escala bio-

lógica, jurídica, política o informática, es a lo que Esposito concede la característica de figura única y denomina *proceso inmunitario*.

Los procesos inmunitarios son las respuestas generadas desde el poder político y que se despliegan permanentemente para mantener el orden vigente. Lo importante, sin embargo, es la relación que establece con la categoría de biopolítica. Según Esposito el poder siempre se ha referido a la vida y todo ejercicio de poder tiene como propósito mantenerla o eliminarla. Adscribiéndose a las tesis de Foucault y Agamben, afirma que el paso a la modernidad consistió en la sustitución del poder soberano por el poder biopolítico. En el primer caso el poder se distingue porque se refiere a la posibilidad de implantar el estado de excepción. Si el soberano es la fuente del orden jurídico, sólo el soberano es capaz de suspenderlo. En la medida en que está en condiciones de decretar el estado de excepción es que el poder es soberano (Agamben, 1999). Pero el espacio más relevante para ejercer el poder soberano, señala Esposito, es el espacio de la vida. El soberano se distingue porque puede dar o quitar la vida. No obstante, durante el desarrollo precapitalista dar la vida sólo puede lograrse evitando la muerte. El soberano lo es porque mata o porque perdona la vida (Foucault, 1997). En el caso de la biopolítica, sin embargo, el desarrollo científico y técnico es tal que por primera vez es posible otorgar la vida no sólo absteniéndose de aplicar la muerte, sino otorgándola realmente, usando los medios científicos y técnicos disponibles. Ahora es posible prolongar la vida instalando prótesis cardíacas, renales, pulmonares, etcétera, lo que antes era impensable. También puede hacerse aplicando vacunas, otorgando medicamentos o realizando cirugías. El biopoder convierte al Estado en un verdadero dador de vida, concediéndola en el momento y lugar que el propio Estado determina y mediante los esquemas de asignación que autónomamente decide. Esta asignación de vida a determinados individuos (que Esposito denomina protección de la vida) en realidad se realiza a expensas de condenar a muerte a otros individuos. Puede asignarse un recurso a un grupo social y no a otro grupo que también lo requiere. Realizar un trasplante, usar un respirador artificial, proporcionar un medicamento costoso, etcétera, implica también decidir a quién no se le otorgará. Los mecanismos de inmunidad presuponen la existencia del mal que deben enfrentar, y de hecho lo reproducen en forma controlada. La protección inmunitaria, en consecuencia, implica una negación de la vida. La inmunidad es simultáneamente una protección y negación de la vida.

Lo más interesante de este modelo explicativo, sin embargo, no se encuentra en el campo de la medicina. Según Esposito, en la modernidad la conservación de la vida es el presupuesto de todas las demás categorías políticas. La vida se sitúa en el centro de cualquier procedimiento político. En consecuencia, la vida es una categoría directamente traducible a la política, que se ha convertido en intrínsecamente biológica. El cuerpo, la carne, la muerte, la ley, el Estado, son categorías que responden a este modelo y que son subsidiarias de su aplicación.

Desde este esquema de relación entre la política y la vida pueden comprenderse los procesos aparentemente desconectados que fueron mencionados antes. Se pueden sacrificar algunas vidas (las de aquellos que migran buscando una mejor calidad de vida) si se hace con el fin de proteger a la población local. Se puede suspender el derecho al libre tránsito de las personas (los infectados en una epidemia), si eso impide que otros mueran como consecuencia del contagio; y se pueden gastar miles de millones de dólares en tecnología informática (incluso más que en las campañas contra el sida) si eso garantiza el funcionamiento de las empresas que requieren protección informática (hospitales, sistemas de navegación aérea, sistemas de control del tráfico). El biopoder puede llegar al grado de matar abierta y descaradamente si es consecuencia de un mecanismo inmunitario. La muerte que se aplica a un ser humano como cumplimiento de una condena después de un juicio legal es un buen ejemplo, aunque no el más crudo. Durante los motines de presos no es infrecuente que se mate a los reos. Los criminales más buscados del mundo son requeridos por las autoridades “vivos o muertos”. El presidente estadounidense Barak Obama reconoció abiertamente el 1 de mayo de 2011 que su gobierno había enviado a Pakistán un comando armado con la única misión de matar a Osama Bin Laden, líder del grupo extremista Al Qaeda. Para sorpresa del comando el líder estaba desarmado, pero eso no impidió que fuera ejecutado en el mismo lugar donde fue encontrado. Con esta declaración, hecha ante cientos de millones de televidentes, el presidente estadounidense reconoció que él y su equipo habían desempeñado el papel de fiscales, jueces, jurado y verdugos de Osama Bin Laden. En otras palabras, el proceso inmunitario desplegado espectacularmente por Estados Unidos desde el 2001 para “proteger” la vida de los estadounidenses ha logrado legitimar el uso de cualquier medio (sea o no legal) para cumplir su cometido.

Los mecanismos inmunitarios permiten a la biopolítica expresarse sin cortapisas. Los castigos corporales, por ejemplo, que parecían estar rebasa-

dos en las naciones desarrolladas, han retornado de la mano de la idea de seguridad nacional, como demuestran los casos de tortura en las cárceles de Abu Ghraib, en las afueras de Bagdad, Irak, a cargo del ejército estadounidense y sus aliados.

Debe remarcarse que la cara más paradójica de la biopolítica radica en el valor de sus acciones negativas. Ante las amenazas al orden, la protección de la vida se realiza mediante acciones que frecuentemente incluyen actos que van contra la vida, y que se realizan de acuerdo con una lógica que es ante todo social y política. De esta forma, los fenómenos adquieren una doble línea de significado, provocando una frecuente superposición entre los ámbitos de la política, el derecho y la vida. Así, la vida se enlaza no sólo biológica, sino políticamente con la muerte.

Aunque en las acciones más evidentes de la biopolítica (las decisiones sobre el genoma, la eutanasia, el aborto, la investigación científica, etcétera) aparecen con mayor claridad las relaciones entre el orden biológico y el orden político, en realidad todo ejercicio de poder requiere del cuerpo vivo. La política, señala Esposito (2006:18), tiene como único fin conservar y expandir la vida. El cuerpo es el lugar privilegiado para desplegar el combate político por la vida y sólo en él puede advertirse con claridad la amenaza de la muerte, particularmente a la luz de la enfermedad, “ese cono de sombra dentro del que se recorta la ciencia de la vida” (Esposito, 2005: 26). Este carácter binario –asiento de la vida pero también de la muerte– hace del cuerpo “la zona limítrofe en cuyo interior se ejerce la acción inmunitaria de la política: demorar cuanto se pueda el paso de la vida a la muerte, empujar la muerte al punto más alejado de la actualidad de la vida” (Esposito, 2005:161). En la modernidad el cuerpo es a la vez el campo de lucha biopolítica y el instrumento de este combate. El ejercicio del poder es corporal y en consecuencia la corporeidad (especialmente en sus expresiones de salud y sexualidad) siempre es un objeto de dominio.

Ahora bien, si el cuerpo está en el centro de la política, en el centro del cuerpo se encuentra la enfermedad. De ahí que el saber político y el saber médico se crucen en un problema común: el problema de la conservación del cuerpo. Roberto Esposito realiza un recorrido histórico de este cruce, que no es posible abordar aquí por razones de espacio. No obstante, su conclusión es que la centralidad del cuerpo como objeto específico de poder es antigua y ha variado conforme ha mudado la ideología de los pueblos y se ha desarrollado la tecnología. Si al final de la tercera década del siglo XX las relaciones entre la biología y el poder se sintetizaban en el con-



cepto de “raza”, durante la década de 1970 esto había cambiado al concepto de “población”. Al filo del siglo XXI las relaciones entre la política y la vida sólo son imaginables a la luz de la transformación técnica del cuerpo (Sibilia, 2005). Ante esta situación, no cabe sino luchar porque predomine el derecho, la justicia y la moral sobre el pragmatismo económico y la racionalidad instrumental.

## LA SALUD Y EL DERECHO

Entre los orígenes del proceso revolucionario mexicano pueden ubicarse una serie de problemáticas que dieron lugar a que en la Constitución de 1917 se reconocieran distintos derechos sociales, entre los que sobresale el derecho a la salud. Un ordenamiento jurídico de esta naturaleza requiere tanto una serie de políticas estatales enfocadas a garantizar el ejercicio del derecho a la salud de sus distintos estratos sociales, así como una sociedad demandante de ser considerada como sujetos de derecho.

Desde los debates de la filosofía política, el campo del derecho ha sido hegemonizado por una perspectiva liberal que concibe la justicia como imparcialidad (Rawls, 2002), a partir de lo cual se considera que todos los ciudadanos deben de tener los mismos derechos y obligaciones. Desde esta lógica, una sociedad justa es aquella cuyas reglas han sido definidas desde un lugar de imparcialidad, esto es, de un conjunto de normas que serían definidas por un hipotético grupo de sujetos que voluntariamente decidirían someterse a un “velo de la ignorancia” a partir del cual dejarían de lado sus intereses y atributos particulares. Si bien difícilmente se puede desechar por completo esta perspectiva liberal, que hunde sus raíces hasta las concepciones del sujeto individual y racional planteadas por Kant (1724-1804), otras perspectivas han planteado la necesidad de concebir la justicia como una equidad societal, como ejercicio redistributivo de la riqueza. En el campo de la salud, esta perspectiva que coloca en primer plano la justicia social, busca orientar las políticas de salud hacia la satisfacción de las necesidades diferenciadas de los estratos sociales a partir de un enfoque que considera que ante necesidades o padecimientos similares, el Estado está obligado a garantizar una atención similar independientemente de la condición laboral o estrato socioeconómico al que pertenezcan los distintos sujetos (Laurell, 2001). Desde esta perspectiva, resulta imprescindible comprender y denunciar las inequidades que en el campo de la salud se

generan a partir del modo de producción capitalista dominante, a partir de lo cual se explica que existen daños diferenciados a la salud de los distintos estratos sociales, así como una distribución diferenciada de los determinantes sociales del proceso salud-enfermedad-atención (López y Blanco, 2007; Breilh, 2003).

Dado que la actual tendencia dominante neoliberal en el campo de la salud avanza en un sentido opuesto al reconocimiento de esta justicia social, se vuelve cada vez más relevante la lucha que distintos sujetos sociales hacen para obligar a los Estados a cumplir sus responsabilidades sociales. La comprensión de este tipo de procesos organizativos implica relevar el punto de vista de los actores (Menéndez, 1992), en otros términos, dar respuesta a la pregunta sobre qué tipo de sujeto social requerimos para hacer el cambio social que se desea desde una perspectiva de justicia social (Zemelman, 2001). Este énfasis en la comprensión de la perspectiva de los sujetos en condición de exclusión o subordinación en una sociedad y contexto particulares, ha sido también planteado desde la perspectiva del “conocimiento situado” a partir de la cual se señala la utilidad de visibilizar y comprender la mirada de dichos sujetos como una forma de entender problemáticas que atañen a la sociedad, de considerar su situación como una confluencia o intersección de múltiples lógicas de opresión como la clase, el género, la raza o la pertenencia étnica, así como develar la manera como ciertas perspectivas dentro de las distintas disciplinas son construidas y perpetuadas como válidas en detrimento de otras formas de producción de conocimiento (De Sousa-Santos, 2008).

La lucha de distintos estratos sociales, movimientos sociales y otras colectividades para que el Estado garantice su derecho a la salud ha derivado en procesos de exigibilidad que implican la participación por parte de distintos actores sociales y ciudadanos en el diseño, la puesta en práctica y la evaluación de políticas públicas desde una posición de contrapeso crítico que no sustituye ni minimiza las responsabilidades sociales del Estado (Canto, 2002). Estas estrategias de exigibilidad se plantean incidir tanto en el diseño como en la realización y evaluación de las políticas públicas como una forma de pugnar por el cabal cumplimiento de los derechos sociales (Abramovich, Añón y Courtis, 2003), entre éstos, el derecho a la salud. Como parte de estas estrategias pueden ubicarse propuestas y experiencias que van desde el diseño de nuevos programas para la atención de problemáticas emergentes y propuestas de modificación de programas en curso, hasta el análisis de su práctica a partir de la percepción de sus derechoha-

bientes (comúnmente llamados “usuarios”) y diversas formas de evaluación, monitoreo, contraloría ciudadana y rendición de cuentas en relación con la utilización de recursos públicos y la adopción de políticas con perspectiva de derechos. Como parte de este vínculo entre justicia y salud, que se une al ejercicio de los derechos humanos, se ubican también estrategias de justicia-bilidad del derecho a la salud, entendida como el proceso jurídico mediante el cual se exige a la instancia competente la resolución de un conflicto creado por el incumplimiento de las obligaciones de alguna autoridad de respetar, proteger o satisfacer los derechos específicos de los ciudadanos.

En el contexto latinoamericano y de otras regiones que cuentan con antecedentes de dictaduras, violencia política o experiencias de alta conflictividad social, la lucha por el derecho a la salud ha sido vinculada a los procesos públicos a partir de los cuales se retoma la memoria colectiva por medio de la generación de testimonios y distintos dispositivos colectivos mediante los cuales los sujetos deciden o se ven obligados a elaborar y generar nuevos significados y sentidos de lo sucedido. Los espacios colectivos adquieren aquí un ámbito especialmente fecundo para verbalizar las vivencias de lo sucedido, reflexionarlo, observar el tratamiento que le dan los otros, resignificarlo e identificar orientaciones para responderlo o para generar acciones de protesta o restitución (Cerde y Chapela, 2010; Jelin, 2002; Martín-Baró, 1983).

A partir de la necesidad de considerar y entender la salud como una capacidad humana para tomar decisiones e involucrarse en proyectos de transformación, incluida la acción política (Chapela, 2007), se retoma el testimoniar una experiencia traumática de represión, así como las acciones previas y posteriores que lo posibilitan y le dan sentido, como un proceso que se genera a partir de la capacidad de producir salud por parte de los sujetos y de generar mejores condiciones para dar continuidad y ampliar el ejercicio de dicha capacidad. Esta capacidad de producir salud, o de la salud como capacidad que se ejerce a partir de procesos de resignificación, ha de ser pensada como un ejercicio que necesariamente implica ir en contra de visiones dominantes, de discursos y acciones generados desde polos de poder que asignan un lugar a los sujetos y una intencionalidad permitida a sus actos. Concepciones dominantes que confieren improntas a los sujetos y que son plasmadas, recreadas y actuadas permanentemente en instituciones, políticas y demás procesos colectivos en los que estamos insertos como sujetos (Chapela y Cerda, 2010); concepciones dominantes frente a las cua-

les se posicionan los sujetos, toman decisiones y, en situaciones extremas, luchan por su sobrevivencia.

Una reflexión interesante sobre las relaciones entre la vida, el derecho y el cuerpo humano surgida en las últimas décadas en Europa es la pluma del italiano Stefano Rodotà (n. 1940).<sup>7</sup> Este autor señala que la época contemporánea asiste a un fenómeno caracterizado por el dominio del derecho sobre prácticamente todos los espacios de la vida humana. Surgido como resultado de la imperiosa necesidad de los seres humanos de contar con mecanismo explícitos que le permitieran la convivencia social y el desarrollo comunitario, el derecho se ha convertido paulatinamente en un marco autoritario que invade todas las decisiones –aun las más íntimas y personales– de los sujetos del derecho. ¿Dónde están los límites del derecho y cómo pueden establecerse? se pregunta Rodotà (2010).

La vida es “un movimiento inigual, irregular y multiforme”, dice Rodotà citando a Montaigne (1533-1592). Pero el derecho moderno es exactamente lo contrario, pues se mueve en los estrechos marcos de la regularidad, la uniformidad y la igualdad en las decisiones. Este tipo de derecho ha terminado por tensar radicalmente las relaciones entre la vida personal, autónoma, libre, y las instituciones jurídicas que la sociedad creó para mantenernos seguros en la vida social. Para explicar el surgimiento de esta situación, Rodotà primero muestra que en el desarrollo de la sociedad moderna, como se señaló al iniciar este capítulo, ha crecido permanentemente una frenética demanda de certeza a toda costa. En este proceso la regla jurídica ha desempeñado el papel de estabilizador de la vida que ha terminado por invadir todos sus rincones, presentándose durante los últimos dos siglos bajo los tintes autoritarios que caracterizaron a las sociedades monárquicas del Medioevo y el Renacimiento.

Citando al jurista belga François Rigaux (n. 1921), Rodotà afirma que hasta hace muy poco tiempo se tenía la convicción de que el derecho poseía la legítima potestad de introducirse a todos los espacios de la vida. Nada humano puede ser extraño al derecho, decía Rigaux, y si hay algún ámbito ajeno al derecho, éste, tarde o temprano, lo hará suyo.<sup>8</sup> Frente a estas pre-

<sup>7</sup> En las siguientes líneas en lo esencial continuaremos con el ordenamiento que hace José Luis Piñar Mañas en la presentación de Stefano Rodotà para su libro *La vida y las reglas* (Rodotà, 2010:1-21).

<sup>8</sup> Esto nos recuerda claramente las ambiciones de la medicina de los siglos XVII y XVIII, que también se propuso cumplir un programa político-epistémico que, para desplegarse a plenitud, tenía que abarcar todos los ámbitos de la vida humana.

siones del derecho moderno, Rodotà indica que es legítima la pretensión de respeto de las esferas de libertad y autonomía individual y social, que establece los límites a los cuales puede aspirar cualquier norma que pretenda estar en consonancia con un desarrollo humano digno y pleno. No obstante, el establecimiento de límites a la invasión a la autonomía y la libertad humanas no es una tarea sencilla. El primer problema lo constituye el dilema entre la ley y la conciencia. La ley es “inmutable, universal, obligatoria, objetiva”. Y la conciencia en cambio, es “variable, circunstancial, espontánea y subjetiva”. ¿En qué casos pueden ponerse límites a la conciencia? ¿Puede el derecho incorporarse en las dimensiones subjetivas del ser humano? Para mostrar que estos problemas no constituyen meras especulaciones sin contenido concreto, basta recordar los debates sobre la participación de los médicos en el aborto, la eutanasia o la ayuda al suicidio. Estos casos son muy evidentes, pero de ninguna manera constituyen los más problemáticos o relevantes.

En una sociedad que se caracteriza por la presencia de múltiples valores igualmente legítimos, el peligro de la relativización moral es muy evidente. Ante ello, Rodotà propone el impulso de una sociedad donde las instituciones jurídicas se caractericen por su baja intensidad, es decir, en la cuales la norma jurídica no sea constrictiva, posea autoridad pero carezca de cualquier atisbo de autoritarismo, y se presente como un instrumento destinado a poner en comunicación a agentes morales distintos pero dispuestos a dialogar y, consecuentemente, a adoptar reglas de compatibilidad entre valores potencialmente en conflicto. Para lograrlo el derecho debe superar la idea abstracta de “individuo” y recuperar para siempre la categoría de “persona”. En este sentido, el autor demuestra que históricamente la categoría de sujeto se ha otorgado en función de la capacidad de los seres humanos para intervenir en la actividad económica. En las sociedades capitalistas, “quienes no valen para el comercio no valen para nada”, sentencia Rodotà. La reducción que en la práctica ha hecho el derecho de la persona humana a simple sujeto capaz de reclamar o responder a las necesidades económicas del capitalismo tiene que ser superada considerando que, para cumplir con sus aspiraciones básicas de justicia, el derecho debe atender aquellas facetas de la vida que permiten garantizar que el más débil (el pobre, el menor, el enfermo, el discapacitado) pueda desarrollar un punto de vista que sea verdaderamente propio.

Según Rodotà, el concepto de persona ha comenzado a colocarse en el centro del escenario político y jurídico mundial, particularmente a partir de

su inclusión en la *Carta Europea de Derechos Fundamentales*. Si el derecho es capaz de combinar el respeto a los derechos humanos de naturaleza social –esbozados en la primera parte de esta sección y donde ocupa un lugar destacado el derecho a la salud– con el respeto a la dignidad y la autonomía de la persona, es más probable que la sociedad esté en condiciones de cumplir una de sus aspiraciones más básicas y legítimas: conservarse en buena salud hasta donde lo permita la ciencia y hacerlo en condiciones de libertad y dignidad. Como señala Rodotà, cualquier otra postura parte de una perspectiva patrimonial de la persona, por lo que terminará por expropiarla de sus prerrogativas fundamentales. De ahí que el derecho a la salud, la libertad y la dignidad sean condiciones innegociables, que están fuera del mercado.

### EXODUCCIÓN<sup>9</sup>

Como se señaló al comenzar este capítulo, con el triunfo de la economía de mercado y el impresionante desarrollo de la tecnología del siglo XX, la tendencia dominante en el mundo fue reducir la vasta realidad a lo observable, lo demostrable, lo medible. Tenemos la responsabilidad de recuperar una forma de racionalidad que nos permita practicar una medicina más completa, más humana, más armónica con la marcha del mundo. Los extraordinarios medios de los que actualmente dispone la medicina no pueden seguir siendo aplicados sin evaluar los valores que representan. Tampoco puede aceptarse que las respuestas a los problemas de salud –las políticas, los programas, las acciones– sigan dominadas por intereses económicos o técnicos.

Las ciencias de la vida nos han dotado de un inmenso conocimiento sobre nosotros mismos. Pero las humanidades y las ciencias sociales han hecho también un extraordinario trabajo. Las ideas sobre el ser, el cuerpo y, por lo tanto, la vida y la muerte, que se desarrollaron en los dos siglos anteriores constituyen una veta de estudio e investigación que puede ser muy valiosa para cambiar en el modelo de entendimiento que aún es hegemónico de la salud, la enfermedad y la atención, y dar pasos para hacer efectivo el derecho a la salud para toda la población.

<sup>9</sup> Dado que en este capítulo no se pretende presentar una argumentación central única, optamos por finalizar con una exo-ducción como contraparte de la intro-ducción.

El entendimiento de la salud desde perspectivas diferentes a la biomédica conduce a reconocer que existen múltiples culturas de la salud, de la enfermedad, la atención y la muerte y, por tanto, a reconocer la necesidad del diálogo y la tolerancia entre culturas para la conformación de políticas, leyes, programas, currículos y presupuestos capaces de atender la diversidad del proyecto social en condiciones de dignidad humana, de igualdad y de respeto. El diálogo y la tolerancia solamente son posibles entre agentes sociales formados como ciudadanos, en ejercicio de sus posibilidades emancipadoras, éticas y estéticas; en las prácticas del lenguaje, reflexión y diálogo; como investigadores de su historia desde su presente; como formuladores de proyectos, problemas y necesidades; como gestores de su propia vida y cuidadores responsables de la vida de los otros y de los espacios producidos en el presente y hacia el futuro; como agentes de justicia y de derecho (Chapela y Cerda, 2010).

Sin salud la vida no existe en plenitud –de hecho, sin salud la vida humana no puede existir– y sin ella todo progreso humano es incompleto. En la búsqueda de una mejor salud los seres humanos hemos llegado a profesar un culto ciego a la razón, el progreso y la tecnología. Sin embargo, no existe razón para suponer que no sea posible caminar por un sendero diferente y, recuperando lo mejor de los avances de las ciencias, alcanzar una plenitud semejante en la comprensión del mundo y en el respeto a nuestros semejantes.

## BIBLIOGRAFÍA

- Abramovich, V.; Añón, V. y Courtis Ch. (comps.) (2003), *Derechos sociales. Instrucciones de uso*, Fontamara, México.
- Agamben, G. (1999), *El poder soberano y la nuda vida. Homo Sacer I*, Pre-textos, España.
- (2007), *Estado de excepción. Homo sacer II*, Adriana Hidalgo Editora, Buenos Aires.
- Almeida Filho, N. (2001), “For a General Theory of Health: preliminary epistemological and anthropological notes”, *Cad. Saúde Pública*, 17(4), pp. 753-799.
- Arnsperger, C. y Parijs, P. (2000), *Ética económica y social. Teorías de la sociedad justa*, Paidós, Barcelona.
- Berger, P. y Luckman T. (1976), *La construcción social de la realidad*, Amorrortu, Argentina.

- Bernard, C. (1859), *Introducción al estudio de la medicina experimental* (versión antecedida de una historia crítica de su vida y trabajos por José Joaquín Izquierdo), UNAM, México, 1960, pp. 59-61.
- Bloch, M. (1924), *Los reyes taumaturgos*, Fondo de Cultura Económica, México, 1993.
- Bohm, D. (1987), *La totalidad y el orden implicado*, Kairós, Barcelona.
- Boltanski, L. (1975), “Los usos sociales del cuerpo”, *Márgenes*, 3(4), pp. 5-32, Universidad Veracruzana-Facultad de Sociología, México, 1982 [http://cdigital.uv.mx/handle/123456789/10161], fecha de consulta: 28 de febrero de 2011.
- Boorse, Ch. (1977), “Health as a Theoretical Concept”, *Philosophy of Science*, 44 (4), pp. 542-573.
- Bourdieu, P. (2009), *El sentido práctico*, Siglo XXI Editores, México.
- Passeron, JC. y Chaboredon, JC. (1982), *El oficio de sociólogo*, Siglo XXI Editores, México.
- Breilh, J. (1979), *Epidemiología, economía, medicina y política*, Universidad Central del Ecuador, Quito,
- (2003), *Epidemiología crítica: ciencia emancipadora e interculturalidad*, Lugar Editorial, Buenos Aires.
- Butler, J. (1993), *Cuerpos que importan. Sobre los límites materiales y discursivos del “sexo”*, Paidós, Buenos Aires, 2002.
- Campos, R.; Citarella, L. y Zangari, A. (eds.) (2010), *Salud e interculturalidad en Bolivia y América Latina*, Gente Común, Bolivia.
- Canguilhem, G. (1966), *Lo normal y lo patológico*, Siglo XXI Editores, México, 1983.
- Canto, M. y Castro, O. (2002), *Participación ciudadana y políticas públicas en el Municipio*, Movimiento Ciudadano por la Democracia, México.
- Castellanos, P.L. (1987), *Sobre el concepto de salud-enfermedad: un punto de vista epidemiológico*, Cuadernos Médico Sociales 42, Centro de Estudios Sanitarios y Sociales, Rosario.
- Castro, R. (2010), *Teoría social y salud*, Lugar Editorial/UNAM, Buenos Aires.
- Chapela, M.C. (2007), “Promoción de la salud. Un instrumento del poder y una alternativa emancipadora”, en Guinsberg E. y Jarillo E. (2007) (coords.), *La salud colectiva en México*, Lugar Editorial, Buenos Aires, cap. 14.
- (2010), “Diabetes, obesidad, ocultamientos y promoción de la salud”, en Chapela, M.C. (ed.), *En el debate: diabetes en México*, UAM-Xochimilco, Departamento de Atención a la Salud, México, pp. 135-163.
- y Cerda, A. (2010), *Promoción de la salud y poder: reformulaciones desde el cuerpo-territorio y la exigibilidad de derechos*, UAM-Xochimilco.
- Cerda A. y Chapela M.C. (2010), “Los sentidos de las experiencias traumáticas: testimonio, salud y resignificación”, en Martínez C. (ed.), *Por los caminos de la*



- investigación cualitativa. Exploraciones narrativas y reflexiones en el ámbito de la salud*, UAM-Xochimilco, México, pp. 101-119.
- Clavreul, J. (1978), *El orden médico*, Argot, España, 1983.
- Coelho Ávila, M.T. y Almeida-Filho, N. (2002), “Conceitos de saúde em discursos contemporâneos de referência científica”, *História, Ciências, Saúde*, 9(2), pp. 315-33.
- Comte A. (1842), *La filosofía positiva*, Porrúa, México, 1979.
- Czeresnia, D. (1999), “The concept of health and the difference between prevention and promotion”, *Cad. Saúde Pública*, 15(4), pp. 701-709.
- De Sousa-Santos, B. (2008), *Una epistemología del sur*, Clacso/Siglo XXI Editores, México.
- Deleuze, G. (1987), *La imagen-tiempo. Estudios sobre cine 2*, Paidós, Barcelona.
- Descartes, R. (1641), *Meditaciones metafísicas*, Porrúa, México, 1979.
- Engelhardt, H.T. (1975), “The concepts of health and disease”, en Engelhardt, H.T. y Spicker S.F (eds.), *Evaluation and explanation in the biomedical sciences*, Reidel Publishing Company, Dordrecht.
- Ereshefsky, M. (2009), “Defining ‘Health’ and ‘Disease’”, *Studies in History and Philosophy of Science*, 40(3), pp. 221-227.
- Esposito, R. (2005), *Immunitas. Protección y negación de la vida*, Amorrortu, Buenos Aires.
- Esposito, R. (2006), *Bios. Biopolítica y filosofía*, Amorrortu, Buenos Aires.
- Foucault, M. (1973a), *El nacimiento de la clínica*, Siglo XXI Editores, México.
- (1973b), *El orden del discurso*, Tusquets, Barcelona.
- (1979), *Microfísica del poder*, La Piqueta, Barcelona.
- (1991), *Tecnologías del yo y otros textos afines*, Paidós/ICE, Barcelona.
- (1997), *La voluntad del saber. Historia de la sexualidad I*, Siglo XXI Editores, México.
- Gadamer, H.G. (2001), *El estado oculto de la salud*, Gedisa, Barcelona.
- Granda, E. (2009), *La salud y la vida*, vols. 1 y 2, Ministerio de Salud Pública del Ecuador/Universidad de Cuenca/Universidad Nacional de Loja/Alames/OPS/OMS, Quito.
- Habermas, J. (1991), *Escritos sobre moralidad y eticidad*, Paidós, Barcelona.
- Hacking, I. (1991), *La domesticación del azar*, Gedisa, Barcelona.
- Harvey, D. (2000), *Spaces of hope*, Edinburgh University Press, Edinburgh.
- Heidegger, M. (1962), *Being and time*, Harper & Row, Estados Unidos.
- (1993), *Introducción a la metafísica*, Gedisa, Barcelona.
- Hubbard, Ph.; Kirchin, R. y Valentine, G. (2004), *Key thinkers on space and place*, SAGE, Londres, California, Nueva Delhi, Singapur.
- Husserl, E. (1989), *Ideas pertaining to a pure phenomenology and to a phenomenological philosophy. Book 2: Studies in the phenomenology of constitution*

- (traducido por Richard Rojcewicz y Andre Schuwer), *Collected Works*, Dordrecht: Kluwer, 3, pp. 60-70, 82-89, 151-169.
- Illich, I. (1976), *Medical nemesis: the expropriation of health*, Marion Boyars, London.
- Jelin, E. (2002), *Los trabajos de la memoria*, Siglo XXI Editores, España.
- Kristeva, J. (1984), *Revolution in poetic language*, Columbia University Press, New York.
- Laurell, A.C. (1982), “La salud–enfermedad como proceso social”, *Revista Latinoamericana de Salud*, núm. 2, Nueva Imagen, México.
- (1994), “La salud: de derecho social a mercancía”, en Laurell A.C. (comp.), *Nuevas tendencias y alternativas en el sector salud*, UAM/Fundación Friedrich Ebert, México.
- (2001), *Mexicanos en defensa de la salud y la seguridad social*, Planeta, México.
- (2010), “Revisando las políticas y discursos en salud en América Latina”, *Medicina Social* (5)1, UAM-Xochimilco, México, pp. 79-88.
- Leal, G. (2010), *2005. Estertores populares de un sexenio perdido. Salud y seguridad social en el foxismo*, Serie Académicos, División de Ciencias Biológicas y de la Salud, UAM-Xochimilco, México.
- López, O. y Blanco, J. (2007), “Políticas de salud en México. La reestructuración neoliberal”, en Guinsberg, E. y Jarillo, E. (coords.), *La salud colectiva en México*, Lugar Editorial, Buenos Aires.
- López-Cerezo, J.A. (2008), *El triunfo de la antisepsia. Un ensayo en filosofía naturalista de la ciencia*, Fondo de Cultura Económica, México.
- Martín-Baró, I. (1983), *Acción e ideología. Psicología social desde Centroamérica*, UCA, El Salvador.
- Martínez, F. (1987), *La medicina científica y el siglo XIX mexicano*, Fondo de Cultura Económica, México, 2003.
- Martínez, C. (2010), *Por los caminos de la investigación cualitativa*, UAM-Xochimilco, México.
- Mbembe, A. (2003), “Necropolitics”, *Public Culture*, 15 (1), pp. 11-40.
- Menéndez, E. (1984), “Explotación de la salud o explotación de la enfermedad en las formaciones capitalistas”, en Waitzkin, H. y Waterman, B. (eds.), *La explotación de la enfermedad en la sociedad capitalista*, Nueva Imagen, México.
- (1992), “Familia, participación social y proceso salud/enfermedad/atención. Acotaciones desde la perspectiva de la antropología médica”, en Mercado, F. (ed.), *Familia, salud y sociedad*. UDG/CIESAS/Colegio de Sonora/INSP, México, pp. 131-162.
- Merleau-Ponty, M. (1945), *Fenomenología de la percepción*, Atalaya, Madrid, 1981.
- Morey, M. (1988), *Los presocráticos. Del mito al logos*, Montesinos, Barcelona.

- Morin, E. (2002), *El método. El conocimiento del conocimiento*, Cátedra, Madrid.
- Nancy, J.L. (1992), *Corpus*, Métailié, París.
- Nordenfelt, L. (1960), *On the nature of health*, Reidel Publishing Company, Dordrecht/Boston/Lancaster/Tokio.
- (2007), “The Concepts of Health and Illness Revisited”, *Medicine, Health care and Philosophy*, vol. 10, pp. 5-10.
- OMS (1948), *Constitución de la Organización Mundial de la Salud* [[http://www.who.int/governance/eb/who\\_constitution\\_sp.pdf](http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf)], fecha de consulta: 6 de mayo de 2011.
- Osorio, J. (2006), “Biopoder y biocapital. El trabajador como moderno *homo sacer*”, revista *Argumentos. Estudios críticos de la sociedad*, 19 (52), UAM-Xochimilco, México, pp. 77-98.
- Parsons, T. (1950), *El sistema social*, Alianza Editorial, Madrid, 1966.
- Pérez-Tamayo, R. (1988), *El concepto de enfermedad: su evolución a través de la historia*, vol. 2, Fondo de Cultura Económica, México, pp. 215-219
- Rawls, J. (2002), *La justicia como equidad*, Tecnos, Madrid.
- Rodotà, S. (2006), *La vida y las reglas. Entre el derecho y el no derecho*, Trotta, Madrid, 2010.
- Samaja, J. (2007), *Epistemología de la salud*, Lugar Editorial, Buenos Aires.
- Sartre, J.P. (1938), *La nausée*, Gallimard, París.
- Sibilia, A. (2005), *El hombre postorgánico. Cuerpo, subjetividad y tecnologías digitales*, Fondo de Cultura Económica, Buenos Aires.
- Vásquez-Rocca, A. (2008), “Las metáforas del cuerpo en la filosofía de Jean-Luc Nancy. Nueva carne, cuerpo sin órganos y escatología de la enfermedad”, *Nómadas. Revista Crítica de Ciencias Sociales y Jurídicas*, 18(2) [<http://www.ucm.es/info/nomadas/18/avrocca2.pdf>], fecha de consulta. 11 de junio de 2009.
- Vegetti, M. (1979), *Los orígenes de la racionalidad científica. El escalpelo y la pluma*, Península, Barcelona.
- Zemelman, H. (2001), “Alternativas en el método de investigación científica. ¿Es la prueba de hipótesis el único camino?”, En De la Garza, E. (coord.), *Tratado latinoamericano de sociología*, UAM-Iztapalapa/Antrhopos, México, pp. 39-44.

SEGUNDA PARTE

Situación y respuesta ante los problemas  
de salud y enfermedad



# Determinantes sociales y salud-enfermedad en México. Cambios, rupturas y perspectivas

Oliva López Arellano  
José Alberto Rivera Márquez  
José Blanco Gil

## INTRODUCCIÓN

La salud y la enfermedad de los colectivos humanos están intrínsecamente ligadas al desarrollo de las sociedades, a las formas como éstas organizan la vida y el trabajo, a las maneras como resuelven las necesidades de sus integrantes y a la distribución de la riqueza socialmente producida. **La aproximación a los procesos de salud/enfermedad/atención tiene mayor capacidad explicativa y transformadora si se reconocen los procesos esenciales de la organización social.** En esta perspectiva, las expresiones materiales y simbólicas de la salud-enfermedad, de su atención y cuidado, y de la propia muerte, responden a modos específicos de apropiación y transformación de la naturaleza bajo una determinada forma de organización social (Laurell y Noriega, 1989; Breilh y Granda, 1982; Laurell, 1982). La salud y la enfermedad se conciben como momentos diferenciados del proceso vital humano que sintetizan una compleja estructura de determinación, en donde lo social prefigura y modela los procesos biopsíquicos. Se expresan en la corporeidad y la psique humana, pero sus orígenes –como fenómenos colectivos– se encuentran en procesos sociohistóricos (Laurell, 1994a).

Estas premisas desde las que se analizan algunos momentos históricos específicos de la dinámica de la sociedad mexicana, permiten identificar las formas dominantes de la producción, el consumo y los mecanismos distributivos a partir de políticas de salud, que se expresan como determinantes sociales, y que a su vez configuran patrones de morbilidad y mortalidad de la población.

El propósito en este capítulo es identificar momentos particulares del desarrollo del país y sus expresiones en el comportamiento y cambio de los perfiles de salud-enfermedad. El texto está estructurado en tres partes con varios subcapítulos. La primera desarrolla en forma resumida momentos clave de la historia del país, la segunda hace referencia a los principales cambios en los indicadores de mortalidad y la tercera, plantea los desafíos para el desarrollo sociosanitario mexicano, las consideraciones finales y las propuestas.

#### LOS MOMENTOS INICIALES

El periodo colonial sucede a los milenios en que se formó en Mesoamérica una multiplicidad de culturas vigorosas cuya subordinación entrañó conflictos violentos. En este periodo hubo progreso pero también una despiadada explotación y una respuesta combativa de amplios sectores populares (Brom, 1988). Durante el dominio español y la conformación de la sociedad novohispana, la oposición español/indígena fue esencial. Los indios encarnaron el principal motivo de campañas militares, religiosas, de reclutamiento laboral y de dominación política (Hernández, 2009). Las formas dominantes de organización productiva (encomiendas, haciendas y repartimiento) combinaban la evangelización con la explotación extrema del trabajo indígena en la agricultura, la ganadería y la minería principalmente. Así, los perfiles de enfermedad y muerte de la población estuvieron marcados por las formas extremas de uso de la fuerza de trabajo y por la exposición a agentes infecciosos desconocidos para los indígenas y causantes de graves epidemias que diezmaron a esta población.

A principios del siglo XIX, la Nueva España contaba con alrededor de seis millones de habitantes. De éstos, 60% era población indígena, 22% mestiza (castas), 18% españoles y menos de 1% era peninsular (Brom, 1988). Algunas estimaciones sugieren que durante esa época la población autóctona disminuyó en 90%. En el campo de la atención a la enfermedad

—desde una visión medieval de caridad cristiana— se desarrollan dos tipos de instituciones: los hospitales de indios y los hospitales para la atención de españoles. En ambos casos su construcción responde a un doble interés: la política peninsular de dominio económico y religioso y el interés de los encomenderos de usar la fuerza de trabajo local. La distribución territorial de los hospitales se articula con las principales actividades económicas, las rutas comerciales, el poder de las órdenes religiosas y la geopolítica del gobierno (Hernández, 2009).

La Guerra de Independencia en México se enmarca en el proceso independentista latinoamericano, que va desde la revolución haitiana en 1804 hasta la independencia de Panamá en 1903, permitiendo a la región independizarse de Europa, en particular del dominio español y portugués. En este largo proceso se distinguen dos confrontaciones esenciales que confluyen en su interés independentista, pero con objetivos distintos:

[...] las masas populares integradas por indígenas, negros y mestizos que se oponían a los dueños y gobernantes (criollos y peninsulares) [...] y el enfrentamiento entre propietarios nacidos en las colonias y los peninsulares que gozaban de privilegios económicos y monopolizaban los altos puestos del gobierno (Brom, 1988:129).

La mayor parte de estas revoluciones ocurre entre 1810 y 1824, dando origen a un conjunto de naciones independientes que transitan el siglo XIX entre luchas independentistas, guerras civiles, conflictos por el establecimiento de fronteras y luchas internas entre “caudillos”. Este periodo es intenso en el debate ideológico entre liberales y conservadores y en la disputa entre terratenientes e incipientes capitalistas. Se configuran, asimismo, los regímenes oligárquicos, los modelos de desarrollo orientados a la exportación de materias primas y las formas de producción intensivas en el uso de mano de obra, dominadas por lógicas laborales coercitivas, organizadas en plantaciones o haciendas (Filgueira, 2009).

México se independiza formalmente de España en 1821, después de un proceso largo y sangriento, luego del cual inicia otro “quizá más largo, laborioso y todavía más sangriento: la construcción de la República Mexicana” (Hernández, 2009:28). La nación independiente nace sobre múltiples contradicciones y sin la capacidad de transformar a fondo el orden anterior. Esta construcción se alimenta del auge del liberalismo y promueve un conjunto de arreglos civiles que se plasman en una carta constitutiva. No



obstante que en esta nueva organización social las personas son iguales ante la ley, los religiosos y los militares conservan sus privilegios (fueros). La distinción español/indígena es sustituida por otra conformada entre ricos y pobres; el orden religioso se sustituye por el laico aun cuando la fuerza económica e ideológico-cultural de la iglesia se mantiene, las leyes de dios se transmutan en leyes naturales, y la fe católica es desplazada por la observación científica. En la institución hospitalaria se pretende cambiar la caridad cristiana por la beneficencia pública, pero en los hechos, los hospitales siguen funcionando en la lógica eclesiástica (Hernández, 2009).

En tres décadas de vida independiente, México transita por formas distintas de organización política sin lograr estabilidad y sin mejorar las condiciones de vida de su población. Algunos sectores, como la iglesia, los hacendados y los especuladores, se enriquecen, consolidándose los cacicazgos en todo el país, mientras, los pueblos indios sufren despojos de sus tierras. Por su parte, los peones de las haciendas y los pobres de la ciudad continúan en la miseria sin disfrutar de los derechos que legalmente poseen (Brom, 1988). El periodo que inicia con el plan de Ayutla (1854), transita hacia un movimiento de renovación política y social conocido como Reforma, el cual culmina con la proclamación de la Constitución de 1857. Esta última reconoce los derechos del hombre, la libertad religiosa y elimina los fueros. Las leyes de reforma impulsan la creación de un Estado moderno, no sujeto al poder eclesiástico. Sin embargo, el orden liberal plasmado en las Constituciones de 1824 y de 1857 enfrenta la feroz oposición de la iglesia, múltiples conflictos entre liberales y conservadores e intervenciones extranjeras; así, “la guerra se mostraría como la epidemia más larga en la historia del país” (Hernández, 2009:30).

## EL MÉXICO INDEPENDIENTE Y REVOLUCIONARIO

La República Mexicana, al igual que América Latina al inicio del siglo XX está “dejando atrás un siglo de guerras civiles, posicionada en la economía mundial como productora de materias primas, oligárquica en su configuración, ibérica por herencia y portadora del positivismo y el liberalismo (Filgueira, 2009:33).

La **esperanza de vida en 1900 era de 28 años** y las principales causas de enfermedad y muerte eran infecciosas y parasitarias. Para fortalecer la actividad sanitaria se crea el **Consejo Superior de Salubridad** y se establece el pri-

mer código sanitario para la República. Pero la atención hospitalaria, pese a las reformas juaristas, continúa bajo la lógica religiosa de caridad cristiana.

En las primeras décadas del siglo XX el crecimiento del producto interno bruto (PIB) en América Latina es, en promedio, superior al de Europa y el valor de las exportaciones per cápita mayor o similar al promedio en el viejo continente. Estos datos alimentan la visión de un desarrollo basado en la exportación de materias primas, la importación de manufacturas y el libre comercio (Filgueira, 2009). En América Latina, el interés del capital foráneo (principalmente de inversionistas estadounidenses) durante el proceso de expansión capitalista se enfrenta a las condiciones insalubres de los países “tropicales” donde son endémicas enfermedades como la malaria, la fiebre amarilla y las parasitosis. La necesidad de facilitar el intercambio de mercancías en fronteras y puertos con los menores riesgos de contagio posibles, define una agenda sanitaria común de las empresas transnacionales y del gobierno de los Estados Unidos (Franco, 1990).

En México el apogeo aparente de la modernidad (Brom, 2009) se produce durante el Porfiriato, que construye infraestructura ferroviaria, inicia el desarrollo industrial (petrolero, minero, textil) y articula las actividades ganaderas y agrícolas (producción de café, caña de azúcar, henequén, algodón) al mercado nacional e internacional. A pesar de la modernización del país, el trabajo agrícola no se modifica sustancialmente pues la mano de obra campesina es más barata que el uso de maquinaria. La situación de los campesinos empeora ya que, en su mayoría, trabajan en haciendas como peones pagados con bonos que se utilizan en la “tiendas de raya”, propiedad de los patrones. Se trata de peones “acasillados”, es decir, atados al lugar de trabajo por deudas impagables, o bien de trabajadores “libres” que se contratan en periodos de mayor actividad, sin tener asegurados siquiera alimentos y vivienda.

Las formas de subordinación son muy diversas y configuran una red de sujeciones múltiples:

El hacendado ejerce un dominio sobre el campesino, porque paga el cura que otorga los servicios religiosos; mantiene la escuela que proporciona la oportunidad de la enseñanza mínima a los hijos de algunos campesinos escogidos; controla o influye en las fuerzas de seguridad (contra abigeos o indios bravos); es el único que puede proporcionar atención médica; es el importador exclusivo de mercancías de otras regiones del país o de ultramar; puede invadir las tierras de comunidades rebeldes y sostener largos y

costosos pleitos legales sobre tierra, agua y bosques; tiene influencias con el gobernador y quizá el gobierno central [...] En este sistema de sujeción, la violencia descarnada desempeña un papel importante, pero no es su único elemento. **El dominio señorial tiene su legitimidad ideológica y religiosa y exige del hacendado una actitud paternalista y “protectora” hacia el peón [...] La relación servil es un pacto en el que el campesino acepta pagar tributo y someterse al dominio a cambio de protección (Semo, 1979:396).**

Si bien la atención médica se otorga en la hacienda, el interés más general por reducir las epidemias para lograr una articulación fluida con los mercados internacionales, impulsa la perspectiva higienista y el desarrollo de campañas sanitarias relativamente exitosas, que no impactan sobre las deplorables condiciones en que vive y trabaja la mayoría de los mexicanos:

Las acciones sanitarias del Consejo Superior de Salubridad redujeron durante el Porfiriato los peligros ambientales y los brotes epidémicos (pero) [...] las excesivas jornadas que duraban hasta 18 horas, la mala alimentación y el hacinamiento en barracas sin ningún tipo de servicio hicieron que muchos trabajadores sucumbieran o que virtualmente murieran de agotamiento (Hernández, 2009:39).

La modernización durante el Porfiriato produce una gran concentración de tierra, riqueza y poder político en un sector muy reducido del país ligado a inversionistas extranjeros, y pasa por la integración a la economía mundial con una gran dependencia del exterior. La crisis de 1907-1908 en Estados Unidos tiene enorme impacto en México, ya que produce desocupación, reducción de exportaciones y deterioro de las condiciones de vida de la población, además de limitar las posibilidades de mejora de las incipientes clases medias.

Nuevamente, el descontento de diversos grupos cuestiona el orden sociopolítico y se inicia otro periodo de lucha armada identificado como “Revolución Mexicana”, en el que confluyeron diversas corrientes: la nacionalista, encabezada por Venustiano Carranza, que propuso una atención moderada a las demandas de los movimientos campesinos y obreros; la constitucionalista encabezada por Álvaro Obregón, interesada en un gobierno fuerte, con mayores compromisos y alianzas alrededor de los movimientos populares, logrando imponer muchos de sus puntos de vista en el Congreso Constituyente de 1916-1917, y los movimientos campesinos co-

mandados por Francisco Villa y Emiliano Zapata, influidos por el anarquismo del Partido Liberal Mexicano, que encarnan los deseos libertarios de este sector (Brom, 2009).

Este periodo se caracteriza por el recrudecimiento de las epidemias, por una alta mortalidad y letalidad de enfermedades como diarreas, neumonías, paludismo, tosferina y viruela, así como por acciones aisladas de sanidad e higiene que progresivamente comienzan a institucionalizarse.

## LOS GOBIERNOS POSREVOLUCIONARIOS

Desde 1917, la Constitución de los Estados Unidos Mexicanos reconoce un conjunto de derechos sociales, frente a los cuales el Estado posrevolucionario requiere configurar respuestas que contribuyan a la paz social y a la gobernabilidad. A partir de 1915 surgen consejos de salubridad en varios estados; en 1917 se funda el Departamento de Salubridad Pública que mantiene la perspectiva higienista del Consejo Superior de Salubridad y desde 1920 la Beneficencia Pública cobra gran importancia en la atención médica y hospitalaria (Hernández, 2009).

El contexto de la década de 1920 es sumamente precario en términos económicos, sociales y sanitarios por las secuelas de destrucción y paralización de las actividades productivas derivadas del conflicto armado y de la inestabilidad política posterior. En salud, la crisis agrícola y la improductividad del campo generan escasez de alimentos y multiplican el hambre. La pandemia mundial de influenza complica el panorama sanitario, en el que predominan las enfermedades infecciosas mortales, y muestra el limitado éxito de las campañas sanitarias impulsadas en el periodo.

En 1930, dos terceras partes de la población económicamente activa están dedicadas a labores agrícolas y la mitad de la actividad industrial se concentra en el Distrito Federal, Veracruz, Puebla y Nuevo León. Hasta mediados de esta década sigue predominando la producción en haciendas, la minería y la industria petrolera características del Porfiriato. El gobierno de Calles impulsa la construcción de infraestructura carretera, sistemas de riego, redes telegráficas y telefónicas y se restaura el sistema financiero (intervenido durante la Revolución), devolviendo la dirección de los bancos a sus antiguos dueños (Medina, 1995).

Durante el periodo presidencial del general Lázaro Cárdenas destacan la atención a la salud y la educación como prioridades de gobierno. El com-

promiso gubernamental de atender las necesidades de salud de las poblaciones –particularmente la campesina– impulsa la expansión de servicios de salud del Estado. En 1937 se crea la Secretaría de la Asistencia Pública para la atención de los individuos “socialmente débiles”. A escala mundial el desarrollo de los antibióticos, de técnicas diagnósticas y de nuevas vacunas amplía los recursos para el combate de enfermedades infecciosas y posibilita intervenciones masivas con éxitos notables en el control y erradicación de ciertas patologías.

En México, este momento se caracteriza por la expansión del campo de la salud a través del “preventivismo” que basa sus acciones en el desarrollo de vacunas, producto de los avances de la microbiología y la inmunología. Se reduce la letalidad de algunas enfermedades por medio de campañas nacionales contra la tuberculosis (1934), las enfermedades venéreas (1943), el paludismo (1955) y la erradicación de la viruela (1951) (Jarillo, López y Mendoza, 2005).

Los éxitos en el control de algunas enfermedades infecciosas desdibujan la importancia que las condiciones de vida y de trabajo tienen en la producción de las enfermedades, centran la acción sanitaria en la vacunación y en la expansión de servicios médicos y prefiguran los límites de los modelos de atención frente a enfermedades cuya prevención y control tienen mayor complejidad.

## LAS CONTRADICCIONES DE LA INDUSTRIALIZACIÓN

En 1948 se crea la Comisión Económica para América Latina (CEPAL) que aglutina a un conjunto de destacados economistas latinoamericanos. Este organismo establece una escuela de pensamiento económico como base para las políticas de desarrollo para los países no industrializados. Sus propuestas de industrializar y proteger la industria nacional de la competencia extranjera, con subsidios, aranceles y con un rol activo del Estado en la planificación económica, se tornan hegemónicas y la mayoría de los países de América Latina adopta el modelo de sustitución de importaciones que ya era un hecho en la región antes de ser teoría (Filgueira, 2009).

El modelo “desarrollista” que subyace a la industrialización intensiva de América Latina tiene como consecuencia el paulatino abandono y la falta de financiamiento de las actividades agropecuarias, lo que resulta en masivas corrientes de personas migrando del campo a la ciudad; así como la

apuesta al crecimiento del sector secundario como el medio adecuado para contrarrestar el intercambio desigual que se daba en el mercado internacional –provocado por la producción y exportación de materias primas, poco competitivas y de bajos precios, provenientes de América Latina– y la importación de manufacturas elaboradas por los países identificados dentro de este modelo económico como “desarrollados”, principalmente Estados Unidos. A finales de la década de 1960 este modelo económico muestra con claridad que varias décadas de industrialización latinoamericana basada en la sustitución de importaciones bajo el cobijo de un Estado protector, no habían logrado impulsar a la región hacia el “desarrollo”, ni resolver los problemas de los “marginados”.

La posibilidad del país de superar la tradicional estructura agraria, ser más productivo y colocarse entre las sociedades industrializadas modernas, muestra sus límites al terminar la fase simple de sustitución de importaciones. La industria liviana pudo ser sustituida, pero la producción de bienes de capital y la industria pesada seguían dependiendo de las economías centrales. El campo es abandonado y sufre un proceso acelerado de empobrecimiento. El crecimiento se estanca, la inflación crece y el déficit fiscal hace crisis (Felgueira, 2009). Así, se configura un desarrollo frágil y fracturado que transforma la sociodemografía de la región en unas cuantas décadas y define los problemas sociales que el país va a enfrentar años más tarde. Entre otros procesos, la intensa migración campo-ciudad, acompañada de la insuficiente capacidad industrial de absorción de mano de obra, la tercerización de las economías de las ciudades y la limitada capacidad estatal de atender el crecimiento de la población urbana, aumenta los empleos informales y precarios. Se produce también un crecimiento importante en el número de burócratas debido a la intervención del Estado en prácticamente todas las áreas de la economía y la incorporación creciente de las mujeres al trabajo asalariado.

Los problemas del proletariado y del ejército industrial de reserva sólo se reconfiguran; el impacto de la industrialización no tiene los beneficios esperados en los niveles de salud y los perfiles de enfermedad y muerte sólo muestran una recomposición. La persistencia de desigualdades sociales, pobreza y crisis de incertidumbre afectan a amplios sectores en México y en toda América Latina, a pesar del discurso desarrollista que acompaña la implantación del modelo de sustitución de importaciones en la región (López y Peña, 2006).

El agotamiento de este modelo como vía de desarrollo y resolución de los problemas de las mayorías, es evidente a finales de la década de 1970 y comienza a ser intensamente debatido desde corrientes y posiciones críticas que promueven un cambio social radical y buscan otras propuestas teóricas, metodológicas y de acción práctica. En este marco surge la teoría de la dependencia (Cardoso y Faletto, 1979) y en salud la corriente crítica de la medicina social latinoamericana (Iriart, Waitzkin, Breilh, Estrada y Merhy, 2002; Waitzkin, Iriart, Estrada, y Lamadrid, 2001).

En la década de 1970 las teorías dependentistas, críticas del desarrollismo económico en boga y también de cuño latinoamericano, son debatidas ampliamente en el terreno económico y político, enseñadas en las universidades e investigadas en el ámbito académico. Además, la Revolución Cubana y las políticas sociales que de ella derivaron, con su espectacular abatimiento de los niveles de analfabetismo, la baja en las tasas de las enfermedades prevenibles por vacunación, la desaparición de la desnutrición y la consecuente reducción de la mortalidad infantil y preescolar, fueron una contribución fundamental para la crítica a las visiones desarrollistas dominantes en materia de políticas públicas, incluidas, por supuesto, las de salud (López y Peña, 2006).

A pesar del desarrollo de instituciones públicas de salud y seguridad social entre las décadas de 1940 y 1970, así como de la expansión de la atención médica y de la medicina preventiva, persisten los problemas infecciosos y carenciales, emergen nuevos problemas de salud y se mantiene y acrecenta la diversidad regional, marcando los límites del paradigma “preventivista”.

Desde el desarrollismo homogenizador e integrador también se promueve la implantación general de la medicina alopática, desconociendo las diferencias culturales, en particular los saberes y prácticas que las poblaciones indígenas tienen sobre la salud. Se mantiene la exclusión de estos grupos de los beneficios del desarrollo, lo que redundará en elevadas tasas de enfermedad y muerte.

En este contexto, se multiplican las críticas y se generan evidencias sobre la insuficiencia de los abordajes biomédicos y preventivistas para explicar y actuar sobre un panorama epidemiológico cada vez más complejo y, simultáneamente, se desarrollan enfoques que incorporan la preocupación por la organización de los sistemas de salud y las respuestas de las poblaciones, iniciando la introducción de conceptos provenientes de las ciencias sociales y de la conducta (Garduño, Jarillo, López, Granados *et al.*, 2009; Castro, 2001 y 2003).

Se reconoce el impacto que las formas de organización social y la distribución inequitativa de la riqueza tienen sobre la enfermedad, la muerte y el acceso a servicios de salud (López, 1984; Laurell y Blanco, 1975). Asimismo, se hacen evidentes los problemas de la insuficiente y selectiva intervención estatal que invertía directamente en el costo económico de la reproducción de la fuerza de trabajo para garantizar el proceso de acumulación de capital. El Estado absorbe o subsidia parte de los costos de atención a la salud, educación, vivienda y ciertos bienes de consumo (los llamados bienes-salario). Sin embargo, el “reparto” en bienes y servicios es diferencial. Los sectores obreros, especialmente los petroleros, los ferrocarrileros y los electricistas, lo mismo que los burócratas, tienen acceso a servicios de salud y seguridad social. En tanto, los desempleados urbanos y la población rural e indígena, recibe proporcionalmente los presupuestos más bajos para la atención a la salud y carece de seguridad social (López y Peña, 2006).

La industrialización liviana, la inversión en infraestructura y la expansión de las instituciones públicas benefician al capital nacional y distribuyen algunos beneficios a los sectores medios y a los trabajadores formales, pero acrecentan las desigualdades entre campo-ciudad; entre empleados y obreros frente a trabajadores informales y desempleados. Persisten la pobreza urbana, indígena y rural y un porcentaje importante de población queda fuera de la seguridad social y sin acceso a servicios de salud; con altas cifras de analfabetismo. Los pobres urbanos viven en los llamados “cinturones de miseria”, carecen de servicios y su vida se desenvuelve en extrema precariedad, con lo que configuran la cara predominante de la pobreza para las siguientes décadas.

En el campo de la salud, los problemas de enfermedad y muerte expresan ya una mayor diversidad que combina perfiles y prácticas de atención semejantes a los países centrales con problemas atribuibles a condiciones de vida precarias, ligados a la pobreza, a la inseguridad laboral y a la falta de acceso a servicios de atención a la salud. Las enfermedades infecciosas y carenciales se mantienen como problemas de enfermedad y muerte pero comienzan a incrementarse las enfermedades crónico-degenerativas y los accidentes.

En México, los gobiernos posrevolucionarios impulsan, entre 1938 y principios de la década de 1980, un conjunto de políticas que buscan atender las necesidades económicas de expansión capitalista e industrialización y simultáneamente atemperar las desigualdades socioeconómicas y la pobreza del país. Con esta intención, en 1943, se crea el Instituto Mexicano



del Seguro Social (IMSS) y la Secretaría de Salubridad y Asistencia (Ssa). Así, el sistema de salud nace segmentado, el mandato legal del IMSS es proteger a los trabajadores formales a partir de la seguridad social (que incluye pero no se agota en la atención médica); mientras que la Ssa asume la tarea de proveer servicios de salud básicos a la población sin empleo formal. En 1959 se crea el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), y empresas nacionales estratégicas como Petróleos Mexicanos, Ferrocarriles Nacionales de México y la Comisión Federal de Electricidad desarrollan sus propios institutos de prestación de servicios de salud y seguridad social. A partir de 1977, el IMSS amplía su cobertura hacia las zonas rurales más pobres con el programa de IMSS-Coplamar (IMSS/Coplamar, 1979).

En el marco de la política social posrevolucionaria, este abigarrado desarrollo institucional expresa la restringida vertiente de bienestar que desarrolla el Estado mexicano y que se cristaliza en un conjunto heterogéneo de instituciones públicas de protección social, entre las que destacan de manera importante aquellas orientadas a la atención a la salud. Si bien es cierto que estas políticas privilegian al proletariado urbano, en detrimento de otros sectores, avanzan en plantear la integración social y la universalización progresiva de servicios de salud como tarea esencial del Estado (López y Blanco, 1993).

La conformación histórica del sector salud comparte los “vicios” de esta política social, estructurada alrededor de la estrategia de industrialización y cuyo eje es la relación corporativa Estado-movimiento obrero, a partir de la distribución de bienes y servicios públicos, a cambio de la integración a la institucionalidad y a las prácticas del sistema político (Valencia y Barba, 1997). Se trata de una política corporativa y centralista, sin embargo, permite el tránsito de la asistencia a la seguridad social garantizada por el Estado, ligada al empleo y al salario. Posibilita también el reconocimiento jurídico de las organizaciones y de un conjunto de derechos sociales que reducen la inseguridad en el empleo y permiten la producción estatal de bienes y servicios necesarios para el mantenimiento de la fuerza de trabajo (Barba, 1997).

## EL PERIODO NEOLIBERAL

Hacia finales de la década de 1970 –en el marco de la reorganización del capital a escala mundial (globalización) y de la adopción, por los Estados nacionales, de políticas de ajuste macroeconómico, que impactan severamente sobre el empleo, el salario y las condiciones de vida de la población–, en México emergen fenómenos masivos como desempleo, reducción salarial y exclusión; mientras los dispositivos institucionales de protección social capaces de atemperar las sucesivas crisis (1982, 1994-1995, 2008-2009) también son desmantelados.

Las agencias financieras supranacionales, como el Banco Mundial (BM) y el Banco Interamericano de Desarrollo (BID), entre otras, proponen la conformación de megaproyectos sociales destructores de derechos, subordinando la política social a las políticas económicas (BM, 1990, 1993, 1994 y 2004). Para el caso mexicano, la adopción de estas políticas en forma explícita a partir de 1982, tiene severos impactos sobre el financiamiento y la organización de las instituciones de protección social en general y de salud en particular (Soria y Farfán, 1990). Se frena la tendencia expansiva de los servicios públicos de salud y se limita su lógica redistributiva, se debilita su capacidad de respuesta y se produce un punto de inflexión respecto de las tendencias de universalidad e integración nacional, claramente incompatibles con las propuestas de modernización neoliberal.

En México se propone la reorientación del sistema de salud para resolver lo que se considera deformidades estructurales y organizacionales y la falta de correspondencia entre las necesidades de salud, la demanda y la oferta de servicios, que según diversos diagnósticos se expresan en ineficiencia, inequidad, baja efectividad, explosión de costos e insatisfacción de los usuarios (Funsalud, 1994).

Así, se impulsa una reforma sanitaria predefinida, sustentada en la racionalidad económica neoclásica, que reestructura al sector salud mexicano en la lógica homogeneizante de la “receta bancomundialista”, impuesta sin considerar las condiciones epidemiológicas particulares, las necesidades de atención nacionales y locales, la conformación histórica del sector y su grado de desarrollo institucional (López y Blanco, 2001).

La (contra)reforma de la salud en México se produce en el marco de procesos globales de reorganización capitalista, que transforman los Estados-nación y articulan espacios supranacionales de decisiones económico-políticas. Esta reorganización redefine las relaciones Estado-mercado y

Estado-sociedad y conforma políticas destructoras de derechos sociales e individuales (Laurell, 1997; Laurell y López, 2002; López y Blanco, 2007).

En México, el gobierno federal adopta las directrices del BM y propone un conjunto de reformas para el campo sociosanitario (Laurell, 1994b). Como solución a los problemas que presentan las instituciones públicas, se impulsa el crecimiento de los servicios privados, el financiamiento a la demanda (y no a la oferta), la eficiencia y la conducción gerencial como principios generales de la acción. La calidad adquiere preponderancia en el discurso y se pretende mejorar la prestación de los servicios a partir de incrementar los estímulos a la productividad, aumentar la calificación y certificación de los profesionales y acreditar programas e instituciones. Asimismo, se plantea la diversificación del financiamiento, restando centralidad a los fondos públicos e introduciendo mecanismos de mercado al interior de las instituciones públicas (Frenk y Londoño, 1997; Frenk, 1994).

#### LAS PARADOJAS SOCIOSANITARIAS

En sentido inverso a la complejidad de las condiciones riesgosas para la salud y al incremento de las desigualdades de enfermedad y muerte entre distintos espacios-población, las políticas de salud se redefinen y simplifican a partir de los ejes de la modernización neoliberal. Se justifica, paralelamente, un conjunto de cambios en los servicios de atención médico-sanitaria que, lejos de responder a la diversidad epidemiológica, fragmentan y limitan el quehacer público en salud y sientan las bases para la mercantilización de la atención (Laurell, 1991). Estas políticas, diseñadas en lo fundamental por el Banco Mundial, prescriben que los fondos gubernamentales deben canalizarse a financiar *únicamente* bienes públicos (en su acepción más restringida); se orientan también a focalizar los servicios en las poblaciones pobres y seleccionar sólo intervenciones de salud costo-efectivas (López, 1994). La justificación de la inversión en la salud de los pobres –al igual que la educación y la nutrición– es que los bienes públicos incrementan el capital humano y la productividad de los sectores más depauperados de la sociedad. La inversión en fondos públicos por parte del Estado “merece en la mayoría de las sociedades, un grado de apoyo político que está ausente cuando se trata de transferencias de ingresos o bienes” (BM, 1993:55-56). Una persona puede usarlos o beneficiarse de éstos sin limitar su aprovechamiento por los demás (por ejemplo, la lucha antivectorial y la información sanitaria). Las

externalidades (traspaso de beneficios o pérdidas de una persona a otra) justifican la intervención gubernamental en consideración al riesgo de los otros. Por ejemplo: la vacunación masiva y el tratamiento de enfermedades como la tuberculosis pulmonar y los padecimientos de transmisión sexual (BM, 1993).

En esta lógica, se define que la producción de bienes y servicios que no se apegan a estos criterios, no deben ser apoyados con recursos gubernamentales dado que no se justifica su financiamiento, porque, además, se interfiere con la capacidad de los individuos, los hogares y las comunidades de hacerse cargo de su salud. En consecuencia, se plantea que los gobiernos deben promover la diversidad y la competencia en la producción de servicios, introduciendo mecanismos de mercado para la asignación y gestión de los recursos públicos, desarrollando los llamados “mercados regulados” (Diderichsen, 1995) y promoviendo que la población “no pobre” resuelva sus necesidades de atención en un mercado de la salud.

En el tránsito de una política social (PS) del bienestar hacia una PS neoliberal, se privatizan áreas rentables de las instituciones de bienestar social, redefiniendo la relación público-privada en los sistemas de protección social y se descentralizan problemas de la federación a los estados, sin fortalecer las capacidades técnicas, financieras y organizacionales para enfrentarlos, multiplicando la inequidad preexistente y acelerando la exclusión de amplios sectores de la población. Se configura una política de salud polarizada con una vertiente de neobeneficencia y otra de mercantilización/privatización (Laurell, 2007; López y Blanco, 2001). Jusidman y Marín (2008:2-3) afirman que:

[...] la visión conservadora del ejercicio de gobierno [...] asume como función principal del Estado la protección de la propiedad privada, la libertad y la seguridad de los ciudadanos frente a agresiones de terceros, es decir se procura proteger solamente algunos derechos civiles, en particular para la población con mayores ingresos y mayor poder político. El énfasis asignado actualmente al tema de la seguridad y a los programas focalizados de pobreza, responde a esta visión fragmentada de las responsabilidades del Estado nacional.

Para el 2000, la apertura del espacio público a distintos actores privados (aseguradoras, empresas médicas, entidades bancarias) interesados en participar en los mercados de la salud, es impulsada por la política sanitaria

mexicana e incluye el reordenamiento financiero del sector. Se impulsa la creación del Sistema de Protección Social en Salud (conocido como Seguro Popular de Salud) permeable al capital financiero (Gifin, 2007) y que se articula sin contradicción con las políticas sociales focalizadas y selectivas, producto de una concepción minimalista de los derechos (Morales, 2003), condicionando éstos al cumplimiento de determinadas acciones (Medeiros y D'Ávila, 2007; Lavinas, 2007).

El Seguro Popular de Salud (SPS), sintetiza la estrategia más reciente del gobierno mexicano de continuar y ampliar la modernización neoliberal del sistema de salud iniciada en la década de 1980. Este programa se articula sin contradicción con las directrices generales de las políticas macroeconómicas y, lejos de enfrentar los graves problemas del sector, fortalece la concepción reduccionista de la garantía de derechos sociales y restringe el derecho constitucional a la protección de la salud. Su lógica mercadocéntrica reduce la salud al consumo de servicios médicos, se inscribe en la perspectiva de romper los “monopolios” públicos de prestación de servicios, alentar la competencia y dinamizar la oferta de atención médica privada, garantizando flujos estables de recursos públicos para el mercado de producción de servicios (López y Blanco, 2010; López y Blanco, 2008a).

#### TENDENCIAS EN LAS CONDICIONES DE SALUD/ENFERMEDAD

Los distintos momentos del desarrollo económico y social en México se expresan en modos de reproducción social específicos que modelan las condiciones de vida y trabajo de la población.

La elevada mortalidad general, materna e infantil, la presencia de epidemias con elevadas tasas de letalidad; así como las muertes por enfermedades infecciosas y carenciales predominan en la Colonia, el periodo independentista, durante la Revolución y la primera etapa de gobiernos posrevolucionarios.

Posteriormente, y como resultado del modelo de sustitución de importaciones, se modifican los procesos productivos, los patrones de consumo y la distribución territorial de la población, el México moderno transita de país rural agroexportador a nación capitalista “moderna”, crecientemente urbanizada, industrializada e integrada en forma subordinada a la economía mundial. Se transforman los modos de vida, los procesos de trabajo, el uso del tiempo, los arreglos familiares, las dinámicas de vida cotidiana y las

relaciones de poder al interior de los grupos domésticos. Comienza así un cambio radical en los perfiles de enfermedad y muerte de los mexicanos, se controlan las enfermedades prevenibles por vacunación, se reducen las defunciones por causas infecciosas y se observa la presencia de la patología crónico-degenerativa.

En el periodo neoliberal se concentra el ingreso, se incrementan la flexibilización y la precarización laboral, el subempleo y el desempleo. Asimismo, se reduce el tiempo libre de calidad y se generan condiciones masivas de estrés permanente, configurando nuevas formas de sociabilidad (Minayo y Thedim, 2003). Estos procesos complejizan los patrones demográficos (López, 2004), de enfermedad y muerte de la población mexicana (Ssa, 2007, 2002, 2001, 1994; López y Blanco, 2006, 1996; Funsalud, 1994; Blanco y López, 1990). Entre los cambios más importantes destacan:

- La modificación de la pirámide poblacional, en donde se reduce gradualmente la proporción de menores de 15 años, y se incrementa el porcentaje de adultos.
- La reducción de la tasa de natalidad y el aumento en la esperanza de vida, que pasa de 36.5 años en 1930 a 78.1 años para el 2010.
- El descenso de las tasas de mortalidad general, infantil y materna.
- Las modificaciones de la estructura de mortalidad por causas y por edades, principalmente por el incremento de las enfermedades crónicas (entre las que destacan las neoplasias y la enfermedad isquémica del corazón); las lesiones accidentales e intencionales y el desplazamiento de la patología infecciosa y carencial de los primeros lugares del perfil de mortalidad.
- La modificación de las tasas de morbilidad por causa específica, debido a la reducción de los casos nuevos de enfermedades prevenibles por vacunación.
- El aumento del peso de la morbilidad, la discapacidad y la patología de adultos y ancianos en el conjunto de problemas colectivos de salud.
- La emergencia de “nuevos” problemas de salud tales como: el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (sida), las adicciones y las enfermedades mentales.
- El aumento de la violencia, que se expresa en la multiplicación de las tasas de muerte por homicidios, más grave en el grupo de hombres en edad productiva.

El Cuadro 1 muestra en forma resumida los cambios anteriormente señalados.

Cuadro 1. Indicadores de mortalidad. México, 1930-2010

| Indicador  | 1930 | 1940 | 1950 | 1960 | 1970 | 1980 | 1990 | 2000 | 2010 |
|--|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| Esperanza de vida al nacer (años)  | 36.5 | 38.7 | 49.6 | 57.9 | 61.7 | 67.0 | 71.4 | 75.3 | 78.1 |
| Mortalidad en la infancia (0-4 años)*  | 180  | 172  | 167  | 109  | 98   | 54   | 36   | 28   | 19   |
| Mortalidad en hombres adultos (15-59 años)*                                    | n.d. | n.d. | 380  | 292  | 257  | 246  | 186  | 158  | 122  |
| Mortalidad en mujeres adultas (15-59 años)*                                    | n.d. | n.d. | 319  | 235  | 193  | 145  | 107  | 91   | 66   |
| Mortalidad por todas las causas*   | 26.7 | 22.8 | 16.0 | 11.5 | 10.0 | 6.7  | 5.0  | 4.5  | 4.2  |
| Mortalidad por enfermedades transmisibles, de la nutrición y la reproducción** | 67.3 | 63.9 | 49.8 | 46.3 | 57.3 | 34.4 | 26.2 | 14.0 | 12.5 |
| Mortalidad por enfermedades no transmisibles**                                 | 28.9 | n.d. | 43.7 | 47.1 | 34.7 | 49.8 | 59.8 | 73.3 | 73   |
| Mortalidad por lesiones accidentales e intencionales**                         | 4.1  | 5.1  | 6.2  | 6.5  | 10.6 | 15.7 | 13.9 | 12.7 | 12.5 |

\* Por mil, estimado con base en tablas de mortalidad.

\*\* Por ciento.

Fuente: elaboración propia a partir de información del *Programa Nacional de Salud, 2001-2006*, México; del *Programa Nacional de Salud 2007-2012*, México y del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). *Estadísticas históricas de México 2009*.

Los perfiles actuales de enfermedad y muerte, sintetizan la diversificación y ampliación de los riesgos para la salud que conlleva el modelo de desarrollo concentrador y excluyente y un Estado omiso frente a sus responsabilidades constitucionales. En esos perfiles coexisten y se imbrican los problemas carenciales e infecciosos, la patología crónica y degenerativa, las lesiones accidentales e intencionales, los psicotrastornos, las adicciones y

nuevas y viejas epidemias. Se mantienen las brechas sociosanitarias y persisten las inequidades (López, Rivera, Delgado y Blanco, 2010).

Además, se incorporan dos hechos importantes: la polarización epidemiológica y la regresión sanitaria (López y Blanco, 1997; Blanco y López, 1990). La primera, expresada en el incremento de los diferenciales de morbi-mortalidad entre regiones, estados, municipios y grupos poblacionales específicos y en el aumento de estas desigualdades en el tiempo, lo que conduce a un distanciamiento de los indicadores de riesgo/daño y al incremento de las brechas sanitarias, en donde los espacios-población con mayores índices de marginación concentran de manera creciente problemas de enfermedad y muerte (Linares y López, 2009). En segundo término, la regresión sanitaria definida como un proceso en el que enfermedades erradicadas o controladas resurgen y nuevamente se convierten en problemas colectivos de salud, tal es el caso del paludismo, el cólera, el sarampión en las décadas de 1980 y 1990; el dengue y la tuberculosis pulmonar desde la década de 1990 (López y Blanco, 1993) y más recientemente la tosferina en 2010.

Para México, en la crisis más reciente el crecimiento del producto interno bruto se reduce de 3.2% en 2007 al 1.8%. Se debilita en forma generalizada la demanda interna, disminuyen las exportaciones, se reduce el ritmo de expansión de la masa salarial real y cae el volumen de remesas de los trabajadores migrantes (CEPAL, 2008). En el periodo 2006-2008, el número de pobres crece aceleradamente. En 2006, 44.7 millones de personas vivían en condiciones de pobreza patrimonial,<sup>1</sup> para 2008, esta situación afecta a casi la mitad de los mexicanos. Simultáneamente, entre 2006 y 2008, el 20% de la población más pobre del país disminuye su ingreso en casi 8 puntos porcentuales. Para el mismo periodo, la pobreza alimentaria<sup>2</sup> pasa de 10.6% a 14.3%, creciendo de 14.4 millones de personas a 19.5 y la pobreza de capacidades<sup>3</sup> también se incrementa al pasar de 16.1% a 20.1% (de 21.7 millones de personas a 26.8) (Coneval, 2009).

Para ilustrar las desigualdades sociosanitarias se presentan datos seleccionados: el indicador de esperanza de vida al nacer para el 2005 a escala

<sup>1</sup> Insuficiencia del ingreso para cubrir el costo de la canasta básica alimentaria, los gastos en salud, educación, vivienda, vestido y transporte.

<sup>2</sup> Incapacidad para cubrir el costo de la canasta básica alimentaria aun utilizando todo el ingreso disponible.

<sup>3</sup> Insuficiencia del ingreso para cubrir el costo de la canasta básica alimentaria y los gastos en salud y educación.



nacional era de 77 años para el sexo masculino y 79 años para el femenino, mientras que para la población indígena era sólo de 65 años. En 2005, la mortalidad infantil del Distrito Federal (DF) y de Nuevo León era relativamente baja (16 defunciones por 1000 nacidos vivos estimados –NVE–), mientras que en los estados de Chiapas, Guerrero y Oaxaca el indicador ascendía a 20 y 25 muertes por 1000 NVE, en niñas y niños respectivamente. Además se estimaba que 79% de las muertes infantiles eran evitables. En los municipios con menor índice de desarrollo humano (IDH) para el 2005, la mortalidad infantil era de 32.5 defunciones por 1000 NVR, mientras que en los municipios con mayor IDH (para el mismo año) este indicador se reducía a 15.8 por 1000 NVE (SSA, 2007:27).

En los datos referidos a los municipios marginados, se señala que casi una tercera parte de las defunciones ocurridas en los 100 municipios con mayor marginación en el país, se deben a padecimientos transmisibles, de la nutrición y la reproducción. Estas proporciones son semejantes a las que presentaba el país hace 18 años o el DF y Nuevo León hace 25 años (Ssa, 2007:37) Asimismo, la edad promedio de muerte de una mujer que vive en estos municipios es de 51 años y la de un hombre es de 49 años (Ssa, 2007:38). Las desigualdades en los indicadores de daño también se expresan en la mortalidad materna, que es elevada para el país (6.1 por 10 000 NVR), pero que en Chiapas, Guerrero, Oaxaca, Nayarit y Chihuahua es de más de 8 por 10 000 NVR. Así como, en la prevalencia de talla baja en menores de 5 años, que es más alta en las áreas rurales que en las urbanas (Ssa, 2007:36).

Los cambios en los patrones de alimentación, relacionados con la disponibilidad, accesibilidad y valoración cultural de los alimentos se expresan también en las llamadas transiciones alimentarias (Olaiz, Rojas, Barquera, Shamah *et al.*, 2003) y en la modelación de consumos a partir de publicidad en medios de comunicación masiva, sin regulación de “mercancías” con impacto sanitario, por ejemplo: comida “chatarra” y productos “milagro” (suplementos, adelgazantes, energéticos) (Pérez, Rivera y Ortiz, 2010). El efecto de estos procesos puede ser reconocido en la velocidad de cambio de algunas patologías entre las que destaca la Diabetes Mellitus (Medina y López, 2010), cuyo cambio en la tasa estandarizada de mortalidad por esta causa entre 2000 y 2005 es importante, pues en hombres pasa de 73.7 muertes por 100 000 habitantes en 2000 a 86.1 defunciones por 100 000 habitantes en 2005, mientras que en mujeres el incremento es de 79.9 muertes por 100 000 habitantes en 2000, a 89.9 defunciones por 100 000 habitantes en 2005.

Los psicostornos y las adicciones también tienen un peso importante entre los problemas de salud actuales. La Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica, realizada en 2005 y citada en el Programa Nacional de Salud 2007-2012, señala que el 8.8% de la población ha presentado un cuadro de depresión en su vida y que el 4.8% lo presentó el año anterior a la realización de la encuesta (Ssa, 2007:34). Asimismo, se señala que el 11% de las defunciones de hombres en el país están asociadas a consumo de alcohol, proporción que se eleva a 15% en Oaxaca y en Nuevo León descendiendo a 8.3%. También se estima que 50% de los accidentes vehiculares con víctimas mortales se asocian con consumo de alcohol (Ssa, 2007:32). Según la Encuesta Nacional de Adicciones (2002) 3.5 millones de mexicanos entre 12 y 65 años han consumido drogas y la prevalencia de consumo de drogas es dos veces mayor en zonas urbanas respecto a áreas rurales (Ssa, 2002). A partir de 2006, el incremento de la pobreza, la emergencia del crimen organizado y la “guerra contra el narcotráfico” emprendida por el gobierno federal produce un deterioro grave de la cohesión social y un incremento acelerado de la violencia.

En síntesis, el país se encuentra en un proceso de cambio demográfico y epidemiológico. La sociedad enfrenta condiciones de salud distintas y más complejas que las prevalentes hasta la década de 1970 y estas condiciones entrañan nuevas demandas y mayores retos para la sociedad y para los sistemas de promoción, prevención y atención a la salud (López y Blanco, 2010 y 1997).

El Cuadro 2 sintetiza los elementos expuestos en los apartados precedentes: las características de los periodos históricos, las condiciones sociales prevalentes, los principales problemas de enfermedad, los rasgos más importantes de la respuesta institucional y del paradigma sanitario que la sustenta, así como el sujeto al que se orienta la atención.

## DESAFÍOS

El México de hoy sintetiza las contradicciones de un proceso de desarrollo frágil, desigual y segmentado, que se agudiza con las tres últimas décadas de políticas neoliberales que afectan negativamente la vida de la mayoría de los mexicanos. **El modelo neoliberal, lejos de remontar los problemas gestados en el modelo de sustitución de importaciones, los agudiza.** Impacta negativamente sobre los determinantes sociales de la salud, impide el logro de la

## Cuadro 2. Principales momentos del contexto económico-político y sociosanitario en la historia reciente de México

---

1920-1938

CARACTERÍSTICAS DEL CONTEXTO SOCIOPOLÍTICO Y SANITARIO. Etapa posrevolucionaria. El Estado mexicano pretende responder a los compromisos pactados en la Constitución de 1917. Intervención estatal orientada a garantizar la paz social, la gobernabilidad y condiciones de seguridad para la expansión capitalista.

PERFIL DOMINANTE DE SALUD/ ENFERMEDAD. Mortalidad general, infantil y materna muy elevada. Alta letalidad por enfermedades infecciosas. Epidemias.

PARADIGMA DOMINANTE EN SALUD POBLACIONAL. Higienista.

ACTOR AL QUE SE ORIENTA LA ATENCIÓN. Pobres.

EJES DE LA RESPUESTA INSTITUCIONAL EN SALUD. Saneamiento de puertos, puentes y fronteras. Transformación y saneamiento del medio, lucha contra vectores, campañas sanitarias contra el tifo, la fiebre amarilla, la lepra, la oncocercosis y la viruela. Formación de oficiales médicos.

---

1938-1970

CARACTERÍSTICAS DEL CONTEXTO SOCIOPOLÍTICO Y SANITARIO. Modelo de sustitución de importaciones (MSI). Ideología desarrollista y Estado-nación que impulsa una vertiente de bienestar. Desarrollo de instituciones de salud, expansión de los servicios públicos de atención médico-sanitaria. Bifurcación del sistema de salud entre seguridad social y atención médico-sanitaria.

PERFIL DOMINANTE DE SALUD/ ENFERMEDAD. Mortalidad general, infantil y materna elevadas, predominio de enfermedades infecciosas y carenciales. Reducción de muertes por enfermedades prevenibles por vacunación.

PARADIGMA DOMINANTE EN SALUD POBLACIONAL. Preventivista

ACTOR AL QUE SE ORIENTA LA ATENCIÓN. Individuos socialmente débiles. Marginados. Trabajadores formales.

EJES DE LA RESPUESTA INSTITUCIONAL EN SALUD. Desarrollo de antibióticos y vacunas. Campañas nacionales de prevención específica contra las enfermedades inmuno-prevenibles y patologías específicas (paludismo, tuberculosis, viruela). Formación de médicos y sanitaristas.

---

*Continúa...*

## Cuadro 2 (continuación)

---

1970-1985

CARACTERÍSTICAS DEL CONTEXTO SOCIOPOLÍTICO Y SANITARIO. Agotamiento del MSI. Crisis de la deuda. Freno a la tendencia expansiva de los servicios públicos.

PERFIL DOMINANTE DE SALUD/ ENFERMEDAD. Coexistencia de enfermedades infecciosas, carenciales y crónicas. Tendencia ascendente de enfermedades del corazón, cerebrovasculares, diabetes y de lesiones accidentales e intencionales.

PARADIGMA DOMINANTE EN SALUD POBLACIONAL. Multicausal.

ACTOR AL QUE SE ORIENTA LA ATENCIÓN. Trabajadores formales. Trabajadores informales.

EJES DE LA RESPUESTA INSTITUCIONAL EN SALUD. Modelos epidemiológicos. Inferencia estadística. Inclusión de componentes de ciencias sociales y de la conducta. Extensión de cobertura con programas de atención simplificada.

---

1985-2010

CARACTERÍSTICAS DEL CONTEXTO SOCIOPOLÍTICO Y SANITARIO. Políticas de ajuste macroeconómico. Modernización del Estado y de la política social. Separación de funciones en las instituciones públicas. Reducción de la inversión en infraestructura pública. Focalización, selectividad y privatización de lo público rentable. Privilegio de la lógica de mercado.

PERFIL DOMINANTE DE SALUD/ ENFERMEDAD. Mayor complejidad epidemiológica, mayor peso de enfermedades crónicas y mortalidad por patología de adultos y adultos mayores, aumento de adicciones y psicostornos, emergencia de nuevos problemas (sida, influenza pandémica), incremento de las muertes violentas y de las desigualdades sociosanitarias.

PARADIGMA DOMINANTE EN SALUD POBLACIONAL. Gerencial/privatizadora.

ACTOR AL QUE SE ORIENTA LA ATENCIÓN. Consumidores.

EJES DE LA RESPUESTA INSTITUCIONAL EN SALUD. Desarrollo de la epidemiología moderna; incorporación de la tecnología informática. Modelos gerenciales y de costo-efectividad. Mezcla público-privado. Impulso a los paquetes básicos, ampliación del consumo de servicios privados.

---

Fuente: modificado de Jarillo, López y Mendoza, 2005.

equidad y genera una paradoja sociosanitaria: los problemas de salud crecen y se complejizan, mientras la capacidad del Estado para resolverlos se reduce y las instituciones de protección social construidas para contender con estos problemas son destruidas. Esta paradoja, producto de la reconfiguración de la política social y de la modernización neoliberal en salud, no sólo involucra el ámbito de los aspectos materiales, tangibles y las formas de organización y gestión institucional, sino también los aspectos simbólicos sobre la salud, la enfermedad y la muerte.

En relación con los periodos previos, se produce un retroceso en la comprensión de los fenómenos colectivos de salud/enfermedad/atención/cuidado; se menosprecian las aproximaciones complejas a estos fenómenos y se desdibujan los abordajes integrales que incorporan lo social, invisibilizando sus dimensiones estructurales y reduciendo la politicidad del campo de la salud. Este retroceso fortalece la visión de supuesta neutralidad del quehacer en salud, impulsa las “soluciones” tecnocráticas que justifican propuestas regresivas y accesos diferenciados a la atención y contribuyen a la difusión de las concepciones hegemónicas acerca de la salud, la enfermedad y la muerte, en donde su modificación es un problema individual y su atención se resuelve con ingeniería social, eficiencia técnica y racionalidad administrativa (López y Blanco, 1996; Blanco y Rivera, 1994).

La política social asume un papel subordinado de instrumento económico, de administración de la pobreza, o ambas, y las políticas de salud –con el argumento de hacer más eficiente al sector– se bifurcan en dos estrategias polares pero complementarias: la mercantilización/privatización de lo público y la neobeneficencia sanitaria, que subordina lo público y reduce el quehacer estatal a la realización focalizada de intervenciones costo-efectivas. Estos procesos se expresan en la oferta de paquetes básicos de salud para población pobre (Ssa, 1995), expansión de empresas médicas, promoción gubernamental de seguros médicos, subsidio a la demanda, apoyo a la subrogación e introducción de la lógica mercantil en el sector salud, a partir de las formas de contrato público y del desarrollo de mercados internos.

Lejos de reforzar la estructuración de un sistema de salud de calidad, equitativo y universalista, contribuye a acelerar los procesos de fragmentación y mercantilización de las instituciones públicas de salud y a fortalecer el sistema dual y polarizado que se ha conformado en los últimos 30 años.

Las tendencias antes descritas conforman dos mundos extremos, que se encuentran en el mercado como consumidores. Por un lado, el de los “pobres” que tienen acceso a un seguro médico subsidiado con fondos públi-

cos (con un número limitado de servicios) que se compra a proveedores públicos o privados y por otro, un mundo de “clientes” que accede a una atención diferenciada según su capacidad de pago.

#### CONSIDERACIONES FINALES Y PROPUESTAS

El abordaje de los determinantes sociales de la salud, desde la perspectiva médico social y de salud colectiva, se convierte en una herramienta útil para hacer visibles los aspectos estructurales que tienen que ver con la realización de la salud y dota de mayor contenido político al discurso sobre derecho a la salud, como parte del conjunto de los derechos económicos, sociales, culturales y ambientales (Torres, 2008). La garantía del derecho a la salud requiere de cambios estructurales en las formas como se organizan las sociedades para producir, consumir y distribuir los bienes, satisfactores y beneficios producidos colectivamente.

La sociedad mexicana está polarizada, las desigualdades sociales se acrecentan, la población pobre aumenta y para el 2008, 50.6 millones de habitantes del país tienen dificultades para satisfacer sus necesidades esenciales en alimentación, salud, educación, vivienda, vestido y transporte. El caso extremo es el dramático aumento de catorce a veinte millones de personas en pobreza alimentaria, en sólo dos años. El sistema de salud mexicano es hoy más heterogéneo y las instituciones de protección social han sido desmanteladas. La tecnocracia argumenta sobre la ineficiencia e improductividad de lo público y promueve la lógica mercantil, pero soslaya la responsabilidad que las políticas gubernamentales de corte neoliberal tienen en el desmantelamiento, fragmentación institucional y privatización de lo público rentable.

La promoción del mercado como el ordenador general del sistema de salud, la apuesta a la privatización de los servicios como alternativa para racionalizar costos, reducir la ineficiencia del sector público y –mediante la competencia por los fondos– mejorar la calidad de los servicios prestados; configura un sistema de salud más segmentado, que no garantiza la equidad de acceso, la homogeneidad en la calidad del servicio y mucho menos fortalece la plataforma institucional para hacer realidad el Derecho a la Protección de la Salud.<sup>4</sup>

<sup>4</sup> Este derecho hace referencia a la responsabilidad del sistema de salud, en particular a los componentes de disponibilidad, accesibilidad, calidad y aceptabilidad de los servicios de atención médico-sanitaria.

En México, se identifican avances en la visibilidad que han adquirido los derechos económicos, sociales, culturales y ambientales en la agenda de diversos actores políticos y sociales; así como, por los compromisos y pactos internacionales que el gobierno mexicano ha firmado para garantizar el derecho a la protección a la salud.<sup>5</sup> Sin embargo, la base material y simbólica para garantizar tanto el derecho a la salud, como el derecho a la protección a la salud ha sido vulnerada por las sucesivas crisis económicas, agravadas por las políticas de ajuste impuestas por los gobiernos neoliberales.

En nuestra perspectiva, para avanzar en la garantía del derecho a la salud se requiere la movilización de diversos actores políticos, institucionales y sociales, con agendas comunes en la defensa y ampliación de los derechos económicos, sociales, culturales y ambientales. Se propone el desarrollo de propuestas que respondan a las necesidades colectivas en el corto plazo y que simultáneamente avancen en la transformación social y la construcción de nuevas relaciones. Para esta tarea, se enuncian un conjunto de ejes de acción (teórica y práctica), cuyo avance depende de una correlación de fuerzas favorable: desmercantilización de los satisfactores esenciales para la vida, políticas justas de protección al empleo y trabajo digno, políticas fiscales progresivas y redistributivas, políticas públicas saludables, políticas sociales universalistas, protección social a lo largo de la vida y sistemas universales de salud de base pública (López, Escudero y Carmona, 2008). Un sistema de salud con capacidad de garantizar el derecho a la protección a la salud debe estar estructurado por los principios de equidad y ciudadanía, ser universal y público, financiado esencialmente con recursos fiscales, que garantice la atención integral a la población y cuya orientación básica sea la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, manteniendo también un alto grado de capacidad resolutoria en el terreno de la curación y la rehabilitación.

Para avanzar en la construcción de este sistema, es necesario considerar los siguientes puntos: la perspectiva ético-política, el fortalecimiento de las instituciones públicas de salud, las estrategias operativas para la reorganización de los servicios de atención médica y de salud colectiva, el incremento, redistribución y uso transparente de los recursos financieros y la definición integral de prioridades en salud (López y Blanco, 2008b).

<sup>5</sup> El derecho a la salud incluye los determinantes sociales de la salud y no sólo la atención médico-sanitaria. Se trata de un derecho inclusivo, interdependiente e inalienable.

En la coyuntura actual, la discusión sobre las características y la complejidad de las condiciones de y para la salud, así como la orientación de las políticas públicas para enfrentarlas, es de enorme importancia. Lo es también la explicitación de la visión de futuro que guía las propuestas de reordenamiento del sector salud. Hoy se debate sobre la concepción de la salud como bien privado o público, como derecho o como mercancía, como quehacer fundamental del Estado o del mercado, como medio o como fin, como problema con dimensiones ético-políticas o únicamente técnico-instrumentales y como responsabilidad esencialmente individual o colectiva.

Se confrontan dos proyectos de nación que disputan en distintos planos. Se enfrenta una visión pragmática y de corto plazo que concibe a la salud como un bien privado y se interesa por ella en la medida en que la entiende como inversión o mercancía y asigna a la política social la función de administrar la pobreza; opuesta a una perspectiva de equidad y ciudadanía, que coloca a la política social en un papel protagónico en la construcción de ciudadanía plena y cuyas prioridades se orientan a transformar los determinantes sociales de la salud y garantizar derechos económicos, sociales, culturales y ambientales. Los próximos años serán cruciales en esta disputa y los ganadores serán los responsables principales de los derroteros del futuro de la salud en México.

## BIBLIOGRAFÍA

- BM (2004), *Informe sobre el desarrollo mundial 2004. Servicios para los pobres*, Banco Mundial, Washington, DC.
- (1994), *Informe sobre el desarrollo mundial 1994. Envejecimiento sin crisis. Políticas para la protección de los ancianos y la promoción del crecimiento*, Banco Mundial, Washington, DC.
- (1993), *Informe sobre el desarrollo mundial 1993. Invertir en Salud*, Banco Mundial, Washington, DC.
- (1990), *Informe sobre el desarrollo mundial 1990. La pobreza*, Banco Mundial, Washington, DC.
- Barba, C. (1997), “Distribución del ingreso, crecimiento económico y democracia en México: alternativas de política social”, en Valencia, E. y Barba, C. (coords.), Libro 5. *La política social. El Debate Nacional*, Diana, México, pp. 61-97.
- Blanco, J. y Rivera, J.A. (1994), “La carga global de morbilidad”, en Laurell, A.C. (coord.), *Nuevas tendencias y alternativas en el sector salud*, Fundación Friedrich Ebert/UAM-Xochimilco, México, pp. 111-128.



- Blanco, J. y López, O. (1990), “De la transición epidemiológica a la epidemiología de la crisis”, en Centro de Estudios en Salud, *Política sanitaria mexicana en los ochenta*, Fin de Siglo Editores, México, pp. 35-60.
- Breilh, J. y Granda, E. (1982), *Investigación de salud en la sociedad*, Centro de Estudios y Asesoría en Salud, Quito.
- Brom, J. (1988), *Esbozo de historia de México*, Grijalbo, México.
- Cardoso, H. y Faletto, E. (1979), *Dependence and development in America Latina*, University of California Press, Berkeley.
- Castro, R. (2001), “Sociología médica en México: el último cuarto de siglo”, *Revista Mexicana de Sociología*, 63(3), pp. 271-293.
- Castro, R. (2003), “Ciencias sociales y salud en México. Movimientos fundacionales y desarrollos actuales”, *Ciencias & Saúde Colectiva*, 8(1), pp. 47-61.
- CEPAL (2008), *Balance preliminar de las economías de América Latina y el Caribe*, ONU, Comisión Económica para América Latina y el Caribe, Chile.
- Coneval (2009), *Reporte sobre la pobreza por ingresos 2008. Comunicado de prensa*, Dirección de Información y Comunicación Social, Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social, México.
- Diderichsen, F. (1995), “Market reforms in health care and sustainability of the welfare state: lessons from Sweden”, *Health Policy*, núm. 32, pp. 141-153.
- Filgueira, F. (2009), *El desarrollo maniatado en América Latina. Estados superficiales y desigualdades profundas*, Clacso-CROP, Buenos Aires.
- Franco, S. (1990), *El paludismo en América Latina*, Universidad de Guadalajara, Guadalajara.
- Frenk, J. (1994), *La salud de la población: hacia una nueva salud pública*, cap. I: “Base conceptual” y cap. II: “El universo de la nueva salud pública”, Fondo de Cultura Económica, México.
- y Londoño J.L. (1997), “Pluralismo estructurado. Hacia un modelo innovador para la reforma de los sistemas de salud”, *Boletín Salud y Gerencia*, núm. 15, pp. 6-28.
- Funsalud (1994), *Economía y salud. Propuestas para el avance del sistema de salud en México. Informe Final*, Funsalud, México.
- Garduño, M.A.; Jarillo, E.; López, O.; Granados, J.A.; Blanco, J.; Castro, J.M.; Telteboin, C.; Rivera, J.A. y López, S. (2009), “La perspectiva médico social y su contribución al quehacer científico en salud. 35 años de desarrollo en la UAM-Xochimilco”, en Chapela, C. y Mosqueda, A. (eds.), *De la clínica a lo social, luces y sombras a 35 años*, DAS/UAM-Xochimilco, México, pp. 25-51.
- Gifin, K.M. (2007), “Financeirização do Estado, erosão da democracia e empobrecimento da cidadania: tendências globais?”, *Ciência & Saúde Colectiva*, 12(6), pp. 1491-1504.
- Hernández, G. (2009), *La atención de la salud en México*, Secretaría de Salud del Estado de Durango, México.

- IMSS-Coplamar (1979), *Convenio para el establecimiento de servicios de salud en el medio rural*, Palacio Nacional, México, mayo.
- INEGI (2010), *Estadísticas históricas 2009*, INEGI, México.
- Iriart, C.; Waitzkin, H.; Breilh, J.; Estrada, A. y Merhy, E.E. (2002), “Medicina social latinoamericana: aportes y desafíos”, *Revista Panamericana de Salud Pública*, 12(2), pp. 128-136.
- Jarillo, E.; López, O. y Mendoza, J.M. (2005), “La formación de recursos humanos en salud pública en México”, en Vásquez, D.; Cuevas, L. y Crocker, R. (coords.), *La formación de personal de salud en México*, Procorhus, México, pp. 239-265.
- Jusidman, C. y Marín, O. (2008), “Universalismo y estándares mínimos de garantía para los derechos económicos, sociales y culturales”, Incide-social, ponencia presentada en el IX Seminario de política social. Las perspectivas del universalismo en México, Guadalajara, 18 y 19 de noviembre, México.
- Laurell, A.C. (2007). “Health System Reform in Mexico: A Critical Review”, *International Journal of Health Service*, 37(3), pp. 515-535.
- (1997), *La reforma contra la salud y la seguridad social*, Era/Fundación Friedrich Ebert, México.
- (1994a), “Sobre la concepción biológica y social del proceso salud-enfermedad”, en Rodríguez, M.I. (coord.), *Lo biológico y lo social*, OPS/OMS, Serie Desarrollo de Recursos Humanos, Washington, DC., pp. 101:1-19.
- (1994b), “La salud: de derecho social a mercancía”, en Laurell, A.C. (coord.), *Nuevas tendencias y alternativas en el sector salud*, Fundación Friedrich Ebert, UAM-Xochimilco, México, pp. 9-31.
- (1991), *La política social en la crisis: una alternativa para el sector salud*, Fundación Friedrich Ebert, Documentos de trabajo 27:7-46, México.
- (1982), “La salud-enfermedad como proceso social”, *Revista Latinoamericana de Salud*, núm. 2, pp. 7-25.
- y Blanco, J. (1975), “Morbilidad, ambiente y organización social. Un modelo teórico para el análisis de la enfermedad en el medio rural”, *Revista Salud Pública de México*, 17(4), pp. 471-480.
- Laurell, A.C. y López, O. (2002), “Market commodities and poverty relief. The World Bank Proposal for health”, en Navarro, V. (coord.), *The Political Economy of Social Inequalities. Consequences for Health and Quality of Life*, Baywood, Nueva York, pp. 191-228.
- Laurell, A.C. y Noriega, M. (1989), *La salud en la fábrica. Estudio sobre la industria siderúrgica en México*, Era, México.
- Lavinás, L. (2007), “Gasto social no Brasil: programas de transferência de renda versus investimento social”, *Ciência & Saúde Coletiva*, 12(6), pp. 1463-1476.
- Linares, N. y López, O. (2009), “Los efectos de las transformaciones del sistema público de salud sobre la equidad en México, 1995-2002”, *Salud Colectiva*, 5(2), pp. 237-257.

- López, O. (1994), “La selectividad en la política de salud”, en Laurell, A.C. (coord.), *Nuevas tendencias y alternativas en el sector salud*, Fundación Friedrich Ebert, UAM-Xochimilco, México, pp. 33-60.
- y Blanco, J. (2010), “Políticas de salud en México: más policía médica y menos salud colectiva”, en Peña, F. y León, B. (coords.), *La medicina social en México II*, ENAH/INAH-ALAMES-MX, México, pp. 55-64.
- (2008a), “Las vertientes privatizadoras en el seguro popular de salud en México”, *Salud Problema*, segunda época, 1(1, 2 y 3), pp. 78-84.
- (2008b), “Caminos divergentes para la protección social en salud en México”, *Salud Colectiva*, 4(3), pp. 319-333.
- (2007), “Políticas de salud en México. La reestructuración neoliberal”, en Jarillo, E. y Ginsberg, E. (coords.), *Temas y desafíos en salud colectiva*, Lugar Editorial, Argentina, pp. 21-48.
- (2006), “Salud y ‘nuevas’ políticas sociales en México”, en Peña, F. y Alonzo, A.L. (coords.), *Cambio social, antropología y salud*, Conaculta/INAH, México, pp. 15-26.
- (2001), “La polarización de la política de salud en México”, *Cadernos de Saúde Pública*, 17(1), pp. 43-54.
- (1997), “Los retos en salud para el fin de siglo”, en Gutiérrez, E. (coord.), *El Debate Nacional: Libro 5. La política social*, Diana, México, pp. 183-206.
- (1996), “Las necesidades de salud y las propuestas de solución. Notas para el debate”, en Hernández, H. y García C. (coords.), *Mortalidad, salud y discurso demográfico*, CRIM/UNAM, México, pp. 79-97.
- (1993), *La modernización neoliberal en salud. México en los ochenta*, UAM-Xochimilco, Colección Ensayos, México.
- López, O.; Escudero, J.C. y Carmona, L.D. (2008), “Determinantes sociales de la salud. Una perspectiva desde el taller de determinantes sociales de ALAMES”, *Medicina Social*, 3(4), México, pp. 323-335.
- López, O. y Peña, F. (2006), “Salud y sociedad. Aportaciones del pensamiento latinoamericano”, en De la Garza, E. (coord.), *Tratado Latinoamericano de Sociología*, Anthropos/UAM, Barcelona, pp. 278-299.
- López, S. (2004), “Nuevos retos para la medición epidemiológica de la supervivencia humana”, *Salud Problema*, nueva época, 9(16), pp. 40-54.
- López, O.; Rivera, J.A.; Delgado, I. y Blanco, J. (2010), “Crisis, condiciones de vida y salud. Nuevos retos para la política social”, *Medicina Social/Social Medicine*, 5(2), pp. 165-170.
- Medeiros, A.M.; D’Avila A.L. (2007), “Direito à saúde, atenção básica e transferências condicionadas de renda na América Latina”, *Ciência & Saúde Coletiva*, 12(6), pp. 1505-1512.
- Medina, L. (1995), *Hacia el nuevo Estado. México, 1920-1994*, Fondo de Cultura Económica, México.

- Medina, O. y López O. (2010), “Una aproximación a los determinantes sociales de la diabetes tipo 2 en México”, en Chapela, M.C. (ed.), *En el debate. Diabetes en México*, UAM-Xochimilco, México, pp. 25-52.
- Minayo, C. y Thedim, S.M. (2003), “Reestruturacao produtiva e novas formas de sociabilidade”, en Cáceres, C.; Cueto, M.; Ramos, M. y Vallenas, S. (coords.), *La salud como derecho ciudadano. Perspectivas y propuestas desde América Latina*, Universidad Peruana Cayetano Heredia, Perú, pp. 527-540.
- Morales, P. (2003), “Servicios esenciales de salud, sofisma constitucional”, *Letra S*, 78 [<http://www.jornada.unam.mx/2003/01/09/ls-reforma.html>], fecha de consulta: 23 de marzo de 2011.
- Olaiz, G.; Rojas, R.; Barquera, S.; Shamah, T.; Aguilar, C. y Cravioto, P. (2003), *Encuesta Nacional de Salud 2000. Tomo 2. La salud de los adultos*, Instituto Nacional de Salud Pública, Cuernavaca.
- Pérez, D.; Rivera, J.A. y Ortiz, L. (2010), “Publicidad de alimentos en la programación de la televisión mexicana: ¿los niños están más expuestos?”, *Salud Pública de México*, 52(2), pp. 119-116.
- Semo, E. (1979), “Comentarios”, en Frost, E. y Meyer, M. (comps.), *El trabajo y los trabajadores en la historia de México*, Colegio de México y University of Arizona Press, México, pp. 393-397.
- Ssa (2007), *Programa Nacional de Salud 2007-2012. Por un México sano. Construyendo alianzas para una mejor salud*, Secretaría de Salud, México.
- (2002), *Encuesta Nacional de Adicciones*, Secretaría de Salud, México.
- (2001), *Programa Nacional de Salud 2001-2006*, Secretaría de Salud, México.
- (1995), “Anexo B: Paquete básico de servicios de salud”, en Ssa, *Programa de Reforma del Sector Salud 1995-2000*, Poder Ejecutivo Federal, Secretaría de Salud, México, pp. 73-78.
- (1994), *Contexto actual. Mortalidad 1993, aspectos relevantes*, Secretaría de Salud, Series monográficas. Perfiles estadísticos 8, México.
- Soria, V. y Farfán, G. (1990), “El deterioro del bienestar social en México”, en Gutiérrez, E. (coord.), *Testimonios de la crisis. 4. Los saldos del sexenio 1982-1988*, Siglo XXI Editores, México.
- Torres, M. (2008), “Los determinantes sociales de la salud y la acción política”, ponencia presentada en el Taller Latinoamericano de Determinantes Sociales de la Salud, Ciudad de México, 30 de septiembre/2 de octubre de 2008.
- Valencia, E. y Barba, C. (1997), “Introducción”, en Valencia, E. y Barba, C. (coords.), *La política social. El debate nacional*. Diana, Libro 5, México, pp. 11-31.
- Waitzkin, H.; Iriart C.; Estrada, C. y Lamadrid, S. (2001), “Social medicine in Latin America: productivity and dangers facing the major national group”, *The Lancet*, (358), pp. 315-323.



# Endemias y epidemias, una constante en el México de los siglos XIX y XX

Margarita Castillejos Salazar

## INTRODUCCIÓN

**E**l presente capítulo revisa la situación de enfermedad durante los últimos dos siglos en México, con énfasis particular en la descripción de las enfermedades que afectaban y afectan a la población mexicana. Muchas de esas enfermedades fueron endémicas en el país y se exacerbaron como epidemias de gran magnitud, sobre todo durante el siglo XIX y la primera mitad del XX, lo que provocó una mortalidad muy alta en la población afectada. El recorrido se inicia en los albores del siglo XIX, que coincide con diversos e importantes acontecimientos de la historia nacional, y termina con los retos de la actualidad. Se señalan los problemas más graves en los años recientes y su ineludible relación con las condiciones de pobreza y desigualdad social en las que vive gran parte de la población mexicana. Finalmente se señalan algunos retos para la atención a las enfermedades, ante un futuro modificado por los cambios demográficos de la población mexicana.

## PRINCIPALES ENFERMEDADES DURANTE EL PERIODO 1821-1876

Durante los siglos XIX, XX, y la primera década del siglo XXI, de manera paralela a los movimientos sociales que conmocionaron al país —la Independencia, la Reforma, el Porfiriato, la Revolución Mexicana y toda la

época posrevolucionaria— la población mexicana estuvo expuesta a múltiples y variadas enfermedades infecciosas y parasitarias, muchas de las cuales ya eran endémicas en diferentes regiones del país, pero que por el hecho de ser transmisibles, se agravaban en la forma de epidemias. Tanto por el número de personas afectadas, su extensión territorial y su duración, dichas epidemias tuvieron graves repercusiones sociales y económicas, y fueron motivo de preocupación no sólo de los responsables sanitarios, sino también del presidente en turno. Las enfermedades respiratorias y gastrointestinales a principios del siglo XIX eran tan frecuentes que ni siquiera eran dignas de la atención gubernamental. Muchas de ellas mantienen hasta la actualidad prevalencia e incidencia altas, sobre todo en algunos estados del sureste, en los grupos étnicos más susceptibles, en grupos sociales marginados e incluso siguen siendo causa principal de mortalidad en algunos de estos últimos, a pesar de que en el México actual, desde el punto de vista médico, dichas enfermedades son prevenibles y perfectamente tratables. Los últimos dos siglos y la primera década del presente, se han caracterizado por avances y retrocesos en materia de salud, como consecuencia de múltiples factores que analizaremos en este capítulo.

Antes de la Conquista, la población en el territorio de lo que actualmente es México padecía enfermedades endémicas que en ocasiones se convertían en epidemias, pero para las cuales había desarrollado defensas y sabía en general cómo tratarlas. A partir de la conquista española los grupos indígenas fueron afectados masiva y gravemente por una gran variedad de enfermedades transmisibles que llegaron con los españoles y para las cuales no tenían defensas. Varias de esas enfermedades se hicieron endémicas en muchas regiones del país y en innumerables ocasiones se convirtieron en graves epidemias, durante las cuales las poblaciones afectadas sufrieron una alta mortalidad. Una de esas enfermedades fue la viruela que asoló al país durante varios siglos. Se calcula que entre 1821 y 1910 hubo más de 50 epidemias, muchas de las cuales fueron muy graves por el número de personas que afectaron y las regiones del país a las cuales se propagaron (Álvarez-Amézquita, Bustamante, López-Picazos y Fernández-del-Castillo, 1960).

En 1800 el gran número de víctimas, cuyos cadáveres se encontraban tirados en las calles y la desesperación de la población, hizo que desde España se enviara a un equipo de médicos dentro de la Real Expedición Filantrópica de la Vacuna, al frente de la cual estaba el doctor Francisco Javier de Balmis (1753-1819) quien, haciendo suyo el descubrimiento de la vacuna antivariólica del médico Inglés Edward Jenner (1749-1823), trajo

consigo a niños afectados de viruela para poder usar la pus de sus lesiones como un antídoto o vacuna contra la enfermedad. La vacuna en ese tiempo se aplicaba de brazo a brazo, lo que en muchas ocasiones provocaba la transmisión de otras enfermedades, que era uno de los motivos por los cuales no era bien aceptada por la población (Álvarez-Amézquita, Bustamante, López-Picazos y Fernández-del-Castillo, 1960). En esa época tanto los conocimientos médicos como los recursos preventivos y curativos con los que contaba la medicina académica eran limitados. Los recursos médicos y humanos se concentraban fundamentalmente en la Ciudad de México. El presupuesto para atender los problemas de salud era muy escaso si se considera la frecuencia y gravedad de las enfermedades y las frecuentes epidemias que afectaban a la población de todo el país, sobre todo a la población más desprotegida.

La Guerra de Independencia iniciada en 1810, contribuyó a agravar y facilitar la propagación de enfermedades y provocó un retroceso de los incipientes esfuerzos sanitarios que se habían logrado en el primer decenio del siglo XIX. Ello, como consecuencia del movimiento armado, la movilización de tropas por vía marítima y terrestre y el ingreso de embarcaciones que venían de Europa y Estados Unidos, vía Cuba, a las que se sumaban las precarias condiciones de higiene y salubridad en las que vivía la población. Muchas de las epidemias que asolaron a la población en diversos estados del país, pasaron inadvertidas por que no se consignaron ante autoridad alguna. Las epidemias que azotaron al país obligaron a conformar Juntas de Sanidad, que no existían previamente, que fueron las encargadas de tomar medidas para el control de las enfermedades y de plantear medidas higiénicas para enfrentarlas.

El Cuadro 1 ejemplifica cómo el siglo XIX estuvo dominado por una gran cantidad de enfermedades transmisibles, muchas de las cuales eran endémicas y frecuentemente se convertían en epidemias; éstas podían durar meses e incluso años y fueron responsables de una altísima mortalidad entre la población general. El Cuadro 1 sobre las enfermedades que aquejaron a la población mexicana durante el siglo XIX no es exhaustivo pero da una idea de las graves dificultades que las autoridades sanitarias de entonces tuvieron que afrontar, con un presupuesto limitado, escasos conocimientos y luchas sociales que se libraban a lo largo y ancho de todo el país.

No es objeto de este capítulo describir todos los esfuerzos realizados en términos de instituciones, leyes y reglamentos que se promovieron por parte de autoridades sanitarias, médicos e higienistas en el país, basados mu-



Cuadro 1. Distribución por lugar y fecha de diversas epidemias  
ocurridas en el siglo XIX en México

| Año                       | Enfermedad                           | Lugar   | Medidas   | Efectos   |
|---------------------------|--------------------------------------|---|-----------|---|
| 1800                      | Viruela                              | Diversas regiones   | Vacuna    |   |
| 1806                      | Influenza                            | Todo el país  |           |   |
| 1806                      | Peste                                | Sinaloa   |           |   |
| 1811                      | Fiebre amarilla                      | Puebla y Oaxaca   | campañas  |   |
| 1821                      | Fiebre amarilla                      | Altamira, Tam.  |           | 1 500 muertes   |
| 1825                      | Fiebre amarilla                      | Yucatán   |           |   |
| 1826                      | Influenza                            | Todo el país  |           | mayo-noviembre  |
| 1827                      | Dengue                               | Veracruz  |           |   |
| 1832, 1833,<br>1850, 1882 | Cólera                               | Yucatán, DF y Coahuila<br>Sobre todo en el sureste              |           |   |
| 1835                      | Tifo                                 | Todo el país  |           | Factores sociales<br>y psicológicos por<br>la guerra                      |
| 1836                      | Influenza                            | Todo el país  |           | Pandemia  |
| 1836-1840                 | Cólera                               | Campeche  |           | 4 000 muertos   |
|                           | Escarlatina                          | diferentes zonas  |           | en un mes   |
| 1840                      | Viruela                              | Todo el país  |           | Alta letalidad  |
| 1844                      | Enfermedades<br>venéreas<br>Difteria | Guanajuato  |           | Traída por los<br>franceses   |
| 1858                      | Fiebre amarilla                      | Matamoras, Tamaulipas<br>afecto a Veracruz, Tuxtlas<br>y Nautla |           |   |
| 1861, 1867,<br>1875, 1876 | Tifo                                 | Distrito Federal  | Epidemias | Coinciden con la<br>entrada de tropas<br>de Porfirio Díaz a<br>la capital |

*continúa...*

Cuadro 1  
(continuación)

| Año          | Enfermedad                                 | Lugar  | Medidas   | Efectos               |
|--------------|--|--|-----------|-----------------------|
| 1865-1875    | Cólera                                     | Se diseminó desde Marsella y Burdeos hasta América Central |           |                       |
| 1874<br>1876 | Viruela                                    | Todo el país<br>Veracruz                                   |           |                       |
| 1877         | Tifo exantemático                          | Distrito Federal   |           |                       |
| 1891         | Escarlatina                                | Distrito Federal   |           |                       |
| 1893         | Tifo                                       | San Luis Potosí, Zacatecas y Aguascalientes                | Epidemia  | Extenso y grave       |
| 1898         | Fiebre amarilla                            | Monterrey  |           |                       |
| 1902-1903    | Peste                                      | Mazatlán   | Epidemias | Se planteó cuarentena |
|              | Tifo                                       | Varios lugares de la costa del Pacífico                    |           |                       |
|              | Escarlatina                                |  |           |                       |
| 1902-1903    | Paludismo                                  |  | Endémico  |                       |
|              | Fiebre Manchada de las montañas rocallosas | Ensenada, BC   |           |                       |
| 1907         | Tuberculosis                               |  | Endémico  |                       |
| 1908         | Sífilis                                    |  |           |                       |

Fuente: Álvarez-Amézquita, Bustamante, López-Picazos, y Fernández-del-Castillo (1960).

chas veces en conocimientos adquiridos en el extranjero, principalmente en Europa, que tardaban mucho tiempo en llegar debido a los medios de comunicación con los que se contaba. Hubo sin embargo múltiples medidas higiénicas y sanitarias que se tomaron para tratar de mejorar las condiciones de higiene y limitar la propagación de las epidemias; esas medidas están consignadas en diferentes trabajos elaborados sobre este periodo de la vida nacional (Álvarez-Amézquita, Bustamante, López-Picazos y Fernández-del-Castillo, 1960).

Con el fin de enfrentar las graves epidemias de viruela, en 1829 se creó la Junta de Vacunación del Distrito Federal con el objetivo de propagar el fluido vacuno. La gravedad e importancia de las epidemias propició también que se tomaran medidas económicas en la lucha contra éstas y que se autorizara a los ayuntamientos a solicitar directamente al ministro de Hacienda recursos económicos en caso de necesitarlos para controlar los brotes epidémicos.

El capítulo XIII de las *Ordenanzas* planteadas por la Junta Departamental en 1840, se refería a la salubridad pública y legislaba sobre las medidas que la población debía observar para evitar epidemias (Álvarez-Amézquita, Bustamante, López-Picazos y Fernández-del-Castillo, 1960). Entre ellas se incluían medidas de salubridad pública muy estrictas, especialmente severas con respecto a la realización de velorios, el manejo de cadáveres y el enterramiento de éstos en los panteones, sobre todo cuando se trataba de personas que habían sido víctimas de enfermedades epidémicas. Planteaban también medidas higiénicas como la limpieza de calles y atarjeas, el manejo de basuras y restos de carnes y comestibles, así como la limpieza en baños públicos y mercados. Dichas medidas regían particularmente en la Ciudad de México, la cual en caso de epidemias se dividía en 64 “cuarteles” para lograr una mejor atención y control de la población.

Epidemias como la del tifo y el cólera alertaron a la población general y a las autoridades sanitarias acerca de la necesidad de tener medidas más estrictas de higiene tanto pública como privada. Ello trajo como consecuencia inspecciones en baños públicos, mercados, alimentos, el inicio del interés por lograr disponer de agua de calidad para consumo humano y las medidas para la disposición de excretas humanas, de animales y de las basuras. Si bien el precursor inglés de la epidemiología John Snow (1813-1858) ya había avanzado en sus estudios sobre el cólera, éstos no fueron conocidos en América hasta varios años después.

En 1867 hubo una propuesta en la Academia Nacional de Medicina para que la vacuna antivariólica de brazo a brazo fuera sustituida por la vacuna animal, pero no fue aceptada. En 1876 tuvo lugar el Primer Congreso Médico de la capital, cuya sede fue la Casa de los Azulejos y el objetivo encontrar una solución para la mortífera epidemia de tifo que asolaba a la capital de la República. El doctor Eduardo Liceaga señala que la importancia de este encuentro fue que ahí se enfrentaron por primera vez las teorías antiguas y modernas sobre la causa de las enfermedades transmisibles: miasma y

humores frente a microbios patógenos, contaminaciones, predisposición a padecer enfermedades y defensas orgánicas contra las mismas.

#### DURANTE EL PORFIRIATO

La época del Porfiriato (1876-1910) es considerada por Ana María Carrillo (2002) como el paso del sanitarismo al de la salud pública moderna. Varios fueron los factores que contribuyeron a ello: el avance de la microbiología que permitió identificar a los agentes causales de la enfermedad; los avances de la inmunología que descubrieron los medios para prevenirlas y tratarlas; y de la epidemiología, que permitieron conocer cómo se propagaban en la población. Otros factores que influyeron fueron la concentración creciente del poder del Estado en cuestiones sanitarias, lo que permitió utilizar los nuevos conocimientos para la prevención de los problemas colectivos de salud; así como la necesidad del imperialismo europeo y estadounidense y de la élite porfiriana de proteger sus intereses comerciales (Álvarez-Amézquita, Bustamante, López-Picazos y Fernández-del-Castillo, 1960).

Algunas cifras son reveladoras de la situación sanitaria en el Porfiriato: en 1900 la tasa de mortalidad infantil era de 180/1 000 y la mortalidad materna de 80/10 000. En 1882, el Consejo Superior de Salubridad elaboró un dictamen sobre la higiene pública en el país. El dictamen evidenció que en muchos estados de la República no existían juntas de sanidad, y las que existían no funcionaban de manera regular. Por ello plantearon crear un Consejo Nacional de Salubridad Pública con capacidad ejecutiva y cuyas funciones fueran concentrar las estadísticas de morbi-mortalidad, fungir como un cuerpo consultivo general en materia de salubridad, encargarse de todo lo relativo a la policía sanitaria marítima, convocar a congresos nacionales de higiene y formar, con la participación de todos los estados, la legislación sanitaria de la República. Este dictamen fue de gran importancia porque delineó la política sanitaria que regiría para todo el país.

Para evitar el paso de las enfermedades de un país a otro, y al mismo tiempo proteger al comercio, los países llegaron a acuerdos sanitarios como tratar de suprimir las cuarentenas, que solían prolongarse en ocasiones por varios meses, con las consecuentes molestias para los afectados. Hasta entonces se desconocían los agentes causales de las enfermedades, el modo de transmisión y el periodo de incubación de las mismas. Sin embargo, algunos

estados de la Unión Americana siguieron prolongando las cuarentenas más allá del periodo de incubación de determinada enfermedad, lo que no tenía el propósito de evitar epidemias sino de protección comercial. Para tratar de evitar estas cuarentenas, el Consejo Superior de Salubridad centró sus esfuerzos en el combate a la fiebre amarilla –a la que la población conocía como “el fantasma de las costas”– y que era la enfermedad que más preocupaba a los Estados Unidos. Para 1910, la enfermedad había sido erradicada del territorio nacional (Carrillo, 2008).

En este periodo se crearon tres institutos de investigación médica: el Museo Anatómico-Patológico y su sucesor el Instituto Patológico Nacional (IPN), encargado del estudio de la anatomía patológica; el Instituto Médico Nacional (IMN) que fue un verdadero laboratorio clínico y terapéutico, investigó la flora del país y sus propiedades curativas y contaba con las secciones de Historia Natural (clasificación y descripción de la flora y la fauna), Química (preparación y aislamiento de sustancias activas), Fisiología Experimental (investigación de efectos tóxicos o fisiológicos de las yerbas o sus derivados) y Terapéutica (efectos de esas sustancias en el hombre) y Geografía y Climatología Médicas (distribución de las enfermedades y recursos terapéuticos del país); el Instituto Antirrábico, responsable de la producción de la vacuna antirrábica y el Instituto Bacteriológico Nacional, encargado de investigar las causas de las enfermedades, de acuerdo con la mentalidad etiopatológica de la época, que concebía que con los avances de la bacteriología podrían controlarse en pocos años las enfermedades transmisibles. Durante el Porfiriato las fuentes de información se multiplicaron para divulgar aspectos relativos a la medicina preventiva y asistencial, y se desarrolló la bioestadística que permite evaluar las variaciones estacionales y cíclicas de cada enfermedad.

Los conocimientos adquiridos en estos institutos se transmitían a los alumnos de la Escuela Nacional de Medicina, gracias a que muchos de los investigadores eran a la vez profesores de dicha escuela. El trabajo de los tres institutos poco a poco se fue complementando y hubo mayor colaboración entre ellos, aun cuando también tenían disensos. Mantenían además relaciones con cuerpos científicos renombrados de Alemania, Estados Unidos, Francia y España, sólo por nombrar algunos. Gracias a ello en este periodo México tuvo un desarrollo científico propio y muchos investigadores recibieron reconocimiento internacional por su trabajo, tanto en las ciencias básicas como las clínicas. El trabajo de los Institutos se puso al servicio de la salud pública; por ejemplo, la vacuna antipestosa de Haffkine que se usó en la

epidemia de peste que se desarrolló en Sinaloa y Baja California en 1902-1903 fue preparada en el Departamento de sueros y vacunas anexo al Instituto Patológico Nacional (Carrillo, 2001).

#### LA REVOLUCIÓN MEXICANA Y EL PERIODO POSREVOLUCIONARIO

El movimiento revolucionario de 1910 nuevamente convulsionó al país y con ello hubo retrocesos de muchos de los adelantos logrados, entre otros los trabajos de los institutos ya mencionados. Durante este periodo de la historia nacional los institutos desaparecieron junto con muchos de sus trabajos. Por su parte los médicos y las autoridades sanitarias hicieron lo que estaba a su alcance para hacer frente a los problemas, pero en condiciones muy difíciles. En 1921 se inició la reorganización de los servicios de salud, pero el gran cambio ocurriría durante la época cardenista, que daría un lugar principal a la medicina preventiva.; entre 1918 y 1920 hubo una pandemia de influenza. En conjunto, estos factores hicieron que la población disminuyera casi a la mitad (Kumate, 1988).

En 1921 con la publicación del nuevo *Boletín del Departamento de Salubridad Pública* se inició una nueva era para la atención a las enfermedades en México. A decir del doctor Gabriel Malda, jefe del Departamento de Salubridad Pública, con la metodización de la epidemiología en el Distrito Federal, se trabajó “a base de ciencia”. En el primer número de ese boletín se publicaron las primeras gráficas de mortalidad por tifo, viruela y otras enfermedades transmisibles y su distribución por zonas o cuarteles. En la consolidación del movimiento revolucionario se reconoció la importancia de la educación higiénica en la infancia, así como de la puericultura, antecedente del cuidado prenatal; se enfatizó la importancia de atención especial a los niños, tanto en relación con su educación, como su alimentación y el cuidado de su salud. En este año se presentó la última epidemia de fiebre amarilla en la Ciudad de Veracruz, gracias a todas las medidas que se tomaron para erradicar al vector *Aedes aegypti*. El último caso de esta enfermedad se presentó en 1923, en la ciudad de Tampico, Tamaulipas.

En relación con las instituciones, en 1921 el Instituto Bacteriológico Nacional se convirtió en el Instituto de Higiene donde se estudiaba biología, parasitología, a llevar a cabo diagnóstico, ingeniería sanitaria, anatomía patológica, estadística y se estableció un museo. Se creó la Escuela de Salubridad que inició sus cursos el 23 de marzo de 1922 y que fue el antecedente de

la actual Escuela de Salud Pública. También se creó la oficina de Química y Farmacia y se comenzó a publicar un periódico llamado *El Mensajero de la Salud*, que fue de gran importancia para la divulgación y educación sobre aspectos de higiene y prevención y que perduró mucho tiempo.

En 1922 se inició una campaña contra la uncinariasis, parasitosis que afectó sobre todo a Veracruz y Chiapas, dicha campaña duró varios años. En 1924 se promulgó el *Reglamento del Departamento de Salubridad Pública* en el que se le asignaban, entre otras, las siguientes tareas: vigilar el cumplimiento del Código Sanitario, promover congresos sanitarios nacionales, dictar medidas en contra de las enfermedades transmisibles, promover campañas contra el alcoholismo y la venta de sustancias que envenenan al individuo, vigilar la venta y uso de sustancias venenosas o de drogas nocivas a la salud, vigilar el ejercicio de la prostitución.

En 1924 no se publicó el *Boletín del Departamento de Salubridad Pública* por los problemas políticos por los que atravesaba el país, y en general disminuyeron las acciones de este Departamento, sin embargo en el Hospital Morelos se inauguraron servicios importantes como el gabinete dental, el laboratorio de química, bacteriología e histopatología. En este contexto se estableció la Federalización de la Salubridad. Es hasta finales de ese año que se promulgó el nuevo *Reglamento de Salubridad Pública* y que reapareció el Boletín. En el Reglamento se plantearon aspectos importantísimos para manejar la situación sanitaria a lo largo y ancho del país. Inició la producción de la vacuna antivariólica a un precio inferior; se reorganizó el Instituto Antirrábico; se estableció la Higiene Industrial bajo la batuta del doctor Manuel Gea González y se realizó una campaña contra la meningitis cerebrospinal en Morelos y Guerrero, además de continuar la lucha contra la uncinariasis. Es decir, nuevamente hay avances importantes para mejorar la situación sanitaria de la salud.

#### LA ÉPOCA CARDENISTA

Durante el gobierno del general Lázaro Cárdenas (1934-1940) hubo avances muy importantes en la salud pública del país. En los primeros seis meses de gobierno se empezó a cumplir el Plan Sexenal elaborado por su antecesor Abelardo L. Rodríguez, que, por presión de los campesinos, resultó ser un documento de avanzada que proporcionó libertad de maniobra al nuevo presidente. Se conformaron 150 centros y brigadas ambulantes de higie-

ne rural; se dotó de agua potable a poblaciones pequeñas del país donde las enfermedades gastrointestinales eran la primera causa de mortalidad y se llevó a cabo la Campaña contra el Paludismo, entre otras acciones. En el cardenismo se reglamentó la campaña contra la oncocercosis, enfermedad endémica en Chiapas y Oaxaca, obligando a las empresas agrícolas, ganaderas e industriales a cooperar en la campaña. Con el exilio de Plutarco Elías Calles, que gobernó la República Mexicana de 1924 a 1928, y la sustitución de los elementos anticardenistas de las legislaturas federal y local, quedó al frente del Departamento de Salubridad Pública (DSP) el militar de carrera José Siurob Ramírez (1886- 1965), quien ayudó a fortalecer a dicha institución para orientar y dirigir los destinos sanitarios e higiénicos en el país. La consolidación de este organismo fue lenta pero logró sus objetivos.

Para cumplir con los objetivos del Departamento de Salubridad Pública se buscó la coordinación con todos los estados de la República y se logró que firmaran convenios, aun cuando su cumplimiento presentó dificultades. Se conformaron los Servicios Rurales Cooperativos; se creó la ley de la Unidad Sanitaria Ejidal de la República Mexicana, basada en un principio de colaboración entre ejidatarios, los Departamentos de Salubridad y Agrario, el Banco Nacional de Crédito Agrario y los gobiernos de los estados. En un sólo año se formaron 47 unidades sanitarias ejidales, en 30 estados, con excepción de Yucatán y Jalisco, que atendían a más de 500 ejidos (Carrillo, 2005). En cada una de esas unidades había un médico, dos enfermeras y un mozo. El primero, además de atender a los enfermos, se ocupaba de la situación sanitaria de la región: análisis de aguas, eliminación de inmundicias, mortalidad, enfermedades más frecuentes, higiene industrial y consumo de alimentos y de alcohol. Se asignó además un presupuesto muy alto (un millón de pesos de esa época) para abastecer de agua potable a las poblaciones más pequeñas. Sólo en 1936 se terminaron 86 obras para dotar de agua a pequeñas poblaciones, con la mano de obra de los beneficiados.

Sólo como ejemplo de las medidas sanitarias que se tomaron y de la infraestructura que se creó, en 1936 en la Comarca Lagunera, después de 104 huelgas, el presidente Cárdenas ordenó la expropiación y reparto de tierras. La producción se organizó colectivamente en 1 875 ejidos. En materia de salud se establecieron ocho unidades médico sanitarias ejidales colectivas, se combatió el uso del alcohol y se dio información sobre las enfermedades trasmisibles y la manera de prevenirlas. Se creó un hospital de concentración en Torreón, Coahuila, para atender a los enfermos de las unidades ejidales y en 1937 el Departamento de Salubridad Pública creó la Oficina de



Higiene Rural y Medicina Social para organizar los servicios médicos en zonas campesinas. El Instituto de Higiene, la Escuela de Salubridad y el Instituto de Salubridad y Enfermedades Tropicales, junto con los pasantes de Medicina de la UNAM y de la Universidad de Morelia, contribuyeron al saneamiento y la asistencia médica rural.

El cardenismo también se preocupó de las poblaciones indígenas, para lo cual creó el Departamento Autónomo de Asuntos Indígenas vinculado al Departamento de Salubridad Pública. En 1937 expropió para los indios yaquis —que se dedicaban al cultivo de arroz y de trigo— 17 000 hectáreas de riego y 36 000 de temporal, les cedió la mitad de las aguas de la presa la Angostura, les dio ganado y construyó canales, hospitales y escuelas. En Sonora estableció en varias poblaciones unidades médico sanitarias con personal yaqui que tenía ascendencia en la población e incluso se prepararon enfermeras yaquis (Carrillo, 2005). Lo mismo sucedió en Michoacán, en las regiones cañeras de Morelos, Tamaulipas y Sinaloa y en regiones cafetaleras de Chiapas. Posteriormente estas unidades de salud se extendieron a algunos pueblos de Veracruz y Oaxaca en donde los campesinos se comprometieron a cooperar por conducto del Banco Nacional de Crédito Ejidal.

De 1934 a 1939 se repartió un poco menos del doble de hectáreas de las que se habían repartido en los 20 años anteriores y la tierra repartida fue entregada por el presidente de la República con créditos, infraestructura, servicios educativos y médicos. Cárdenas buscó que los dueños de empresas proporcionaran a sus trabajadores atención médica y condiciones de trabajo adecuadas y que participaran activamente en campañas sanitarias específicas como aquellas contra la oncocercosis y el paludismo, enfermedad esta última que afectaba tres quintas partes del país. Para ello se hicieron muchas obras de ingeniería sanitaria. También se elaboró un Reglamento sobre Higiene Industrial para proteger la salud de los trabajadores dentro de las fábricas, quienes pudieron tener acceso a agua potable, excusados, regaderas, buena ventilación e iluminación dentro de sus centros de trabajo. Obviamente dicho reglamento no fue bien recibido por los industriales, quienes ejercieron presión para limitar estos derechos (Carrillo, 2005).

La expropiación petrolera de 1938 afectó los intereses ingleses y estadounidenses y el gobierno recibió presiones diplomáticas y económicas muy importantes tanto del interior como internacionales, lo que provocó cambio del director del Departamento de Salubridad Pública y ya no le permitieron seguir avanzando en sus reformas; incluso, después de un año de oposición, la Confederación de Cámaras Industriales derogó artículos del

Código Sanitario que protegían la salud de los trabajadores. Todas estas acciones crearon una infraestructura muy sólida para poder combatir con éxito las enfermedades que por tantos siglos aquejaron a la población más desprotegida del país. Las repercusiones de todas estas medidas sobre la salud de los mexicanos se pudieron observar después de que el presidente Lázaro Cárdenas dejara la presidencia de la República, pues el gobierno siguiente de Ávila Camacho (1940-1946) y los gobiernos sucesivos tuvieron que mantener muchas de las políticas sanitarias, aun cuando ya no se incrementaron las acciones a favor de la población.

#### DESPUÉS DE CÁRDENAS

A partir de la década de 1940 hubo un avance notorio en el país en todos los ámbitos, sobre todo en el económico, lo que repercutió en la salud pública de México. Las organizaciones sociales que se crearon a partir de la Revolución lucharon por el cumplimiento de los postulados consignados en la Constitución de 1917 y coadyuvaron para que en los sexenios siguientes los avances logrados durante el Cardenismo se mantuvieran, aun cuando no se incrementaron, sobre todo en las zonas rurales. La paz de la que se disfrutaba en el país permitió aprovechar los avances científicos y tecnológicos que se habían alcanzado tanto a escala nacional como en el extranjero, gracias a lo cual se pudieron combatir con éxito enfermedades como la fiebre amarilla, la peste, el tifo, la oncocercosis y muchas parasitosis. Sin embargo, la medicina se volvió menos preventiva y más curativa a partir de 1943.

También se inició el proceso de urbanización e industrialización en el país, en el que el Estado dio todo tipo de facilidades a los nuevos industriales, primero en la Ciudad de México y después en Guadalajara y Monterrey. Durante esa época, gracias al apoyo económico que había recibido el campo, el país no sólo era autosuficiente en términos de la producción de maíz, azúcar, arroz, frutas y verduras, sino que incluso exportaba varios de estos productos, lo cual tuvo un impacto positivo sobre la salud de la población. Durante el sexenio de Miguel Alemán se creó la asociación Pro Nutrición Infantil, con el reparto de desayunos escolares, los cuales se mantuvieron e incrementaron a lo largo de varios sexenios. Con ello, se disminuyó la desnutrición en el país entre los escolares y se mejoró su capacidad de aprendizaje. Se dio gran importancia a la ingeniería sanitaria y se aumentó la dotación de agua potable y drenaje en muchas poblaciones del

país. Todo ello repercutió en mejoras sanitarias e higiénicas y en una disminución notable de la mortalidad por diversas enfermedades transmisibles. Estas mejoras tuvieron un impacto notable sobre la tasa bruta de mortalidad, mientras que la esperanza de vida al nacer aumentó (Álvarez-Amézquita, Bustamante, López-Picazos y Fernández-del-Castillo, 1960). En 1947 se creó el Departamento de Asistencia Neuropsiquiátrica e Higiene Mental, que en 1951 se convirtió en Dirección de Neurología, Psiquiatría e Higiene Mental y se empezó a atender la necesidad de rehabilitación para aquellos pacientes discapacitados que, al decir de las autoridades, habían sido dejados a su suerte.

Desgraciadamente las ventajas derivadas del desarrollo económico del país no beneficiaron equitativamente a todos sus estados ni a toda la población. Estados como Oaxaca, Chiapas y Tabasco siempre han tenido más pobreza y una situación de salud más precaria, no obstante que los tres han desempeñado un papel importante desde el punto de vista cultural, además de ser productores de la electricidad que se consume en amplias zonas del país y ser fuente de petróleo y de otros recursos naturales renovables y no renovables, por lo que han sido determinantes en el desarrollo económico del México contemporáneo. Esta situación explica, entre otras cosas, la migración campo-ciudad que se inicia en la década 1960 hacia la Ciudad de México en busca de trabajo y nuevas oportunidades.

El Instituto de Higiene (1921) y el Instituto de Salubridad y Enfermedades Tropicales (1938), que en la actualidad han sido desmantelados, aseguraron la autosuficiencia en la producción de vacunas y sueros que se utilizaron en las campañas de vacunación para prevenir enfermedades como la viruela, la varicela y la difteria. El uso de insecticidas permitió controlar a los mosquitos transmisores de la fiebre amarilla y del paludismo, para lo que se llevaron a cabo múltiples campañas de erradicación. La existencia de antibióticos abrió un amplio campo para el tratamiento de muchas enfermedades respiratorias y gastrointestinales que eran endémicas en todo el país. Aumentó el número de viviendas con agua potable y drenaje y mejoró la alimentación de una franja importante de la población. Desgraciadamente, de nueva cuenta no toda la población se benefició de estos adelantos.

La población mexicana también se ha transformado desde el punto de vista demográfico en las últimas décadas. Entre 1940 y 1990, como consecuencia del aumento de la natalidad y la disminución de la mortalidad, el país tuvo un incremento neto de 61.5 millones de mexicanos, cuatro veces la población de 1940. Este rápido aumento de la población se ha acompa-

ñado de cambios en su distribución por edad, inusitados en los últimos años. Se estima que para 2018, uno de cada ocho mexicanos tendrá 60 años o más y en 2035 este indicador será de uno por cada cuatro habitantes. Para 2050, México tendrá más de siete millones de habitantes de 80 años o más. Otro dato demográfico importante es el relacionado con la esperanza de vida al nacimiento. Se calcula que entre 1950 y 2009 este indicador se incrementó en 25.3 años, es decir, un crecimiento anual promedio de 5.1 meses en la esperanza de vida; sin embargo, en los últimos años este ritmo ha disminuido. Se proyecta que para el año 2050 la esperanza de vida aumente a 81.29 años. La mortalidad infantil disminuyó 28 puntos porcentuales entre 1950 y 1970, mientras que entre 1990 y 2010 no pasó de nueve por ciento (Lozano-Dávila, Calleja-Olvera, Osio-Figueroa y Chaparro-González, 2011).

El cambio en el perfil de las viejas enfermedades, aunado a los cambios socioeconómicos contextuales y su repercusión en un conjunto de enfermedades emergentes como problema epidemiológico, dio lugar a lo que se conoce como “transición epidemiológica”, caracterizada por una disminución de las enfermedades infecciosas y parasitarias como primeras causas de morbi-mortalidad y la aparición paulatina de las enfermedades conocidas como crónicas y degenerativas. En el perfil epidemiológico empezaron a aparecer entre las diez primeras causas de morbilidad y de mortalidad las enfermedades del corazón, los diferentes tipos de cáncer, la cirrosis hepática, la desnutrición y la diabetes.

Para 1982, iniciando el auge neoliberal, el país ya había retrocedido en casi todos los ámbitos, entre los cuales la salud pública no fue la excepción. A partir de la década de 1980 se observa que la desigualdad aumenta cada día, con un número de pobres que las cifras más conservadoras calculan en más de 40 millones (de una población total de 115 millones); una proporción alta de estas cifras de pobreza corresponden a pobreza extrema, lo que significa que no pueden cubrir ni sus necesidades básicas de alimentación, vivienda y acceso a servicios de salud. Por otro lado, una pequeña minoría de personas concentra gran parte de la riqueza del país, lo que se evidencia en el hecho de que entre los hombres más ricos del mundo estén considerados varios mexicanos (Forbes, 2011).

El desmantelamiento de la infraestructura en salud durante las últimas tres décadas, fue notable durante la epidemia de influenza que afectó al país en 2009, al no contar con la capacidad de detectar al virus involucrado en dicha epidemia ni con manera de producir ni medicamentos ni vacunas,

por lo que se tuvieron que enviar las muestras a un laboratorio de Estados Unidos y posteriormente a uno de Canadá, además de importar medicamento y vacuna a costos muy altos. Esta falta de interés por el impulso a la ciencia y a la infraestructura en salud, también se demuestra con el presupuesto que se dedica a Ciencia y Tecnología, que en los últimos diez años se ha mantenido por debajo de 0.33% del PIB mientras que en EU en 2005 era de 2.60% y en Brasil, de 1.12% (Ruiz, 2009).

Durante las últimas décadas la transición epidemiológica y demográfica ha traído cambios en los patrones de morbilidad y mortalidad, con un incremento de la proporción de muertes atribuibles a enfermedades crónicas. En México, la diabetes mellitus y las enfermedades del corazón son las que presentan mayores incrementos como causa directa de mortalidad. La proporción de muertes atribuibles a la diabetes en mujeres y hombres se presenta en el Cuadro 2.

Cuadro 2. Primeras tres causas de muerte en México. 2000-2008

|   | 2000 | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 | 2007 | 2008 |
|---|------|------|------|------|------|------|------|------|
| Mujeres   |      |      |      |      |      |      |      |      |
| 1.Diabetes  | 51.2 | 54   | 57.3 | 61.8 | 62.6 | 66.6 | 69.2 | 73.6 |
| 2.ECC*  | 39.6 | 40   | 41.8 | 43.5 | 45.4 | 43.1 | 45.7 | 47.9 |
| 3.EVC*  | 26.6 | 26.9 | 27.3 | 27.2 | 27.8 | 26.1 | 28.6 | 29.2 |
| Porcentaje de la mortalidad total explicada por la diabetes y la ECC: 37.8% |      |      |      |      |      |      |      |      |
| Hombres   |      |      |      |      |      |      |      |      |
| 1.Diabetes  | 42.2 | 44.6 | 49.0 | 51.6 | 55.0 | 56.7 | 64   | 63.4 |
| 2.ECC   | 48.3 | 50.0 | 51.9 | 54.0 | 56.6 | 54.6 | 60.5 | 59.7 |
| 3.Cirrosis hepática   | 39.6 | 39.3 | 38.9 | 39.5 | 34.2 | 32.8 | 40.2 | 39.9 |
| Porcentaje de la mortalidad total explicada por la diabetes y la ECC: 28.7  |      |      |      |      |      |      |      |      |

\*ECC: enfermedad coronaria cardíaca; EVC: evento vascular cerebral. Tasas expresadas por 100 000 habitantes. Fuentes: Salud Pública de México 2002; 44:572-3, Salud Pública de México 2005; 47:179-80 Salud Pública de México 2007; 49 (S1):S37-S52.

Destacan además enfermedades como los eventos cerebro-vasculares, los tumores malignos de diferentes partes del cuerpo, las enfermedades renales y las enfermedades de base inmunológica. Todas ellas, además de contribuir a la mortalidad, cursan con secuelas de largo plazo e incapacidad, por lo que en ellas la prevención primaria y secundaria cobra gran importancia. A este panorama habrá que agregar las enfermedades propias de la vejez como

las demencias, el Alzheimer y aquellas derivadas de la violencia, que tienen repercusiones tanto físicas como mentales en la población afectada y en la de sus familias. Aunado a lo anterior, actualmente hay en nuestro país un repunte importante de la tuberculosis, asociada al sida y a la pobreza, pero también como consecuencia de la resistencia múltiple a los medicamentos y la crisis económica que afecta a amplios sectores de la población. Los abortos clandestinos, la drogadicción y el alcoholismo, así como el suicidio entre los adolescentes, son en la actualidad graves problemas de salud pública. La violencia familiar y una gama de enfermedades asociadas al deterioro del medio ambiente, tales como las enfermedades respiratorias, cardiovasculares y el cáncer, asociadas a la contaminación del aire, o las gastrointestinales y el cáncer asociadas a la contaminación del agua y del suelo, o aquellas que se derivan del cambio climático y que afectan por igual a poblaciones que viven en las zonas costeras o en las grandes zonas urbanas del país, son problemas sobre los que se debe investigar y tomar medidas preventivas.

## RETOS

El panorama sanitario expuesto en este capítulo muestra que en México aún no hemos podido controlar del todo enfermedades transmisibles tan frecuentes como las infecciones respiratorias y gastrointestinales, que siguen causando una alta mortalidad en algunos estados del sureste del país y en algunos grupos etáreos como son los niños y los adultos mayores; a las enfermedades transmisibles se suman actualmente epidemias de enfermedades que ya se consideraban controladas como la de cólera que reapareció en el escenario epidemiológico latinoamericano hace más de dos décadas, la epidemia de influenza del año 2009, la reaparición de la tuberculosis como consecuencia de la resistencia múltiple a los medicamentos, la epidemia de sida y el incremento de la pobreza en nuestra población.

Por otro lado la población mexicana está en proceso de envejecimiento, como lo muestran las cifras ya mencionadas en este capítulo, lo que significa que una proporción importante de la población ya está enfrentando las enfermedades propias del adulto mayor. Desde el punto de vista científico, las enfermedades crónico-degenerativas son complejas y difíciles, tanto en su diagnóstico como en su fisiopatología y tratamiento. Para hacerles frente, se requieren servicios especializados que son aún muy escasos en el país. La presencia de factores de riesgo como el sedentarismo y el cambio de

alimentación que contribuyen a un ambiente obesogénico, es otro importante reto para México. Algunos problemas de la cavidad bucal van en aumento y su tratamiento es de alto costo, por lo que, si se pretende erradicar esta situación, es ineludible llevar a cabo medidas preventivas, diagnósticas y de tratamiento temprano que eviten la necesidad de intervenciones complejas y costosas.

Personas con problemas de demencia u otros padecimientos que afectan sus capacidades mentales no tienen adónde recurrir. Estas enfermedades, además, afectan seriamente la calidad de vida no sólo de los propios pacientes, sino la de sus familiares, la mayoría de los cuales no tienen ni los medios económicos ni los conocimientos para brindarles una ayuda adecuada. La incidencia de estas enfermedades se ha elevado, entre otras cosas, como consecuencia de una mayor esperanza de vida al nacer. Todo esto obliga a una profunda revisión de los principales programas existentes con el fin de diseñar nuevas medidas preventivas, de diagnóstico y de tratamiento, así como a planear la creación de instituciones que puedan atender estos padecimientos para poder revertir su impacto en la salud de la población en México.

La pobreza y la iniquidad en México tienen una expresión profunda en el estado de salud y de enfermedad de la población. Por ello, el reto fundamental para el país es mejorar el nivel socioeconómico y cultural de la población, pues, si esto no ocurre, será muy difícil lograr una política sanitaria capaz de modificar positivamente el perfil de enfermedad. Para enfrentar los problemas de salud es útil conocer nuestra historia, retomar los aciertos y afrontar las consecuencias de los errores. Resolver los problemas de salud de la población mexicana es un compromiso ineludible y un requisito para lograr una sociedad más justa.

## BIBLIOGRAFÍA

- Álvarez- Amézquita, M.; Bustamante, E.; López-Picazos, A. y Fernández del Castillo, F. (1960), *Historia de la salubridad y de la asistencia en México*, Secretaría de Salubridad y Asistencia, México.
- Carrillo, A.M. (2008), “Guerra de exterminio al ‘Fantasma de las Costas’. La primera campaña contra la fiebre amarilla en México, 1903-1911”, en Agostin, C. (coord.), *Curar, sanar y educar*, Instituto de Investigaciones Históricas, UNAM y Benemérita Universidad Autónoma de Puebla, México, pp. 221-256.

- Carrillo, A.M. (2005), “Salud pública y poder en México durante el Cardenismo, 1934-1940”, *DYNAMIS. Acta Hispanica Medical Science History*, 25, pp. 145-178.
- (2002), *Economía, política y salud pública en el México porfiriano*, História, Ciência, Saúde-Manguinhos, Río de Janeiro.
- (2001), “La patología del siglo XIX y los institutos nacionales de investigación médica en México”, *Lab-acta*, núm. 13, pp. 23-31.
- Forbes (2011), “The 100 most powerful venture capitalists” [www.Forbes.com.], fecha de consulta: 12 de marzo de 2011.
- Kumate J. (1988), “La transición epidemiológica en el siglo XX: ¿vino nuevo en odres viejos?”, en Soberón, G.; Kumate, J. y Laguna, J. (coords.), *La Salud en México: Testimonios 1988*, tomo 2, Siglo XXI Editores, México.
- Lozano-Dávila, M.E.; Calleja-Olvera, J.A.; Osio-Figueroa, Y. y Chaparro-González, E.T. (2011), “México envejece: perfil demográfico actual”, *Ciencia. Revista de la Academia Mexicana de Ciencias*, 62(1), pp. 8-19.
- Ruiz, R. (2009), “El Financiamiento Público para Ciencia y Tecnología en el presupuesto de egresos de la Federación para 2009. Balance, Implicaciones y Perspectivas”, trabajo presentado ante la Academia Mexicana de Ciencias en diciembre de 2009 [http://www.comunicacion.amc.edu.mx/comunicacion/docs/amc-rrg-051208-pres2009.pdf], fecha de consulta: 14 de abril de 2011.





## Salud y epidemias de la región bucal

Ma. Esther Irigoyen Camacho  
Adalberto Mosqueda Taylor

**A**l definir a la epidemia como un aumento por arriba del nivel normal o endémico en un periodo dado, varias de las enfermedades bucales, entre éstas la caries dental, podrían considerarse como epidemias en comparación con la incidencia de etapas anteriores. La salud bucal es frecuentemente percibida tanto por las instituciones como por la población como un problema marginal de la salud; sin embargo, esta percepción cambia de manera individual o en las familias, por ejemplo, ante la presencia de enfermedad cariosa o edentulismo. Los pacientes afectados por enfermedades de la región de la boca, pueden estar limitados en la selección de alimentos, en su capacidad masticatoria, presentan zonas de retención de alimentos, con consecuencias de halitosis y desarrollo de procesos infecciosos, enfrentan dificultades para lograr un cepillado adecuado que remueva, en la forma más completa posible, los detritus alimenticios, las personas experimentan dolor en sus dientes o encías, incomodidad al ingerir alimentos fríos o calientes, dolores de cabeza y musculares, así como limitaciones psicológicas y sociales, debido a las condiciones de su boca. A pesar de que las enfermedades de la región bucal tienen una alta prevalencia en México, en las instituciones de salud este aspecto de las epidemias tiene espacio presupuestal y programático reducido. Sin embargo, aunque las epidemias de la región bucal son múltiples y extendidas entre la población mexicana, el desarrollo de las mismas tiene variaciones que no se explican con las características de la atención institucional, por lo que re-

quieren de ser estudiadas; ejemplo de esto es la caries dental que podría identificarse como una epidemia del siglo pasado ya que en años recientes empieza a detener su crecimiento, lo cual se ha documentado en la población infantil de varios estados de la República (Velázquez, Vera, Irigoyen, Mejía, y Sánchez-Pérez, 2003). El propósito de este capítulo es hacer una somera revisión del desarrollo de la atención de las enfermedades más prevalentes de la región bucal en México, a través de presentar algunos conceptos sobre estas enfermedades al inicio de la práctica de la odontología en México. Asimismo, se proporcionan datos epidemiológicos de estas entidades, incluyendo las afecciones de la mucosa bucal, para finalmente reflexionar brevemente sobre el impacto del estado de la cavidad bucal en la calidad de vida.

#### ETIOLOGÍA DE LA CARIES DENTAL

La caries dental se identifica desde etapas tempranas de la historia de la humanidad y su aparición se asocia al periodo en el que el hombre primitivo cambia su sistema de alimentación, cuando pasa de la caza y la recolección a la agricultura como su principal fuente de obtención de alimentos. En la Edad Media se incrementa lentamente la prevalencia de la enfermedad cariosa. En Europa, algunos restos antropológicos correspondientes a esta etapa de la historia muestran huellas de la enfermedad. En esta etapa los alimentos tenían poca preparación y su consistencia frecuentemente era dura, lo cual producía atrición dentaria, esta pérdida de estructura dental se presentaba aun en individuos jóvenes. En este periodo era más frecuente la presencia de lesiones en la zona de los cuellos y las raíces dentarias expuestas que las lesiones por caries producidas en la corona del diente. Las lesiones encontradas en fosetas y fisuras generalmente eran superficiales (Striffler, Young, Burt, 1983).

La época moderna se acompaña de importantes cambios en la alimentación, pues la forma en que se preparan y seleccionan los alimentos se ha modificado sustancialmente. La introducción de azúcar refinada como parte de la dieta cotidiana se asocia con un incremento en los índices de caries. En Europa a finales del siglo XIX se experimenta un elevado incremento de la caries dental. Lo que actualmente conocemos como la dieta occidental resulta cariogénica debido al elevado contenido de alimentos con una alta densidad calórica, muchos de los cuales contienen elevadas cantidades de

carbohidratos fermentables. Este tipo de dieta ha promovido el incremento de la caries dental y cambios en el patrón de distribución de esta enfermedad en las superficies de los dientes, en relación con las características del padecimiento al inicio de su aparición. En la etapa de alto crecimiento de la incidencia de caries, podríamos llamarla etapa epidémica, la mayor parte de las lesiones se observan en las fosetas y fisuras dentales o caras interproximales y con menor frecuencia en la porción radicular. Una excepción a lo anterior se puede presentar en personas ancianas quienes pueden tener migración gingival asociada a la enfermedad periodontal o bien a técnicas inadecuadas de cepillado dental. La exposición de los cuellos de los dientes brinda un buen nicho ecológico para las bacterias que se asocian a la formación de lesiones cariosas. En las personas de edad avanzada se combina la presencia de lesiones en los cuellos y en la corona dental.

El conocer la etiopatogenia de la caries dental es esencial para su prevención y tratamiento. La práctica de la odontología se transforma a partir del avance en el conocimiento sobre el proceso de caries y su mecanismo de desarrollo. En México, a principios del siglo XIX los dentistas no tenían una formación académica formal y solían aprender esta práctica a partir de maestros o tutores que realizaban tratamientos dentales. Los dentistas se preocupaban principalmente del tratamiento de los daños producidos en los dientes por la caries dental y poca atención se le daba a la etiología de este proceso o a la prevención. En esta época había dos corrientes fundamentales sobre la etiología de la caries. La primera se orientaba por la teoría propuesta por Paul Ringelman, quien pensaba que existían en la boca parásitos que producían poco a poco pérdida del tejido del diente. La segunda consideraba que la caries era un tipo de gangrena húmeda; esta idea fue propuesta por James Beall Morrison.

En 1879, Willoughby Miller, en Estados Unidos, empezó a identificar los procesos fundamentales de la formación de las lesiones cariosas, los cuales son la base del modelo actual de la etiología de la caries dental. Este investigador descubrió que las bacterias presentes en la placa dento-bacteriana producen ácidos como parte del metabolismo de los carbohidratos que utilizan para obtener energía. Estos ácidos causan la pérdida de minerales que constituyen el esmalte dental. Miller, en contra de la teoría formulada por Beall, postuló que la caries dental no se inicia en el interior del diente, sino que se trata de un proceso que se origina en su exterior y además señala que son sitios específicos donde las bacterias cariogénicas se acumulan y sus productos de desecho incluyen ácidos que causan la desmineralización

del tejido del diente. Así, Miller identifica a la caries dental como una enfermedad infecciosa, aunque no logra distinguir a los microorganismos específicos que producen la destrucción dental. En 1886, Green Vardiman Black describe a la placa dento-bacteriana como una masa gelatinosa que se encuentra adherida al diente y que es el hábitat de las bacterias que producen ácidos que van a atacar la superficie del diente.

En México algunos dentistas del siglo XIX tenían contacto con los avances de la ciencia que se generaba en el extranjero, tal es el caso del doctor Alfonso María Brito quien, antes que Black, describe la etiología de la caries dental y afirma que es un proceso que tiene su origen en la destrucción química de la estructura dentaria que resulta de la producción de ácidos, como el butírico o el láctico que se encuentran en la cavidad bucal derivados de los procesos del metabolismo bacteriano. Díaz de Kuri (1994:169) cita las siguientes observaciones epidemiológicas que el doctor Brito propuso en una publicación mexicana denominada *El arte dental* en 1887:

La influencia de la raza es causa predisponente y es una de las principales [causas de caries]. En México observamos entre la raza indígena dentaduras perfectamente desarrolladas de una limpieza envidiable, fuertes en su estructura y sólidamente fijada a los alvéolos [...] Los dientes de los individuos de raza latina son endebles, largos, su esmalte blanco transparente azulado debido a su poco espesor [...] Los dientes de las razas orientales e indígenas tienen por lo general un esmalte grueso y compacto que dificulta su deterioro; la cutícula que los protege es resistente y bien formada, impidiendo se adhieran al diente cristalizaciones tartáricas que tanto daño causan a las encías.

Existen algunos estudios recientes que sugieren que la observación del doctor Brito puede ser correcta; pues se detectan índices de caries dental más bajos en grupos de niños indígenas comparados con niños que no se consideran indígenas y viven en zonas urbanas. No obstante, considerando el carácter multifactorial de la caries dental y las grandes diferencias en el estilo de vida entre los niños de zonas indígenas y los que viven en las ciudades, resulta difícil identificar los factores protectores de caries más importantes en los grupos indígenas.

A finales del siglo XIX otros dentistas mexicanos compartían las ideas de Miller. En 1897, el doctor José Ma. Soriano, dentista del presidente Porfirio Díaz (citado en Díaz-de-Kuri, 1994:169) escribe:

La caries dental está caracterizada por la destrucción progresiva y continua de los tejidos del diente, que va del exterior al interior y que muchas veces ocasiona la pérdida total del diente.

En 1881 en México se inició la electrificación del país, lo que produjo un cambio tecnológico importante en la atención dental. Asimismo, inició el uso del “torno dental” que es el antecedente de la pieza de mano actual que se encuentra cotidianamente en los consultorios dentales. En el futuro, este instrumento posiblemente será reemplazado por el rayo láser dando lugar a una nueva etapa del tratamiento de la caries dental. A finales del siglo XIX se introdujeron los anestésicos en la práctica de la odontología; al inicio se trató de anestésicos generales (éter, cloroformo, peróxido de ázoe, nitrito de amyla, etcétera); los doctores Chorné<sup>1</sup> fueron pioneros en México en usar anestesia general en la consulta dental. Posteriormente, se incorporaron las infiltraciones locales, dentro de las más usadas se encontraban las que empleaban como anestésico la morfina, el cloroformo y la kava. El uso de anestesia local se inició en México (1887) casi simultáneamente que en Europa. Es indudable que el uso de anestésicos locales fue un avance fundamental en el tratamiento dental.

A finales del siglo XIX y principios del XX, la profesión odontológica en general logró identificar a la caries dental como un proceso infeccioso. Las exigencias de los nuevos conocimientos hicieron que el odontólogo buscara una mejor formación académica, de tal manera que disciplinas como la microbiología bucal y la histología fueron incorporadas como parte del currículo de la licenciatura en odontología. Así, el dentista pasó de ser un artesano reparador de dientes y constructor de dentaduras, a un científico que trata de explicar los procesos que ocurren en las patologías bucales que atiende. Los cambios en el paradigma sobre la etiología de la caries dental, llevaron a considerar el papel fundamental de la placa dento-bacteriana en el desarrollo de este proceso y como consecuencia la remoción de los depósitos dentales se volvió una recomendación obligada para los pacientes; desde entonces y hasta hoy los dentistas prescriben el diario cepillado den-

<sup>1</sup> En 1886, Margarita Chorné y Salazar, hija del médico Agustín Chorné recibió el título de cirujano dentista. Margarita Chorné fue la primera mujer en ejercer una profesión de dentista en México. En 1908, la embajada de Francia le otorgó un reconocimiento por ser la primera titulada en una profesión independiente en América Latina.

tal para prevenir la caries. En el México del siglo XIX, como se expuso anteriormente, hubo dentistas al tanto de los avances de la ciencia; no obstante, otros permanecieron al margen de la información científica de la época y su interés se centró en la reparación de los dientes afectados por la caries y no en el origen del proceso o formas de prevenirlo.

A principios del siglo XX, México carecía de una institución formal de enseñanza dental. Los títulos los daba el Consejo Superior de Salubridad mediante un examen o título de suficiencia que hacía la Escuela Nacional de Medicina. Hacia 1900, había alrededor de 170 dentistas con título oficial en nuestro país. Siete dentistas de la Sociedad Dental Mexicana propusieron la creación de una Escuela de Enseñanza Dental. El doctor Liceaga, director entonces de la Escuela Nacional de Medicina, aceptó con entusiasmo el proyecto. Se obtuvo un acuerdo presidencial y, más tarde, un decreto (11 de enero de 1902, publicado el 21 de enero del mismo año). En este decreto se estableció la necesidad de una escuela y se señaló cuál sería el plan de estudios para los cirujanos dentistas (Zimbrón, Feingold y Feingold, 1990). La Facultad de Odontología de la Universidad Nacional de México inició sus labores en 1910; antes de este año los dentistas se formaban al lado de otras personas que ejercían la profesión y algunos de ellos se habían graduado en el extranjero.

#### EPIDEMIOLOGÍA DE LA CARIES DENTAL EN MÉXICO

La caries dental ha sido evaluada, con propósitos epidemiológicos, utilizando el índice CPOD (Dientes Cariados, Perdidos y Obturados) el cual ha sido recomendado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) por varias décadas. Este índice ilustra la experiencia de caries dental; se calcula sumando los dientes identificados clínicamente con caries, perdidos por caries u obturados, que presenta un individuo. Para un conjunto de individuos se obtiene promedio del índice CPOD. La OMS ha usado este indicador para identificar las metas de salud bucal. En el 2000, una de las metas fue obtener un índice CPOD de tres o menor, en niños de 12 años. Este organismo internacional promovió una estrategia diferente para identificar las metas para el año 2020 pero mantiene el uso del índice CPOD como uno de los indicadores de la experiencia de caries dental. Debido a las diferencias de los índices de caries dental en los distintos países, el grupo de expertos no fijó valores específicos para las metas y se propuso que cada país

definiera los porcentajes de reducción con base en las condiciones de caries dental en la zona, los recursos disponibles para atenderlas y las condiciones socioeconómicas que prevalecen en el país. El Cuadro 1 describe las metas formuladas por la OMS, para el año 2020 en relación con caries dental (Hobdell, Petersen, Clarckson, Johnson, 2003).

Cuadro 1. Metas para el año 2020 propuestas por la Organización Mundial de la Salud para caries dental

- 
1. Aumentar el porcentaje de niños sin caries dental a los seis años edad en X%.
  2. Reducir el CPOD en X% este índice, particularmente el componente de dientes cariados en X%? en escolares de 12 años, con especial atención a los grupos de alto riesgo.
  3. Reducir el número de dientes extraídos por caries en los grupos de 18, 34-44 y 65-74 en X%?
- 

Nota: de acuerdo con la OMS, los valores de X que corresponden a los porcentajes de cada meta, serán determinados en cada localidad de acuerdo con sus condiciones de enfermedad y posibilidades de intervención.

Fuente: modificado de Hobdell, Petersen, Clarckson y Johnson, 2003.

En nuestro país existe información sobre el nivel de caries dental en población escolar. En 1980 se efectuó una encuesta representativa para el Distrito Federal. Se detectó que el índice para escolares de 12 años era CPOD = 5.5, dos y medio dientes mayor a la meta fijada por la OMS para el año 2000. En 1987-1988 se realizó una encuesta más amplia que incluyó muestras representativas en el Distrito Federal y en otras 9 entidades del país (Baja California Sur, Colima, Chiapas, Morelos, Nuevo León, Guerrero, Hidalgo, Tabasco y Yucatán) y el Estado de México también había realizado una encuesta estatal en estas fechas. En el caso del Distrito Federal el promedio del índice de caries a la edad de 12 años fue de 4.42. Como se desprende de estos datos, en la década de 1980 y posiblemente en años previos el problema era importante en México. Considerando esta situación y la evidencia científica de que la caries es una enfermedad prevenible, a mediados de la década de 1990 el país inicia el programa nacional de fluoración de la sal, el cual consiste en agregar 250 miligramos de flúor por cada kilogramo de sal, para prevenir la caries dental.<sup>2</sup>

<sup>2</sup> En México desde hace varias décadas, a la sal se le añadía yodo para prevenir el bocio y actualmente también se le añade el flúor.



En el periodo 1998 al 2001, se realizó, en población escolar, una encuesta de caries dental representativa para todo México y para cada uno de los estados de la República. El Cuadro 2 presenta la prevalencia de caries dental a los 12 años, según entidad federativa, obtenida en dicha encuesta. Se observa que hay diferencias importantes en la prevalencia de caries dental entre diversos estados del país; algunos estados del centro tienen prevalencias elevadas, alrededor del 80%, mientras que Yucatán tiene la prevalencia más baja, 30.72% en los escolares de 12 años examinados. En esta encuesta el promedio nacional del índice de caries fue de (CPOD) 1.9 a los 12 años. Los resultados apuntan hacia una reducción en los índices de caries, comparados con la información obtenida en la década de 1980, posiblemente esta reducción está asociada con el programa de fluoración de la sal y con el uso de otras medidas preventivas, como el cepillado dental con dentífrico que contiene fluoruros que es una práctica para el cuidado de la salud bucal ampliamente difundida en nuestra población.

Cuadro 2. Prevalencia de caries dental en escolares de 12 años por estado en la República mexicana

| Estado                | Prevalencia % | Estado          | Prevalencia % |
|-----------------------|---------------|-----------------|---------------|
| Aguascalientes        | 43.74         | Morelos         | 79.21         |
| Baja California Norte | 68.88         | Nayarit         | 56.73         |
| Baja California Sur   | 55.30         | Nuevo León      | 53.11         |
| Campeche              | 45.55         | Oaxaca          | 36.61         |
| Chiapas               | 53.27         | Puebla          | 70.86         |
| Chihuahua             | 50.99         | Querétaro       | 51.85         |
| Coahuila              | 36.84         | Quintana Roo    | 56.38         |
| Colima                | 44.84         | San Luis Potosí | 69.41         |
| Distrito Federal      | 82.69         | Sinaloa         | 64.40         |
| Durango               | 62.33         | Sonora          | 53.35         |
| Estado de México      | 87.15         | Tabasco         | 68.95         |
| Guanajuato            | 63.83         | Tamaulipas      | 44.91         |
| Guerrero              | 41.65         | Tlaxcala        | 79.12         |
| Hidalgo               | 36.18         | Veracruz        | 52.26         |
| Jalisco               | 54.86         | Yucatán         | 30.72         |
| Michoacán             | 77.15         | Zacatecas       | 41.24         |

Fuente: *Encuesta nacional de caries 2001*, Programa de salud bucal 2006, Secretaría de Salud, México, Distrito Federal.

La caries dental es un proceso multifactorial que se ha presentado en México durante décadas. Las diferencias en la prevalencia y gravedad de este padecimiento no se explican fácilmente, se sabe que están relacionadas con aspectos dietarios, hábitos de higiene, acceso a los servicios de salud y que el nivel socioeconómico y cultural también desempeña un papel en el desarrollo de este proceso.

#### ENFERMEDADES DEL TEJIDO DE SOPORTE DEL DIENTE

Además de las afecciones directas sobre el tejido dentario, existe un importante grupo de padecimientos denominado “periodonto” que afecta el tejido de soporte del diente, cuyo deterioro puede traer como consecuencia la pérdida dental. Desde el siglo XIX en México los dentistas reconocían las enfermedades de los tejidos de soporte del diente como parte de las patologías de mayor prevalencia en sus pacientes y con consecuencias negativas para su bienestar. El doctor Manuel Higareda (cit. en Díaz-de-Kuri, 1994:171) escribe en una revista de la época: “las afecciones dentales como la periostitis y las diversas estomatitis, dan nacimiento a un olor fétido de la boca que molesta mucho a las personas afectadas”.

Los dentistas de esta época sabían que la etiología de las afecciones periodontales era multifactorial. Se consideraba que el buen estado físico general disminuía la frecuencia de la enfermedad y que el sedentarismo podía aumentar la propensión a la misma. Lo anterior muestra que se consideraba la asociación entre factores sistémicos relacionados con el estado general del paciente y la propensión a desarrollar enfermedad periodontal. Este aspecto en años recientes ha recibido especial atención y se ha establecido la asociación entre enfermedad periodontal y la diabetes mellitus y con las afecciones cardiovasculares (Ford, Raphael, Cullinan, Jenkins *et al.*, 2010).

Por otra parte, la etiología de la enfermedad periodontal también se relacionaba con factores locales. Los practicantes de la odontología en el siglo XIX, consideraban que aspectos locales tales como el apiñamiento dental y las restauraciones mal terminadas que propician la acumulación de la placa dento-bacteriana eran causas de la periodontitis. Se identificaba también que la consecuencia de la *pyorrea* (periodontitis) era el aflojamiento de los dientes y su pérdida. Se conocía poco sobre esta enfermedad y su tratamiento. La limpieza de la cavidad bucal era considerada como un elemento importante para la salud bucal y existían numerosas formulaciones que eran

aplicadas sobre los dientes y encías, las cuales se vendían en las boticas o eran formuladas especialmente para el paciente en el consultorio dental. Los dentífricos, como los conocemos actualmente, se encontraron disponibles para el público sólo a principios del siglo XX (Díaz-de-Kuri, 1994).

Los conceptos recientes de la etiología de la enfermedad periodontal señalan que se trata de una enfermedad donde existe un componente bacteriano en donde la respuesta inmune del huésped desempeña un papel determinante. Mientras que la presencia de placa dento-bacteriana causa gingivitis en la mayoría de los pacientes, el desarrollo de periodontitis no sólo requiere de la presencia de placa sino también de otros factores de riesgo. Es una enfermedad polimicrobiana, en cuyo desarrollo intervienen factores propios del individuo, como los genéticos, y de su medio ambiente (Chapple y Gilbert, 2002).

#### EPIDEMIOLOGÍA DE LA ENFERMEDAD PERIODONTAL

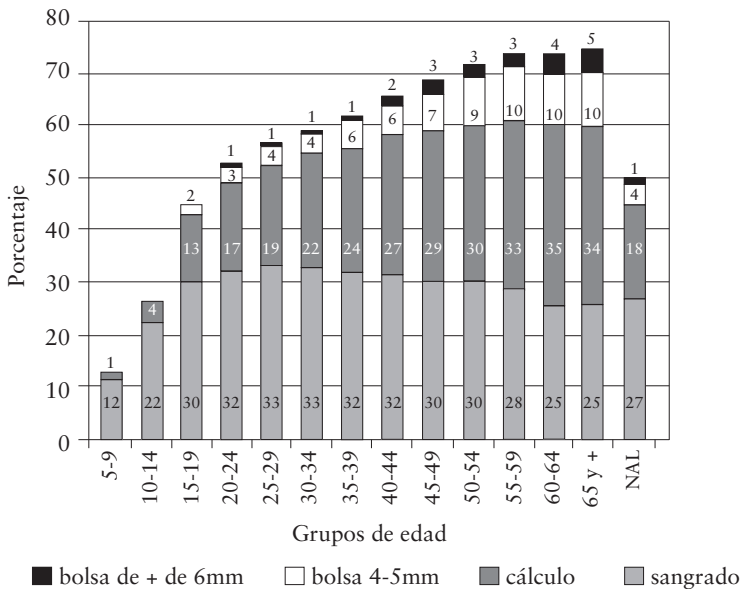
La enfermedad periodontal tiene una etología compleja. Los factores de riesgo citados con mayor frecuencia son: higiene bucal inadecuada, baja frecuencia de visitas al dentista (menos limpiezas dentales y menos extracciones); adicionalmente, dentro de las enfermedades sistémicas asociadas a su agravamiento se encuentran: diabetes mellitus, deficiencias inmunológicas y sida, mientras que entre los factores socioeconómicos se encuentra el bajo nivel educativo, bajo ingreso económico y aspectos genéticos; otro factor de riesgo importante es el tabaquismo. En relación con los hallazgos microbiológicos, se ha detectado que los sitios con enfermedad periodontal avanzada albergan especies Gram-negativas anaeróbicas (por ejemplo *B. gingivalis* y *A. actinomycetemcomitans*). Por otra parte, las zonas sanas tienen microorganismos Gram-positivos aeróbicos (por ejemplo: *Streptococci spp.*). El virus Epstein-Barr se detecta en 60 a 80% de los sitios con periodontitis agresiva y entre el 15 a 20% en zonas con gingivitis o tejido periodontal normal. Se ha encontrado una elevada prevalencia de este virus y de citomegalovirus en sitios con cuentas altas de bacterias anaeróbicas, aunque su participación en la patogénesis de la enfermedad no se ha demostrado. De las más de 300 especies micobianas presentes en la placa dento-bacteriana, sólo unas pocas producen enfermedad periodontal (Chapple y Gilbert, 2002).

Esta enfermedad es difícil de evaluar por lo que existen numerosos índices. El índice que propone la Organización Mundial de la Salud es el perio-

dóntico comunitario (IPC), anteriormente denominado CPITN (índice comunitario de necesidades de tratamiento periodontal) (World Health Organisation, 1997). Una de sus ventajas es que es relativamente fácil de realizar y no se requiere revisar todos los dientes, sino que se realiza una evaluación a partir de dientes indicadores, lo que resulta en un menor tiempo de aplicación de la prueba, comparado con índices en los que se revisan todos los dientes. Este índice se aplica en los primeros y segundos molares superiores e inferiores, en un diente central superior y en otro inferior. En este índice se consideran cuatro condiciones del estado del tejido de soporte del diente: sano, presencia de sangrado al sondeo, bolsa periodontal de 4 a 5 milímetros y bolsa de mayor profundidad ( $\geq 6$  mm). La Gráfica 1 muestra el resultado del índice comunitario de necesidades de tratamiento periodontal obtenidos a partir del sistema de vigilancia epidemiológica de la Secretaría de Salud.

Los datos son obtenidos en las unidades centinela, el sistema de vigilancia epidemiológica para las patologías bucales (Sivepab) contiene informa-

Gráfica 1. Distribución del índice periodontal (IPC) en los pacientes que acuden a consulta odontológica



Fuente: Sistema de Vigilancia Epidemiológica Bucal (SIVEPAB) [www.dgebi.salud.gob.mugbolsivepad/2008/SIVEPAB-Bol-4-dic07pdf].

ción sobre las personas que acuden a solicitar atención dental. Este hecho sesga los resultados hacia personas con necesidades de atención y generalmente dentadas, por lo que sus resultados deben tomarse con cautela y considerar que no representan el estado de la cavidad bucal de los habitantes de todo el país; no obstante el Sivepab brinda información de numerosas clínicas del país y provee datos sobre necesidades de atención de los usuarios de los diferentes servicios dentales del sistema de seguridad social en México.

#### OTRAS ENFERMEDADES BUCALES DE RELEVANCIA EPIDEMIOLÓGICA

Además de la caries dental y las enfermedades periodontales, también se presentan numerosas enfermedades de la mucosa bucal, destacando por su importancia el cáncer y algunas manifestaciones de enfermedades sistémicas. En México el cáncer bucal tiene relevancia no sólo por su elevada mortalidad sino también por las diversas consecuencias que su tratamiento ocasiona sobre los tejidos blandos y duros de la región maxilofacial, las cuales van desde problemas de naturaleza local que afectan la fonación, masticación y deglución, hasta el desarrollo de procesos degenerativos, inflamatorios e infecciosos graves (hiposalivación persistente, osteoradionecrosis, mucositis, etcétera), así como alteraciones estéticas y funcionales que deterioran notablemente la calidad de vida de los afectados. Diversas series a nivel internacional revelan que el carcinoma escamocelular representa alrededor del 90% de todas las neoplasias malignas bucales y el resto corresponde a procesos linfoproliferativos, tumores malignos de glándulas salivales menores, diversos tipos de sarcomas, melanomas y neoplasias metastásicas (Van-der-Waal y Van-der-Waal, 2007). A escala mundial, se estima que cada año se diagnostican alrededor de 350 000 a 400 000 casos nuevos y que el carcinoma de células escamosas de la región bucal representa el sexto lugar entre todos los tipos de cáncer que se desarrollan en ambos sexos, observándose las tasas de prevalencia más altas en algunas zonas del Sureste Asiático, Este de Europa y ciertas regiones de Sudamérica (Parkin, Pisani y Ferlay, 1999). En México, sin embargo, de acuerdo con el Registro Histopatológico de Neoplasias uno de cada 100 casos de cáncer se desarrolla en la región bucal y éstos no se encuentran entre los primeros diez tumores malignos (Secretaría de Salud, 2002).

Resulta lamentable que, siendo la cavidad bucal un sitio fácilmente accesible a la exploración clínica, el examen estomatológico debiera detectar las lesiones malignas en etapas tempranas, sin embargo, la realidad revela que por ser asintomáticas en sus inicios y al no existir acciones dirigidas a promover la prevención y el diagnóstico oportuno entre la población en riesgo, su identificación y tratamiento suele realizarse en etapas avanzadas de la enfermedad, cuando ya existe invasión a tejidos profundos y en muchas ocasiones metástasis, lo que complica su manejo, empeora drásticamente su pronóstico e incrementa la mortalidad por estos padecimientos y sus complicaciones biológicas y terapéuticas.

Las diferencias registradas en cuanto a las tasas reportadas de cáncer bucal (y específicamente de carcinoma escamocelular) en las distintas poblaciones, se han explicado tradicionalmente con base en los distintos estilos de vida que favorecen la exposición de los individuos a diversos factores de riesgo para su desarrollo. Entre los agentes carcinógenos más conocidos e identificados en la población afectada destacan los productos de la combustión del tabaco y el consumo de bebidas alcohólicas, observándose que la combinación de ambos produce una acción sinérgica para el desarrollo de cáncer bucal (Rodríguez, Altieri, Chatenoud, Gallus *et al.*, 2004).

Existen estudios que sugieren que algunos casos de carcinoma oral se relacionan con infección por los subtipos 16 y 18 del Virus Papiloma Humano (VPH), particularmente las lesiones localizadas en la zona posterior de la lengua y orofaringe y especialmente en mujeres jóvenes que no fuman ni consumen alcohol, por lo que se ha especulado una probable vía de transmisión sexual y se ha reconocido un mejor pronóstico en comparación a los tumores no asociados con este agente infeccioso (Dahlgren, Dahlstrand, Lindquist, Högmö *et al.*, 2004; Scully, 2002). Por otra parte, se han encontrado evidencias que señalan que el riesgo de desarrollar cáncer es mayor en aquellos individuos que, además de estar expuestos a los factores antes mencionados, tienen dietas con bajo consumo de frutas y vegetales (Potter, Chávez, Chen, Ferro-Luzi, 1997), lo que se asociaría a una deficiencia de elementos implicados en el metabolismo y degradación de carcinógenos a nivel sistémico y de enzimas encargadas de reparar mutaciones genéticas, particularmente de oncogenes como el Receptor de Factor de Crecimiento Epidérmico (EGFR) y proteínas como p53, la cual participa en la reparación de las células potencialmente malignas o las destruye por apoptosis (Scully y Petti, 2010).

La mayoría de los afectados por carcinoma escamocelular bucal son adultos de edad mediana y mayores, aunque en años recientes se ha observado un incremento en jóvenes, posiblemente debido a una mayor exposición a edades tempranas a diversos agentes carcinógenos. Se estima en la actualidad un predominio en el sexo masculino para este padecimiento, pero se considera que ha habido un incremento notable en el número de mujeres afectadas en varios países occidentales. Un estudio dirigido a conocer la frecuencia relativa de los distintos tipos de neoplasias malignas en laboratorios de patología bucal en la Ciudad de México señaló que, a diferencia de lo observado en países desarrollados, los carcinomas escamocelulares representan menos del 80% del total del cáncer bucal y se observó que las lesiones linfoproliferativas ocupan el segundo lugar en frecuencia (Mosqueda-Taylor, Ibáñez-Mancera, Díaz-Franco, Irigoyen-Camacho *et al.*, 2000), hallazgo que se correlaciona positivamente con lo reportado en otros países de América Latina en los que predomina la población de ascendencia indígena o mestiza, en los que se ha encontrado una alta incidencia de este tipo de cáncer, particularmente en forma de linfomas de células T/NK asociados a infección por virus Epstein Barr y otros tipos de linfomas de células grandes con inmunofenotipo B, relacionados con inmunosupresión por causas infecciosas y base genética (Navarro, Zárate, Meneses, Kingman y Jaffe, 1994; Arber, Weiss, Albuja, Chen *et al.*, 1993).

Dada la naturaleza e historia natural del carcinoma escamocelular de boca, los estudios de incidencia buscan identificar a los individuos que presentan mayor riesgo por exposición a los agentes carcinógenos conocidos y suelen dirigirse a detectar las lesiones en etapas tempranas, o mejor aún, a descubrir lesiones consideradas como “precursoras” o precancerosas para poder ofrecer entonces un tratamiento más eficiente y con menos efectos secundarios. La OMS reconoce dos tipos de lesión precancerosa de la mucosa bucal: la leucoplasia (o leucoplaquia) y la eritroplasia. Debido a que la primera es mucho más frecuente, la mayoría de estudios epidemiológicos se han centrado en ella. La prevalencia de leucoplasia encontrada en distintas poblaciones ha demostrado notables diferencias de una región a otra, pues se han registrado cifras que van del 0.2% al 11.7%, lo cual puede explicarse con base en:

1. Falta de unificación en los criterios de diagnóstico utilizados (algunos autores consideraban a la leucoplasia como cualquier mancha blanca no desprendible de la mucosa bucal, lo que aumentaba las posibilidades

- de incluir lesiones comunes de la mucosa, tales como queratosis friccionesales, líquen plano, morsicatio buccarum, etcétera, lo que a su vez produce cifras de prevalencia mayores).
2. Edad de la población examinada. Se sabe que el cáncer bucal es una enfermedad que incrementa su incidencia con el avance de la edad ya que es dependiente no sólo de la susceptibilidad individual sino de la acción de carcinógenos a lo largo del tiempo de exposición. De esta manera, habrá una menor prevalencia en poblaciones que incluyan a grupos de edad pediátrica o jóvenes y será mayor en poblaciones de edades avanzadas.
  3. Situación socioeconómica y aspectos culturales. Éstos se relacionan con mayor susceptibilidad por deficiencias nutricionales y mayor prevalencia de infecciones crónicas y estados de inmunosupresión en grupos de menores ingresos, así como con la existencia de hábitos de consumo de sustancias carcinogénicas tales como tabaco, betel y bebidas alcohólicas de destilación incompleta.

En estudios de prevalencia de lesiones de la mucosa bucal llevados a cabo en México, las lesiones blancas de la mucosa bucal representan las entidades más frecuentemente observadas en pacientes mayores de 15 años que solicitan atención estomatológica (Castellanos, Díaz-Guzmán, 2008). Asimismo, en un estudio realizado en 812 adultos mayores de 34 años, residentes del área sur de la Ciudad de México, la prevalencia de manchas blancas de la mucosa bucal fue de 24.5%, sólo superadas en frecuencia por las condiciones debidas al depósito de pigmento melánico (particularmente melanososis fisiológica). Entre las lesiones blancas detectadas, el mayor porcentaje correspondió a queratosis friccional (15.8%), seguido por leucoedema (10.9%), leucoplasia (0.9%), líquen plano (0.7%) y candidosis crónica hiperplásica (0.2%) (Ramírez, Mosqueda y Hernández, 1986).

Otras entidades que han sido reportadas en los estudios epidemiológicos realizados sobre lesiones de la mucosa bucal incluyen a lesiones tumorales benignas con causa aparente, comúnmente asociadas con prótesis desajustadas o factores traumáticos de origen dental, lo que pone de manifiesto la constante necesidad de una adecuada atención estomatológica a nuestra población, ya que a pesar de contar con historia de atención dental, la presencia de estas lesiones revela una falta de seguimiento y mantenimiento de las condiciones adecuadas de salud bucodental y con frecuencia las lesiones detectadas pueden ser de gran magnitud y provocar severos daños a la sa-



lud bucal y sistémica de los afectados. Como ejemplo de esto, baste mencionar la elevada frecuencia de ulceración traumática, queratosis friccional e hiperplasias fibrosas registradas en los pacientes que acudieron a consulta estomatológica en la Universidad la Salle (Bajío) de 1982 a 2003, la cuales representaron 4%, 3.2% y 1.8% respectivamente (Castellanos y Díaz-Guzmán, 2008). En población abierta estas cifras se registraron en 3.4%, 15.8% y 9.7% respectivamente (Ramírez, Mosqueda y Hernández, 1986).

El reducido número de trabajos epidemiológicos realizados en nuestro país sobre enfermedades bucales distintas a caries pone de manifiesto la necesidad de incrementar la capacitación del personal médico y estomatológico para promover la identificación de dichas entidades en los diferentes niveles de atención, a fin de incrementar la realización de proyectos de investigación tendientes a caracterizar a las lesiones bucales de mayor prevalencia e importancia y en consecuencia desarrollar las medidas apropiadas para su manejo, prevención y control. En México, las enfermedades de la cavidad bucal se encuentran dentro de las principales causas de consulta en el sector salud. El número de consultas otorgadas por concepto de tratamiento odontológico en el 2007 fue de 14 499, 436 en las instituciones del sector salud, a estas consultas se deben agregar las que se otorgaron en el sector privado. Esta cifra es un indicador de la carga que las enfermedades de la cavidad bucal representan para la sociedad mexicana. Estas enfermedades no están distribuidas de manera uniforme entre la población sino, como sucede con muchas otras enfermedades, afecta principalmente a sectores con bajos recursos socioeconómicos.

#### ALGUNAS CONSIDERACIONES SOBRE EL IMPACTO DEL ESTADO DE LA CAVIDAD BUCAL EN LA CALIDAD DE VIDA

La desigualdad social repercute en el estado de salud de la población, lo cual ha sido demostrado en numerosos grupos, tanto en población infantil como en adultos mayores. Los grupos de bajo nivel de ingresos tienen una clara desventaja cuando se les compara con grupos con mayores ingresos. Es importante subrayar que no se trata de un fenómeno donde se puedan hacer dos grandes grupos, pobres comparados con ricos, sino que se ha identificado que hay un gradiente de respuesta; a mayor deterioro económico, mayor daño a la salud. Por ejemplo, el estado de salud de un grupo de clase media es mejor que el de un grupo de clase baja, pero presenta un mayor

deterioro si se le compara con un grupo con niveles más altos de ingreso. Estas disparidades se observan en indicadores tales como las tasas de mortalidad, las tasas de morbilidad de enfermedades crónicas y agudas, en la auto-percepción del estado de salud e incluso en el bajo peso al nacer de los niños o en los días de discapacidad (MacIntyre, 1986; Drever y Whitehead, 1997).

Los estudios sobre la relación entre el estado de salud de la cavidad bucal y el nivel socioeconómico muestran, al igual que en los aspectos generales de salud, un deterioro en las condiciones de salud bucal en los grupos de menores ingresos (Watt y Sheiham, 1999). Son diversos los indicadores que se han utilizado para estudiar el impacto del nivel socioeconómico y socio-cultural en la salud bucal. En Estados Unidos se usan variables de ingreso y nivel educativo como indicadores de desigualdad, con mayor frecuencia que la clase social. En este país se ha encontrado que las familias con menores ingresos tienen peores condiciones de salud general y de salud bucal que las personas con un mejor ingreso (Gilbert, Duncan y Shelton, 2003).

En México se cuenta con estudios epidemiológicos que muestran que la población con menores ingresos tiene un estado de salud de la cavidad bucal más deteriorado. Se han usado indicadores tales como la escolaridad de la madre, el ingreso y el tipo de escuela (pública o privada) para describir diferencias socioeconómicas. Usando cualquiera de estos indicadores, se observan disparidades en la salud bucal, mostrándose un mayor deterioro en los grupos que cuentan con menores recursos. En un estudio comparativo de caries en escolares de 6 a 12 años, en escuelas públicas y privadas en el Distrito Federal, se observó que los niños de escuelas públicas tienen prevalencias e índices más altos de caries dental, en cada uno de los grupos de edad estudiados. En niños de nueve años el índice CPOD fue de 2.60 en las escuelas públicas y de 1.69 en las privadas. Asimismo, el porcentaje de niños libres de caries fue más elevado en las escuelas privadas que en las públicas (34.9% y 19.5%, respectivamente). El Cuadro 3 muestra los índices de caries en cuatro grupos de edad de acuerdo al tipo de escuela (públicas frente a privadas), se detecta que las diferencias aumentan conforme se incrementa la edad, para favorecer a los niños de escuelas privadas. Este estudio también reveló que las necesidades de tratamiento odontológico fueron considerablemente más altas en los alumnos de escuelas públicas, quienes tuvieron 83% de necesidades de tratamiento restaurador, mientras que en el grupo de niños de escuelas privadas fue de 27.6% (Irigoyen, Mupomé y Mejía, 1999).

Cuadro 3. Índices de caries dental (CPOD) en niños de escuelas públicas y privadas por grupo de edad

| Edad | Escuelas públicas |        |              | Escuelas privadas |        |              |
|------|-------------------|--------|--------------|-------------------|--------|--------------|
|      | CPOD              | (SD)   | Sin caries % | CPOD              | (SD)   | Sin caries % |
| 6    | 0.54              | (1.06) | 73.2         | 0.26              | (0.60) | 80.9         |
| 8    | 1.94              | (1.72) | 32.4         | 1.41              | (1.37) | 38.2         |
| 10   | 3.06              | (2.15) | 18.0         | 2.01              | (1.88) | 34.3         |
| 12   | 4.64              | (3.19) | 09.5         | 2.78              | (2.90) | 28.6         |

Fuente: Irigoyen, Maupomé y Mejía, 1999.

Las desventajas socioeconómicas se añan a un mayor deterioro en el estado de salud bucal y a una menor capacidad de contender con los problemas, lo que resulta en un impacto importante de la condición de la cavidad bucal en la calidad de vida de las personas (Locker, 1988).

#### PERSPECTIVAS

En nuestro país, un aspecto que poco se conoce en relación con los problemas de salud es la situación que durante los últimos dos siglos han tenido las enfermedades que afectan a la región bucal y sus repercusiones sobre otros aparatos o sistemas del organismo. Aun en el panorama actual, las estadísticas de salud suelen omitir este tipo de alteraciones. Muchas de las enfermedades de región bucal tienen una alta incidencia y prevalencia en la población. La prevención de muchas de éstas es de costo relativamente bajo, pero requiere que la población esté familiarizada en cuanto a medidas para lograr su higiene oral y acceso a los servicios para poder revisarse periódicamente. El beneficio de atender la salud bucal se ejemplifica en la mejora del pronóstico de diferentes tipos de cáncer de cabeza y cuello que pueden ser detectados en etapas tempranas. Aunque los beneficios de la atención bucal son grandes, el tratamiento estomatológico en general es costoso, por lo que la inaccesibilidad de los servicios hace que una proporción importante de la población no pueda beneficiarse de la atención a este aspecto de la salud y la enfermedad.

El cambio en la percepción y atención de los problemas de la cavidad bucal requiere del desarrollo de nuevos modelos para su promoción y atención; es importante integrar el componente de salud bucal a la salud general, lo que requiere de que el personal dedicado a la salud bucal tenga una preparación que le permita contribuir en el cuidado general de salud. La salud pública bucal necesita un cambio de enfoque en los proveedores de servicios odontológicos que vaya más allá de la relación dentista-paciente hacia un enfoque comunitario. Es esencial que los diferentes agentes inmersos en el problema de salud asuman sus responsabilidades, de tal forma que el sector salud proporcione programas de promoción y de educación adecuados para la salud y que se mejore el acceso a los servicios; asimismo, es fundamental que la población tome en sus manos la responsabilidad del autocuidado, de tal forma que a partir de un esfuerzo conjunto se mejoren las condiciones de salud bucal de la población y las necesidades de atención sean satisfechas en forma adecuada.

#### BIBLIOGRAFÍA

- Arber, D.A.; Weiss, L.M.; Albuja, P.F.; Chen, Y.Y. y Jaffe E.S. (1993), “Nasal lymphomas in Peru: High incidence of T-cell immunophenotype and Epstein Barr virus infection”, *American Journal of Surgical Pathology*, núm. 17, pp. 392-399.
- Castellanos, J.L. y Díaz-Guzmán, L. (2008), “Lesions of the oral mucosa: an epidemiological study of 23785 Mexican patients”, *Oral Surgery Oral Medicine Oral Pathology Oral Radiology and Endodontology*, núm. 105, pp. 79-85.
- Chapple, L.C. y Gilbert, D. (2002), “Understanding Periodontal Diseases: Assessment and Diagnostic Procedures in Practice”, *Periodontology*, Quintessentials, Londres.
- Dahlgren, L.; Dahlstrand, H.M.; Lindquist, D.; Högmo, A.; Björnestal, L.; Lindholm, J.; Lundberg, B.; Dalianis, T. y Munck-Wickland, E. (2004), “Human papillomavirus is more common in base of tongue than in mobile tongue cancer and is a favourable prognostic factor in base of tongue cancer patients”, *International Journal of Cancer*, núm. 112, pp. 1015-1019.
- Díaz de Kuri, M.V. (1994), *El nacimiento de una profesión. La odontología en el siglo XIX en México*.
- Drever, F. y Whitehead, M. (eds.) (1997), *Health inequalities*, National Statistics, Londres.

- Ford, P.J.; Raphael, S.L.; Cullinan, M.P.; Jenkins, A.J.; West, M.J. y Seymour, G.J. (2010), "Why should a doctor be interested in oral diseases?", *Expert Review of Cardiovascular Therapy*, núm. 8, pp. 1483-1493.
- Gilbert, G.H.; Duncan, R.P. y Shelton, B.J. (2003), "Social determinants of tooth loss", *Health Services Research*, núm. 38, pp. 1843-1862.
- Hobdell, M.; Petersen, P.E.; Clarkson, J. y Johnson, N. (2003), "Global goals for oral health 2020", *International Dental Journal*, núm. 53, pp. 285-288.
- Hyattsville, M.D. (1994), *Health United States 1993*, Department of Health and Human Services, National Center for Health Statistic, Estados Unidos.
- Irigoyen, M.E.; Maupomé, G. y Mejía, A. (1999), "Caries experience and treatment needs in a 6- to 12-years-old urban population in relation to socio-economic status", *Community Dental Health*, núm. 16, pp. 245-249.
- Locker, D. (1988), "Measuring oral health: a conceptual framework", *Community Dental Health*, 88:5, pp. 3-18.
- MacIntyre, S. (1986), "The patterning of health by social position in contemporary Britain: directions for sociological research", *Social Science Medicine*, núm. 23, pp. 393-415.
- Mosqueda Taylor, A.; Ibáñez Mancera, N.; Díaz Franco, M.A.; Irigoyen Camacho, M.E. y Sida Martínez, E. (2000), "Frecuencia de neoplasias malignas de la región bucal y máxilo-facial en dos servicios de patología de la Ciudad de México", *Revista Ciencias Clínicas*, núm. 1, pp. 31-35.
- Navarro, R.L.; Zarate, O.A.; Meneses, A.; Kingman, D.W. y Jaffe, E.S. (1994), "High grade AIL and Epstein Barr virus infection in 22 cases from Mexico", *Modern Pathology*, 7:11.
- Parkin, D.M.; Pisani, P. y Ferlay J. (1999), "Estimates of the worldwide incidence of 25 major cancers in 1990", *International Journal of Cancer*, núm. 80, pp. 827-841.
- Poirier, L.A. y Willett, W. (1997), *Food, nutrition and the prevention of cancer: a global perspective*, World Cancer Research Fund/American Institute of Cancer Research, Washington, DC.
- Ramírez, A.V.A.; Mosqueda, A. y Hernández, L.L.H. (1986), *Estudio epidemiológico de las lesiones de la mucosa oral*, Cuadernos de CBS, núm. 11, UAM-Xochimilco, México.
- Rodríguez, T.; Altieri, A.; Chatenoud, L.; Gallus, S.; Bosetti, C.; Negri, A.; Franceschi, S.; Levi, F. y Talamini, R. (2004), "La Vecchia C. Risk factors for oral and pharyngeal cancer in young adults", *Oral Oncology*, núm. 40, pp. 207-213.
- Scully, C. (2002), "Oral squamous cell carcinoma; from a hypothesis about a virus, to concern about possible sexual transmission", *Oral Oncology*, núm. 38, pp. 227-234.
- Scully, C. y Petti, S. (2010), "Overview of cancer for the healthcare team: Aetiopathogenesis and early diagnosis", *Oral Oncology*, pp. 402-406.

- Secretaría de Salud (2002), “Registro Histopatológico de Neoplasias Malignas”, en Secretaría de Salud, *Compendio de Cáncer. Mortalidad/ Morbilidad*, Secretaría de Salud, Dirección General de Epidemiología, México.
- Striffler, D.F.; Young, W.O. y Burt, B. (1983), *Dentistry, dental practice and the community*, PhiladelphiaSounders Company, Estados Unidos.
- Van der Waal, R. y Van der Waal, I. (2007), “Oral non-squamous malignant tumors; diagnosis and treatment”, *Medicina Oral, Patología Oral y Cirugía Bucal*, 12(7): E486-91.S.
- Watt, R. y Sheiham A. (1999), “Inequalities in oral health: a review of the evidence and recommendations for action”, *British Dental Journal*, núm. 187, pp. 6-12.
- World Health Organization (1997), *Oral health surveys. Basic Methods*, WHO, Ginebra.
- Zimbron, L.; Feingold, A. y Feingold, M. (1990), *Breve historia de la odontología en México*, Universidad Nacional Autónoma de México/CRIM, Cuernavaca.



# La alimentación infantil en el siglo XX. Un recuento crítico en torno a leyes, programas y acciones públicas en salud en México

Ma. del Pilar Torre Medina  
Monserrat Salas Valenzuela

## INTRODUCCIÓN

La alimentación infantil constituye en la actualidad un interesante ejemplo de los nudos problemáticos de la salud pública y, por consiguiente, de las políticas públicas, ya que es un área singular de la reproducción humana: la crianza y supervivencia de las *crías*, mediante los cuidados necesarios para lograr su desarrollo y bienestar. Por ello, el estado de nutrición y salud de la infancia son indicadores del desarrollo social de un país.

La preocupación en torno a la alimentación infantil (en adelante AI) surge de la declinación de la práctica de lactancia materna, documentada a escala mundial durante la década de 1970. Retomando las acciones de la sociedad civil organizada (Grupo Tercer Mundo, 1982; War-or-Want, 1981) y de sectores críticos del sistema médico (Laurence, 1980; Jelliffe y Jelliffe, 1978), diversas instancias de la Organización de las Naciones Unidas (ONU), como la Organización Mundial de la Salud (OMS), el Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (Unicef) y la Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO), gestionaron políticas de prevención, promoción e intervención en el marco de la supervivencia infantil con acciones específicas relativas a la AI, cuyo punto culminante



ocurrió durante la primera Cumbre Mundial a Favor de la Infancia realizada en 1990, ya que en la *Declaración Mundial sobre la Supervivencia, la Protección, el Desarrollo del Niño y su Plan de Acción* (Unicef, 1990) los Estados miembros se comprometieron en el diseño de políticas públicas para tomar en cuenta específicamente las recomendaciones alimentarias, destinando recursos financieros específicos de procedencia gubernamental a los cuales se sumarían recursos internacionales.

Desde un punto de vista estrictamente biológico, la especie humana garantiza su supervivencia con una alimentación a base de leche durante sus primeros meses de vida y posteriormente con otros alimentos escogidos por razones económicas, culturales y sociales. Aunque puede resultar obvio, la alimentación de los bebés durante sus primeros dos años de vida constituye el principio de la trayectoria alimentaria que se expresará a lo largo de la vida. Las recomendaciones internacionales vigentes (OMS, 2001) establecen como modelo alimentario para la salud infantil la lactancia materna durante dos años; los primeros 6 meses de manera exclusiva y complementada posteriormente con alimentos tomados de la dieta familiar en cantidad y calidad suficientes.

Para que esta recomendación sea posible de ponerse en práctica, se requiere del tiempo, la voluntad y condiciones específicas para que el cuerpo de una mujer-madre produzca hasta 750 ml de leche materna por día, durante 6 meses y hasta un año y más. Esto confiere un desafío singular y personal para que la lactancia materna (en adelante, LM) se instituya como una práctica cotidiana que garantice la alimentación completa de un bebé durante dos años. Si esto no es posible –por razones de diversa índole, no sólo biológicas–, entonces las mujeres y sus familias recurren a otras fuentes de alimento como las fórmulas infantiles, los alimentos comerciales para bebés, atoles, leche preparada u otros alimentos, que son diferentes en los diversos entornos familiares y sociales y que pueden ser adecuados, o no, para la alimentación de los bebés.

Por ello, la AI se coloca en territorios del cuerpo femenino y la crianza, y conlleva decisiones alimentarias pertinentes a las condiciones de vida de cada familia y grupo social. Por ejemplo, los bebés que acuden a guarderías públicas son alimentados mediante dos esquemas consecutivos, que no contemplan la LM: los lactantes menores (desde los 40 días hasta los 6 meses) son alimentados con *fórmulas de inicio*, por medio de biberón, y en algunos casos con alimentos semisólidos a partir de los 4 meses; los lactantes mayores (de 6 a 12 meses) son alimentados con *fórmulas de continua-*

*ción*, y alimentos semisólidos en forma de puré con cambios en las texturas, la densidad nutritiva, la cantidad y la variedad de alimentos, en función de la edad y el crecimiento de cada bebé. Al cumplir el año, reciben una gran variedad de alimentos disponibles.

Por las múltiples posibilidades alimentarias, proponemos concebir la AI como un ámbito de socialización con singularidades en el que confluyen entre otros, el contacto de la población con los servicios de salud, ciertos elementos del saber y la práctica médica/nutricional, la disponibilidad comercial de alimentos para bebés y su mercadotecnia, así como las condiciones socioeconómicas, laborales y familiares para poner en práctica una cierta modalidad alimentaria. Es decir, durante los primeros dos años de vida, la alimentación infantil puede adoptar características diversas y cambiantes que frecuentemente pueden sobreponerse en casos concretos, variando en el tiempo y en los diversos sectores sociales, de acuerdo con las dinámicas subjetivas, sociales y familiares.

El propósito del presente capítulo es evidenciar ciertos aspectos del desempeño del Estado mexicano en relación con la AI para observar la forma en que ha asumido sus compromisos y responsabilidades para proteger la salud y el bienestar infantiles. Para ello, presentamos una revisión de las leyes promulgadas en México en el transcurso del siglo XX que tratan el tema de la AI, así como de los principales programas y acciones públicas emprendidas por el Estado mexicano al respecto.

En áreas disciplinarias como la pediatría, la nutrición, la salud pública, la epidemiología y la demografía suele utilizarse el concepto *infantil* sin que se explicita su definición o alcance. Nuestra definición se establece en relación directa con la alimentación y considera a la población infantil desde el nacimiento y hasta los 24 meses de edad; se entiende como *alimentación* todo lo que el bebé ingiere en diversas formas: líquidos, papillas/puré de diversa consistencia, alimentos enteros, sea cual sea la cantidad que consuma, el instrumento o utensilio que ayude a consumirlo o el momento en el que le sea ofrecido.

#### LA SITUACIÓN ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL DE LA INFANCIA EN MÉXICO

En tanto los indicadores de salud de la infancia en México mejoraron consistentemente durante el siglo XX, en el presente siglo aparecen problemas

de mayor complejidad y de alcance nacional, mientras que permanecen los viejos retos para la salud pública. La tasa de mortalidad infantil –el indicador epidemiológico más crudo sobre la situación nacional de los menores de un año–, ha descendido constantemente para ubicarse en el año 2008 en 15.1 defunciones por cada mil nacidos vivos, cuando en 1990 era de alrededor de 36, y en 1970 era mayor de 84 (Ssa, 2010). Para 2008 el INEGI reporta alrededor de 2.6 millones de nacimientos anuales, cifra que ha permanecido más o menos constante desde el 2002.

Se reconocen grandes avances en el estado general de salud en la población nacional, articulados a cambios sustanciales en las estructuras demográfica y socioeconómica, con un incremento en el acceso de la infancia a los servicios de salud, a los programas de inmunizaciones y, con suerte, a alguno de los programas gubernamentales de asistencia social; también hay avances en la salud materna, como mayor acceso al control de la fecundidad, a servicios prenatales y de atención del parto, entre otros aspectos vinculados con el desarrollo nacional, aunque permanecen enormes niveles de inequidad y pobreza, los cuales se expresan, por ejemplo, en tasas de mortalidad infantil muy por encima de la media nacional en zonas indígenas y de alta marginación (Torre, 1998).

Sin embargo, en el ámbito alimentario-nutricional, las evidencias señalan que el alcance de los compromisos gubernamentales parece insuficiente para mejorar la AI. Las cifras comparativas que anualmente reporta Unicef sobre los indicadores de calidad de vida de los países, en 2009 ubicaron a México en el lugar 112 con base en el indicador *mortalidad de menores de 5 años* (MM5);<sup>1</sup> un lugar nada honroso para una economía que se presume en ascenso, pese a que 40% de la población pobre dispone del 12% de PIB, mientras que 20% de la población de altos ingresos posee 56%; en dicho informe se reporta una prevalencia de 8% de bajo peso al nacer, una tasa global de fecundidad que ha pasado de 6.7 hijos/hijas por mujer en 1970, a 2.2 en 2009, y una esperanza de vida de 76 años (Unicef, 2009). El capítulo sobre nutrición de dicho informe señala que 20% de los menores de 6 meses recibe Lactancia Materna Exclusiva (en adelante LME) y que 25% de los bebés de 12 a 23 meses continúan lactando. Llama la atención que para México, no se presenta el dato sobre lactancia con alimentos complementarios de 6 a 9 meses, que se presenta para otros países.

<sup>1</sup> Mortalidad infantil = defunciones de menores de un año/ mil nacidos vivos. MM5 = defunciones de 0 a 5 años/ mil nacidos vivos.

## LAS MIRADAS SOBRE LA ALIMENTACIÓN INFANTIL

Los primeros estudios realizados por grupos académicos de las instituciones de salud del Estado mexicano se remontan a principios de la década de 1940 cuando se fundan la Secretaría de Salubridad y Asistencia (hoy Secretaría de Salud), el Instituto Mexicano del Seguro Social, así como los grandes hospitales en la Ciudad de México y en las principales ciudades del país. El grupo del Hospital Infantil, encabezado por el doctor Federico Gómez, abordó el tema de la desnutrición desde sus elementos clínicos y terapéuticos, debido a las condiciones de los niños que ingresaban a dicho hospital.

En 1944 se funda el Instituto de Nutriología y se inicia la *tradición* de las encuestas sobre alimentación y nutrición con un estudio en comunidades otomías en el estado de Hidalgo, financiado por la Fundación Rockefeller. En 1957 este Instituto se fusiona con el Hospital de Enfermedades de la Nutrición para crear el Instituto Nacional de Nutrición, ahora Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán, en cuyos documentos fundacionales se manifiesta el interés por estudiar los problemas de alimentación y nutrición de la población, enraizados en el contexto social.

La hoy Dirección de Nutrición del Instituto, conocida entonces como División de Nutrición de Comunidades, bajo la dirección del doctor Adolfo Chávez, propuso una mirada de la alimentación en el contexto de la salud pública y dedicó grandes esfuerzos a conocer la magnitud, la distribución y las características de la desnutrición infantil, preescolar y materna, sobre todo en el medio rural mexicano y en poblaciones pobres (Chávez y Martínez, 1982). Se relacionó la desnutrición con las condiciones de vida y la subalimentación con las alteraciones en el crecimiento y desarrollo infantil. Se describió la desnutrición infantil en el entorno comunitario como resultado del denominado *destete tardío* y una insuficiente y tardía oferta de alimentos. Este enfoque guió las encuestas y los programas de nutrición desde finales de la década de 1950 hasta la de 1980 (Pérez-Hidalgo y Chávez, 1976).

En la trayectoria de más de 50 años, destaca el papel asesor que dicha Dirección ha tenido en el diseño de algunas políticas, programas y acciones públicas en el país, así como en la elaboración de tablas de valor nutritivo de los alimentos de uso común en México y en el establecimiento de recomendaciones de nutrimentos para la población. Además, han propuesto aproximaciones metodológicas para diferentes temas alimentarios, tales como los registros para estimar el consumo de alimentos en encuestas de prevalencia

regional de desnutrición que, aunque no lograron representatividad nacional sí permitieron estimar la magnitud y la distribución de los problemas de desnutrición infantil en México desde la década de 1960 (Zubirán y Chávez, 1963). También han desarrollado programas de acción contra el hambre y la desnutrición en zonas y comunidades rurales, que tienen impacto en la calidad de vida de las poblaciones, que son evidencia de la falta de voluntad política de los gobiernos para mantenerlos en operación.

En el año 2000, el Consejo Nacional de Población (Conapo) presentó un panorama sobre los cambios en la AI operados entre las décadas de 1970 y 1990, mediante los datos de tres encuestas nacionales sobre aspectos demográficos y de fecundidad (*Encuesta Mexicana de Fecundidad* de 1976; *Encuesta Nacional de Fecundidad y Salud* de 1987 y *Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica* de 1997). Según Conapo, el porcentaje de bebés que nunca recibió leche materna fue de 16.8% en 1976; de 14.9% en 1987; y de 9.6% en 1997. Con base en estos datos, la situación alimentaria pareciera mejorar con el paso del tiempo y se podría pensar que los hospitales que aplican la Iniciativa Hospital Amigo del Niño (de la que hablaremos más adelante) han logrado favorecer la LM. Sin embargo, el panorama a la vez muestra que la duración de la lactancia entre los bebés que sí tomaron leche materna, establecida por cuartiles, indica que para el primer cuartil (75% de bebés sin destetar) la duración fue de 6 meses en 1976; de 4 meses en 1987; y de 4.4 meses en 1997, lo que evidencia una disminución global en la duración de la lactancia. La media de la duración de la lactancia (50% destetados) fue de 12.4 meses, 12.1 meses y 9.8 meses respectivamente, lo que también constituye una disminución en la duración de lactancia; mientras que para el tercer cuartil la duración fue de 18.3 meses, 18.5 meses y 18.2 meses en esos años, por lo que permaneció prácticamente sin cambios (Conapo, 2000).

Más recientemente, uno de los grupos institucionales que se ha constituido en líder de opinión en cuanto a la AI es el de Teresita González de Cossío, en el Instituto Nacional de Salud Pública (INSP). Dos de sus publicaciones recientes permiten ilustrar el panorama de nuestro tema de estudio, ya que se basan en encuestas nacionales, representativas, estratificadas y comparativas para ofrecer un perfil nutricional nacional y sus modificaciones en el tiempo. El primer trabajo (González-Cossío, Rivera-Dommarco; Moreno-Macías; Monterrubio y Sepúlveda, 2006) permite describir las prácticas alimentarias de los bebés, por medio de un análisis transversal sobre los datos de la *Encuesta Nacional de Nutrición* de 1999 que revela la

escasa correspondencia con las prácticas adecuadas de alimentación recomendadas para menores de dos años. El segundo trabajo (González-Cosío, Rivera, González-Castell, Unar-Munguía y Monterrubio, 2009) hace una revisión de las prevalencias de desnutrición y sobrepeso para las y los menores de cinco años agrupados por edad, en tres encuestas nacionales realizadas en 1988, 1999 y 2006, utilizando el nuevo estándar antropométrico de la OMS.<sup>2</sup> Según los autores, aunque 92.3% de los bebés son puestos al pecho materno al momento de nacer, al final de su primer mes de vida, sólo 42% recibieron (LME), seguido de un declive muy pronunciado hasta alcanzar valores de apenas 5% al final del quinto mes. La proporción de bebés que son amamantados –sin importar si consumen otros alimentos– disminuye de 86% al final del primer mes a 39% al final del mes 11. La mediana en la duración de la LME fue de 0 meses y de 8 meses para cualquier otra modalidad de lactancia. La edad media para consumir agua y leche no humana (*nonhuman milk*, según los autores) fue de 3 meses, de 4 meses para líquidos no nutritivos, frutas y vegetales, y de 5 meses para los demás grupos de alimentos: cereales, leguminosas y productos animales (sin tomar en consideración la leche, cuyo consumo se evalúa aparte).

La incorporación de otros alimentos diferentes a la leche materna se mide mediante el establecimiento de la mediana de consumo de un determinado grupo de alimentos. Encontraron que se presenta de manera más temprana en zonas urbanas, en hogares no indígenas y en hogares de condiciones económicas media y alta. El consumo de agua es de 3 meses a nivel nacional y de 4 meses en grupos considerados indígenas; mientras que el consumo de *leche no humana* –fórmula o leche de vaca– se inicia a los 3 meses a escala nacional y a los dos meses en hogares de condición económica alta), por lo cual es más temprano en zonas urbanas, en hogares no indígenas, y de condición económica alta; lo que se presenta a los 4 meses en el medio rural. Según los autores, los líquidos no nutritivos (agua, té azucarados, caldos y aguamiel) también se usan a los tres meses a nivel nacional, a los 4 meses en condición económica baja y a los cinco meses en

<sup>2</sup> Hasta el 2006 el patrón de referencia utilizado por la OMS para la Evaluación Antropométrica infantil, fue diseñado por el National Center of Health Statistics (NCHS) de Estados Unidos con base en bebés alimentados mayoritariamente con fórmulas. En la actualidad la OMS recomienda utilizar un nuevo patrón de referencia generado con la información antropométrica de un estudio multicéntrico que contempla el crecimiento infantil basado en bebés mayoritariamente amamantados.

hogares indígenas. Es notable el uso de agua, 25% de los bebés la toman desde el nacimiento, seguido por el grupo de alimentos de leche no humana consumido por 1 de cada 4 bebés desde el primer mes de vida. En el otro extremo, los productos animales (no leche) no fueron consumidos regularmente por 25% de los bebés de nueve meses en hogares empobrecidos rurales, indígenas y de condición económica baja.

En conclusión, los autores califican las prácticas de AI en correspondencia con el modelo recomendado por la OMS de la siguiente manera: 13.8% de los bebés de 0 a 5 meses, 21.7% de los de 6 a 9 meses, y 6.7% en los bebés de 10 a 23 meses. Por ello, proponen llevar a cabo programas efectivos para mejorar estas prácticas, en particular sobre la LME y los tiempos para ofrecer alimentos complementarios nutritivos. Establecen que los actores involucrados en los procesos para la toma de decisiones maternas tendrían que estar informados sobre las prácticas de AI recomendadas por la Organización Mundial de la Salud.

Si asumimos que el estado de nutrición es consecuencia, en gran medida, de la ingestión de alimentos, y por lo tanto de las prácticas de alimentación, resulta pertinente analizar la información publicada por este mismo grupo académico en 2009, que reinterpreto las bases de datos de las mismas tres encuestas nacionales sobre la prevalencia de desnutrición en menores de 5 años, a la luz del parámetro de referencia sugerido por la OMS en 2006. Se evidencian mayores prevalencias de baja longitud para la edad y de bajo peso para la longitud, y también mayores prevalencias de sobrepeso en relación con lo que se había reportado anteriormente. La única prevalencia que disminuye es la de bajo peso para la edad, lo que pareciera indicar que las referencias anteriores eran de niños con más peso, situación que algunos autores habían destacado desde la década de 1980 (González-Richmond, 1982).

Concentrando la mirada en la más reciente *Encuesta de Nutrición*, la de 2006, el panorama del estado de nutrición en la infancia es problemático y presenta signos de alarma. La prevalencia de baja longitud es de casi 14% en los menores de 2 años (14% de 0 a 5 meses, 12.8% de 6 a 11 meses; y de 16.1% de 12 a 23 meses). La prevalencia de desnutrición, entendida como la deficiencia de peso para la estatura (*wasting*, según los autores), que compromete la masa muscular de los infantes, es mucho mayor de lo que se había reportado y muy alta, 4.7% en los menores de 6 meses, 4.5% de 6 a 11 meses y 1.9% de 12 a 23 meses. La prevalencia de sobrepeso también está corregida y es preocupante: 8.7% en 0 a 5 meses, 5.8% en 6 a 11 me-

ses, y 7.7% en 12 a 23 meses de edad. Por lo anterior, los autores concluyen que si bien las condiciones de nutrición de la población menor de cinco años en México han mejorado de modo global en el curso de los últimos 20 años, aún permanecen rezagos reveladores en materia de alimentación y nutrición en la infancia.

Desde nuestro punto de vista, si bien es pertinente que se reconozcan los errores analíticos del pasado a la luz de un nuevo parámetro de referencia mediante al cual el panorama epidemiológico de la nutrición resulta peor, lo más relevante es que las cifras proporcionadas son promedios nacionales que esconden las grandes diferencias regionales y locales, por lo que se puede concluir que en la actualidad en nuestro país persisten sectores de la población en condiciones verdaderamente inaceptables sobre los cuales las políticas públicas no han llegado a impactar.

#### LA ALIMENTACIÓN INFANTIL EN EL MARCO DEL DERECHO A LA SALUD

De cara a la información epidemiológica previa, la pregunta es ¿qué papel ha desempeñado el Estado para promover una alimentación adecuada para la población infantil? de la revisión de esa trayectoria trata este apartado.

De modo general se puede decir que las acciones (materiales, simbólicas) de las autoridades públicas constituyen las políticas públicas, aunque algunos autores (Parsons, 2007) consideran que esta definición resulta parcial, en primer término, porque la omisión también se puede constituir en una política pública; en segundo término porque se considera que las políticas se vuelven públicas en tanto las genera el interés público mediante las acciones civiles, ciudadanas; en el caso que nos ocupa nos referiremos básicamente al primer componente de la acepción en el sentido de lo que los gobiernos deciden hacer o no hacer en relación con una problemática social determinada.

En lo relativo a la salud de la población, que constituye el marco más general de la temática alimentaria, el sistema público en salud idealmente responde a la obligación de hacer válido el derecho que tienen todos los mexicanos a la protección a la salud, de acuerdo con lo estipulado desde 1983, cuando este derecho fue elevado a rango constitucional en México. La reforma de 1983 se puso en marcha para reconocer uno de los derechos fundamentales contenidos en la Declaración Universal de los Derechos Hu-



manos de la ONU: el derecho ciudadano al “más alto grado posible” de salud. En esta declaración el enfoque de derechos se constituye en un marco conceptual con implicaciones prácticas, supone obligaciones y rendición de cuentas por parte de los actores responsables ya que el marco regulatorio internacional se plasma en contenidos constitucionales y legislativos en una dialéctica específica entre compromisos internacionales y acciones locales.

Por ello, todas las acciones del sector salud se encaminarían a cumplir y volver operativo el artículo 4 constitucional, que señala que varones y mujeres son iguales ante la ley y que tienen derecho a la protección de su salud. La infancia no aparece de modo explícito en este artículo, razón por la cual las organizaciones sociales a favor de la niñez en México señalan que la legislación en relación con la infancia sigue teniendo un enfoque tutelar y no de garante del respecto a sus derechos en tanto sujetos. Además, en el caso específico del tema de la alimentación/nutrición, conviene señalar que a nivel constitucional en México aún no se establece explícitamente el derecho a la alimentación (tanto en su componente de derecho a una alimentación adecuada como de estar protegido contra el hambre), de modo que como instrumento legal, en México sólo se dispone del derecho a la protección a la salud; las denominadas *directrices voluntarias* aprobadas en la Organización para la Agricultura y la Alimentación (FAO, por sus siglas en inglés),<sup>3</sup> aún no se elevan a rango constitucional en nuestro país.

La Constitución, reformada en 1983 para integrar el derecho a la protección de la salud, contiene desde su primera versión, la de 1917, el tema específico de la AI en el artículo 123, como parte de los beneficios a las madres trabajadoras, en el apartado acerca del trabajo y la previsión social. En la actualidad, el texto de dicha fracción no es sustancialmente diferente de lo indicado en esa primera versión y señala:

Las mujeres durante el embarazo no realizarán trabajos que exijan un esfuerzo considerable y signifiquen un peligro para su salud en relación con la gestación; gozarán forzosamente de un descanso de 6 semanas anteriores a la fecha fijada aproximadamente para el parto y 6 semanas posteriores al

<sup>3</sup> Las *directrices voluntarias* se enmarcan en la Declaración Universal de Derechos Humanos, especialmente en el artículo 25: “Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios”.

mismo, debiendo percibir su salario íntegro y conservar su empleo y los derechos que hubieren adquirido por la relación de trabajo. En el periodo de lactancia, tendrán dos descansos extraordinarios por día de media hora cada uno, para alimentar a sus hijos.

En lo que se refiere a los descansos extraordinarios, no ha habido modificaciones en las reformas constitucionales de 1974 ni de 1986, ni cuando se incluyó el derecho a la salud en 1983 excepto que con anterioridad a éstas se utilizó el término “amamantar a sus hijos” y actualmente se utiliza “alimentar a sus hijos”. El resto de la fracción establece el tiempo de descanso obligatorio pre y posparto de 42 días cada uno (un total de 12 semanas) y la conservación del salario y el empleo. Desde 1917 y hasta la fecha, el reconocimiento constitucional respecto a la AI se plantea exclusivamente para los hijos de madres trabajadoras ya que en el único artículo (capítulo) que se menciona es en el 123, el cual rige la totalidad de las relaciones laborales.

La Ley General de Salud, promulgada en 1984, un año después de que el derecho a la protección a la salud se elevara a rango constitucional, reglamenta dicho derecho y se encarga de definir los propósitos que se persiguen con la protección de este derecho fundamental. En dos de sus artículos se hace mención al tema de la AI, en el artículo 61 de manera indirecta cuando se señala que la atención maternoinfantil es prioritaria y en el artículo 64, apartado II, de modo directo: “II. Acciones de orientación y vigilancia institucional, fomento a la lactancia materna y, en su caso, la ayuda alimentaria directa tendiente a mejorar el estado nutricional del grupo materno infantil”, lo que implica que el sistema de salud fomente la lactancia materna como modelo alimentario. Sin duda, la incorporación de este contenido responde a las primeras recomendaciones internacionales, frente al declive de la lactancia materna a escala mundial. Podría decirse que la inclusión explícita del fomento de este modelo alimentario en la primera Ley General de Salud en México constituye una acción novedosa e inicial en el diseño de políticas públicas encaminadas al bienestar infantil, ya que a nivel internacional sólo en la década de 1980 y especialmente en la de 1990 aparecieron diversos instrumentos que detallaron recomendaciones específicas respecto a la alimentación infantil.

En la actualidad, la Ley General de Salud es la que reúne los planteamientos más específicos respecto a la temática de la AI y es el más recientemente elaborado (1984). Sin embargo, no es la única herramienta de este nivel que contiene la temática alimentaria, ya que existen legislaciones pre-

vias que tempranamente ya hacían referencia a ciertos aspectos de la AI y que seguramente constituyeron antecedentes específicos para la redacción actual de la legislación en salud. Tal es el caso de la Ley Federal del Trabajo, la Ley del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y la del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE).

#### LOS ANTECEDENTES

La Ley Federal del Trabajo (LFT) mexicana es reconocida como una de las primeras leyes en proteger la maternidad de las mujeres trabajadoras. Inspirada en la Constitución de 1917 –también reconocida por sus avanzados planteamientos sociales–, ha sufrido una serie de reformas, aunque en el tema que nos compete ha permanecido sin cambios y el texto original prácticamente no ha sido modificado. En la primera versión promulgada en 1931 la LFT retoma y desglosa el texto de la primera versión constitucional; de modo que en su artículo 170, cuyo propósito es proteger la maternidad, indica:

Las madres trabajadoras tendrán los siguientes derechos: I. [...] no realizarán trabajos que exijan esfuerzos considerables y signifiquen un peligro para su salud en relación con la gestación [...] II. Disfrutarán de un descanso de seis semanas anteriores y seis posteriores al parto; III. Los periodos de descanso a que se refiere la fracción anterior se prorrogarán por el tiempo necesario en el caso de que se encuentren imposibilitadas para trabajar a causa del embarazo o del parto; IV. En el periodo de lactancia tendrán dos reposos extraordinarios por día, de media hora cada uno, para alimentar a sus hijos, en el lugar adecuado e higiénico que designe la empresa; V. [...] percibirán su salario íntegro [...] VI. A regresar al puesto que desempeñaban, siempre que no haya transcurrido más de un año de la fecha del parto; y VII. A que se computen en su antigüedad los periodos pre y posnatales.

El texto contenido en esta Ley –como mencionamos– no ha sido modificado sustancialmente desde esta primera versión hasta la actualidad, pese a las evidentes transformaciones en las condiciones del trabajo femenino; en particular, en lo referido a la fracción IV. En ese sentido, siendo un instrumento adelantado para la época en que se diseñó, en los momentos actuales la frase “para alimentar a sus hijos, en el lugar adecuado e higiénico”

nico que designe la empresa” resulta retórica e inoperante a partir del establecimiento de las guarderías del IMSS y del ISSSTE en lugares distintos a los centros de trabajo. Sin embargo, el gran valor de la LFT en relación con la protección de la maternidad de las mujeres trabajadoras, radica en que constituye un vigoroso antecedente para la elaboración de dos leyes secundarias que también contienen la protección de la maternidad, sea de mujeres trabajadoras, como de parientes de trabajadores. Tales leyes son la del IMSS y la del ISSSTE.

A principios de 1940, se inicia en México la gran inversión estatal en seguridad social y salud y se perfilan múltiples instituciones que en el transcurso del siglo XX serían las que atenderían a un porcentaje significativo de la población nacional, compuesto por los empleados formales de los sectores público y privado. Antes de promulgarse la Ley de Salud en la década de 1980, además de la Secretaría de Salubridad y Asistencia, eran dos instituciones las que otorgaban la asistencia en salud bajo lo establecido en el Código Sanitario que México signó desde 1925: el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE). En la actualidad ambas instituciones ofrecen una cobertura muy significativa de atención médica y la totalidad de la seguridad social en nuestro país, por medio del régimen de derechohabencia.

a) El IMSS se inició en 1942 y sin lugar a dudas ha sido la mayor institución de salud y seguridad social en el país; según el INEGI, en la actualidad cuenta con casi 50 millones de derechohabientes y atiende alrededor de 450 mil partos anuales, poco menos del 20% de los nacimientos registrados a nivel nacional. La primera Ley del IMSS contempló, en el Capítulo IV “Sobre el seguro de enfermedades no profesionales y maternidad”, en el artículo 56 lo siguiente:

La mujer asegurada tendrá derecho durante el embarazo, alumbramiento y el puerperio a las siguientes prestaciones: I. asistencia obstétrica necesaria II. un subsidio en dinero [...] y III. Ayuda para la lactancia proporcionada en especie o en dinero hasta por 6 meses posteriores al parto y que se entregará a la madre, o, a falta de ésta, a la persona encargada de cuidar al niño.

Dicha ley se reformó en 1973 durante el gobierno de Luis Echeverría para denominarse Nueva Ley del Seguro Social y lo referido a AI quedó

contemplado en el Capítulo IV, artículos 94, 100 y 102 “Del seguro de enfermedad y maternidad” en los cuales se establece actualmente que:

En caso de maternidad el Instituto otorgará a la asegurada durante el embarazo, alumbramiento y el puerperio las siguientes prestaciones: I. asistencia obstétrica; II. ayuda en especie para la lactancia y III. una canastilla al nacer el hijo, cuyo importe será señalado por el Consejo Técnico.

La reforma del IMSS realizada durante el gobierno de Ernesto Zedillo en 1995, dio lugar a su descentralización administrativa; en la temática de la AI, en la fracción II se regresó a la especificación anterior sobre la “ayuda”, para quedar: “la ayuda en especie será por 6 meses para la lactancia”. Si bien la ley del IMSS fue modificada con posterioridad (2001, 2005 y 2009) en esta temática no hubo cambios.

b) El ISSSTE es la segunda institución de salud y seguridad social en importancia nacional, exclusiva para los trabajadores del Estado. Si bien tiene antecedentes desde 1925, su estatus actual proviene de 1959 cuando se transforma y adiciona el Apartado B del artículo 123 constitucional. En 1960 el ISSSTE amparaba a alrededor 130 mil trabajadores con sus familias y casi 12 mil pensionistas para conformar un total aproximado de 490 mil derechohabientes. En la actualidad, la institución reporta 10.3 millones de derechohabientes y atiende alrededor del 10% de los partos anuales. La primera Ley del ISSSTE reproduce textualmente la ley del IMSS vigente en 1959 en la temática de la AI. La ley actual del ISSSTE considera que:

La mujer trabajadora, la pensionada, la cónyuge del trabajador y/o del pensionado, o , en su caso, la concubina de uno u otro, y la hija del trabajador o pensionado soltera, menor de 18 años que dependa económicamente de éstos [...] tendrán derecho a: I asistencia obstétrica [...] II. ayuda para la lactancia cuando, según dictamen médico, exista incapacidad física o laboral para amamantar al hijo, esta ayuda será proporcionada en especie hasta por un lapso de 6 meses, con posterioridad al nacimiento, y se entregará a la madre, o, a falta de ésta a la persona encargada de alimentarlo, y III. [...] canastilla de maternidad.

Otras instituciones de seguridad social, pero con menor cobertura y un número mucho menor de derechohabientes, como la Secretaría de la Defensa Nacional (Sedena), la Secretaría de Marina (Semar), Petróleos Mexicanos (Pemex) y algunos gobiernos estatales, toman como referencia las legislaciones del IMSS, del ISSSTE y la Ley Federal del Trabajo en lo referido a la AI. Todas ellas señalan explícitamente en sus textos que sus recomendaciones se refieren a derechos maternos durante el denominado *periodo de lactancia*, sin que se especifique cuánto dura dicho periodo y si el bebé se considera lactante por su edad o por el tipo de alimento que recibe. Asimismo, los bebés se reconocen en dichas leyes en tanto hijos o hijas, dependientes y familiares de los derechohabientes trabajadores, precisamente porque la derechohabiencia se consigue sólo a partir de una relación laboral; no constituyen un sujeto individual o colectivo beneficiario de los servicios, más que vinculado al ámbito laboral de sus familiares adultos, de quienes dependen.

#### LA OPERATIVIDAD DEL DERECHO A LA SALUD

Aparte de las leyes específicas que competen al orden federal general, existen otros instrumentos de política pública que regulan la operatividad del derecho a la salud en el ámbito de la oferta de servicios de salud. Son las denominadas Normas Oficiales Mexicanas (NOM), que se emiten desde principios de la década de 1990 y que para el caso que nos compete, fueron elaboradas y publicadas una década después de que la protección a la salud adoptara rango constitucional. Las NOM son regulaciones técnicas de observancia obligatoria, expedidas por las dependencias competentes, que establecen reglas, especificaciones, atributos y/o directrices de productos, procesos y servicios. En el caso de la Secretaría de Salud se encaminan a proteger y promover la salud de la población. Para el tema de la alimentación infantil, competen dos Normas Oficiales, la NOM-007-SSA2-1993 de “Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido” [actualizada en 1995] y la NOM-031-SSA2-1999 “Para la atención a la salud del niño” [actualizada en 2001], en las que se explicitan recomendaciones en torno a la AI; estas dos NOM se retoman para todos y cada uno de los programas vigentes.

En el primer documento, la NOM 007, se fijan las indicaciones de atención para los bebés recién nacidos hasta los 28 días, mientras que en el se-

gundo, la NOM 031, se establecen los criterios de atención hasta los 5 años, por tanto es esta última la que contiene más indicaciones referidas a la AI, en los siguientes capítulos: Definiciones, Prevención y Control de Enfermedades Diarreicas, Prevención y Control de Enfermedades Respiratorias Agudas; y ampliamente detallado en el de Control de la Nutrición, Crecimiento y Desarrollo; en ambas, se establece que *la lactancia materna debe ser exclusiva durante los primeros 4 a 6 meses de vida del bebé y la alimentación complementaria (ablactación) después de esta edad.*

De modo que con lo establecido en la reforma Constitucional que incorpora el Derecho a la Salud, con la Ley General de Salud y las NOM pertinentes, se cuenta con un marco jurídico a favor de un modelo alimentario para la población infantil, basado en la lactancia materna como forma de alimentación óptima, recomendando 4-6 meses de lactancia exclusiva y continuar con esta práctica hasta bien entrados los 2 años, con alimentos complementarios tomados de la dieta familiar. Dicho marco local está estrechamente vinculado al marco internacional propiciado por la OMS, Unicef y FAO, que gestionaron políticas de prevención, promoción e intervención en el marco de la supervivencia infantil con acciones específicas relativas a la AI, que comprometieron a los estados miembros para que las transformen en políticas públicas para garantizar su cumplimiento.

Con base en diversos instrumentos internacionales como el Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna (1981), la Iniciativa Hospital Amigo del Niño (Baby Friendly Hospital Initiative, 1989), la Cumbre Mundial de la Infancia (1990) y la Declaración de Innocenti (1990), el gobierno mexicano creó en 1991 el Comité Nacional de Lactancia Materna con participación de todas las instituciones de salud del país, bajo la rectoría de la Secretaría de Salud por medio de la Dirección General de Salud Materno Infantil. México fue seleccionado, junto con otros 11 países, como integrante del programa de arranque internacional del Programa Hospital Amigo del Niño, en parte por la baja prevalencia nacional de lactancia materna y en parte por las condiciones políticas coyunturales favorables a la implantación de un programa pionero de corte intersectorial e internacional. Este constituye un ejemplo paradigmático de la intención estatal de intervenir para mejorar ciertos aspectos de la salud y nutrición de la población infantil en México, además de que en él se incorporaron 15 acciones adicionales referidas a la salud materno infantil y pasó a denominarse programa Nacional Hospital Amigo del Niño y de la Madre; el programa contó con recursos financieros específicos de procedencia na-

cional e internacional, lo cual permitió capacitar a gran escala al personal de las instituciones públicas de salud y se formaron estructuras federales y locales para el diseño, aplicación y evaluación del mismo.

Sin embargo, a la fecha no se ha hecho pública la información sistemática sobre el estado actual de los servicios hospitalarios en relación con dicha certificación o recertificación, aunque ciertos funcionarios mencionan que en 2010 más de 600 hospitales públicos a nivel nacional conservan el reconocimiento como Hospital Amigo, aunque dichas certificaciones en la actualidad se logran con recursos de los propios hospitales, a diferencia de cuando recién arrancó el programa que contaba con recursos adicionales de Unicef y la Secretaría de Salud.

Si el objetivo general del Programa Hospital Amigo fue promover y apoyar la lactancia materna en las unidades hospitalarias, el éxito logrado es escaso, ya que los datos epidemiológicos disponibles muestran que no ha habido mejoría considerable ni en la instalación de la lactancia materna ni en el mejoramiento de la modalidad de lactancia exclusiva, por el contrario, la utilización de fórmulas infantiles para la alimentación de los bebés va en aumento, como se señaló previamente.

Las acciones públicas encaminadas a promover la LM como modelo óptimo de alimentación infantil se topan con prácticas diferentes a estas recomendaciones, ya que las encuestas nacionales señalan que en 1999 se reporta que uno de cada 4 bebés recibe sólo leche materna en sus primeros 4 meses de vida y sólo uno de cada 5 en los primeros 6 meses de vida (González-Cossío, 2003). La pregunta entonces es: ¿qué y cómo comen los bebés que no toman leche materna, que en México son la mayoría?

## REGULACIÓN DEL MERCADO DE ALIMENTOS INFANTILES

Aunque existen muy escasos datos específicos y desagregados, la práctica de ofrecer fórmulas infantiles como modelo alimentario, va en aumento. En nuestro país, resulta difícil cuantificar la magnitud del mercado de Sucédáneos Comerciales de Leche Materna, los escasos datos que se hacen públicos muestran que desde el inicio de la aplicación del Programa Hospital Amigo y a la fecha, puede llegar hasta 400 millones de dólares anuales; pese a la disminución en el consumo hospitalario de fórmulas, por lo cual el grueso de dicho mercado se realiza por compra directa de las familias. Son cuatro las empresas que disputan el mercado nacional, todas trasna-



cionales y productoras de fórmulas de inicio, de continuación y especiales. Nestlé ha sido y sigue siendo la empresa líder con más del 50% del mercado nacional de fórmulas, Mead Johnson se posiciona con las fórmulas de soya, mientras que Abbot y Wyeth manejan fracciones menores del mercado (Torre y Salas, 2006). En el 2006, se incorpora al mercado nacional PBM Productos México empresa que produce fórmulas infantiles para las grandes cadenas de supermercados (Wall-Mart, Comercial Mexicana, Sam's) en la modalidad de “marca propia” con precios hasta 35% inferiores a las cuatro grandes.

La reglamentación vigente en México basada en el Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna (en adelante, el Código) establece que los productores no pueden hacer publicidad ni entregar muestras gratuitas o literatura a mamás y médicos pediatras y están obligados a promocionar la leche materna, sin embargo, evaden de diversas formas este compromiso y se mueven “al filo de la legalidad” ya que no se sancionan prácticas explícitamente restringidas por el Código, tales como: denominar *maternizadas* a las fórmulas comerciales infantiles, incluir en la publicidad de cualquier producto –desde computadoras hasta jugos– imágenes de biberones y bebés, comercializar productos para la alimentación con fórmula mediante diversas ofertas, entre otras prácticas. El terreno en el que las empresas se mueven con mayor libertad se refiere a los precios al consumidor; ya que la variabilidad de los mismos puede dispararse en la Ciudad de México hasta 135.8% para un mismo producto en diferentes establecimientos y las familias que alimentan a sus bebés sólo con leches de fórmula adquiridas comercialmente, gastan entre 25 y 45% de un salario mínimo en estos productos. El único instrumento de regulación que opera actualmente, es de naturaleza ética y no establece sanciones para quienes lo incumplan. Se trata del Acuerdo con los Fabricantes de Fórmulas Lácteas Infantiles firmado por primera vez el 28 de octubre de 1991 por Nestlé, Mead Johnson, Wyeth y Abbot-Bayer, a las cuales se sumaron con posterioridad los Laboratorios Pisa, Asociación Mexicana de Productos Infantiles, Novag Infancia y PBM Productos México, que establece que el mercadeo de los sucedáneos de la leche materna se realice de acuerdo con los principios del Código, de las resoluciones de la OMS y por la Normatividad Oficial de México. El acuerdo con los fabricantes ha sido ratificado el 30 de mayo de 1995, el 11 de septiembre de 2000 y por última vez el 4 de septiembre de 2007 teniendo como testigos a la Academia Mexicana de Pediatría, la Confederación Nacional de Pediatras de México, la

Academia Nacional de Medicina y la Asociación Mexicana de Pediatría. Si bien dicho Acuerdo sin duda es pertinente, las empresas obtuvieron a cambio ciertas concesiones de flexibilidad comercial, como la disponibilidad sin restricciones de todas las fórmulas infantiles en los pasillos de tiendas de autoservicio y supermercados, mientras que con anterioridad las fórmulas sólo estaban disponibles para su venta en farmacias.

#### PROGRAMAS RELATIVOS A LA ASISTENCIA Y LA PROTECCIÓN SOCIAL

Además de las leyes y normas, en México se han puesto en marcha una serie de programas gubernamentales tanto de asistencia social, de contención de la pobreza así como de desarrollo social, que contemplan acciones específicas sobre AI. Diversos autores (Torres y del-Roble, 2002; Barquera, Rivera-Dommarco y Gasca-García, 2001; Pérez-Gil, Ríos y Martínez, 1996) han analizado las políticas y programas de alimentación y nutrición en México y coinciden en que este tipo de apoyos alimentarios se iniciaron desde principios del siglo XX, aunque con un componente básicamente caritativo, de beneficencia o altruismo, sin que se constituyeran en políticas públicas en el sentido que mencionamos al principio de este apartado.

La primera institución que proporcionó leche y desayunos a los hijos de las obreras y a niños desamparados de la capital del país fue “La Casa Amiga de la Obrera”, a iniciativa de la esposa de Porfirio Díaz, Carmen Rubio. Posteriormente, en 1929 el Programa Gota de Leche aglutinó a un sector de mujeres mexicanas preocupadas por la alimentación de niños pobres de la periferia de la Ciudad de México. Más tarde, hacia la década de 1940, esta institución daría lugar a la Asociación Nacional de la Protección a la Infancia, organismo gubernamental encargado de los programas de alimentación y atención a niños huérfanos y abandonados en todo el país y que se reconoce como antecedente del Instituto Nacional de Protección a la Infancia (INPI, 1961), de la Institución Mexicana de Asistencia a la Niñez (IMAN, 1968), del Instituto Mexicano para la Infancia (IMPI, 1970) y desde 1977, el actual Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF), cuya dirección suele estar a cargo de las esposas de los gobernantes.

Es hasta la década de 1980, que el Estado diseña y aplica una estrategia nacional articulada de producción, distribución y consumo de alimentos, como respuesta a la crisis alimentaria de entonces, mediante el Sistema

Alimentario Mexicano (SAM), financiado con recursos del auge petrolero, que tuvo como propósito principal recuperar la autosuficiencia en los productos básicos. Sin embargo, el SAM tuvo una vida breve (1979-1982) y las acciones encaminadas a la población infantil formaron parte de la estrategia programática general, no específica (SEP-SAM, 1982). Durante toda la década de 1980, en momentos de importante contracción del Estado, se diseñaron programas de lucha contra la pobreza con acciones referidas al tema alimentario –fundamentalmente mediante subsidios– siendo el Programa Nacional de Solidaridad (Pronasol), la estrategia principal de lucha contra la pobreza de la administración del presidente Carlos Salinas (1989-1994), que recuperaba tanto las experiencias de la Coordinación General del Plan Nacional de Zonas Deprimidas y Grupos Marginados (Coplamar, iniciado en 1977), el Programa de Inversiones Públicas para el Desarrollo Rural (Pider, 1973-1983) como del SAM. Las medidas concretas operaron a partir de la definición de la población objetivo de los proyectos: la que se encontraba en condiciones de pobreza y de pobreza extrema, aunque, a diferencia del Pider y de la Coplamar, el Pronasol se dirigía no sólo a los pobres rurales, sino también a los urbanos. El Programa de Atención de Servicios de Salud para la Población Abierta (PASSPA), que ahora es el Programa de Ampliación de Cobertura (PAC) también constituye un antecedente importante de política pública, en el ámbito de los servicios de salud.

En 1997, se modifica la estrategia del Pronasol, para convertirse en Programa de Educación, Salud y Alimentación (Progresá), destacándose como su componente principal la transferencia de recursos monetarios y la educación; contiene actividades específicas encaminadas al mejoramiento de la salud y la nutrición infantil y recupera explícitamente las recomendaciones internacionales relativas a la protección y promoción de la lactancia materna como modelo alimentario. Tanto el Pronasol como el Progresá, puestos en práctica por gobiernos priístas, constituyen referentes inevitables del actual programa panista<sup>4</sup> Oportunidades, instaurado en el 2002, el cual también contiene acciones específicas para la población infantil; en términos generales promueve la alimentación de los menores de 6 meses con lactancia materna, pero considera la entrega de suplementos alimenticios a bebés

<sup>4</sup> Priísta: se refiere a los gobiernos encabezados por el Partido Revolucionario Institucional que estuvo en el poder durante 70 años cuando en el año 2000 fueron reemplazados por los gobiernos de derecha del Partido Acción Nacional.

de entre 4 y 24 meses. Oportunidades es el programa social prioritario del actual gobierno y ha sido imitado en otros países por el éxito mostrado en la consecución de ciertos objetivos específicos (Villalpando, Shamah, Mundo y Rivera-Dommarco, 2007); aunque también ha sido severamente criticado por su carácter focalizado (Hevia, 2007), que propicia una disminución de la participación ciudadana, que modifica ciertas prácticas culturales colectivas para convertirlas en clientelares, y que, finalmente, no muestra logros concretos en la disminución de la pobreza extrema.

Todos los programas gubernamentales de corte asistencial, focalizados y de transferencia de recursos, aunados a los cambios en la estructura socioeconómica y demográfica de la población nacional, sin duda han propiciado la disminución de la desnutrición infantil aguda y por tanto un mejoramiento relativo en ciertos indicadores de salud de la población infantil, aunque persiste la desnutrición crónica que se manifiesta en la prevalencia de baja talla (estatura) y emerge la problemática del sobrepeso y la obesidad infantiles. Si consideramos que la AI puede revelar el alcance de las políticas públicas en torno a la salud infantil, las acciones gubernamentales durante el siglo XX, lejos de mejorar sustancialmente las condiciones de vida de la población, han contribuido a mantener y polarizar las desigualdades de todo orden; en particular resulta inquietante que la seguridad alimentaria nacional está comprometida y no se ha puesto en el debate público. Tal parece, que la temática alimentaria permanece desvinculada de los grandes problemas nacionales y la estructura de la cadena alimentaria (producción-distribución-consumo) no es objeto ni de discusión ni de abordaje público ni de acciones encaminadas a contener el desmantelamiento del sector agrícola nacional. Por el contrario, el gran tema de la discusión actual entre las autoridades públicas de salud, es la obesidad y sus consecuencias, aunque enfocado en los costos de atención en los servicios de salud.

## RETOS Y PERSPECTIVAS

La alimentación infantil forma parte del derecho a la salud consagrado en la Constitución y es responsabilidad del Estado garantizar el cumplimiento del mismo; su operación compete prioritariamente a los servicios de salud, aunque su pleno cumplimiento requiere de un compromiso intersectorial y de la participación activa de la ciudadanía. El presente ejercicio de revisión de las leyes, reglamentos, normas y programas muestra que en México existe un

sustento razonable para el diseño de políticas públicas encaminadas al bienestar infantil, sin embargo, no es suficiente con que el derecho esté escrito, es necesario ponerlo en práctica. En el ámbito de la salud y la alimentación, lo que se observa durante el siglo XX es el tránsito de un Estado benefactor posrevolucionario, corporativista, que interviene poderosamente con programas de asistencia social con ciertos componentes específicos en el ámbito alimentario, hacia un Estado neoliberal que interviene mínimamente, que desmantela las empresas paraestatales, que sucumbe a las empresas de alimentos, que reduce el gasto público y que individualiza la responsabilidad sobre la salud y la alimentación de la población, haciéndose a un lado de modo irresponsable sin poner por encima de cualquier otra cosa el bien común.

Si nuestra pretensión es determinar el efecto de las políticas públicas en relación con la alimentación infantil, podemos asumir que el estado de nutrición puede constituir un indicador “grueso” de la situación, asumiendo la enorme diversidad de prácticas alimentarias determinadas por múltiples variables. Pero si sólo consideramos la situación nutricional, el Estado ha mostrado la incapacidad de cumplir sus compromisos, ya que se sigue presentando desnutrición y crecen el sobrepeso y la obesidad en la población infantil (González-Cossío, Rivera-Dommarco, Moreno-Macías, Monterrubio y Sepúlveda, 2006). Además, la práctica de la LME complementada a partir de los 4-6 meses de edad, no se presenta generalizadamente en nuestro país; pocos bebés son amamantados y se sabe muy poco sobre los bebés que no lo son. Así, una de las condiciones necesarias para la elaboración de políticas públicas pertinentes es conocer y describir con certeza el proceso alimentario; los grupos académicos al servicio del Estado han desviado su mirada de la enorme variabilidad de prácticas de alimentación infantil, para orientar prioritariamente sus investigaciones hacia la exploración focalizada de la lactancia materna. Se requiere, por tanto, que las instancias estatales de investigación generen datos epidemiológicos que permitan describir la variabilidad alimentaria, considerando la alimentación infantil en su complejidad, en particular actualizando el análisis de la información a los nuevos parámetros internacionales. Las encuestas epidemiológicas y de salud pública, que han puesto su atención sólo en los indicadores relativos a la lactancia materna, no han podido registrar las otras prácticas que quedan integradas en la variable que se ha denominado “no-lactancia” (González-Cossío, Rivera-Dommarco, Moreno-Macías, Monterrubio y Sepúlveda, 2006; Conapo, 2000), por lo que la información resulta incompleta y no

constituye un referente para mostrar la articulación de las políticas públicas con las prácticas familiares en torno a este tema singular.

Asimismo, se requiere caracterizar la lactancia materna tanto en sus aspectos biológicos como socioculturales desde una perspectiva de salud pública, poniendo énfasis en que se trata de procesos que suceden en cuerpos femeninos sexuados (Van Esterik, 2002), que comprometen la neurohormonalidad y la biología, pero no solamente eso. Las narraciones de las mujeres (Salas y Torre, 2009) muestran que la lactancia no es un hecho dado, no siempre es fácil ni se debe dar por supuesto su funcionamiento. La voluntad de las mujeres es fundamental para lograr la lactancia materna, pero también lo son sus condiciones familiares, laborales, económicas, de contacto con los servicios de salud y en general sus condiciones de vida. Aplicar las recomendaciones internacionales sobre alimentación infantil en las políticas públicas, requiere criterios flexibles y considerar los aspectos socioculturales de las prácticas alimentarias domésticas, incluso con aproximaciones interdisciplinarias, tanto para ser estudiada clínica y epidemiológicamente, como para diseñar acciones y programas.

El siglo XXI plantea desafíos de diversa naturaleza. En México, la temática alimentaria adquiere relevancia por sus efectos en la salud y la nutrición de la población, sin embargo, las políticas públicas resultan inconsistentes e inadecuadas, ya que se reconoce la escasez de alimentos pero se incrementan sus precios; en lugar de propiciar la producción nacional, se incrementan las importaciones de productos básicos; disminuye el poder adquisitivo; aumenta el número de pobres; e irónicamente, con una de las mejores cocinas del mundo, comemos muy mal. La obesidad y sus consecuencias se extienden entre los sectores pobres, urbanos y rurales, mientras que millones de personas aún tienen hambre e incertidumbre alimentaria y la desnutrición no es cosa del pasado.

La discusión sobre la alimentación y la nutrición para todos los sectores sociales, en particular la de los bebés, requiere posicionarse en el marco de la salud pública y que se generen acciones de política pública para incidir en una situación tan compleja. Sin embargo, cuando la acción del Estado consiste en la elaboración de una lista de alimentos permitidos para su venta en las escuelas (SEP/Ssa, 2010) –la cual más que regular la venta de productos comerciales en las escuelas, amplió a más de 500 los productos que pueden estar en las tienditas escolares–, se sigue culpabilizando a las madres de su ignorancia y de alimentar mal a sus familias, como se observa en la gran mayoría de los materiales educativos gubernamentales, lo que

muestra que estamos frente a políticas estatales que no afrontan adecuadamente los problemas alimentarios. Se requieren acciones tanto asistenciales como normativas para contener los efectos de la alimentación chatarra (*junk food*) en la salud de la población y producir, distribuir y consumir alimentos saludables, que no se reduzcan a juzgar las prácticas individuales frente a un mercado obesogénico y depredador (Lang y Heasman, 2004). De modo que el papel del Estado tendría que fortalecerse para imponer el bienestar infantil por encima de la ganancia y el despojo, para lograr que las empresas asuman su responsabilidad social, que la mercadotecnia y la comercialización se orienten hacia un comercio justo, con productos de alta calidad para el consumo saludable y sustentable.

En la actualidad, son las empresas productoras de alimentos las que están dictando la pauta de las acciones públicas en el tema alimentario, con un margen de tolerancia por parte del Estado que coloca la ganancia por encima del bienestar infantil. Por otra parte, las acciones ciudadanas colectivas en relación con la temática alimentaria y en particular en relación con la alimentación infantil, aún resultan escasas (El Poder del Consumidor, La Liga de la Leche, por ejemplo) y no logran impactar en la formulación de políticas públicas generadas “desde abajo”. Sin embargo, nada impide imaginar escenarios futuros con políticas públicas coherentes realizadas por instituciones y operadores que sean efectivos en el logro cotidiano del derecho a la salud y del derecho a la alimentación.

## BIBLIOGRAFÍA

- Barquera, S., Rivera-Dommarco, J. y Gasca-García, A. (2001), “Políticas y programas de alimentación y nutrición en México”, *Salud Pública de México*, núm. 43, pp. 467-477.
- Conapo (2000), *México en cifras*, Conapo, México.
- Chávez, A. y Martínez, C. (1982), *Nutrición y desarrollo infantil*, Interamericana, México.
- González-Cossío, T.; Rivera, J.; González-Castell, D.; Unar-Munguía, M. y Monterrubio, E. (2009), “Child malnutrition in Mexico in the last two decades: prevalence using the new WHO 2006 growth standards”, *Salud Pública de México*, (suplemento 4) S494.S506.
- González-Cossío, T.; Rivera-Dommarco, J.; Moreno-Macías, H.; Monterrubio, E. y Sepúlveda, J. (2006), “Poor compliance with appropriate feeding practices in children under 2 y in Mexico”, *The Journal of Nutrition*, núm. 136, pp. 2928-2933.

- González-Cossío, T. (2003), “Prácticas de lactancia materna en México: resultados de la Segunda Encuesta Nacional de Nutrición 1999”, *Salud Pública de México*, 45 (suplemento 4), pp. 1-14.
- González-Richmond, A. (1982), *Estudio comparativo de diferentes índices antropométricos y sistemas de clasificación del estado nutricional*, INN, División de Nutrición, México.
- GrupoTercerMundo (1982), *Las multinacionales de la alimentación contra los bebés*, Nueva Imagen, México.
- Hevia, F. (2007), *¿El programa Oportunidades crea ciudadanía? Análisis de las consecuencias de su operación*, LASA, Montreal.
- INEGI (2008), *Demografía y población*, INEGI, México.
- Jelliffe, D. y Jelliffe, E. (1978), *Human Milk in the Modern World*, Oxford University Press, Oxford.
- Lang, T. y Heasman, M. (2004), *Food Wars. The Global Battle for Mouths, Minds and Markets*, Earthscan, Londres.
- Laurence, R. (1980), *Breastfeeding. A guide for the medical profession*, The C.V.Mosby Company, St. Louis Missouri.
- OMS (2001), 54ª. Asamblea Mundial de la Salud. Punto 13.1 del orden del día provisional. Estrategia Mundial para la Alimentación del Lactante y del niño pequeño, OMS, Informe de la Secretaría, Ginebra.
- Parsons, W. (2007), *Políticas Públicas. Una introducción a la teoría y la práctica del análisis de políticas públicas*, Flacso / Miño y Dávila, México/Argentina.
- Pérez-Gil, S., Ríos, E. y Martínez, H. (1996), “Los programas de ayuda alimentaria como respuesta gubernamental ante la problemática nutricional en México”, *Acta Sociológica*, núm. 17, pp. 61-90.
- Pérez-Hidalgo, C. y Chávez, A. (1976), *La desnutrición y la salud en México*, INN División de Nutrición, México.
- Salas, M. y Torre, P. (2009), “Alimentación infantil: voces maternas”, en Castro, A.E. (ed.), *Salud, nutrición y alimentación: investigación cualitativa*, Universidad Autónoma de Nuevo León, Plaza y Valdés, Monterrey, México.
- SEP-SAM (1982), *Cartilla de mínimos de bienestar: alimentación, salud, educación y vivienda*, SEP-SAM, México.
- SEP/SSA (2010), *Acuerdo Nacional para la Salud Alimentaria. Estrategia contra el sobrepeso y la obesidad*, SEP/SS. Programa de Acción en el Contexto Escolar: Lineamientos técnicos para el expendio o distribución de alimentos y bebidas en los establecimientos de educación básica, México.
- Ssa (2010), *Mortalidad infantil*, Sistema Nacional de Información en Salud (Sinais), México.
- Torre, P. (1998), “Las mujeres indígenas de Chiapas: perfil reproductivo”, *Nutrición Clínica*, (1) 4, pp. 178-182.



- Torre, P. y Salas, M. (2006), “Fórmulas infantiles de inicio y de continuación en la Ciudad de México: precios al público de 1997 a 2005”, *Nutrición Clínica*, (9) 1, pp. 13-18.
- Torres, G. y Del Roble, L. (2002), “Las políticas sociales alimentarias y la reforma del Estado en América Latina: la discusión vigente”, *Espacio Abierto*, 11 (2), pp. 227-250.
- Unicef (1990), “Declaración Mundial sobre la Supervivencia, la Protección, el Desarrollo del Niño y su Plan de Acción”, *Cumbre Mundial de la Infancia*, Unicef, Nueva York.
- (2009), *Estado Mundial de la Infancia*, Unicef, Nueva York.
- Van Esterik, P. (2002), “Contemporary Trends in Infant Feeding Research”, *Annual Review of Anthropology*, (31), pp. 257-278.
- Villalpando, S., Shamah-Levy, T., Mundo, V. y Rivera-Dommarco, J. (2007), “Análisis crítico de la evolución de la anemia y la deficiencia de micronutrientes en la población”, *Salud Pública de México*, (49) Edición Especial del XII Congreso de Investigación en Salud Pública, E270-E272.
- War-or-Want (1981), *Nestlé mata bebés*, Nueva Imagen, México.
- Zubirán, S. y Chávez, A. (1963), “Algunos datos sobre la situación nutricional en México”, *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, (54) p. 101.

## Atención a la salud. Modelos institucionales y alternativos

Catalina Eibenschutz Hartman  
Silvia Tamez González  
Iliana Camacho

### INTRODUCCIÓN

**E**n este capítulo se analizan los principales modelos de atención a la salud en México, con énfasis en aquellos desarrollados a partir de finales de la década de 1970. Se han clasificado en alternativos, hegemónicos y contrahegemónicos, categorías que se desarrollan a lo largo del capítulo. En el apartado uno se propone un tipo de análisis de lo que se llama modelo de Atención a la Salud. En el apartado dos se hace referencia a la historia de la política sanitaria en México a partir de las Leyes de Reforma en 1867 por considerar que en esta época se inició la diferenciación de la política sanitaria con el resto de América Latina. En el apartado tres se analiza el modelo emergente en la década de 1990 denominado de Protección Social, a partir del cual se explica el cambio del modelo prevaleciente con anterioridad correspondiente al de extensión de cobertura de la seguridad social, considerado por las autoras como modelo alternativo hegemónico. En el apartado cuatro se analizan los modelos alternativos contrahegemónicos que no han llegado a constituirse como dominantes. Finalmente, se señalan algunas conclusiones resultado de este análisis.

## CONCEPTOS BÁSICOS

Los modelos de Atención a la Salud son resultado de la Política Sanitaria en cada país, determinada por diversos aspectos sociales y económicos. Dentro de los más importantes se encuentran el grado de desarrollo socioeconómico, las necesidades de salud, las diferencias socioeconómicas entre los grupos sociales, la infraestructura y el tipo de Estado. Además, en la conformación de los modelos intervienen en forma importante los organismos multilaterales como Organización Mundial de la Salud (OMS), Organización Panamericana de la Salud (OPS), Banco Mundial (BM) y Fondo Monetario Internacional (FMI). Como resultado de la globalización, el Banco Mundial ha desplazado a la OMS en la definición de las políticas sociales para toda América Latina (Eibenschutz, 2007) como veremos en el siguiente apartado.

En términos generales es posible clasificar los Modelos de Atención a la Salud en institucionales y alternativos. Los primeros se entienden como el resultado de los cambios en la política sanitaria. Entre éstos se encuentran algunos ejemplos como la Atención Primaria y la Salud para Todos en el Año 2000, estrategias y programas que fueron abandonados desde la década de 1980 como resultado de la consolidación de las políticas neoliberales. Para los propósitos de este trabajo, se entenderá por “modelos alternativos” los propuestos por los grupos sociales en contra de las corrientes hegemónicas<sup>1</sup> prevalecientes en distintos periodos de la historia.

A partir de la globalización neoliberal en la década de 1980, las propuestas de modelos alternativos generalmente se inspiraron en atención primaria y fueron promovidos por grupos y movimientos sociales contrahegemónicos. En este sentido, es imposible analizar los modelos de atención a la salud si no se definen claramente los criterios empleados para caracterizarlos; tampoco es posible analizarlos sin referirse al Estado y sus políticas sociales, además de hacer referencia de los procesos sociales y políticos contextuales que definen su calidad de alternativos.

En función de las premisas anteriores se proponen las siguientes categorías para el estudio de los modelos alternativos y/o hegemónicos:

<sup>1</sup> Entendemos por hegemónicos aquellos modelos, sean estatales o alternativos, que son aceptados por consenso por la mayoría de la población.

- Perspectiva epistemológica: *a)* mágica, *b)* interdisciplinaria, *c)* biologicista, *d)* neoliberal.
- Perspectiva de derechos: *a)* ciudadanos, *b)* meritocráticos, *c)* pobreza.
- Perspectiva de organización y gestión: *a)* personal trabajador, *b)* organización, *c)* infraestructura, *d)* participación social, *e)* relación con los pacientes, *f)* financiamiento.

Para facilitar su comprensión, a continuación definiremos algunos de los conceptos empleados en este trabajo.

### *Política social*

La política social consiste en el conjunto más o menos coherente de principios y acciones gestionadas por el Estado, que determinan la distribución y el control social del bienestar de una población por vía política (Herrera y Castón, 2003). Actualmente el término “política social” se ha sustituido por el término “Política Pública”, las autoras de este artículo no aceptamos como sinónimos ya que no es un simple cambio de término, sino que tiene diferentes acepciones que no son objeto de discusión en este capítulo.

### *Política social y gobernabilidad*

La gobernabilidad ha sido un tema presente desde hace más de 20 años, cuando se discute la política social y tiene que ver con el grado de ingobernabilidad que generó el modelo neoliberal, como respuesta a la crisis capitalista. Según Claudia Serrano (CEPAL, 2005), tiene relación con el “buen gobierno”, entendiéndolo por tal un gobierno capaz de buscar las soluciones políticas consensuadas y efectivas entre los actores, tanto aquellos que están ubicados en los espacios de poder como aquellos que se verán afectados por las decisiones o medidas que se instauren. De esta forma, la gobernabilidad tiene relación con la población al otorgar voz, espacio y canales de diálogo y negociación a las organizaciones y colectivos que canalizan y representan los intereses de las personas. Es decir con la democracia.

La política social nace en la década de 1940 ligada a la idea de proteger al trabajador y su familia, es el caso del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) en el contexto de la política de industrialización como resultado de la

sustitución de importaciones, correspondiente a la Segunda Guerra Mundial. Esta idea de protección forma parte de un núcleo de sentido primordial que siempre ha tenido como propósito la acción social del Estado.

### *El Estado*

La labor del Estado es proveer a la ciudadanía de servicios básicos como salud y educación. Sin embargo, al menos en América Latina, estos propósitos constituyeron un enunciado del mundo de la ética y la política, más que una práctica, pues nunca los derechos sociales gozaron del respeto y salvaguarda que exigía su titularidad como derechos de ciudadanía (Fleury, 2009).

Entendemos como servicios sociales básicos aquellos que provienen de un financiamiento permanente basado en las contribuciones fiscales, que se ligan al carácter de ciudadanía y son propios del llamado Estado Social. Claudia Serrano (CEPAL, 2005:9), define el término como políticas de bienestar:

[...] son aquellas que se caracterizan por el reconocimiento garantizado de derechos sociales a través de servicios y beneficios públicos tanto universales como selectivos que se distribuyen con criterios de equidad e igualdad de oportunidades sociales.

Por otra parte, la protección social forma parte de la labor del Estado, orientada a apoyar a las personas que enfrentan vulnerabilidad y riesgo social, lo que dificulta sus posibilidades de integración social. En términos concretos está constituida por el conjunto de transferencias y prestaciones no contributivas distintas a las prestaciones continuas de los servicios sociales básicos.

Las políticas de bienestar corresponden con el periodo de la posguerra y la sustitución de importaciones en toda América Latina y en México, especialmente con el periodo revolucionario cardenista y con el llamado “Estado social” en el siglo XX, caracterizado por crecimiento económico, industrialización y constitución del Estado-nación.

Las políticas de protección social se corresponden con el Estado neoliberal, que, en forma en extremo resumida, en el plano social plantea los ejes del modelo neoliberal, en la descentralización del Estado, privatización de empresas y servicios públicos; incremento de la participación privada en la gestión y prestación directa de servicios y en la focalización hacia los más

pobres de políticas sociales de carácter asistencial. No se trata sólo de una reingeniería interna sino de una diferente comprensión sobre el rol y perfil del Estado en un mundo global que tiene relación con cambios en el desarrollo del capitalismo y de lo social a escala mundial. Significa realmente el paso de una sociedad del trabajo, la cooperación y la identidad asociada a la pertenencia al colectivo, hacia la sociedad del consumo y el individualismo.

Primero se analizará el modelo hegemónico que llamamos alternativo porque cambia sustancialmente las características de las políticas sociales para conformar un nuevo modelo de cuidado de la salud que satisfaga los requerimientos del modelo económico neoliberal.

#### ANTECEDENTES HISTÓRICOS DE LA ATENCIÓN A LA SALUD EN MÉXICO

México tiene una historia de resistencia indígena desde la Colonia, que, desde su cosmovisión, ha podido recuperar y conservar muchos elementos y prácticas para la atención a la salud. Sin embargo, ha sido difícil mantener esta sabiduría frente a la “ciencia occidental” en una sociedad capitalista subdesarrollada como México.

Entre las características que le dan identidad a nuestro país respecto a otros en América Latina está el periodo de la Reforma Juarista, que separó al Estado de la Iglesia en el siglo XVIII, debido a lo cual el Estado tuvo que encargarse de los centros de salud y las instalaciones que tenía y atendía la Iglesia. En el siglo XIX, durante el Porfiriato y con el modelo francés como patrón a seguir, cuyo principal eje fue la curación, se construyeron grandes hospitales tales como el Hospital General, el Hospital Juárez, el Manicomio de la Castañeda.

Bajo los efectos de la Revolución Flexneriana, la medicina se hizo más científica y empezó la salud pública dirigida por el doctor Liceaga, como Consejo Nacional de Salubridad y se desarrolló en forma importante y en 1891 se promulgó el primer código sanitario del continente y, por ejemplo, la fundación Rockefeller apoyó en forma importante el control sanitario de los puertos y otras actividades de salud pública.

Durante la consolidación de la Revolución Mexicana, en el periodo Cardenista se apoyó en forma importante la atención a la salud de los campesinos, por medio de los Servicios Coordinados de la SSA (Secretaría de Salubridad y Asistencia). Para garantizar la atención de los obreros para la

industrialización se sentaron las bases para la creación del IMSS (Eibenschutz y Raphael, 1992).

Se puede afirmar que las acciones de salud en la época cardenista contribuyeron junto con otros elementos a la consolidación del Estado capitalista moderno con gran apoyo de la población. Sin embargo su política indigenista optó por un modelo de integración de los indígenas al modelo mestizo de la Revolución. Todos estos cambios en la política social se iniciaron como alternativos en su momento y pasaron a ser hegemónicos porque fueron adoptados por el Estado.

Los cambios referentes al siguiente apartado corresponden a otra etapa de desarrollo del Estado mexicano en la que prácticamente se asume nuestro carácter de país dependiente y subordinado a los intereses del gran capital internacional.

#### LA REFORMA DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD.

#### LOS MODELOS DE PROTECCIÓN SOCIAL Y MANEJO SOCIAL DEL RIESGO

En este apartado se presentan y discuten las características del modelo de atención denominado “protección social”, que fue el modelo emergente o alternativo posterior a la etapa del llamado Estado de bienestar en nuestro país. Este modelo ha orientado y modelado la reforma neoliberal en salud en nuestro país desde mediados de la década de 1990 y sin duda es el que en la actualidad domina en la mayoría de los países de economía dependiente. Por lo tanto, consideramos que corresponde a un modelo alternativo, pero, hegemónico. Su aplicación es resultado de la adopción y adaptación de las recomendaciones propuestas por el BM y el FMI por parte del Estado mexicano, en respuesta a la exigencia de estos organismos internacionales de refuncionalizar las instituciones responsables del cuidado de la salud para posibilitar y viabilizar su mercantilización. En un primer momento, se expondrán y discutirán los orígenes del modelo y posteriormente, por razones de espacio, se reflexionará brevemente sobre las características de su adaptación en nuestro país y algunos de los saldos visibles en la actualidad.

*El “Sistema de protección social” frente al derecho a la seguridad social.  
Antecedentes del surgimiento del concepto de protección social*

La reforma del Sistema Nacional de Salud (SNS) fue, en gran medida, una respuesta a las sugerencias formuladas por el BM en combinación con las políticas macroeconómicas dictadas por el FMI. En este apartado se discutirán solamente las recomendaciones del BM pues son las que perfilaron las principales bases de su transformación. En 1987 el BM planteaba una agenda de reforma a los sistemas de financiamiento de los servicios de salud completamente apegada a la ortodoxia neoliberal y nada sensible al deterioro social y sus consecuencias políticas conflictivas. El individualismo metodológico centrado en el *rational choice* y el *public choice* del monetarismo de Milton Friedman (1992), distinguía entre bienes privados (aquellos que dependen de la elección y consumo del individuo, que por lo tanto está dispuesto a pagar por ellos) y bienes públicos (aquellos que, al ser en beneficio de muchos y tener altas “externalidades”, requieren de la intervención del Estado para su realización). Así, la salud dejó de ser considerada un bien público y fue arrojada al ámbito del cuidado privado (Banco Mundial, 1987).

El *Informe sobre el Desarrollo Mundial 1993. Invertir en salud* (Banco Mundial, 1993), marca un leve viraje en la política de salud, ya que identifica que uno de los mayores obstáculos para acceder a niveles satisfactorios de salud es la pobreza y que son los pobres los más vulnerables a los vaivenes (léase “crisis”) del mercado y difícilmente pueden satisfacer sus necesidades más elementales. Pero, a pesar de que en este documento el BM recomienda a los gobiernos mayor cuidado sobre los impactos sociales y políticos de sus recomendaciones, su principal objetivo sigue siendo lograr que sus “clientes” (los países de economía dependiente) alineen su política fiscal –reduciendo y controlando el gasto público en salud– a las exigencias de una política económica subordinada a las necesidades de expansión del gran capital financiero transnacional. Esta propuesta del Banco Mundial consiste en convencer a los Estados nacionales de la necesidad de promover un paquete mínimo de servicios de salud dirigidos en especial a la población pobre. Para la elaboración del diagnóstico sobre una “situación compleja de transición demográfica y epidemiológica”, establece un criterio técnico que evalúa la Carga Global de Morbilidad (CGM) medida en Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD) (Banco Mundial, 1993). Desde su perspectiva, este criterio permite evaluar los daños a la salud poniendo



el énfasis en los riesgos a la salud y en la posibilidad de “ganar” más años de vida saludable y productiva.

Es a partir de esta evaluación sobre la CGM y los AVAD, que las intervenciones sugeridas para mejorar la salud se reducen al llamado “paquete básico”, financiado con fondos públicos. Este paquete estaría conformado por intervenciones que, partiendo del supuesto de la escasez de recursos disponibles, garanticen un alto grado de costo-efectividad, mientras que las que sean más costosas tendrían que ser dejadas al arbitrio de la “mano invisible” del mercado.

Luego de que el BM evaluó los pobres resultados de la agenda de reformas, así como los efectos de la crisis financiera de 1998 en la agudización de la pobreza y el desempleo, emprendió una redefinición del concepto de protección social, dentro del marco de lo que denominó Manejo Social del Riesgo (MSR) (Banco Mundial, 2003). Desde la visión del BM, este marco “redefine” y va “más allá” del concepto tradicional de protección social (entendido sucintamente como “medidas del sector público para proveer seguridad de ingresos a las personas”). Holzman y Jorgensen (2003), consideraron que el MSR se basa en la idea de que todas las personas, hogares y comunidades son vulnerables a distintas modalidades de riesgo, tanto naturales (terremotos, inundaciones, enfermedades) como sociales o producidas por el hombre (desempleo, guerras, deterioro ambiental, etcétera). El aspecto principal que los autores consideran de estos riesgos es su capacidad de afectar negativamente los ingresos de las personas, familias y/o comunidades, y por lo tanto, su capacidad de generar y multiplicar la pobreza. No se trata tanto, entonces, de prevenir, mitigar y superar los riesgos sociales propiamente dichos, sino de brindar instrumentos que contribuyan a evitar que las personas, familias y/o comunidades, al enfrentarse a estos riesgos, caigan por debajo de cierto umbral de pobreza o se vuelvan incapaces de salir de ella.

A partir de esta nueva concepción, la protección social constituye, entonces, un mecanismo político-económico que trata de minimizar los efectos negativos generados por la organización social capitalista que condena a la marginación y la exclusión a grandes sectores de la población (Orriols, 2002). Por lo tanto, esta propuesta está principalmente enfocada a los pobres, a la mitigación de la pobreza extrema y a brindarles instrumentos para que “salgan” de su situación y sean capaces de asumir mayores riesgos (entendiendo aquí “riesgo” como las actividades que tienden hacia la búsqueda de mayores ingresos: inversiones, créditos, etcétera). La propuesta

redefine la protección social no porque extienda el pretendido carácter de universalidad de acceso a los servicios sociales, sino porque incluye además del sector público, al mercado y a lo que considera sistemas informales de protección frente al riesgo: las familias y comunidades.

Dentro de la discusión sobre el Estado de bienestar, el nuevo concepto de protección social propuesto por los autores del documento del BM (2003) no se basa ya en la idea de la necesidad de la redistribución del ingreso, sino que considera posible lograr el bienestar individual y colectivo mediante la puesta en práctica de políticas macroeconómicas y fiscales que permiten tanto el crecimiento económico como el combate a la “pobreza crítica”. Uno de los objetivos declarados de esta propuesta, fue contribuir a formular políticas tendientes a fortalecer la cohesión social y aumentar la inclusión social. Los autores parten del supuesto (la “evidencia”) de que aun en condiciones de crecimiento económico sostenido, seguirá habiendo “pobres que no pueden participar en un proceso de crecimiento con uso intensivo de mano de obra” (BM, 2003:3). Estos pobres, pues, son los excluidos de las “ventajas comparativas” de la globalización económica, a los que si se quiere mantener cohesionados, “integrados”, habrá que brindar instrumentos y oportunidades para que salgan de su pobreza crónica y puedan “involucrarse en actividades más riesgosas, pero a la vez de mayor rentabilidad”; o sea: lograr que asuman una disposición “emprendedora” y nada crítica ante el sistema de dominación.

En suma, la idea del cuidado de la salud como un derecho ciudadano, estorbaba los planes de expansión del mercado de la salud en México. La aspiración posrevolucionaria que tomó forma en el propósito de extender la seguridad social a toda la población, tendría que ser reemplazada por otra que facilitara la consolidación del proyecto neoliberal. En la primera década del siglo XXI, existen iniciativas cada vez más claras de acabar con la seguridad social como esquema de atención, para arribar a otro en el que el derecho se limite al acceso a paquetes básicos de salud.

### *Configuración del Sistema de Protección Social en México. Programas asistenciales y cuidado de la salud*

La propuesta de reforma del Sistema Nacional de Salud en México, impulsada transexenalmente desde fines de la década de 1980, responde a los principios del concepto “ampliado” de protección social o manejo social

del riesgo, que cobra forma con el Sistema de Protección Social, conformado por dos componentes fundamentales: su “brazo operativo”, el Seguro Popular de Salud (Frenk, 2004) y los programas focalizados para el combate a la pobreza (Progres y Oportunidades). Así, el Estado mexicano, al hacer suya esta propuesta, abandonó el derecho a la salud y a la seguridad social como una aspiración social legítima.

La forma en que el Manejo Social del Riesgo se ha concretado en México y en muchos países de América Latina es a partir de lo que el mismo BM (Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento / Banco Mundial, 2009) denomina Transferencias Monetarias Condicionadas (TMC), las cuales consisten en transferencias de efectivo directas al núcleo familiar que tienen por objetivo hacer menos “vulnerables” a los pobres, al condicionar la transferencia monetaria a que éstos inviertan en su propio capital humano y en el de sus hijos, es decir, los lleven a la escuela o puedan pagar los gastos en salud. Supuestamente, este tipo de estrategia, esta “inversión”, permitirá salir de la pobreza a los grupos sociales más desamparados y excluidos no sólo en el presente (a partir de evitar los gastos catastróficos empobrecedores), sino también en el futuro a sus hijos, mediante el desarrollo de las habilidades que permite la “inversión en capital humano”. De esta manera:

[...] la relación que se establece entre la necesidad de gestión e intervención del Estado para apoyar activamente los procesos de expansión del capital y la regulación del conflicto de clases, conduce a refuncionalizar la acción estatal de modo que no interfiera con el proyecto neoliberal y, al mismo tiempo, se inscriba en la búsqueda del consenso (López, 1994).

Ya desde 1988, en el gobierno de Carlos Salinas de Gortari, presidente que cristalizó en los hechos la reforma neoliberal de la economía a partir de la firma del Tratado de Libre Comercio de América del Norte (TLCAN) y también de la vida política mediante una reforma a fondo de sus instituciones del gobierno salinista, se expresaron las intenciones del Estado de crear programas dirigidos a grupos identificados como objetivo por su condición de pobreza. Estos programas tuvieron como objetivo las “transferencias monetarias” (Hernández *et al.*, 2007) como medio de amortiguar los efectos de su precaria situación en la salud y en la capacidad de insertarse productivamente en la sociedad. Esta intención cobró forma en el Programa

Nacional de Solidaridad (Pronasol), programa de uso discrecional de la Presidencia, que además permitió legitimar la gestión en turno.

En la actualidad, a más de 15 años de evolución de esta política transexenal observamos muestras claras de su avance y consolidación; con Vicente Fox el Programa de Educación Salud y Alimentación (Progesa) y en la administración de Felipe Calderón con Oportunidades, programas que han conservado las características iniciales: basados en transferencias monetarias, focalizados, legitimadores del gobierno y, sobre todo, diseñados para uso discrecional de la Presidencia.

En lo referente a los servicios de salud, el Sistema Nacional de Salud ha sufrido muchas transformaciones que vieron su etapa culminante con la creación del Seguro Popular referido en párrafos anteriores. Al final del sexenio de Vicente Fox, era ya posible observar una configuración diferente del SNS, con una clara separación entre instituciones administradoras del financiamiento y prestadoras de servicios, que a diferencia del esquema anterior, en el que sólo podían ser públicas, pueden ser privadas. Esto plantea desde entonces una segmentación del sistema que, aunque sigue teniendo como característica fundamental la separación entre población asegurada y no asegurada, abre para ambas una diversidad de servicios a los que estos grupos podrán acceder a partir de seguros privados, de acuerdo con su capacidad de pago. Esta nueva estructura del SNS, cuyos cambios radican en la inserción del sector privado en sus diferentes niveles y la emergencia definitiva en México del denominado *mix* público-privado de la atención médica, se concreta en el Servicio Público de Salud (SPS), el cual tiene como rasgo intrínseco el traslado de recursos del sector público al privado (Tamez y Moreno, 2000). La nueva estructura del SNS anticipa una recomposición de la segmentación de la población con base en una nueva forma de acceso diferencial a los servicios de salud. Así, el acceso de la población a la atención médica ha sido redefinido, conformándose un grupo bajo la cobertura de la seguridad social, compuesto fundamentalmente por trabajadores de la economía formal de media y baja cotización (los afiliados al IMSS y al ISSSTE); otro grupo, proveniente de la economía informal, población pobre no asegurada que, en el mejor de los casos, tendrá acceso a los servicios brindados por las instituciones estatales de salud, compitiendo por la atención con los grupos bajo el SPS; y un tercer grupo, que a partir del SPS, accederá a servicios privados de acuerdo con su capacidad de pago, compuesto por los grupos de mayor cotización a la seguridad social, sectores de la economía informal y la población de clase media no asegurada.

La parquedad de los recursos a la que se ha sometido desde hace más de 20 años al subsector público, ha producido un deterioro de los servicios. Dentro del nuevo esquema, este subsector queda en desventaja para competir con el privado. Así, el análisis de la evolución de los recursos y de los servicios durante la década pasada confirma la conformación de un sector público mucho menos fuerte que en el pasado, sobre todo en lo relacionado con la cobertura de servicios de segundo y tercer nivel, en correspondencia con la expansión del subsector privado a expensas del crecimiento de diversas formas de aseguramiento (Tamez y Valle, 2005).

#### MODELOS ALTERNATIVOS

El concepto de “alternativo” no existe sin su contraparte: lo “hegemónico” (Eibenschutz, 1981). Lo cual, en el campo de la atención a la salud es un espacio de construcción de hegemonía para los gobiernos. Por el contrario, a los modelos alternativos se les puede considerar “contrahegemónicos” pues generalmente son proyectos de carácter político, autonómico y participativo.

En relación con la dinámica social y política seleccionamos los siguientes modelos por ser paradigmáticos:

- Medicina comunitaria
- Atención primaria a la salud
- Modelos autonómicos indígenas en México.

#### *Medicina comunitaria*

Citando a Silva Paim (2009:23):

Aunque los aspectos históricos de la medicina comunitaria aún no hayan sido debidamente estudiados, se la podría identificar como originaria de Estados Unidos, especialmente a partir de la década de 1960. Desde esa perspectiva, la medicina comunitaria sería visualizada bajo dos vertientes principales: a) ejecutada por agencias voluntarias u órganos estatales, apuntando a llenar las lagunas entre la medicina privada y la medicina pública;

*b)* articulada a las escuelas médicas, en el sentido de operacionalizar el movimiento de la medicina preventiva.

Para los países de América Latina la medicina comunitaria constituyó una práctica no hospitalo-céntrica, con un contenido de “compromiso” con las poblaciones pobres por parte de organizaciones no gubernamentales (ONG) y estudiantes de medicina, que junto con los profesores críticos construyeron modelos contrahegemónicos con un ejercicio del poder para las comunidades. Sin embargo, pronto nos dimos cuenta, los que participábamos en el modelo, que las comunidades no eran tales, en el sentido de que a su interior también había conflictos y se empezó a analizar el problema en función de los conflictos existentes, radicalizando a los actores no sólo teóricamente sino en la práctica, dado que exigía de los trabajadores y de las “comunidades” un compromiso político, no forzosamente partidario.

El modelo de la medicina comunitaria, pasó a desarrollarse en los servicios del IMSS y de la SSA en la década de 1970 con la variante de que funcionaron con el modelo biologicista y la participación era delegada por el sistema y consistía en hacer, por ejemplo, trabajo de limpieza y jardinería en los centros comunitarios, sin pretender en la gran mayoría de los casos una participación de la “comunidad”. Al inicio de esa década surgió el Programa IMSS-Coplamar con el mismo modelo de la medicina comunitaria y con el mismo tipo de participación. Al mismo tiempo se desarrollaron una cantidad enorme y muy variada de cursos de capacitación para las comunidades indígenas, la mayoría de ellos de corte biologicista.

Antes de seguir adelante hay que señalar en qué consiste el modelo médico hegemónico, donde se inscribieron la mayoría de estos programas. Fue Eduardo Menéndez (1978) quien acuñó el término de modelo médico hegemónico (MMH). Este autor afirma que en casi todas las sociedades la enfermedad y los padecimientos son tratados por una amplia gama de formas de atención (modelos) y que históricamente el modelo médico hegemónico se caracteriza por ser biologicista y hospitalocéntrico. Este modelo, de carácter científicista y occidental representa, desde inicios del siglo XX, el modelo hegemónico para el cuidado de la salud en América Latina. Además, el tratamiento de la enfermedad ha sido considerado desde la perspectiva hegemónica, como patrimonio exclusivo del saber de los médicos, el cual se organiza a partir de instituciones públicas y privadas. Esto no significa que no existan otras formas de atención que no han llegado a ser hegemónicas y que coexisten con las visiones derivadas de la biomedicina.

Además Menéndez agrega que este proceso de apropiación del saber es hegemónico no sólo porque es impulsado por las instituciones médicas, sino porque es aceptado y adoptado también por los sectores subalternos.

Sin embargo, los programas de salud o medicina comunitaria que tomaron en cuenta estos aspectos que, aunque no llegaron a ser dominantes y fueron barridos por el modelo dominante, sensibilizaron a varias comunidades, estudiantes de medicina y profesores universitarios que los siguen desarrollando.

La UAM-Xochimilco también participó en la medicina comunitaria, sobre todo en el estado de Chiapas y también capacitó a muchos indígenas como promotores de salud. Vale la pena mencionar que fue en Cuba donde se aplicaron los modelos más eficientes y participativos de la medicina comunitaria, dado que el modelo de Estado se basaba en la participación social (poder popular).

### *Atención primaria a la salud*

Ya en 1989, con la experiencia de diez años de Alma Ata,<sup>2</sup> durante los cuales muchos grupos se comprometieron con la Atención Primaria a la Salud (APS), es que se inicia una reflexión crítica sobre su incompatibilidad con el modelo de Ajuste Estructural para América Latina. Varios de los modelos previos de APS y de medicina comunitaria comparten con esta estrategia los siguientes elementos prácticos y conceptuales: *a*) la capacidad de la comunidad para resolver sus principales problemas de salud; *b*) el supuesto de que 80% de la patología es de solución simple y no requiere servicios sofisticados; *c*) la necesidad de educar a la población para resolver algunos problemas de salud; *d*) reconocimiento de la participación de la comunidad como un factor fundamental, *e*) la conveniencia de garantizar la atención cerca del lugar donde vive el paciente, sin sacarlo de su medio; *f*) la necesidad de conocer el medio para adecuar las medidas preventivas y curativas; *g*) la conveniencia de prevenir las enfermedades y no sólo curarlas; *h*) la

<sup>2</sup> Alma Ata (PAHO, 1978). Fue una conferencia de salud organizada por la OMS y los países adscritos a la ONU, donde se llegó a un acuerdo sobre la necesidad de llevar a cabo el modelo de Atención Primaria a la Salud. Este acuerdo fue firmado por todos los países.

eficacia y eficiencia que entraña la participación comunitaria; *i*) la necesidad de trabajar en función de la salud y no de la enfermedad.

Se podría seguir enlistando otros elementos comunes pero es más importante resaltar que la APS no era del todo innovadora. Cabría entonces preguntarse ¿cuál es su importancia? En esta ocasión nos proponemos contestar esta interrogante y desmitificar algunas ideas con el objeto de polemizar y suscitar una discusión constructiva.

### Importancia de la APS

No es objeto de este artículo repetir las ventajas ampliamente conocidas de este modelo (PAHO, 1978). Por el contrario, interesa resaltar aquellos elementos que no aparecen en el discurso oficial y que, más bien, son producto de la reflexión desde las ciencias sociales pues el discurso de Alma Ata no fue hecho desde una reflexión surgida de las ciencias sociales:

- El papel que tuvo la Reunión de Alma Ata, para la distensión y la paz mundial.
- El espacio de lucha ideológica y política que abre la atención primaria.
- El ejercicio del poder, como elemento central de este modelo.
- La imperiosa necesidad de crear un nuevo conocimiento que permita esta práctica emergente.

A continuación se analiza el contenido específico de cada uno de estos elementos, para aclarar su significado. En cuanto a la paz mundial, la Reunión de Alma Ata tiene lugar en 1978, un momento histórico en el que las tensiones entre los mundos capitalista y socialista llegaban casi al clímax, la carrera armamentista se desarrollaba de manera alarmante y el llamado conflicto Este-Oeste se agudizaba. En esta situación se logra la presencia de casi todos los países, alrededor de un problema común: la salud mundial; esta presencia ocurre nada menos que en un lugar de la Unión Soviética. Se hace posible, por lo tanto, el diálogo entre países antagónicos y con profundos conflictos políticos. Al término de la Reunión se obtiene una declaración consensual por aclamación. En tales circunstancias, no tiene porqué sorprendernos lo flexible, poco preciso y ambiguo de la declaración misma; lo importante fue que tendió un puente fundamental de diálogo entre todos los países y se fijó un objetivo común. No parece exagerado suponer que



desempeñó un papel importante en la política de distensión mundial y contribuyó directamente a la lucha por la paz y el diálogo.

En segundo lugar, el análisis de este nuevo modelo de atención a la salud abrió espacio a la lucha ideológica pues obligó a conocer las experiencias de otros países y puso claramente en evidencia las limitaciones estructurales que tienen los países capitalistas para asumirlo. También en esta reunión se puso en claro que los países socialistas que tenían un Servicio Nacional de Salud, eran aquellos que habían puesto en práctica modelos eficaces de la hasta entonces llamada medicina comunitaria, integrada a los otros niveles de atención. Por otra parte y en cuanto a práctica emergente, abrió espacios para el trabajo desde perspectivas ideológicas diferentes, que tuvieron la oportunidad de desarrollar sus propuestas en la práctica y conocer sus deficiencias y limitaciones. La APS fue y es un espacio importante de lucha política, científica e ideológica, que permitió un avance aunque desigual, en el desarrollo de los modelos en diferentes contextos.

En cuanto a las relaciones de poder, problema que ha sido muy poco reflexionado en los análisis de la APS, planteó, y plantea aún, la posibilidad y la necesidad de generar nuevas formas de gestión. Estas nuevas formas de ejercicio del poder se plantean en tres niveles: *a)* al interior del equipo sanitario, *b)* en la población, como parte de la llamada participación popular o comunitaria y *c)* a nivel de las relaciones entre comunidad, equipo sanitario y Estado. Es generalmente aceptado y reconocido el poder que ejerce el profesional de la salud sobre el paciente, pero se discute muy poco cómo se ejerce este poder al interior del llamado “equipo de salud”. En este sentido, en lo general se acepta el poder del médico frente al resto de los profesionales de la salud, situación que es frecuentemente cuestionada por estos últimos en términos de lucha interprofesional y a veces mal entendida como un conflicto de clases. Lo más frecuente es que este tipo de cuestionamientos no logren un avance que permita o facilite el trabajo. Un verdadero trabajo en equipo debe poner en discusión el ejercicio del poder, no con base en el nivel de conocimiento sino en la complejidad del problema de salud a resolver en forma colectiva (Spinelli, 2011).

En esta situación, la llamada “distribución de funciones” entre los participantes en el equipo de salud, oculta sistemáticamente el problema del ejercicio del poder a su interior y reproduce el modelo dominante de ejercicio del mismo, en forma consciente o no. Una solución a este problema pudiera obtenerse mediante la construcción del objeto de estudio y trabajo en forma colectiva e interprofesional.

Lo anterior significa reconocer que atender a la salud y a la enfermedad empieza por abordar problemas complejos de la realidad, mediante un trabajo en equipo que pueda hacer nuevas preguntas, crear nuevos procedimientos y nuevos métodos de trabajo grupal que resuelvan los problemas colectivos e individuales de salud-enfermedad, para los cuales no existen recetas. Por lo mismo, se ponen en juego los diferentes conocimientos de las diversas profesiones y también la relación de poder, creando un espacio para nuevas formas de ejercicio del mismo. Este es un objetivo difícil de alcanzar si no se cuestiona el poder como parte fundamental del trabajo cotidiano del equipo. Si esto se soslaya, no es posible avanzar y se reproduce, en forma consciente o no, la práctica dominante, lo cual dificulta mucho la promoción de la participación comunitaria. Por otra parte, la tan mencionada participación de la comunidad, aspecto en la APS, es esencialmente una forma de ejercicio del poder en la sociedad, que mientras no se analice como tal, no se podrá comprender y así avanzar en este campo. Varios autores (véase por ejemplo Ramírez, 2010) sostienen que la verdadera participación de la comunidad significa la capacidad de intervenir y tomar decisiones respecto a la forma de organización y operación de los servicios de APS, pero para ello se necesita aceptar que es una forma de ejercicio real del poder y como tal debe ser entendida por la comunidad y por los servicios de salud. Esto no es un problema de fácil solución, ya que implica diferentes tipos y grados de conocimiento, tanto en lo que se refiere a la comunidad como a los trabajadores sanitarios y, sobre todo, la posibilidad de generar conflictos.

El poder ejercido en la APS implica la posibilidad de que se generen conflictos entre la comunidad, el equipo sanitario y naturalmente el Estado, representado, en este caso, por las instituciones de salud. Por lo tanto, la APS tiene un fuerte contenido político, tanto en lo referente a las instituciones y sus trabajadores como a la población en general. Hablar de participación comunitaria es hablar de política; hablar de trabajo en equipo y con la población es también un asunto político. Por el contrario, hablar de participación en salud es limitar ingenuamente la participación y el ejercicio del poder al estrecho, aunque importante, ámbito de la salud. La importancia de la APS a este nivel es que hace prácticamente imposible negar el papel de la política en la salud. De esta manera, se entiende la lucha de los trabajadores sanitarios y de la población frente al Estado y no sólo la imposición de éste sobre la población en su conjunto.

En cuanto a la generación de nuevo conocimiento, parece importante señalar que es falso que la atención a los problemas de salud en el nivel primario sea sencilla, de fácil solución, con técnicas simplificadas y poco conocimiento. Para demostrar la falsedad de esta aseveración tomemos el ejemplo de un niño desnutrido, con cuadro diarreico crónico, tos, expectoración y disnea, que vive en una comunidad campesina sin agua potable ni luz eléctrica (situación frecuente en nuestra realidad cotidiana). ¿Habría alguien que sostenga que un cuadro así se soluciona con medidas preventivas y simples? ¿O más bien es fundamental desarrollar más conocimiento médico para diagnosticar y tratar adecuadamente el caso agudo y mucho más conocimiento de otras disciplinas para poder sugerir o instrumentar medidas preventivas en este tipo de situaciones? Este ejemplo, tomado de la práctica cotidiana de la atención primaria cuestiona la simplicidad de la atención y la prevención a este nivel y resalta la necesidad de crear nuevo conocimiento y avanzar en el existente. Si no se asume esta necesidad, no se podrán enfrentar eficazmente los retos que representa este modelo, es decir, se necesita un nuevo paradigma, que sólo se alcanzará mediante la investigación interdisciplinaria y la reflexión colectiva.

El espacio que abrió la APS para la creación de conocimiento es privilegiado si se sabe aprovechar, si no, se corre el riesgo de transformarla en atención médica “de segunda” para los pobres o, en el mejor de los casos, en un centro distribuidor de pacientes a los otros niveles, en el supuesto de que éstos existan y la población tenga acceso a ellos. Cosa que como hemos analizado anteriormente, es muy poco probable bajo los nuevos derroteros de la política social neoliberal.

Salud para todos en el año 2000 y estrategia de APS.

Un sueño que se difumina a partir de la década de 1980

La década de 1980 se conoce en México como la “década perdida”, en la cual se adoptaron las medidas conocidas como Ajuste Estructural, no sólo en México, sino en toda América Latina. Estas medidas no son más que la receta neoliberal generada por el BM y el FMI usando para ello la presión de la deuda externa.

La creación del SNS en la década de 1980, se llevó a cabo bajo el paradigma del “mix público-privado”, cuyo resultado ha sido la apertura de los servicios públicos al capital privado bajo esquemas indirectos, porque has-

ta ahora no ha habido venta directa de la infraestructura de salud al sector privado. A finales de esa década, empezaron a oírse las críticas sobre lo costoso de la APS y para la década de 1990 esta estrategia fue cambiando, de su versión integral, a un modelo selectivo y focalizado y se adoptó la visión de la economía de la salud para abaratar los altos costos. Surgieron las voces de muchos investigadores criticando esta sustitución, pero no fueron atendidas ni por el BM, ni por la mayoría de los gobiernos latinoamericanos (Labonté, Sanders, Baum, Schaay *et al.*, 2009).

Los gobiernos mexicanos, sumisos desde la década de 1980 ante los Estados Unidos, obedecieron a pie juntillas estas recetas del BM y procedieron a dismantelar de hecho la APS, pero manteniendo su discurso por unos años más. Posteriormente abandonaron el discurso también, dismantelaron la APS, privatizaron el Sector y mercantilizaron la salud como fue analizado anteriormente. Ya cerca del año 2000 se reconoció globalmente que había fallado la estrategia de APS lo cual significaba la imposibilidad de alcanzar la “salud para todos en el año 2000” propuesta en la Conferencia de Alma Ata (Eibenschutz, 2009). Es decir, lenta pero consistentemente los gobiernos de América Latina y el mexicano en especial, contribuyeron a que el sueño creado por la iniciativa de APS se esfumara con los obstáculos que ellos mismos pusieron al obedecer al neoliberalismo, promovido por el BM y los intereses del capitalismo mundial.

El renacimiento de una nueva APS. ¿Discurso o realidad?

A cuatro décadas de instaladas en los gobiernos las políticas macroeconómicas y las condiciones socioeconómicas impuestas por la globalización neoliberal han bajado el gasto social, generado desempleo, disparado la migración a niveles nunca vistos, empobrecido y polarizado económica y socialmente a la población. Además, la población rural, en la que alguna vez pudo desarrollar la APS, se ha empobrecido enormemente y ha migrado y la que queda en el campo, ha sido dividida por el sistema de protección social en población asegurada por el seguro popular (SPS) y población que no tiene ningún tipo de seguro y que su único recurso es la Secretaría de Salud. Valga como denuncia que en Chiapas, Municipio de San Cristóbal de las Casas, ambas poblaciones se atienden en un mismo Centro de Salud, pero tiene prioridad la “asegurada” por el SPS. En cuanto a prioridad de medicamentos (existen dos depósitos de medicamentos en cada centro de

salud) no se puede utilizar el depósito correspondiente al seguro popular para la población no asegurada que tiene menos disponibilidad de medicamentos, creando problemas éticos severos a los trabajadores de la salud. Esta segmentación de la población en los servicios de salud, impide la organización de la misma para lograr una verdadera participación en salud, tanto en el medio rural como en el urbano donde la segmentación es entre muchas más instituciones. A pesar de la existencia de muchos grupos sociales convencidos de su validez y de algunas experiencias locales que siguen siendo exitosas, en los países de América Latina no hay condiciones para una nueva APS, excepto en Brasil, el Salvador y Bolivia en donde la Secretaría de Salud avanza.

### *Los modelos autonómicos indígenas en México*

Los indígenas en nuestro país conservan prácticas de salud ancestrales que son parte de su identidad y fortaleza; estas prácticas, junto con las cosmovisiones en que se sustentan, les han permitido conservar su cultura amenazada históricamente por la modernidad. La resistencia de estos grupos se manifestó globalmente en casi toda América Latina a fines del siglo XX como una respuesta fuerte, cuestionando la globalización. En el caso de México, el movimiento del Ejército Zapatista de Liberación Nacional (EZLN) fue punta de lanza no sólo a escala nacional, sino internacional.

Mencionamos con anterioridad que una de las acciones ejercidas por muchas instituciones desde la década de 1960, fue capacitar promotores para resolver los problemas de salud en el medio rural; la gran mayoría de los que cursaron estas capacitaciones fueron indígenas en todo el país.

Los indígenas de Chiapas son los herederos de la cultura Maya. Esta cultura, llega a su máximo esplendor entre el 600 y el 900 dC., aunque al mismo tiempo se profundizan los problemas internos, la explosión demográfica, los conflictos entre nobles y militares, las revoluciones internas, y todo da pauta a un periodo de declive y grandes migraciones hacia Yucatán. Para el año 1200 dC., el colapso es inevitable y las ciudades son abandonadas (Heredia-Cuevas, 2009). En este éxodo quedan pequeñas poblaciones indígenas que se establecen en otras regiones de Chiapas. Son estos grupos lo que sobreviven y de generación en generación reproducen una serie de prácticas en la atención a la salud, con personajes como el curandero, el hierbero, el *pulsador*, el *ilol* y la partera.

En los tiempos recientes, durante las décadas de 1970 y 1980 se dan una serie de movilizaciones y protestas en donde participan organizaciones campesinas, cooperativas y asociaciones sociales; logrando una fuerza importante que demanda atención a los problemas del campo, particularmente de los indígenas, entre los que sobresalen: tierra, comercio, educación y salud (Congreso Indígena, 1974).

En los últimos 50 años ha existido una multiplicidad de programas de extensión de cobertura con diversos modelos de atención, con capacitación de parteras y de promotores como por ejemplo, la iglesia católica y sus comunidades eclesiales de base, los pasantes de medicina de la UAM-Xochimilco, el Instituto Nacional Indigenista y muchos gobiernos locales. Se organizaron también Comités de Salud en muchas localidades, sin autonomía a los promotores, a los que se formaba mayoritariamente desde la perspectiva de la medicina occidental y el modelo médico hegemónico.

Aunque capacitados como se señala anteriormente, el levantamiento del EZLN en 1994 se encontró con una gran cantidad de promotores de salud que se organizaron alrededor del EZLN, lo que permitió avanzar y generar un modelo alternativo de salud.

### *El Sistema de Salud Autónomo Zapatista en Chiapas*

Chiapas es el Estado que presenta el mayor rezago en cobertura de los sistemas de salud, principalmente de la Secretaría de Salud (Ssa) y el IMSS-Oportunidades, especialmente en las regiones con mayor población indígena. En 80% de las comunidades chiapanecas existe sólo un médico por cada 2 370 habitantes y es el estado con menor porcentaje de población cubierta por algún esquema de seguridad social (Sánchez, 2007). Este dato sólo representa una de las consecuencias de la exclusión histórica que ha vivido el pueblo chiapaneco, mayoritariamente indígena.

En 1974 se desarrolló el Primer Congreso Indígena “Fray Bartolomé de las Casas”, donde aproximadamente 1 500 indígenas tzotziles, tzeltales, ch’oles y tojolabales discutieron con el entonces gobernador del estado, Manuel Velasco Suárez, temas esenciales: tierra, comercio, educación y salud. En este evento el representante de la delegación tzotzil leyó un documento titulado *Declaración Tzotzil sobre Salud* en el que denunciaba:

Los médicos nunca se acercan al campo por que hay un desprecio por el indígena. En los centros de salud nos tratan mal [...] los programas de salud no son realistas por lo que no consideran nuestras costumbres, la medicina es cara. Es un negocio.

Otro aspecto que reflexionaban era sobre la importancia de la medicina de hierbas, viéndola como necesaria pero no suficiente para combatir las epidemias: “Sabemos que de las hierbas sacan pastillas, pero nadie estudia nuestras hierbas para que nos digan cuáles son buenas y para qué” (Morales, 1992). Y señalaban como una solución “hacer una investigación seria de la medicina indígena y que la conozcan los doctores. Que los doctores nos traten como gentes y aprendan nuestra lengua”.

Dos décadas después, en 1994 a 18 días del levantamiento del EZLN, en voz del subcomandante Marcos denunciaban:

[...] ¿Quién tiene que pedir perdón y quién puede otorgarlo? ¿Los que, durante años y años, se sentaron ante una mesa llena y se saciaron mientras con nosotros se sentaba la muerte, tan cotidiana, tan nuestra que acabamos por dejar de tener miedo? [...] ¿los muertos, nuestros muertos, tan mortalmente muertos de muerte “natural”, es decir, de sarampión, tosferina dengue, cólera, tifoidea, mononucleosis, tétanos, pulmonía, paludismo y otras lindezas gastrointestinales y pulmonares? (EZLN, 1994:90).

Después de la ruptura del diálogo entre el EZLN y el gobierno federal, el movimiento zapatista optó por la construcción de su autonomía.

Una acción de salud, derivada de la participación de promotores e indígenas es la *Declaración de Moisés Ghandi* de 1997, cuando más de tres mil promotores de salud de diferentes regiones del estado se reunieron y manifestaron sus demandas relacionadas también con la poca o nula atención que el gobierno daba en las comunidades; en esta declaración reafirman el sentido de que “luchar por la salud es luchar por la vida con dignidad” pues se afirma que

[...] salud es vivir sin humillación, podernos desarrollar como mujeres y hombres; es poder luchar por una patria nueva donde los pobres y particularmente los indígenas se puedan determinar de manera autónoma (*Declaración de Moisés Ghandi*, 1997).

El movimiento zapatista ha ido construyendo y consolidando poco a poco un modelo de salud autónomo, que desde el inicio del movimiento ya contaba entre sus bases de apoyo con una cantidad importante de “Promotores y Promotoras de Salud, quienes se hicieron responsables de la atención asistencial de la población a partir de ese momento” (Cuevas, 2007:3).

La salud autónoma forma parte y está integrada dentro de la estructura política y la organización territorial del EZLN, siendo la instancia máxima las Juntas de Buen Gobierno (JBG), seguida de los Concejos Municipales Autónomos donde existe una Coordinación de Salud integrada por representantes de promotores de salud y representantes de los comités de salud locales. Después están los Comités de Salud locales integrados por los promotores, vacunadores, promotores de salud reproductiva y personas de la comunidad (Cuevas, 2007).

Para 2007 se registraba la existencia de la Clínica Autónoma Guadalupeana, ubicada en la región Altos en el Caracol<sup>3</sup> de Oventic, que ha desarrollado su capacidad de atención hasta un rango intermedio entre el primer y segundo nivel, donde se cuenta con cirugía básica programada, consultorio dental, de ginecología y oftalmología; laboratorio, taller de herbolaria y de ocho a diez camas de hospitalización.

Organizar un sistema propio les ha permitido a los zapatistas generar estrategias de negociación con un sentido de producir la vida con dignidad. Han generado vías para la canalización de pacientes al tercer nivel, para obtener de la Secretaría de Salud (Ssa) los medicamentos para enfermos de tuberculosis y las vacunas para el esquema de vacunación. Otros espacios de interacción entre los dos sistemas de salud, han sido los Comités Municipales de Salud (CMS), instancia creada por la Ssa y los Comités Locales de Salud (CLS) donde se ha dado más la participación de la población a partir de las organizaciones sociales (Cortés y Heredia, 2007).

En el estudio realizado por Cuevas (2007) se muestran algunos resultados cuantitativos:

- En cuanto a cobertura, actualmente existen cerca de 200 Casas de Salud Comunitarias, 25 Clínicas Regionales Autónomas, algunas de ellas con 10 años de funcionamiento, y una Clínica Central.

<sup>3</sup> Caracol. Es la forma de organización zapatista en los municipios autónomos.



- En cuanto a problemas específicos como la mortalidad materna, mencionan que en dos Clínicas Autónomas ubicadas en la región Selva —donde históricamente se registran altos índices de mortalidad materna— se ha logrado evitar la muerte materna en periodos de más de siete años.

Tal vez lo más importante a rescatar de la experiencia zapatista es el compromiso político de los pueblos indígenas por vivir dignamente y con autonomía. Las Juntas de Buen Gobierno siguen trabajando en la actualidad y a ese respecto declaran: “tenemos inteligencia y capacidad para dirigir nuestro propio destino” (Eibenschutz y Arana, 1995:1).

En otros países de América Latina se dan procesos similares entre los indígenas y redes sociales que representan a los indígenas de todo el continente. En Ecuador la Constitución rescata el concepto del “bien vivir” (*sumakausay*) semejante al derecho a una vida digna que rescatan los indígenas de México y que rebasa con mucho la idea de la atención médica como único recurso.

De las tres experiencias revisadas, la medicina comunitaria, la atención primaria y la indígena, la de mayor potencial como modelo alternativo es la indígena, pues ha sido construida dentro del marco de un proyecto político de grandes alcances, aunque aún no haya cristalizado. Por otra parte, no se deja de reconocer que la influencia del modelo médico hegemónico afecta también al modelo indígena, sin embargo, conserva algunos aspectos de la cosmovisión indígena y se integra a una visión amplia de lo que ellos consideran “vivir con dignidad” y no sólo atender las enfermedades.

## CONCLUSIONES

Se han clasificado los modelos de atención a la salud analizados en dos tipos fundamentales: hegemónicos y contra hegemónicos, entendiendo como hegemónicos los supuestamente innovadores, generados por los organismos multilaterales y aceptados por los gobiernos nacionales de América Latina. Se consideran alternativos porque modifican totalmente el esquema anterior: modelo de políticas sociales de bienestar por otro basado en la contención del gasto público, en la relación costo-beneficio de las medidas y en la privatización. Los modelos que se consideran contrahegemónicos son los generados por acuerdos interpaíses orientados hacia el acercamiento

to de los servicios de salud en la población (APS) y otros generados directamente por grupos organizados de la sociedad civil como son la medida comunitaria y el modelo del EZLN. Con base en la argumentación vertida en este capítulo podemos afirmar que:

- El actual sistema de salud neoliberal, en un país como México, con un grado de iniquidad y polarización muy grandes, no favorece el surgimiento de propuestas alternativas de carácter contra hegemónico, pues sus propuestas priorizan, ante todo, el costo/beneficio de sus acciones y se basan fundamentalmente en el modelo médico hegemónico. En este modelo se ignora la riqueza de la participación popular en salud y las necesidades son planteadas desde la epidemiología tradicional, biologicista y fenomenológica, sin tomar en cuenta los aspectos culturales que harían la atención a la salud más asequible a la población indígena y campesina.
- Las características dominantes que tienden a desaparecer la seguridad social como modelo de atención más amplio y solidario y sustituirlo por uno homogéneo, focalizado, incompleto y de bajo costo (seguro popular), hacen más difícil la generación de modelos alternativos a gran escala.
- Se debe reconocer que los modelos considerados contrahegemónicos han sido prácticamente barridos por el nuevo modelo neoliberal y han ido desapareciendo progresivamente con excepción de la Atención Primaria de Salud en Brasil, Salvador, Cuba y Venezuela.
- El modelo indígena es una experiencia a escala menor, aunque muy valiosa pero que requeriría de la transformación del Estado mexicano a un Estado Plural (Villoro, 1998) para ser sustentable y no dependiente de financiamiento solidario externo.

## BIBLIOGRAFÍA

- Ayo, D. (1999), *Los desafíos de la participación popular*, Cebem, La Paz.
- Banco Mundial (1987), “El financiamiento de los servicios de salud en los países en desarrollo. Una agenda para la reforma”, *Boletín de la Oficina Panamericana*, 103 (6), pp. 695-709.
- (1993), *Informe sobre el desarrollo mundial 1993. Invertir en salud*, Banco Mundial, Washington, DC.

- Cortés, C. y Heredia, J. (2007), “Movimientos sociales y derecho a la salud en Chiapas”, en Miranda Ocampo, R. y Espinoza Cortés, L.M. (eds.), *Chiapas: la paz en la guerra*, UNAM/Ecosur-Editorial, México.
- Declaración de Moisés Gandhi. Primer Foro de Promotores y Agentes de Salud (1997), [<http://www.cedoz.org/site/content.php?doc=500&cat=83>] fecha de consulta: 15 de febrero de 2010.
- Heredia Cuevas, J. (2007), *Salud y autonomía: el caso Chiapas. A case study commissioned by the Health Systems Knowledge Network*, OMS, Génova.
- Eibenschutz, C. (2009), “Atención primaria en salud. La experiencia en México”, en Barten, F.; Rovere, M. y Espinoza, E. (eds.), *Salud para todos, una meta posible. Pueblos movilizados y gobiernos comprometidos en un nuevo contexto global*, IIED/América Latina Publicaciones, Buenos Aires.
- EZLN (1994), *EZLN. Documentos y comunicados 1*, Era, México.
- Eibenschutz, C. (1981), “Hegemonía y salud en el Estado”, *Revista Mexicana de Ciencias Políticas y Sociales*, núm. 106, pp. 39-67.
- (2006), “Consideraciones para una política sanitaria dirigida a los pueblos indígenas”, en López Arellano, O. (comp.), *¿Hacia dónde va la salud de los mexicanos? Derecho a la protección de la salud, políticas de salud y propuestas para la acción*, UAM/OMS/UNAM-FES Zaragoza/ESM/IPN, México, pp. 55-67.
- (2007), “El EZLN: un sujeto social que cuestiona al mundo, desde los sueños, la dignidad y la esperanza”, en Tarrío, G.; Comboni, S. y Diego, R. (eds.), *Mundialización y diversidad cultural*, UAM-Xochimilco, México, pp. 301-318.
- (2007), “Atención médica, neoliberalismo y reforma sanitaria en México”, en Molina Salazar, R. (coord.), *La seguridad social: retos de hoy*, UAM-Iztapalapa, México, pp. 23-48.
- y Raphael, T. (1992), “Historia de la política sanitaria en México”, *Revista de Estudios Políticos*, núm. 10, pp. 135-166.
- Eibenschutz, C. y Arana, M. (2006), “La lucha zapatista y la salud. Agresión cultural, resistencia y poder indígena”, En Breilh, J. (coord.), *Informe alternativo sobre la salud en América Latina*, Observatorio Latinoamericano de Salud, Quito, pp. 139-147.
- Fiszbein, A. y Schady, N. (2009), *Transferencias monetarias condicionadas. Reduciendo la pobreza actual y futura*, Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento, Banco Mundial, Washington, DC. [<http://siteresources.worldbank.org/INTCCT/Resources/5757608-1234228266004/CCTS-Overview-Spanish.pdf>], fecha de consulta: marzo de 2011.
- Frenk, J. (2004), *Financiamiento justo y protección social universal: la reforma estructural del Sistema de Salud en México*, Secretaría de Salud, México.
- Fleury, S. (2009), “Coesão e Seguridade social”, en Costa Lobato, L. y Fleury, S. (orgs.), *Seguridade Social. Cidadania e Salud*, Colección Pensar em Saúde, Cebes, Brasil, pp. 10-27.

- Gandhi, M. (1997), *Declaración de Moisés Gandhi*, Municipio Autónomo Moisés Gandhi, Centro de Documentación sobre Zapatismo, Cedoz, Chiapas [<http://www.cedoz.org/site/content.php?doc=500&cat=83>], fecha de consulta: 14 de abril.
- Heredia Cuevas, J. (2009), “Modelo de atención a la salud en Chiapas”, mimeo, México.
- Hernández, M.; Hernández, A.; Perdomo, A.; Rodríguez, O.; Torres, M.; Vega, M.; Petrer, M.; Vallen, S.; Castro, A.; Esperanza, M. y Vivas, S. (2008), *La superación de la exclusión social en la Región Andina de América Latina: debates e implicaciones*, Informe elaborado para la Red de Conocimiento sobre Exclusión social (SEKN) de la Organización Mundial de la Salud, Bogotá.
- Holzmann, R. y Steen, J. (2000), *Manejo social del riesgo: un nuevo marco conceptual para la protección social y más allá*, Banco Mundial, Serie de Documentos de Discusión sobre la Protección Social, Unidad de Protección Social, Washington, DC.
- López, O. (1994), “La selectividad en la política de salud”, en Laurell, A.C. (coord.), *Nuevas tendencias y alternativas en el sector salud*, UAM/Fundación Friedrich Ebert, México.
- Menéndez, E. (1988), “Modelo médico hegemónico y atención primaria”, *Segundas Jornadas de Atención Primaria de la Salud*, 30 de abril al 7 de mayo de 1988, Buenos Aires, pp. 451-464.
- Morales Bermúdez, J. (1992), “El Congreso Indígena de Chiapas: un testimonio”, *Anuario 1991*, Instituto Chiapaneco de Cultura, Tuxtla Gutiérrez, Chiapas, pp. 242-370.
- Orriols, P. (2002), “El Seeptos como instrumento de análisis social. Monográfico sobre desigualdad y pobreza”, *Fuentes Estadísticas*, núm. 63, marzo.
- PAHO (1978), *Declaración de Alma Ata*, Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata, 6-12 de septiembre de 1978, URSS [[http://www.paho.org/spanish/dd/pin/alma-ata\\_declaracion.htm](http://www.paho.org/spanish/dd/pin/alma-ata_declaracion.htm)], fecha de consulta: 11 de abril de 2011.
- Ramírez Gallegos, F. (2010), “Sociedad civil, participación y democracia en el nuevo contexto político latinoamericano”, En Fleury, S. y Costa Lobato, L. (coords.) *Participação, Democracia e Saúde*, Cebes, Brasil.
- Sánchez Pérez, H. (2007), “La salud enferma de Chiapas: consideraciones a 12 años de iniciado el conflicto armado”, en Miranda Ocampo, R. y Espinoza-Cortés, L.M. (eds.), *Chiapas: la paz en la guerra*, UNAM/ecosur, México, pp. 287-324.
- Labonté, R.; Sanders, D.; Baum, F.; Schaay, N.; Packer, C.; Laplante, D.; Vega-Romero, R.; Viswanatha, V.; Barten, F.; Hurley, C.; Tujuba Ali, H.; Manolagos, H.; Acosta-Ramírez, N.; Pollard, J.; Narayan, T.; Mohamed, S.; Peperkamp, L.; Johns, J.; Ouldzeidoune, N.; Sinclair, R. y Pooyak, S. (2009), “Aplicación, efec-

- tividad y contexto político de la atención primaria integral de salud: resultados preliminares de una revisión de la literatura mundial”, *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 8(16), pp. 13-29.
- Serrano, C. (2005), *La política social en la globalización. Programas de protección en América Latina*, Serie Mujer y Desarrollo, núm. 70, CEPAL [<http://www.eclac.org/publicaciones/xml/4/22374/lcl2364e.pdf>], fecha de consulta: 5 de febrero de 2010.
- Spinelli, H. (2011), “La acción de gestionar y gobernar frente a las desigualdades: un nuevo punto en la agenda del pensamiento crítico en América Latina”, en Eibenschutz, C., Tamez, S. y González, R. (coords.), *Determinantes sociales de la salud*, UAM-Xochimilco, México (en prensa).
- Silva Paim, J. (2009), “Medicina comunitaria. Introducción a un análisis crítico”, *Salud Colectiva*, 5(1), pp. 121-126.
- Tamez, S. y Moreno, P. (2000), “Seguridad social en América Latina”, en De la Garza, E. (coord.), *Tratado latinoamericano de sociología del trabajo*, Colmex, UNAM/UAM/Flacso/FCE, México, pp. 515-534.
- Tamez, S. y Valle, R. (2005), “Desigualdad social y reforma neoliberal en salud”, *Revista Mexicana de Sociología*, 67(2), pp. 321-356.
- Tamez, S.; Eibenschutz, C.; Camacho, I. y Hernández, E. (2011), “Neoliberalismo y política sanitaria en México”, enviado a la página electrónica del Foro Social Mundial de Salud, 2011.
- Villoro, L. (1998), *Estado plural, pluralidad de culturas*, UNAM/Paidós, México, pp. 13-62.

## Formación y práctica de profesionales de la salud: una mirada a su historia en México

Edgar Carlos Jarillo Soto  
Manuel Outón Lemus  
Addis Abeba Salinas Urbina

### INTRODUCCIÓN

El proceso de formación de los profesionales de la salud, en particular los de la medicina y los de enfermería, tiene una larga trayectoria. Las propuestas y formas particulares que ha asumido la actividad formativa parecieran suceder siempre en instituciones con esa responsabilidad social, sin embargo, según las realidades sociales y los espacios geográficos concretos, ese proceso no ha sido ni el mismo ni con las mismas características. En México, remontarse al proceso de formación de los profesionales de la salud durante los últimos 200 años, indica que las formas y las particularidades que se han producido están directamente asociadas a procesos más generales ocurridos en la historia del país en su conformación de Estado-nación. En lo relativo a la práctica profesional, o dicho en palabras más precisas, el proceso de práctica social de las profesiones de la salud, también ha estado marcado por fenómenos sociales. La conclusión que deriva de este planteamiento, es que, más allá de los acontecimientos intrínsecos a las profesiones, su existencia social, tanto en la formación como en la práctica hay que ubicarla en los procesos sociales más generales.

Así, el primer postulado considerado en este capítulo se refiere a la identificación de los procesos sociales que han modelado y establecido las con-

diciones para el desarrollo de una determinada existencia de la formación y la práctica social de los profesionales de la salud.

Por otro lado, la medicina ha existido históricamente como la profesión hegemónica en el campo de la salud. Su capacidad para imponerse como el eje dominante en los procesos de conceptualización de la salud y la enfermedad, así como en las acciones de intervención, le ha otorgado no sólo su renombre como profesión “cultura” (Freidson, 1978) sino esencialmente el prestigio social para detentar el control en las intervenciones realizadas sobre los cuerpos en torno a la salud, la enfermedad y la muerte; erigiéndose en la autoridad técnica, científica y social que impone el modo de actuar frente a las otras profesiones que organizan sus saberes y sus prácticas en torno a la salud y la enfermedad.

Es necesario reconocer que el saber en la medicina se construye esencialmente desde la biología y las ciencias naturales en el orden de las representaciones, pero éstas operan a su favor en el orden médico, es decir en la práctica médica y el orden social (Chauvenet, 1980). Es desde esa posición que la medicina subordina y resta autonomía a las distintas profesiones de la salud y, especialmente, determina los modos de subordinación; incluso dentro la profesión médica ha establecido los parámetros de su desarrollo profesional, de modo que al entender lo ocurrido con la profesión médica se puede hacer extensivo el análisis a otras profesiones que intervienen en el campo de la salud, que si bien han evolucionado con cierta autonomía relativa, no son ajenas al desarrollo de la medicina que las ha modelado como profesiones tanto en la formación como en la práctica. Los procesos de organización de la práctica profesional son los que definen la formación y la primera, a su vez, se modela por lo que ocurre en el espacio social de los sistemas de salud y no por las definiciones internas de la profesión. Esto significa que en la conformación social de las formas de atención a la salud se encuentran las claves para entender las determinaciones sociales de los procesos de formación donde se actualizan, revitalizan y articulan los desarrollos científicos, tecnológicos, técnicos y sociales de la profesión. Sin embargo, existe una autonomía relativa de la educación respecto a la formación social. La trama de relaciones sociales se hace más densa en el campo médico a medida que su autonomía se acrecienta apareciendo, entonces, instancias diferenciadas: la formación de personal, la producción, selección y distribución de conocimientos y la práctica médica. Cada una de estas instancias adquiere en este desarrollo una cierta autonomía, aunque con frecuencia la práctica médica mantiene un papel dominante sobre las otras (García, 1994).

Para efectos de este capítulo se analizan los procesos de organización de la práctica profesional de la medicina y otras profesiones relacionadas con la atención a la salud, con base en una periodización que ubica los principales procesos económicos junto a los acontecimientos políticos que han sido trascendentes en la conformación de la nación mexicana. Es evidente que los rasgos generales en cada uno de los periodos obedecen a procesos con tiempos variables de presentación (Historia); sin embargo, se sitúan de esa forma para orientarlos en los momentos definitorios en la vida nacional a partir del inicio de la Independencia hasta nuestros días. Los detalles de ciertos acontecimientos sociales y políticos se han omitido para hacer énfasis en características generales que permitan ubicar las formas más típicas que ha asumido la formación y práctica de las profesiones de la salud en cada uno de los periodos que se presentan. Se establecen ocho periodos donde se describen los rasgos de los procesos económicos, políticos y sociales, así como lo más sobresaliente de las acciones sanitarias tanto en lo referente a las políticas de salud impulsadas por el Estado, como por las formas que asume la atención médica. Al mismo tiempo se sitúan los principales elementos que definen el desarrollo de la educación, con énfasis en la educación médica. Al final se trazan dos ejes de análisis que muestran las relaciones y determinaciones de la práctica social de las profesiones y de los procesos de formación.

#### LOS PERIODOS EN LA CONSTRUCCIÓN DE LA NACIÓN

Para comprender los últimos 200 años de existencia de la nación mexicana, se ha establecido una periodización con base en las características económicas, sociales y políticas que definen la existencia del país. Con ello se evita la caracterización anecdótica de momentos cruciales basados en hechos significativos de la profesión que, sin omitirlos, se explican a partir de acontecimientos ocurridos en el contexto estructural de la sociedad mexicana. Así se definen ocho periodos, los tres primeros abarcan ciclos más largos, tanto por la ausencia de los datos precisos, como por que su característica principal obedece a la centralidad de los procesos políticos que los definen; estos tres periodos comprenden desde el México independiente hasta la Revolución. Los últimos cinco periodos corresponden a la etapa de conformación de la sociedad durante el último siglo en el México posrevolucionario.



## EL MÉXICO INDEPENDIENTE, INICIO DEL PROCESO DE IDENTIDAD NACIONAL (1810-1850)

Este periodo abarca desde 1810, inicio de la guerra de Independencia, hasta 1850, preámbulo de la promulgación de las Leyes de Reforma. Es el periodo cuando la nación mexicana pugna por encontrar una definición de su existencia autónoma, que sin obviar su procedencia colonial y mestizaje social y cultural, se ve inmersa en pugnas encabezada por dos grandes tendencias: la de los grupos de poder independentistas y la de grupos con filiación monárquica. Es la etapa cuando se dirimen pugnas territoriales y posiciones políticas para definir una nación y un modelo de sociedad. Subsisten estructuras sociales de la etapa colonial anterior y emergen otras imbuidas de una concepción surgida de los antecedentes libertarios marcados por la Revolución Francesa y la coyuntura independentista de América. La contradicción central se dirime entre las miradas centralistas acordes con modelos monárquicos y las posturas que conciben la organización confederada del país como el modelo que posibilitaría el desarrollo de las distintas regiones del país. En los procesos macro de la sociedad se visualizan los cambios mayores. Así, las primeras constituciones marcan los conceptos eje que definen ese modelo de país y sociedad, sin embargo la reglamentación y, especialmente, la operación de las instituciones de educación y de servicios asistenciales a la salud, evidencian un rezago que no es acorde con las necesidades y los procesos sociales generales que demandan una articulación con la nueva sociedad que emerge y trata de consolidarse.

En la educación médica se mantiene la formación en la escuela de medicina de la Universidad de México, sucesora de la Real y Pontificia Universidad de México (De la Torre, 1966) donde se expresan los énfasis individualistas y clínicos de la concepción de la enfermedad, con experiencias prácticas dirigidas bajo el modelo medieval de organización de los gremios, donde el maestro ocupa la cúspide y el bachiller la base de la estructura de poder y de las actividades docentes. La orientación de los contenidos educativos no logra introducir los escasos desarrollos científicos existentes en ese momento, la mayor parte importados de las metrópolis colonialistas; persiste la influencia de España, con la consecuente e inevitable penetración de los principios religiosos del catolicismo, lo que modela un tipo de formación académica que se mueve entre los cuidados paliativos y la resignación cristiana. Por otro lado, Francia se erige como una potencia colonial que a su vez adopta los incipientes conocimientos científicos dentro de la noción im-

perial napoleónica lo que define un concepto de enfermedad basado en el método cartesiano que otorga rigor a la medicina y pretende superar los atavismos del Medioevo tardío. Los grandes maestros de la medicina mexicana de esa época se forman total o parcialmente en España o Francia (García, 1987).

La profesión de enfermería con los antecedentes de su articulación al cuidado con fuerte base caritativa, no distingue su existencia técnica autónoma de la función religiosa. Durante esta etapa, la enfermería se debate entre ser un oficio en vías de transformarse en profesión o ser una práctica propia de las órdenes religiosas de la época. Para la odontología no hay conformación profesional clara, apenas existen prácticas aisladas de cirujanos que ante los problemas dentarios actúan con sangrías de forma similar a como lo hacen en otras partes del cuerpo.

Las acciones de atención médica no logran estructurarse bajo una política de Estado, sino que operan con instituciones coloniales como el Protomedicato (Ibarra, 1982) y apenas se insinúan definiciones de intervención pública que continúan con los antecedentes desarrollados durante el periodo colonial. Los principales centros de intervención terapéutica son propiedad de las órdenes religiosas con casi nula intervención del poder público. Por ello, aun cuando se crean algunos hospitales, éstos no se sustraen a la administración eclesial.

Un acontecimiento relevante en este periodo es la aparición en el Colegio Michoacano de San Nicolás de Hidalgo, antecesor de la Universidad Nicolaita, de la enseñanza de la medicina en 1830 (Guzmán y Martínez, 2003), situación que marca el inicio de nuevas instituciones que participan de la formación de profesionales en la salud. En este periodo la práctica social de las profesiones, fundamentalmente de la medicina, está orientada a la acción individual, con una base clínica sostenida por los conocimientos de diagnóstico e intervención terapéutica que prevalecieron durante el siglo XVIII. Las acciones que realizan los profesionales de la medicina tienen lugar en el domicilio de los enfermos, principalmente quienes detentan mayor riqueza, y en los espacios institucionales de los grupos religiosos con poca capacidad de intervención terapéutica efectiva, como el Hospital de México y otros como el Hospital de Jesús que no distinguen sus intervenciones de acción técnica profesional de la intervención religiosa. En esos hospitales y en los pocos que existen en otras ciudades del país domina una práctica concebida sobre la base religiosa y los enfermos más que auxilio terapéutico obtienen acompañamiento para bien morir.

## LA REFORMA, BASE DE LA NACIÓN AUTÓNOMA (1850-1910)

La Reforma es el periodo que comprende desde 1850 hasta 1910 y se caracteriza por la emergencia del Estado-nación laico, con una identidad conformada por los principios liberales constituidos como triunfadores en la disputa por modelar las instituciones sociales. Las Leyes de Reforma, con sus múltiples consecuencias, son el parámetro doctrinal que orienta la organización estatal, la educación y las instituciones sanitarias. Estas últimas son grandes beneficiarias de las leyes de amortización acordes con ese concepto de sociedad; no sólo porque dejan de ser propiedad de las órdenes religiosas sino porque al pasar a ser propiedad del Estado, éste tiene la posibilidad de intervenir y modelar su desarrollo, con lo cual, no obstante la poca claridad existente, se formulan acciones de intervención para todo el país. Al liberalizarse grandes extensiones del territorio nacional de las manos religiosas, la agricultura emerge como una fuerza productiva central en la economía y se gesta el incipiente proceso de organización productiva articulado a la explotación primaria. Los puertos y fronteras empiezan a adquirir importancia estratégica para la circulación de mercancías de exportación e importación, lo que lleva a prestar atención a las enfermedades transmisibles (Costelone, 1975).

Durante esta etapa de la historia nacional resulta difícil vislumbrar una estructura educativa única debido a los cierres y aperturas de instituciones, los cambios de contenidos educativos y de orientación profesional, así como las diversas denominaciones y cambios de organización que tuvo la Universidad Nacional de México. Las instituciones de enseñanza superior son los Institutos de Ciencias y Artes que surgen en los principales estados del país; en algunos de ellos las escuelas de medicina son espacio privilegiado para la formación y son modelo a seguir para la profesión de enfermería y la incipiente profesionalización de la odontología (Gómez, 1976). La presencia de las corrientes educativas surgidas en el periodo anterior en las metrópolis europeas, principalmente en Francia, se acentúa con la introducción de modelos científicos y pedagógicos que serán conocidos como la “escuela francesa”, que para la medicina significa el juicio clínico y el razonamiento deductivo sistemático (Porter, 2004). Las acciones terapéuticas se diversifican y la cirugía adquiere autonomía de la medicina con lo que también se produce distanciamiento de las posturas religiosas, por un lado al intervenir sobre el cuerpo, lo que había sido vetado por la iglesia católica, y por otro al mostrar su eficacia terapéutica fuera de los efectos de las prác-

ticas religiosas. Eso significa transformar los núcleos conceptuales de nociones precientíficas en la búsqueda de explicaciones propias centradas en la naturaleza orgánica que incorporen los avances científicos de la química, física y, especialmente, de la botánica y biología que se han logrado en Francia, Estados Unidos, Gran Bretaña y Alemania, esta última con menos presencia en el continente americano. Con ello el acto terapéutico adquiere bases de racionalidad científica y puede generalizarse a intervenciones de higiene masivas y con enfoque poblacional (Moreno, Moguel, Díaz de Sardi, García y Césarman, 1982). Esto introduce un avance que sin adquirir plenitud en este periodo, sí sentará las bases para el surgimiento de la sanidad en los espacios urbanos.

La práctica profesional encuentra sentido de existencia en las instalaciones hospitalarias que transforman las características que la definían durante el periodo anterior, de hospicios y albergues para desposeídos y moribundos, a espacios en donde se realizan intervenciones médicas y quirúrgicas para curar bajo la observación clínica de profesionales de la medicina con la intervención técnica del personal de enfermería. Es a partir del cambio en la concepción de la enfermedad, de las bases clínicas de la intervención profesional y de la organización del trabajo hospitalario, que la profesión de enfermería irá adquiriendo presencia como auxilio del profesional de medicina, subordinándose a sus decisiones en las intervenciones que realiza. Al mismo tiempo, la profesión de enfermería encuentra una veta de autonomía en la atención del parto, intervención que ya formaba parte de su naturaleza femenina y que al incorporarse en el dominio de la profesión de enfermería ofrece un cauce “natural” para reconocer a las parteras como enfermeras. En este periodo la profesión de odontología adquiere autonomía de la medicina persistiendo la responsabilidad de las instituciones de educación médica en la formación; al mismo tiempo, bajo el modelo artesanal de maestro, oficial y aprendiz, surgen ciertas funciones auxiliares de la profesión odontológica, como lo que posteriormente dará lugar a los técnicos dentales.

#### REVOLUCIÓN, EL CAMBIO SOCIAL (1910-1920)

El periodo de la Revolución comprende los años que van de 1910 a 1920. Una década caracterizada por las convulsiones sociales que expresan un nuevo estado de cosas derivado de la lucha armada. Representa un quiebre

en la estructura social y política para construir un modelo de sociedad con el criterio central de equilibrios sociales para rearticular las relaciones entre grupos sociales y núcleos de poder político que ocasionan la concentración de los medios de producción, especialmente la tierra, en pocas manos. La singularidad de este acontecimiento para la vida del país estriba en la beligerancia armada que producirá posturas de cambio radical y planteamientos de reorganización social con base en conceptos propios del Estado de bienestar, que ya empezaban a ser realidad en Europa. La ciudadanía se impone como noción jurídica y social con el reconocimiento de derechos fundamentales como responsabilidad del Estado, esto marca un hito en la historia, donde el reparto de la tierra y el acceso a la educación resultan fundamentales para ese nuevo Estado. En lo económico, la extracción de productos primarios (agricultura, minería) se complementa con procesos industriales y la introducción del transporte ferroviario con presencia en todo el país desde las últimas décadas del siglo precedente. Esto significará el desarrollo de las fuerzas productivas en bastas regiones del país, principalmente en la zona norte que ya había encontrado en el intercambio con Estados Unidos una vía de crecimiento para la industrialización. Todo ello produce nuevas formas de atención médica y prestación de servicios, de modo especial en los principales núcleos urbanos: las ciudades de México, Monterrey, Guadalajara, San Luis Potosí, Querétaro, y todas las ciudades que eran (y son) rutas de tránsito entre los principales centros de consumo del centro del país y las ciudades principales de la frontera sur de Estados Unidos.

La atención médica y la educación en este periodo no tienen cambios drásticos respecto de lo ocurrido en el periodo precedente, sin embargo, la trascendencia de este periodo radica en que ambas dejan de ser procesos secundarios para pasar a ocupar un lugar protagónico en la vida nacional. La Universidad Nacional de México alberga las formaciones de medicina con un currículo basado en el modelo francés, ese currículo se constituye en el modelo de formación para la mayoría de instituciones similares en los estados del país que cuentan con formación universitaria en medicina. La escuela de enfermería que venía funcionando adyacente a espacios hospitalarios adquiere rango universitario, lo mismo ocurre con la formación odontológica que pasa de ser la Escuela Nacional de Enseñanza Dental a ser la Escuela Odontológica Nacional que inicia con planes de estudio de tres años, lo que indica su carácter instrumental y técnico. La nutrición empieza a adquirir estatuto de área de conocimiento al reconocerse por instancias internacionales la necesidad de realizar estudios sociales sobre

alimentación y nutrición en el país (Díaz, Coronel y Galván, 2005). Durante este periodo se constituye la diversificación profesional del área de la salud, lo que se traducirá en prácticas autónomas y especializadas como existen hoy día. En medicina continúa la práctica individual con acciones técnicas personales y la noción de intervenciones sanitarias poblacionales, que serán interrumpidas por el movimiento armado. Las intervenciones de enfermería también serán preponderantemente individuales, adscritas a las definiciones médicas, manteniendo así su carácter subordinado en lo asistencial al mismo tiempo que cierta autonomía lograda por su participación destacada en la atención del parto durante el periodo anterior (Sánchez, Cárdenas y Carmona, 2005).

#### LOS ACUERDOS DE LA REVOLUCIÓN (1920-1938)

Los primeros pasos para la conformación de un Estado surgido de la Revolución adquieren reconocimiento nacional por la pretensión de dar cabida a los compromisos asumidos en la Constitución de 1917, lo que implica la intervención estatal dirigida a mantener la paz social y la gobernabilidad, ambas necesarias para consolidar el desarrollo social y la expansión productiva de la nación. La economía mantiene un fuerte sustento en los procesos de la industria extractiva y de producción de bienes primarios derivados de la agricultura, especialmente para el consumo interno; simultáneamente la industrialización se incrementa y los procesos manufactureros son cada vez más importantes en los núcleos urbanos, se incrementan las enfermedades asociadas con el desarrollo de trabajos insalubres y peligrosos, lo que se refleja en el panorama epidemiológico del país con alta mortalidad general, infantil y materna combinado con alta letalidad y mortalidad por enfermedades infectocontagiosas, así como severos problemas de desnutrición y enfermedades carenciales (Escobedo y Santos-Burgoa, 1995).

Las instituciones hospitalarias han crecido de forma diversa, siguiendo más las necesidades particulares de los núcleos urbanos que un modelo conceptual estructurado y definido por el poder público. Las acciones de atención médica se centran en los hospitales que ya son una realidad en las capitales estatales y en las principales ciudades de todo el país, aun cuando su dependencia financiera y de gobierno esté arraigada en formas de beneficencia y no en la responsabilidad gubernamental, la cual adquiere presencia como concepto de responsabilidad social durante este periodo. Los

hospitales ofrecen así, el escenario para la intervención práctica de las profesiones de la salud, lo que también implica el reconocimiento social para su participación especializada y diversificada como profesiones. En las acciones de las políticas sanitarias se identifican dos vertientes: por un lado la atención curativa individual con gran participación de las profesiones de medicina y enfermería, y por otro la acción poblacional con base higienista con la participación de personal de enfermería y técnicos medios. Las intervenciones poblacionales dirigidas a luchar contra vectores, campañas sanitarias contra el tifo, fiebre amarilla, lepra, oncocercosis y viruela, marcan la pauta que evidencia la necesidad de formación de personal técnico adicional a la medicina, donde la profesión de enfermería representa una opción necesaria pero, por su carácter femenino, no suficiente para las intervenciones poblacionales. Esta situación explica el surgimiento temprano de la formación de oficiales médicos, quienes son técnicos que realizan acciones con base en la higiene en ciudades, pueblos, puertos y fronteras (Jarillo, López y Mendoza, 2005).

La formación médica se mantiene sobre su base clínica e individual, resultando más bien un reducto que se resiste al cambio para estar en consonancia con las necesidades que plantea el Estado posrevolucionario (Álvarez, 1960); se mantiene el modelo clásico de la medicina francesa basada en la clínica; se inicia la adopción de criterios científicos y técnicos surgidos y desarrollados en Estados Unidos (Vargas, 2005; Berlinger, 1975) que se perfila ya como centro de atracción de la formación y de dominancia conceptual, técnica y científica para muchos profesionales de la medicina mexicanos. La influencia estadounidense sentará las bases para transformar el hospital como espacio privilegiado de la atención médica, trasladando la intervención del espacio domiciliario de los enfermos a las instalaciones de los hospitales, algo que ya venía ocurriendo y ahora será el eje característico de la atención médica y por lo tanto de la práctica social de la profesión. Este modelo que se impone, se contrapone con los modelos individualizados de práctica liberal característicos de periodos precedentes.

La enfermería mantiene su existencia subordinada a la profesión médica, mantiene su carácter femenino como profesión prácticamente ya con una perspectiva laica. La formación técnica en esta área profesional obliga al surgimiento de múltiples escuelas de enfermería y a la transformación de otros espacios de formación en la práctica a escuelas universitarias o, al menos, con planes y programas de estudio con rigor que toman como modelo básico el currículo de la, ya para entonces, Universidad Nacional Au-

tónoma de México (UNAM). Se reconoce la existencia profesional de la odontología y se legaliza esta profesión, lo que evita las prácticas empiristas que habían existido desde la Reforma; con ello la formación adquiere rigor. En la UNAM se inicia la exploración de modelos de servicio para la atención odontológica. Su práctica sigue basada en la intervención individual y personal, definiéndose casi en su totalidad como una profesión de ejercicio individual no subordinada a relaciones laborales públicas o privadas con ejercicio en un espacio propiedad del profesional; en síntesis, una profesión liberal.

#### DESARROLLO ESTABILIZADOR Y ESTADO DE BIENESTAR (1938-1970)

Es el periodo de mayores cambios en la atención médica. Al mismo tiempo que el Estado-nación adquiere una base social firme, se dirimen las pugnas de caudillos de la Revolución y se institucionaliza la vida política del país. En lo estructural es la etapa de sustitución de importaciones y por lo tanto del desarrollo de la industria nacional, con la gestación de una masa importante de trabajadores de los servicios y de la industria de la transformación; la urbanización se instala en vastas regiones del país, lo que produce la necesidad de generar infraestructura urbana y de servicios. En lo político se genera un régimen que da cauce a las diferencias políticas al interior de un partido de Estado, conformándose así el espacio donde se dirimen y armonizan las disputas por el poder político, que a la vez desarrolla su base social de apoyo en los sectores urbanos (trabajadores, clases medias) y rurales (campesinado). Esa forma de organización política compromete las definiciones y acciones del poder político para ofrecer soluciones y paliativos a las necesidades sociales expresadas por esos sectores, principalmente el rural mayoritario y de menor desarrollo en el país. Durante esas décadas se gestan un conjunto de estructuras institucionales en salud, educación y bienestar social con base en un modelo de Estado de bienestar; todo ello, en concordancia con el pleno proceso de expansión económica, permite al régimen político consolidar el Estado-nación mexicano.

A partir del Estado de bienestar se crean las instituciones de atención médica y servicios sociales que son centrales en el sistema de salud mexicano, se establecen las bases legales y se constituyen las instituciones descentralizadas del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y el Instituto de



Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores el Estado (ISSSTE), ambas instituciones subsisten paralelas a la Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA). Así se genera en el país un esquema de instituciones de salud diversificado en función del peso político y carácter social de los grupos que atiende. La creación del IMSS transita por un largo periodo de confrontaciones que expresan la polarización de los intereses económicos y políticos del sector patronal y de los trabajadores en donde el Estado asume la responsabilidad acorde con el Estado-nación de solidaridad social a favor de los trabajadores, dando inicio a un ciclo de políticas públicas dirigidas a superar las desigualdades gestadas por las contradicciones sociales entre las distintas clases sociales que surgen con el auge industrializador (Moreno, Moguel, Díaz de Sandi, García y Césarman, 1982).

La disponibilidad de recursos financieros con los que se fondea la creación del IMSS, hace presentes las contradicciones con las formas de práctica profesional de la medicina construida sobre la base de la atención liberal privada. No obstante la disponibilidad de recursos financieros, se hará evidente la carencia de profesionales de la salud para brindar los servicios de atención médica. Los servicios médicos se desarrollan concebidos sobre la base del modelo estadounidense: atención médica especializada, parcializada y con flujo continuo de pacientes en hospitales departamentalizados con alta fragmentación de los servicios. El mismo modelo se aplica al ISSSTE con menor presencia en el escenario asistencial del país. Al mismo tiempo la SSA será el órgano administrativo especializado en organizar y operar los servicios de atención a la población no asegurada por alguna institución de seguridad social. Todas esas circunstancias darán lugar a un escenario de práctica profesional donde las diversas profesiones coincidirán bajo un modelo médico hegemónico que define los rasgos de la práctica social de la profesión médica en primer término y, por consecuencia, de las demás profesiones de la salud. La centralidad de la medicina marca por analogía las características de las profesiones de enfermería, odontología y la incipiente nutriología, con lo cual se asumen como naturales a estas profesiones la práctica hospitalaria, el conocimiento técnico especializado y la atención fragmentada. En ese contexto coexiste un modelo de práctica privada y un modelo de práctica institucional que, no obstante la presencia y crecimiento de esta última, no desplaza a la medicina privada individual. La práctica social de la profesión médica se consolida en su orientación hospitalaria y con ella la de las demás profesiones, especialmente la de enfermería; ambas encuentran en el hospital la forma típica de sus relaciones interprofesiona-

les. La odontología, a pesar de no insertarse en el modelo hospitalario, mantiene su rasgo individual privado modelada por la noción biomédica de la medicina (López y Lara, 2005). En este periodo surgen las profesiones de nutriología y de dietética que más adelante adquirirán existencia unificada como nutrición.

La formación profesional de la medicina se hegemonizará bajo el modelo estadounidense consecuencia de las recomendaciones del informe Flexner que desde 1910 marcará la pauta de la formación médica en Estados Unidos (Andrade, 1979). Este modelo de formación, plenamente congruente con el desarrollo de la infraestructura hospitalaria, da lugar a las múltiples especialidades médicas con su correlato en los servicios hospitalarios. No obstante la dominancia de esa perspectiva, no logra ocultar las múltiples voces que en América Latina surgen para plantear modelos de atención médica con base en nociones sociales y complementarias a la biomedicina (Jarillo, Arroyave y Chapela, 1997). Ese proceso es relevante porque coincide con la instauración del internado y del servicio social rural como partes constitutivas de la formación profesional (García, 1973), ambas son también alternativas de disponibilidad de personal asistencial para brindar servicios de atención médica a la población de amplios sectores del campo mexicano y en algunas áreas urbanas de las principales ciudades. El internado de pregrado se instala como parte de la formación profesional y al mismo tiempo permite subsanar las carencias de profesionales de la medicina en la institución hospitalaria, espacio principal donde se insertan. Esa lógica organizacional para la atención médica impactará también la formación de especialistas. En las instalaciones hospitalarias basadas en la parcialización se requieren cada vez más médicos especialistas. El IMSS se constituye en la principal institución que necesita resolver esta demanda de profesionales especializados, lo que se incrementa posteriormente por la creación de los Institutos de Salud (Nutrición, Cardiología, Pediatría). Todo ello confluye para el auge de la formación de especialistas de la medicina en los espacios de servicio, más que en las instituciones académicas, lo que al final del periodo se hará extensivo para las profesiones de enfermería y odontología.

Así, la formación profesional presenta una orientación hospitalaria, organicista, fragmentaria y curativa, sin evitar voces disonantes que pugnarán por dirigir la formación en un derrotero distinto, tanto por los antecedentes surgidos en América Latina (Jarillo, Arroyave y Chapela, 1997), como por el movimiento estudiantil de 1968 que lleva a repensar el modelo universitario y los contenidos académicos de la formación profe-

sional. En la profesión de enfermería surgen propuestas, que por su propia lógica de autonomizarse de la medicina ofrecen perspectivas de conceptualización y práctica que resultan enriquecedoras para pensar la formación en las escuelas y facultades de medicina.

La demanda de acceso a la educación superior de los sectores urbanos propicia que al inicio de la década de 1970, prácticamente en cada uno de los estados del país exista al menos una institución formadora de personal de medicina y otra de enfermería, ambas de carácter público. Este crecimiento en la disponibilidad de espacios para estudiar, aunado a la incorporación de los jóvenes profesores de la “generación de 68” y el exilio en nuestro país de un número importante de docentes sudamericanos que escapaban de las dictaduras en sus países, representa una oportunidad para dejar de ver al currículo de la Facultad de Medicina de la UNAM como el modelo a seguir. En la propia Facultad de Medicina se había gestado un modelo de formación paralelo de carácter experimental, el plan A-36, del que derivan modificaciones centrales para el currículo de medicina, como la existencia del área de salud pública (Espinoza, 1984). En esa coyuntura surgen expresiones diversas con capacidad transformadora también diversa pero no por ello menos enriquecedoras, para reorientar las estrategias de formación que toman a los núcleos de población urbana y semirural así como a los hospitales como ámbitos privilegiados para la práctica de los estudiantes y, con ello, transformar la formación profesional (Jarillo, Arroyave y Chapela, 1997).

Al final de este periodo también adquiere presencia notable la formación y práctica en salud pública, que sin adquirir preeminencia respecto de la atención individual se desarrolla como parte de las acciones responsabilidad del Estado y, en consonancia con los movimientos de formación y práctica del continente como la enseñanza por problemas, la formación orientada al primer nivel de atención y a la medicina comunitaria (Jarillo, Arroyave y Chapela, 1997). Así, junto con el impulso a la creación y desarrollo de estructuras hospitalarias fuertes, existen acciones poblacionales de gran envergadura como las campañas de vacunación específica para enfermedades inmunoprevenibles y acciones poblacionales para atacar patologías específicas como paludismo y tuberculosis que con el apoyo en el uso de antibióticos, permiten disminuir su presencia en los sectores que secularmente las habían padecido.

En este periodo se configura claramente el escenario de las profesiones en ciencias de la salud, las de atención individual (atención médica) y las de base

poblacional (salud pública), que impacta a la medicina, enfermería y odontología; simultáneamente se estructuran con claridad los niveles de formación en: técnico, profesional y posgrado. Eso produce una diversidad de perfiles de formación que no logran trascender la base biomédica que se mantiene e incluso afecta también a la salud pública y epidemiología tradicionales.

Durante este periodo surgen organizaciones que congregan a las instituciones de educación superior, en particular en el área de la salud. Así se crean las asociaciones latinoamericanas de Medicina (Alafem), de Enfermería (Aladefe), de Odontología (Alaefo), de Salud Pública (Alaesp), de Trabajo Social (Alaets) y muchas otras en diversas áreas profesionales (Ceitlin, 1978).

#### CRISIS Y AJUSTE ESTRUCTURAL (1970-1985)

Es el periodo cuando la economía del país, y la de la mayoría de países de América Latina, está inmersa en crisis económicas y financieras por los ajustes del proceso de acumulación capitalista. Las crisis económicas son recurrentes con su expresión de endeudamiento externo y los mercados de bienes y mercancías se enfrentan a modelos proteccionistas y de acceso cada vez más limitados a los países consumidores. La urbanización adquiere proporciones aceleradas generando fuertes demandas de servicios públicos, especialmente de salud y educación, por las demandas de sectores medios y urbanos pauperizados como consecuencia de la migración acelerada hacia las ciudades. Ante la crisis fiscal de los gobiernos nacionales, se generan desde los organismos financieros internacionales políticas de ajuste que se expresan en la reducción de recursos financieros de base fiscal de los gobiernos centrales, regionales y locales, lo que afecta la disponibilidad para la prestación de servicios públicos y limita el empleo público; ratificándose los cuestionamientos al papel del Estado en la construcción del sistema de bienestar, gestándose así las bases para un modelo económico de mercado con consecuencias directas para toda la sociedad.

En educación surgen nuevas instituciones universitarias que generan modelos de formación innovadores, los cuales ya venían planteando cambios. En este periodo surgen iniciativas novedosas que impactan la formación. Así, en diversas instituciones de educación superior hay iniciativas para reformar sus planes y programas de estudio e incluir la enseñanza de ciencias sociales y de métodos y técnicas de investigación, en particular en

el campo de las ciencias de la salud, en donde las propuestas se orientan a partir de la lógica de la Atención Primaria a la Salud (APS) la cual conserva un concepto de prestación de servicios generalizados para toda la población con responsabilidad del Estado y como consecuencia de la iniciativa de Salud para Todos (SPT) propuesta por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en Alma Ata (OPS, 2002). Con ello los currículos académicos de prácticamente todas las profesiones vinculadas con la salud se orientan hacia las mayorías poblacionales en articulación con las políticas nacionales de brindar servicios directos a toda la población, bajo un esquema de atención que desplaza al hospital como centro de los servicios médicos y considera a la medicina de primer contacto el eje y centro de la organización sanitaria de los países (Jarillo, Arroyave y Chapela, 1997).

En 1974 la creación por parte del Estado Mexicano de otra universidad pública en la capital, la Universidad Autónoma Metropolitana (UAM), con un modelo departamental y descentralizado en unidades académicas, permite la generación de nuevos planes de estudio para la formación de recursos humanos en salud, utilizando nuevos modelos educativos, como el sistema modular, lo que genera modelos de trabajo en medicina para trabajar en el primer nivel de atención a la salud y privilegiando las acciones de prevención y los modelos comunitarios. La propia Unidad Xochimilco de la UAM establece uno de los primeros planes de enfermería como licenciatura, basado en una práctica profesional innovadora. Lo mismo se observa en odontología, a la que la UAM imprime énfasis en modelos de servicio, tanto privados como públicos. La práctica clínica e individual de la salud empieza a sufrir en este periodo cuestionamientos que derivan de la investigación de los especialistas en la medicina social y la salud pública. Aparece en la misma institución el programa de maestría en medicina social como resultado de un acuerdo con la Organización Panamericana de la Salud.

En la formación médica se incorporan los escenarios poblacionales y comunitarios al espacio de formación clínica, dejando al hospital como el centro exclusivo de la práctica clínica. La odontología se renueva con modelos de atención y técnicas odontológicas que enfatizan procesos preventivos y de servicio a grupos poblacionales. En enfermería surgen los primeros intentos por posicionar un campo de trabajo profesional con independencia de la profesión médica, renovando expectativas de autonomía profesional al incidir en la prestación de servicios asistenciales en el primer nivel de atención. Nutrición adquiere presencia nacional y se considera uno de los pivotes que aporta conocimiento y estrategias de trabajo profesional que

contribuyan a disminuir la desnutrición entre la población, especialmente de las personas que viven en zonas rurales y urbanas marginadas, periféricas a los principales núcleos urbanos.

#### AUGE NEOLIBERAL (1985-2010)

Es el periodo cuando se produce una fractura radical en el modelo de desarrollo económico en México. Se plantea el paso de una sociedad conducida y estructurada por el poder público como motor del desarrollo y de la economía, a un modelo donde el mercado emerge como el actor principal que estructura tanto la producción nacional como las condiciones para el desarrollo social. Durante este periodo tienen lugar los cambios legales y organizativos impulsados por las fuerzas políticas conservadoras tradicionales y las de centro reconfiguradas que, en alianza con las primeras, modelan un Estado transformado para convertirlo en un actor más, con los poderes para establecer un nuevo orden de cosas para que los actores económicos y políticos operen bajo la noción de libre competencia, donde el mercado define la distribución de los recursos y hace eficiente la función estatal. Así se plantea un nuevo equilibrio social en donde el gran regulador será el mercado que potencia la competencia entre sujetos desiguales. En lo social se acrecientan las condiciones de carencia de recursos y de acceso a los servicios, a la ya grave desigualdad social acumulada se suman nuevas circunstancias que polarizan todavía más los desequilibrios en el ingreso de la mayoría de la población, en la capacidad de generar empleo, en el acceso a los servicios de salud, entre otras consecuencias para vastos sectores de la población. En contraparte se desarrolla un desequilibrio regional en el país que incrementa las desigualdades con la coexistencia de una región en el norte con alto desarrollo económico, vinculada a los sectores productivos de mayor dinamismo, junto con la región sur-sureste con formas productivas basadas en la producción agrícola de autosubsistencia con gran rezago social.

La educación es fuertemente impactada por la restricción presupuestal ya que no sólo se disminuye el presupuesto disponible para las instituciones educativas en términos reales, sino que la demanda creciente de acceso de las generaciones jóvenes es afectada por la insuficiencia de opciones educativas que se canaliza por la vía del mercado a las instituciones privadas. Las tensiones que provoca la capacidad limitada de inclusión de jóvenes a los estudios universitarios contrasta con la demanda social orientada

a carreras tradicionales como medicina, la cual, a pesar del incremento en la matrícula, continúa formado profesionales en cantidad insuficiente para satisfacer los promedios nacionales con valores parecidos a los alcanzados en países de América Latina con grados de desarrollo similar al de México (Consejo de Salubridad General, 2008).

En salud se crea el Sistema de Protección Social en la Salud (SPSS) con su brazo operativo el Seguro Popular. Este modelo de aseguramiento financiero pretende resolver la insuficiencia de capacidad instalada de las instituciones públicas de atención médica, sean de seguridad social o de asistencia, y al mismo tiempo postula ofrecer alternativas de cobertura asistencial a la mitad de la población que carece de servicios médicos. En los hechos se produce un sistema de salud que articula la prestación de servicios en un modelo diversificado sobre bases de intercambio de servicios médicos bajo un esquema de mercado. Este proceso que impacta los criterios de cobertura a toda la población no modifica el modelo de atención que mantiene y profundiza los esquemas precedentes de atención médica individual, de especialización y, ahora se agrega, de alto contenido tecnológico en continuo ascenso, con la consecuente centralidad de las acciones profesionales en la enfermedad y cada vez más en el individuo, lo que se manifiesta por ejemplo en los programas oficiales de prevención de sobrepeso y obesidad (González-de-León, Bertrán, Salinas, Torre, Mora y Pérez-Gil, 2009). La práctica profesional de medicina, enfermería, odontología y nutrición se desarrolla con opciones de trabajo en un mercado laboral cada vez más individualizado y dominado por empresas privadas directas (clínicas y hospitales privados) o por corporaciones de aseguramiento intermediarias en la prestación de servicios (aseguradoras privadas o el seguro popular); todo ello en un escenario de pauperización laboral que afecta a todos los sectores de la población.

La formación profesional se ve afectada por la implantación de los sistemas de acreditación para programas de formación universitaria y de certificación para profesionales.<sup>1</sup> Ello significa incentivar modelos de formación a partir de conceptos uniformes en función de criterios de los organismos

<sup>1</sup> Acreditación es el sistema de evaluación que se aplica a programas académicos que imparten las instituciones de educación, públicas o privadas, para otorgar reconocimiento de suficiencia técnica y pedagógica de los programas que imparten. Certificación es el reconocimiento que se otorga a los profesionales de su formación y capacidad científica y técnica para ejercer una determinada profesión, o en el caso de la salud, una determinada especialidad.

de acreditación. Por otro lado, las limitaciones del acceso a la educación superior evidencian con mayor gravedad la demanda a las profesiones tradicionales (medicina y odontología en el caso de las profesiones de la salud) y se derivan las solicitudes a otras de menor presencia histórica pero con creciente reconocimiento social como enfermería y nutrición, gestándose así opciones profesionales que sólo en una primera instancia representan una opción para satisfacer la demanda de educación universitaria, postergando las opciones de práctica profesional a esquemas de pauperización donde cada sujeto encuentra soluciones particulares en modelos de ejercicio profesional liberales. En el espacio universitario los modelos de formación, aun cuando se renuevan en nociones de diseño curricular como son las competencias profesionales, no generan cambios trascendentes y sólo llevan a adaptaciones formales y aparentes en consonancia con los criterios de los organismos acreditadores, quienes a su vez se centran casi exclusivamente en modelos curriculares de corte tradicional, y con preeminencia del modelo hegemónico en la medicina.

#### SIGNIFICADO PARA LA FORMACIÓN

El proceso de formación profesional de las profesiones de la salud más representativas: medicina, odontología, enfermería, nutrición; ha tenido históricamente una conformación definida en lo interno por la presencia dominante de la profesión médica y en lo externo, por un modelo de práctica profesional que no obstante las variaciones coyunturales, mantiene los atributos de profesión liberal a semejanza de la medicina.

En México la formación profesional se ha desarrollado con una trayectoria propia influida por los procesos científicos y técnicos ocurridos en el concierto internacional, ahí se pueden ubicar tres fases generales.

La primera fase, con los antecedentes del Renacimiento y de la Colonia, durante el periodo de Independencia y hasta el segundo tercio del siglo XIX, se caracteriza por la fuerte influencia de la medicina española, con formación que se debate entre los principios de la ilustración y de la escolástica. En esta fase la educación se basa en modelos tradicionales, sin que la progresiva incorporación de los avances científicos de la biología, fisiología y física transforme sus bases construidas sobre el pensamiento eclesiástico. Las escasas instituciones formadoras son espacios donde se posiciona el pensamiento conservador y limitan el acceso y articulación de la institución



universitaria con una política nacional incipiente en el campo de la salud. La educación médica presenta escasas actividades docentes universitarias y se centra en formas jerárquicas tradicionales de un médico notable y con pocos alumnos a quienes enseña más el arte que la ciencia médica.

La segunda fase, que perdura hasta la década de 1930 con el arribo de las ideas de la Ilustración y la conformación del Estado laico, permite la entrada en la educación de la “ciencia” médica alcanzada en los países centrales. Con ello la educación universitaria adquiere sentido y se organiza en los espacios sociales con ese fin, incorporando los conocimientos avanzados de la época y asumiendo el método clínico como su elemento estructurador tanto en lo conceptual como en lo práctico. La institución universitaria se convierte ya en el espacio social privilegiado de la formación profesional, el hospital se instaure como el escenario donde ocurre la acción terapéutica y se inicia la fragmentación de la mirada clínica y la parcialización del conocimiento y del trabajo médico, en concordancia con los conceptos de la organización científica del trabajo prevalecientes en esa época.

La tercera fase, con variaciones coyunturales, se mantiene hasta nuestros días. Se basa en un concepto de formación médica dominada por el modelo médico hegemónico (Menéndez, 1990), donde la mirada parcial, la orientación curativa, la concepción individual y, especialmente, el hospital como escenario característico de la práctica, son los rasgos determinantes. Se destaca que durante esta fase surgió la mayor cantidad de propuestas alternativas, las cuales en los hechos han sido hegemónicas por ese modelo que ha terminado por imponer su luz sobre todas esas propuestas. Grandes aportes pedagógicos han sido realizados, múltiples modelos de formación se han operado, sin embargo y con mayor fuerza en las dos décadas recientes, la formación profesional regresa al sentido individual de la profesión y a la noción hospitalaria de su práctica.

En dos siglos de vida independiente se pueden documentar infinidad de expresiones particulares ocurridas en tal o cual espacio concreto, sin embargo, y con el reconocimiento de su importancia local o nacional, esas expresiones han sido notas disonantes en el gran concierto que se ha conformado como principio general de la educación profesional en ciencias de la salud. Sin duda la profesión médica ha sido la responsable de vertebrar la mayoría de propuestas y por lo mismo de imponer sus rasgos y modelos a las demás profesiones, ya sea por la subordinación laboral y profesional como ha sido por ejemplo con la enfermería o por la similitud conceptual que ha generado en la odontología.

El modelo biomédico en las bases científicas del conocimiento de las profesiones de la salud ha sido dominante a lo largo de estos 200 años, que no obstante con la incorporación de los aportes de las ciencias sociales, especialmente a partir de la década de 1970, sigue siendo dominante; obstaculizando con ello perspectivas integrales y provocando visiones cada vez más fragmentadas de la salud y la enfermedad. Sin negar el notable avance que se puede reconocer en las ciencias de la vida y su contribución a la comprensión de los problemas de salud-enfermedad que constituyen su principal objeto de conocimiento, los principales paradigmas interpretativos se mueven en el límite que les impone la biomedicina.

En lo pedagógico, en los últimos 40 años se expresa una renovada práctica docente, que en el recuento final produce pocos cambios en las perspectivas profesionales de los estudiantes formados, a esa limitación se suma la revitalización de modelos de ejercicio profesional sobre nociones individualistas y como consecuencia de los esquemas de mercado que se imponen. Así por ejemplo, los cambios sociales consecuencia de la Revolución y que generaron oportunidades educativas con avance notable en el acceso universitario, en las tres últimas décadas no han mantenido su trayectoria para vastos sectores de la población. A ello se suman las dificultades de ascenso social para grandes grupos de la población, lo que ocasiona entre los profesionales de la salud una valoración del mérito y de la recompensa social individual, además de la contracción del empleo público en las instituciones de salud, ratifica la concepción individualista de la formación profesional.

#### SIGNIFICADO PARA LA PRÁCTICA SOCIAL DE LAS PROFESIONES

En la vertiente de las formas de práctica profesional como una de las determinantes más singulares sobre la formación profesional, y a su vez expresión del tipo de atención médica y de las políticas de salud de un gobierno, puede identificarse en México a lo largo de la vida independiente y durante el último siglo un modelo superador de sus bases eclesiásticas que mantuvo su sentido de práctica individual en medicina y odontología, menos en enfermería. Para la profesión de nutrición esto sólo puede ubicarse en la última mitad del siglo pasado; todas mantienen una concepción liberal de ejercicio privado de la profesión.

Las formas de prestación de servicios médicos a la población presenta dos grandes variantes: la primera caracterizada por formas asistenciales individualizadas de prestación de servicios de los profesionales de la medicina, al inicio con escasa incorporación de nociones científicas y a partir de la década de 1930 con presencia notable de los desarrollos alcanzados en los países centrales, principalmente Estados Unidos. La segunda forma derivada de la implantación de un modelo de atención hospitalaria impulsado por las políticas sanitarias que llevan a la constitución de las instituciones de seguridad social, esta segunda forma adquirirá la denominación de medicina institucional y a partir de 1943 es la que define la lógica de otorgamiento de servicios de atención médica determinando las características que asumirán posteriormente todas las organizaciones sanitarias del país.

Debe reconocerse la importancia de la creación de las instituciones de seguridad social y de los grandes institutos de salud para redirigir la práctica profesional de la medicina, enfermería y odontología. A partir de 1940 las profesiones de la salud, a pesar de las resistencias gremiales, han tenido como escenario de práctica a las instituciones públicas de salud, lo cual, en la última década, ha limitado significativamente el vínculo laboral, generando esquemas de contratación indirecta y agudizando la dualidad de práctica profesional: un vínculo institucional laboral y profesional por un lado, y por otro, un ejercicio profesional individual y privado. La complejidad de la práctica profesional derivada del modelo hospitalario especializado y parcializado ha significado la tendencia prematura de la orientación profesional también especializada; dejando la atención integral de las personas en la sumatoria de las intervenciones profesionales de las cuatro profesiones de la salud que se han señalado.

Finalmente se puede observar que la lógica de práctica profesional dominante está muy asociada a la conformación histórica de la profesión médica, y aun cuando han existido momentos cruciales y formas de atención diferentes, ha resultado imposible obviar la práctica liberal de la profesión. Esa dinámica ha sido la determinación constante que ha definido las características de la formación, así se puede observar en los procesos ocurridos en casi todos los periodos, sin embargo, iniciativas que salen de esa lógica han sido planteadas desde las instituciones de educación superior. Las experiencias que rompen con esa lógica determinista son múltiples y valiosas y a pesar de que no han transformado plenamente la práctica social de la profesión, es indudable que han impactado las formas de práctica técnica de las profesiones. El futuro no parece ofrecer posibilidades diferen-

tes, ya que el Estado tiende al distanciamiento en la prestación de servicios de salud y en su participación en el sistema de salud, y aun cuando tenga presencia, los modelos de gestión y organización obedecen a una lógica de mercado. Con ello, la naturaleza individual de las prácticas profesionales parece afianzarse y el espacio alternativo se reduce a variaciones técnicas. Las profesiones de la salud están inmersas, como todo el mercado laboral, en procesos de contratación laboral frágiles y pauperizados, ratificando así el carácter individual de la práctica profesional. Las alternativas para la formación académica serán fieles a su autonomía, gestando cambios en los currículos profesionales pero poco podrán incidir en las perspectivas profesionales de los egresados.

#### BIBLIOGRAFÍA

- Álvarez, J. (1960), *Historia de la salubridad y de la asistencia en México*, vol. 4, Secretaría de Salubridad y Asistencia, México.
- Andrade, J. (1979), *Marco conceptual de la educación médica en América Latina*, OPS, Washington, DC.
- Berlinger, A. (1975), "A larger perspective on the Flexner Report", *International Journal of Health Services*, núm. 5, pp. 573-592.
- Ceitlin, J. (1978), *Medicina de la comunidad. Un programa de enseñanza aprendizaje en América Latina y el Caribe*, Fepafem/Fundación Kellog, Caracas.
- Chauvente, A. (1980), "Biología y gestión de los cuerpos", en Achard, P.; Chauvenet, A.; Lage, E., Lentin, F.; Néve, P. y Vignaux, G. (eds.), *Discurso biológico y orden social*, Nueva Imagen, México, pp. 23-64.
- Consejo de Salubridad General (2008), *Futuro de la Formación de Recursos Humanos para la Salud México*, Consejo de Salubridad General, México, mimeo, marzo.
- Costelone, M. (1975), *La primera república federal de México (1824-1835)*, Fondo de Cultura Económica, México.
- De la Torre, E. (1966), *Lecturas históricas mexicanas*, Empresas editoriales, México.
- Díaz, R.; Coronel, S. y Galván, M. (2005), "La formación de licenciados en nutrición", en Vázquez, D., Cuevas, L. y Crocker, R. (coords.), *La formación de personal en salud en México*, Procorhus/CUCS/UV, Guadalajara, pp. 137-162.
- Escobedo, J. y Santos-Burgoa, C. (1995), "La diabetes Mellitus y la transición de la atención a la salud", *Salud Pública de México*, 37 (1), pp. 37-45.

- Espinoza, F. (1984), “Sobre el trabajo comunitario del Programa de Medicina General Integral (Plan A-36)”, *Primer Nivel*, núm. 6, pp. 25-32.
- Freidson, E. (1978), *La profesión médica: un estudio de sociología del conocimiento aplicado*, Península, Barcelona.
- García, A. (1987), *Historia de la medicina*, EMALSA Interamericana, División de McGraw Hill, Madrid.
- García, M. (1973), *La seguridad social en México: bases, evolución, importancia económica, social, política y cultural, 1906-1958*, vol. 2, Costa Amic, México.
- García, J.C. (1994), *Pensamiento social en salud en América Latina*, Interamericana/Mc Graw Hill/OPS, México, capítulo 3.
- Gómez, G. (1976), “La Universidad: sus orígenes y evolución”, *Deslinde*, núm. 7.
- González de León, D.; Bertrán, M.; Salinas, A.A.; Torre, P.; Mora, F. y Pérez-Gil, S. (2009), “La epidemia de obesidad y las mujeres”, *Género y Salud en Cifras*, 7 (1), pp. 17-31.
- Guzmán, J.M. y Martínez, F. (coords.) (2003), *Ensayos sobre historia de la medicina*, IIH-UNAM/UMSNH, México.
- Ibarra, P. (1982), *El protomedicato en la España Ilustrada*, Universidad de Valladolid, Valladolid.
- Jarillo, E.; Arroyave, G. y Chapela, M.C. (1997), “El diseño curricular en medicina de la UAM-Xochimilco. Su influencia por las políticas internacionales de salud y la práctica profesional”, en Berruecos, L. (coord.), *La construcción permanente del sistema modular*, UAM-Xochimilco, pp. 467-486.
- Jarillo, E.; López, O. y Mendoza J.M. (2005), “La formación de recursos humanos en salud pública”, en Vázquez, D.; Cuevas, L. y Crocker, R. (coords.), *La formación de personal en salud en México*, Procorhus/CUCS/UV, Guadalajara, pp. 239-265.
- López, V. y Lara, N. (2005), “La formación de odontólogos”, en Vázquez, D.; Cuevas, L. y Crocker, R. (coords.), *La formación de personal en salud en México*, Procorhus/CUCS/UV, Guadalajara.
- Menéndez, E. (1990), “Modelo médico alternativo subordinado, modelos de autoatención, caracteres estructurales”, en Campos, R. (comp.), *La antropología médica en México*, UNAM, México, pp. 97-111.
- Moreno, E.; Moguel, J.; Díaz de Sandi, M.; García, M. y Cesarman, E. (1982), *Sociología histórica de las instituciones de salud en México*, Instituto Mexicano del Seguro Social, México.
- OPS (2002), *La salud pública en las Américas. Nuevos conceptos, análisis del desempeño y bases para la acción*, Organización Panamericana de la Salud, Washington, DC.
- Porter, R. (2004), *Breve historia de la medicina. De la antigüedad hasta nuestros días*, Santillana Ediciones Generales, México.

- Sánchez, M.; Cárdenas, L. y Carmona, B. (2005), “La formación y el ejercicio profesional en enfermería”, en Vázquez, D.; Cuevas, L. y Crocker, R. (coords.). *La formación de personal en salud en México*, Procorhus/CUCS/UV, Guadalajara, pp. 45-76.
- Vargas, E. (2005), “La formación de médicos generales”, en Vázquez, D.; Cuevas, L. y Crocker, R. (coords.), *La formación de personal en salud en México*, Procorhus/CUCS/UV, Guadalajara, pp. 77-110.



TERCERA PARTE  
Determinantes sociales  
de la salud y la enfermedad





# La desigualdad socioeconómica en salud: un problema persistente en la sociedad mexicana

Luis Ortiz-Hernández  
Diana Pérez Salgado

## INTRODUCCIÓN

**E**l objetivo de este capítulo es presentar un panorama sobre las desigualdades socioeconómicas existentes en México. Para ello, primero se esbozan algunas premisas teóricas que guían la presentación de la evidencia empírica. Posteriormente se presentan datos derivados de estadísticas oficiales o de encuestas con representatividad nacional que permiten verificar los estragos que provocan las diferencias socioeconómicas (entre zonas geográficas y grupos sociales) en la salud de la población mexicana. Finalmente, se presentan algunas implicaciones en términos de políticas públicas que pueden contribuir a revertir, en alguna medida, las disparidades en salud.

Un rasgo característico de la sociedad mexicana es que una proporción elevada de la población es y ha sido pobre. Boltvinik (1995) estimó que la proporción de mexicanos en situación de pobreza se redujo entre la década de 1970 hasta el inicio de la de 1980 pasando de 77.5% en 1963 a 48.5% en 1981. **Esta reducción de la tasa de pobreza en parte fue resultado de la paulatina consolidación de instituciones de bienestar social.** Sin embargo, las recurrentes crisis económicas y la puesta en marcha de políticas de cambio y ajuste estructural provocaron que la pobreza se incrementara durante las décadas de 1980 y 1990. De este modo, se estimó que la proporción de pobres en 1988 fue de 59% y para 1992 de 66% (Boltvinik, 1995). El Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (2009) ha

estimado que la pobreza de patrimonio pasó de 53.1% en 1992 a 69% en 1996; para disminuir a 42.6% en 2006; existiendo un repunte derivado de la primera crisis económica del presente siglo (47.4% en el 2008).

En México, la existencia de una elevada proporción de población en situación de pobreza está estrechamente relacionada con la concentración de la riqueza. Es decir, otra característica estructural de la sociedad mexicana es la existencia de abismales diferencias socioeconómicas entre grupos sociales. En 1977 el 37.9% del ingreso monetario correspondía a 10% de los hogares más ricos; mientras que al 60% de los hogares con menos riqueza le correspondía el 23.8% del ingreso (Vargas, 1995). Para 2008, al 10% de los hogares más ricos les correspondía el 37.5%, mientras que 60% de los más pobres compartían el 25.2% (INEGI, 2008).

La persistencia de estas disparidades socioeconómicas (y por tanto de la pobreza, como su expresión más dramática en las condiciones de vida de las personas) seguramente se ha reflejado y refleja en diferencias en las condiciones de salud y enfermedad. Aunque trabajadores de los servicios de salud y académicos se han preocupado por tales diferencias, la evidencia empírica disponible no ha sido objeto de revisión. La sistematización de la información sobre las disparidades socioeconómicas en salud y enfermedad, en primer lugar, puede ser útil para evidenciar (o denunciar) la injusticia existente en el hecho de que muchos ciudadanos actualmente no disfrutan de un grado mínimo de bienestar. En segundo lugar, el documentar la existencia de las desigualdades sociales debe dar paso a la reflexión sobre las políticas que se requieren para mejorar la salud de la población.

#### ALGUNOS CONCEPTOS BÁSICOS

La epidemiología social está interesada en comprender cómo los procesos sociales, culturales, políticos y económicos determinan la distribución de la salud y la enfermedad en las poblaciones (Kawachi, 2002). Una premisa de la epidemiología social es que la realidad está organizada de forma jerárquica y los niveles de mayor complejidad por lo regular determinan a los de menor complejidad, aunque también se reconoce que la relación es dinámica y bidireccional. Así, la organización social (este nivel macrosocial incluye las formas de gobierno, las normas culturales y la estratificación socioeconómica) influye en otros fenómenos como las características de las localidades y las familias (nivel meso o grupal); a su vez, los dos niveles

anteriores influyen en la conducta, la biología y la subjetividad de los sujetos (nivel micro o individual) (Krieger, 2001b).

Otra premisa de este enfoque es que para comprender los problemas colectivos de salud se debe entender la inserción de los grupos sociales dentro de una sociedad (Laurell, 1994). Dicha inserción define una estructura de riesgos y oportunidades que limitan o promueven el desarrollo de las potencialidades inherentes al ser humano; a su vez, las estructuras de riesgos y oportunidades se expresan en perfiles de morbilidad y mortalidad específicos. Las características de los perfiles se deben a que las condiciones de existencia son relativamente similares al interior de los grupos; pero diferentes entre los grupos.

Si para comprender los problemas colectivos de salud se tiene como punto de partida el estudio de grupos sociales, entonces, no sólo se deben analizar los promedios de indicadores de salud (e.g. esperanza de vida), sino también su distribución o las diferencias entre individuos y grupos al interior de la población (Gwatkin, 2000). Por ejemplo, el promedio de la esperanza de vida de un país puede incrementarse en un periodo, pero dicho incremento puede concentrarse en los grupos más privilegiados, mientras que la esperanza de vida de los grupos en desventaja puede mantenerse sin cambio, con lo cual las diferencias o desigualdades entre los grupos se amplían.

En la epidemiología social, el concepto de desigualdad social es medular ya que uno de sus ejes centrales es el estudio de las condiciones de vida y salud de los grupos sociales. Las desigualdades sociales en el campo de la salud han sido definidas como disparidades de salud en un país y entre diferentes países que se consideran improcedentes, injustas, evitables e innecesarias y que gravan sistemáticamente a poblaciones que han sido hechas vulnerables por las estructuras sociales subyacentes y por las instituciones políticas, económicas y legales (Krieger, 2001a). Entre las formas de desigualdad social existentes se encuentran las originadas por la estratificación socioeconómica o clase social, y las discriminaciones por género, raza/etnia u orientación sexual.

La estratificación socioeconómica es uno de los ejes más importantes en la formación de grupos sociales y se refiere a las discrepancias que existen entre individuos y grupos que conforman una sociedad, derivadas del acceso diferencial a la riqueza material y al poder que deriva de ésta (Wohlfarth, 1997). De acuerdo con Krieger, Williams y Moss (1997), la posición socioeconómica está compuesta por dos dimensiones: la riqueza material y el estatus. De la primera dependen la supervivencia física y, por tanto, la po-

sibilidad de participar en la familia y en las obligaciones o roles sociales. La riqueza material puede ser medida a través del ingreso y el patrimonio acumulado (i.e. ahorros, vivienda y bienes durables). El estatus, por su parte, es el prestigio social que se desprende de las jerarquías socialmente construidas; éste puede ser evaluado mediante el tipo de bienes consumidos, servicios a los que se acude o los conocimientos con que se cuenta. La estructura de la posición socioeconómica propuesta por Krieger y colaboradores (1997) es similar a la medición de clase social que ha sido derivada de la formulación teórica de Max Weber (Liberatos, Link y Kelsey, 1988). Este sociólogo consideró que la clase social estaba definida por tres dimensiones: clase, estatus y poder. La clase tiene una base económica e implica la propiedad y el control de los recursos. El estatus es definido como el prestigio u honor que se tiene en la comunidad a la que se pertenece. Para Weber, el estatus implica acceso a oportunidades pues se basa en factores sociales y culturales como los antecedentes familiares, el estilo de vida y las redes sociales. El poder se relaciona al contexto político. En la sociología anglosajona (Liberatos, Link y Kelsey, 1988) las dimensiones clase y estatus elaboradas por Weber han sido medidas a partir de tres indicadores: ingreso, ocupación y educación. Los dos últimos se relacionan tanto con la clase como con el estatus, mientras que el ingreso sólo es un reflejo de la clase.

Por lo regular, cuando se utiliza la noción de posición socioeconómica, se parte de la premisa de que la escolaridad determina el tipo de ocupación en la que se emplean las personas y ésta, a su vez, influye en el ingreso que obtienen, finalmente del ingreso depende la satisfacción de necesidades básicas. En apoyo a esa premisa, en la década de 1990, se observó que conforme aumentaba la escolaridad, disminuía la probabilidad de ser pobre (Infante y Schlaepfer, 1994). Es de esperarse que en una economía de mercado, las diferencias en el ingreso y la riqueza resulten en diferencias en el acceso a aquellos bienes y servicios que estén mercantilizados (i.e. su distribución obedece a la obtención de ganancias privadas); por el contrario, la regulación del Estado y las políticas distributivas de éste pueden reducir tales desigualdades. Sin embargo, la relación entre escolaridad, ocupación e ingreso cambiará debido a las crisis económicas pues “ha provocado que haya menos puestos de trabajo en las ocupaciones a las que habitualmente se tenía acceso mediante mayores niveles de escolaridad, además de que ahora estos puestos están menos remunerados” (Infante y Schlaepfer, 1994:371). La escolaridad del jefe de familia tiene la ventaja de que, en comparación con

otras variables socioeconómicas (v.gr. condiciones de la vivienda), se relaciona mejor con índices compuestos o mediciones de pobreza.

Se ha argumentado que la medición de la riqueza material (*material wealth*) o variables relacionadas con el consumo debe complementar las mediciones tradicionales del estrato socioeconómico basadas en la ocupación, el ingreso o la escolaridad, pues estas últimas son, en parte, resultado de la posición social “heredada” por la familia de origen; pero no captan la movilidad social (ascendente o descendente) experimentada por los sujetos (Liberatos, Link y Kelsey, 1988). La riqueza (*wealth*) ha sido definida como bienes económicos acumulados y se ha observado que la inequidad medida por riqueza es mayor que cuando se comparan los ingresos monetarios (Rogler, 1996). La riqueza material o consumo son medidos a partir de la tenencia o propiedad de artículos o bienes domésticos como carro o televisor. Con la misma lógica, las condiciones de la vivienda son consideradas un indicador del estrato socioeconómico pues representan una “traducción” del ingreso en las condiciones materiales de la existencia, lo cual ha sido demostrado en estudios que muestran que las condiciones de la vivienda se relacionan con indicadores complejos que miden la desigualdad social y la pobreza (Infante y Schlaepfer, 1994).

Finalmente, además del enfoque de la estratificación socioeconómica de la sociología anglosajona, existen otros enfoques teóricos, entre los que se encuentra la aproximación de clases sociales de la sociología marxista, en la cual el origen y mantenimiento de la estratificación se ubica en la relación con los medios de producción (Liberatos, Link y Kelsey, 1988). Desafortunadamente, la mayoría de las estadísticas que se han producido sobre desigualdades socioeconómicas en salud en México han utilizado indicadores relacionados con el primer enfoque; mientras que el uso de la clase social es poco recurrente (e.g. Bronfman y Tuirán, 1984).

#### LAS ENFERMEDADES “CLÁSICAS” DE LA POBREZA

En México las infecciones y las enfermedades carenciales siguen siendo causas frecuentes de muerte. En el 2008, la desnutrición y otras deficiencias nutricionales ocuparon el treceavo lugar como causa de muertes en la población general de México con una tasa de 7.8 casos por cada cien mil habitantes, al tiempo que la anemia (con una tasa de 3.4 por cada cien mil habitantes) se ubicó en el lugar número dieciocho (Dirección General de

Información en Salud, 2008). Respecto a las infecciones, la neumonía y la influenza tuvieron el lugar número diez (tasa: 12.6 casos por cien mil habitantes) y las enfermedades infecciosas intestinales ocuparon el lugar número 19 (2.4 casos por cien mil habitantes). En los menores de un año, la neumonía y la influenza, las infecciones intestinales, las infecciones respiratorias agudas, la desnutrición y las anemias ocuparon los lugares 3, 5, 6, 8 y 15, respectivamente. Estas estadísticas, aunque útiles, no nos permiten responder un preguntas clave: ¿en dónde y quiénes concentran estas muertes?

En una primera aproximación a la desigualdad socioeconómica en México se pueden analizar las diferencias entre las entidades federativas respecto a las condiciones de salud y enfermedad. En la Figura 1 se presenta la correlación de indicadores socioeconómicos con estadísticas de salud a nivel de los estados. Se observa que el incremento en el número de personas ocupadas que ganan hasta un salario mínimo está asociado con el aumento de la mortalidad infantil general (Figura 1, Gráfica 1.a); con el aumento de la mortalidad infantil por enfermedades infecciosas intestinales (Figura 1, Gráfica 1.b) y el aumento del número de personas que viven en hogares indígenas se asocia con una mayor razón de mortalidad materna (Figura 1, Gráfica 1.c). Por el contrario, puede apreciarse que el indicador que denota mayor riqueza (producto interno bruto –PIB– per cápita) se relaciona negativamente con la prevalencia talla baja en niños menores de cinco años (Figura 1, Gráfica 1.d).

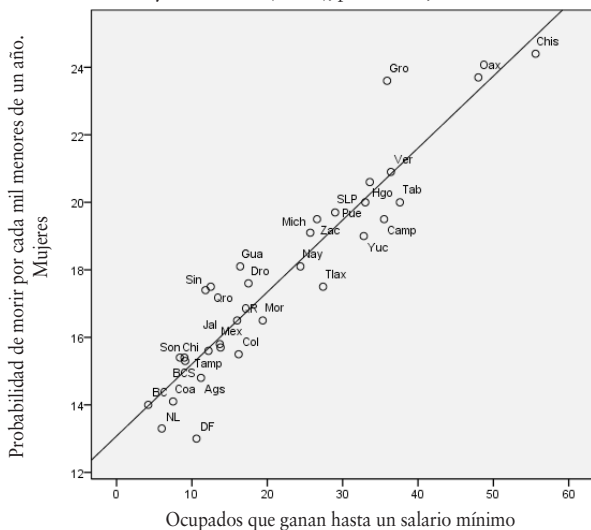
Como puede apreciarse, la desigualdad étnica tiene una estrecha relación con la desigualdad socioeconómica. Los estados del sur del país presentan los peores indicadores de salud y son los que menos desarrollo económico tienen; y en esos estados es donde está concentrada la población indígena. Se ha estimado que la proporción de población que habla alguna lengua indígena y no habla español está asociada negativamente con el PIB estatal per cápita ( $r=-0.52$ ,  $p<0.050$ ), la proporción de mujeres de 6 años y más que saben leer y escribir ( $r=-0.74$ ,  $p<0.050$ ) y con el porcentaje de viviendas con refrigerador ( $r=-0.78$ ,  $p<0.050$ ), pero la correlación es positiva con el porcentaje de ocupados que ganan hasta un salario mínimo ( $r=0.65$ ,  $p<0.050$ ) (Eibenschutz, Ortiz-Hernández, Tamez-González y Camacho, 2009).

Otro nivel en el que se puede examinar la desigualdad socioeconómica es el municipal. En un estudio (Ortiz-Hernández, López, Ortega, Rivera y Laurel, 2002) se analizó la relación entre características socioeconómicas de los municipios de México y la tasa de mortalidad infantil, para lo cual se

Figura 1. Asociación de condiciones socioeconómicas con estadísticas de salud a nivel de los estados en México

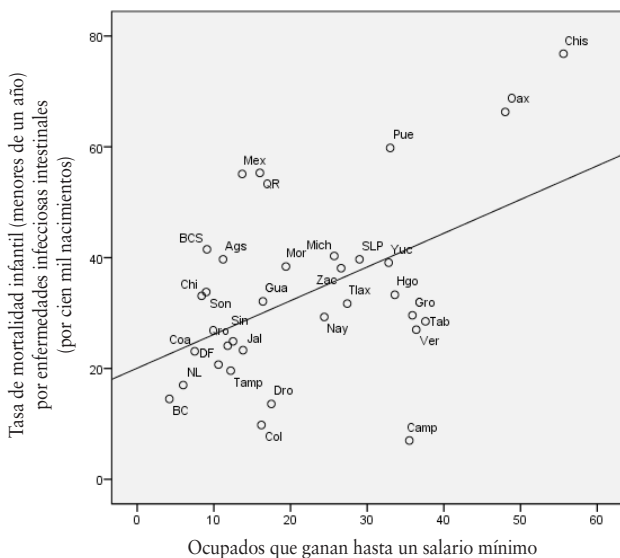
1.a. Relación entre la proporción de ocupados que ganan hasta un salario mínimo y la probabilidad de morir en menores de un año

$$y = 13.07 + x(0.213), p = 0.000, r^2 = 0.873$$



1.b. Relación entre la proporción de ocupados que ganan hasta un salario mínimo y la tasa de mortalidad infantil por enfermedades infecciosas intestinales

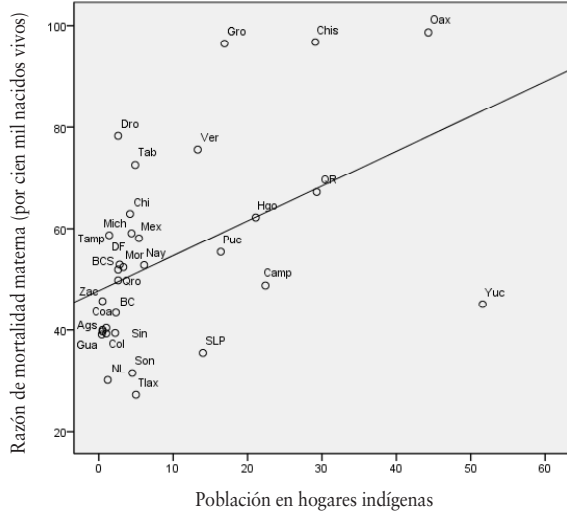
$$y = 20.06 + x(0.609), p = 0.004, r^2 = 0.243$$





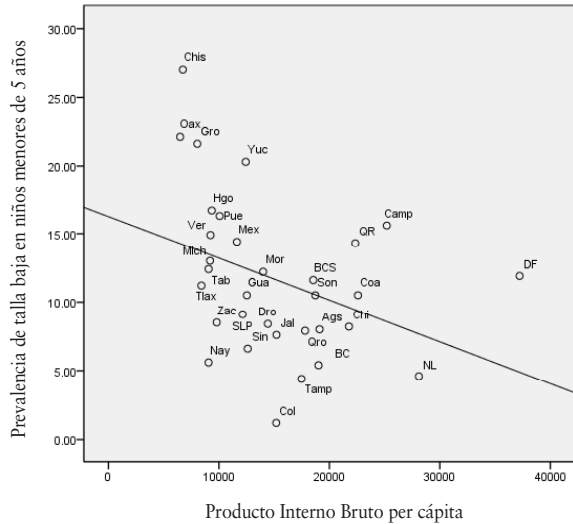
1.c. Relación entre la población que habita en hogares indígenas a y la razón de mortalidad materna

$$y = 47.80 + x (.687), p = 0.006, r^2 = 0.225$$



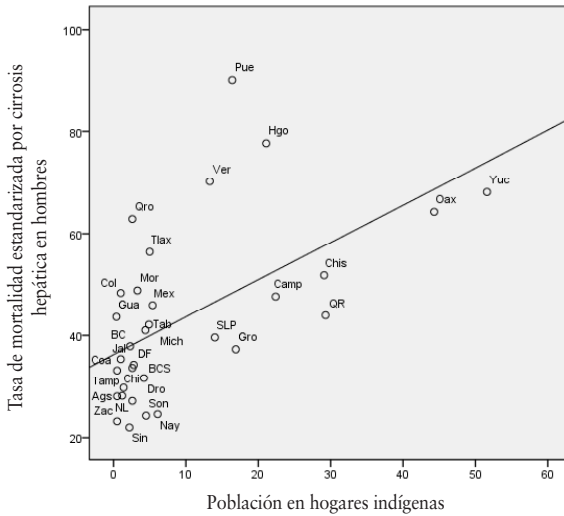
1.d. Relación entre el producto interno bruto per cápita y la prevalencia de talla baja en niños menores de cinco años

$$y = 11.170 + x (.000), p = 0.44, r^2 = 0.128$$



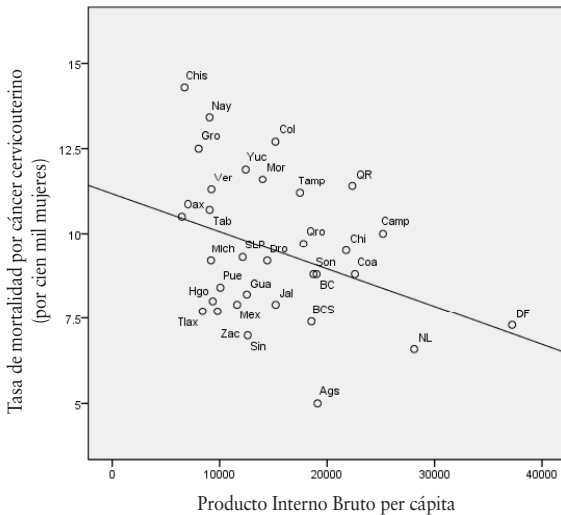
1.e. Relación entre la población que habita en hogares indígenas y la tasa de mortalidad por cirrosis hepática en hombres

$$y = 36.3 + x (0.733), p = 0.001, r2 = 0.319$$



1.f. Relación entre el producto interno bruto per cápita y la tasa de mortalidad por cáncer cérvico uterino

$$y = 11.170 + x (.000), p = 0.44, r2 = 0.128$$



Fuentes: elaboración propia a partir de estadísticas de mortalidad del 2008 de la Dirección General de Información en Salud; Censo de Población 2005 del Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática; Encuesta Nacional de Salud 2006 (prevalencia de talla baja) Instituto Nacional de Salud Pública 2007 y; datos del Centro de Estudios de Finanzas Públicas de la Cámara de Diputados (producto interno bruto per cápita).

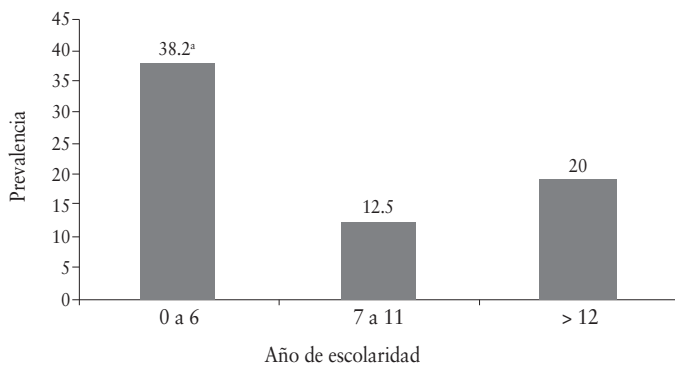
clasificó a los municipios en rurales ( $\geq 41\%$  de la población económicamente activa –PEA– ocupada en el sector primario) y urbanos ( $\leq 40\%$  de la PEA ocupada en el sector primario). La mortalidad infantil de 1990 en los municipios rurales se incrementaba con el aumento de: el porcentaje de población sin instrucción ( $r=0.49$ ), proporción de mujeres que no sabían leer y escribir ( $r=0.47$ ), porcentaje de viviendas con hacinamiento ( $r=0.42$ ) y el índice de marginación del Conapo ( $r=0.46$ ). En los municipios urbanos, entre los principales predictores de mortalidad infantil se encontraron: el ingreso promedio anual de las personas ocupadas ( $r=0.50$ ), el porcentaje de analfabetismo ( $r=0.55$ ), el índice de marginación del Conapo ( $r=0.57$ ), el porcentaje de viviendas con piso de tierra ( $r=0.45$ ), el PIB municipal por persona ( $r=0.45$ ) y la proporción de ocupados que no recibían ingreso ( $r=0.42$ ).

El tercer nivel en que se puede analizar la desigualdad socioeconómica en salud es en los sujetos. En la Figura 2 se presentan gráficas que muestran la prevalencia de enfermedades infecciosas asociadas a condiciones de vida insalubres, así como condiciones asociadas a ingesta inadecuada de energía y nutrientes de acuerdo con indicadores de posición socioeconómica. Entre la población infantil que vive en hogares cuya madre estudió de 0 a 6 años se presenta una mayor prevalencia de infección por *Helicobacter pylori* (Figura 2, Gráfica 2.a), entre los niños de 1 a 9 años, el ingreso familiar se asoció negativamente a la prevalencia de infección por hepatitis A (Figura 2, Gráfica 2.b): y entre los niños menores de cinco años, las características del hogar y la pertenencia de bienes se asociaron negativamente a la prevalencia de anemia (Figura 2, Gráfica 2.c) y talla baja (Figura 2, Gráfica 2.d).

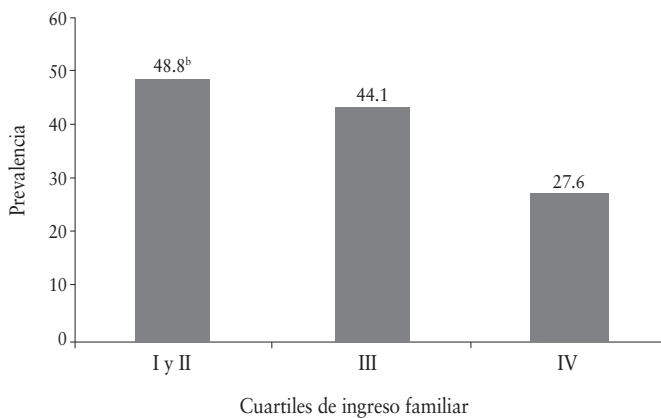
Los datos descritos en los párrafos anteriores documentan la relación bien conocida de la pobreza con enfermedades carenciales e infecciosas. Así, dichas relaciones pueden explicarse en los siguientes términos: los sujetos en pobreza tienen más dificultades para acceder a una alimentación adecuada, lo que, a la larga acarrea, desnutrición crónica; a su vez, esta última (debido a su efecto deletéreo en la inmunidad), junto con condiciones de vivienda insalubres, provocan el incremento en la frecuencia de enfermedades infecciosas. A partir de este tipo de hallazgos empíricos y explicaciones, se llegó a proponer que las infecciones y las deficiencias nutricionales eran “enfermedades de la pobreza”, mientras que otras enfermedades como las crónicas eran “enfermedades de la riqueza” (Ezzati, Vander, Lawes, Leach *et al.*, 2005).

Figura 2. Prevalencia de enfermedades infecciosas y desnutrición en población infantil de acuerdo con indicadores de posición socioeconómica

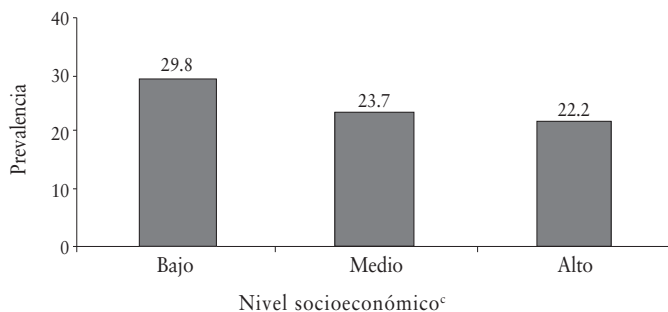
2. a. Seroprevalencia (%) de *Helicobacter pylori* en niños menores de 6 años de acuerdo con escolaridad de la madre



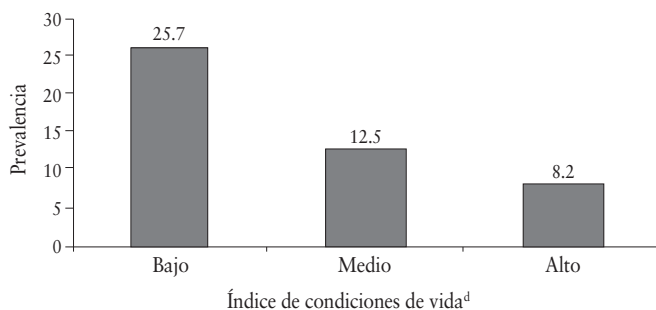
2. b. Prevalencia (%) de infección por virus de la hepatitis A (anticuerpos totales) en niños de 1 a 9 años de acuerdo con cuartiles de ingreso



2. c. Prevalencia (%) de anemia en niños menores de 5 años de acuerdo con nivel socioeconómico



2. d. Prevalencia (%) de talla baja en niños menores de 5 años de acuerdo con índice de condiciones de vida



Fuentes: (2.a) O'Rourke *et al.*, 2003. (2.b) Valdespino *et al.*, 2007c. (2.c) Villalpando *et al.*, 2009. (2.d.) Gonzalez de Cossio *et al.*, 2009. <sup>a</sup> p = 0.023, <sup>b</sup> IC: Cuartil I y II (40.8-55.4); cuartil III (35.0-53.5); cuartil IV (21.1-35.2), <sup>c</sup> Obtenido por las características y los bienes del hogar. <sup>d</sup> Obtenido por condiciones de vivienda y riqueza acumulada.

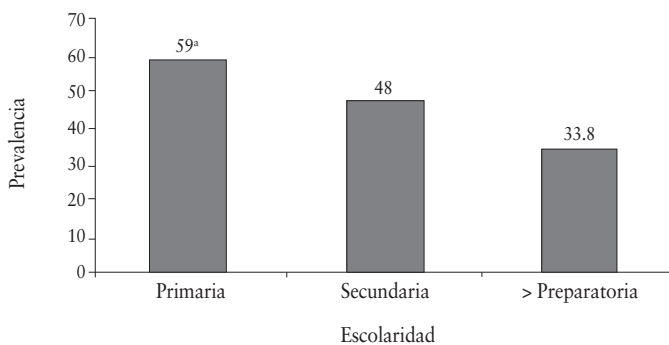
## NUEVAS EPIDEMIAS, LAS MISMAS DIFERENCIAS

En 2008, las enfermedades del corazón, la diabetes mellitus, los tumores malignos, las enfermedades del hígado y las enfermedades cerebrovasculares ocuparon los lugares 1, 2, 3, 5 y 6, como causas de muerte en la población general, con tasas de 86.9, 70.9, 62.9, 29.6 y 28.4 casos por cien mil habitantes, respectivamente (Dirección General de Información en Salud, 2008). Por estas estadísticas, en el discurso oficial se dice que actualmente en México existe una epidemia de enfermedades crónicas. En ese discurso se dice que la mayoría de estas enfermedades crónicas se relacionan con los hábitos de alimentación y los patrones de actividad física de la población derivados de la urbanización ocurrida en las últimas décadas, lo que ha resultado en incremento de la obesidad y sus comorbilidades. Algo que con frecuencia se desconoce es que estas “epidemias” no están distribuidas aleatoriamente en la población mexicana. Por el contrario, se pueden identificar claros patrones socioeconómicos en su distribución. En la Figura 1 se puede observar que el aumento del número de personas que viven en hogares indígenas se asocia con mayor mortalidad por cirrosis hepática en hombres (Gráfica 1.e en la Figura 1) y que el PIB per cápita estatal se relaciona negativamente con la mortalidad por cáncer cérvico uterino (Gráfica 1.f en la Figura 1).

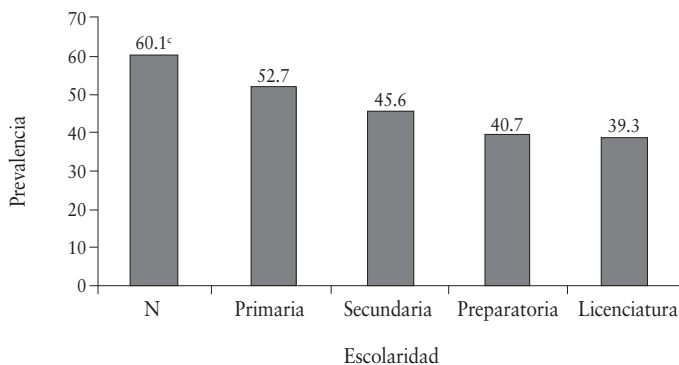
En la Figura 3 se presenta la prevalencia de enfermedades crónicas entre la población adulta de acuerdo con su escolaridad. Se puede apreciar que para las cuatro patologías analizadas existe un claro gradiente: entre la población con menor escolaridad existió una mayor prevalencia de hipertensión (Gráfica 3.a en la Figura 3), síndrome metabólico (Gráfica 3.b en la Figura 3) y diabetes mellitus tipo 2 (gráficas 3.c y 3.d en la Figura 3). A diferencia de la mayoría de las causas de enfermedad y muerte analizadas en la sección anterior, las enfermedades que se presentan en la Figura 3 difícilmente pueden ser atribuidas a condiciones higiénicas deficientes o a un consumo alimentario deficiente. En países industrializados se ha documentado, tanto en adultos como en niños, que en comparación con los sujetos de estratos socioeconómicos altos, aquellos de los estratos bajos tienen frecuencias más altas de obesidad, hipercolesterolemia e hipertensión arterial, así como de mortalidad por enfermedades cardiovasculares y diabetes mellitus (Stepptoe, Hamer, O'Donnell, Venuraju *et al.*, 2010, Braveman, 2009; Banks, Marmot, Oldfield y Smith, 2006; Romon, Duhamel, Collinet y Weill, 2005).

Figura 3. Prevalencia de enfermedades crónicas en adultos de acuerdo con indicadores de posición socioeconómica

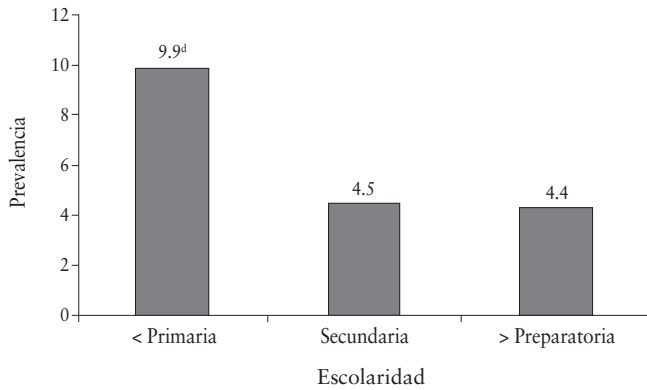
3.a. Prevalencia (%) de hipertensión arterial en adultos de 20 años y más de acuerdo con escolaridad



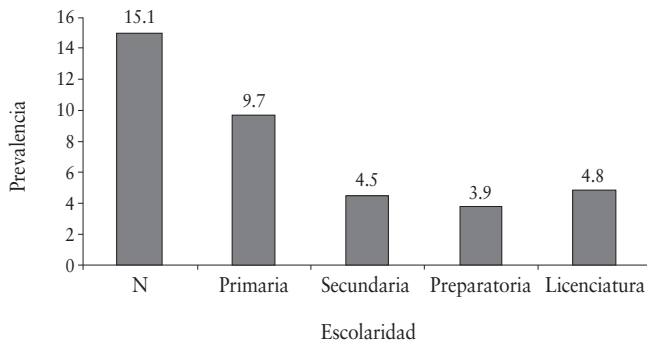
3.b. Prevalencia (%) de síndrome metabólico en adultos de 20 años y más de acuerdo con escolaridad



3.c. Prevalencia (%) de diabetes mellitus tipo 2 en personas de 20 años y más de acuerdo con escolaridad



3.d. Prevalencia (%) de diabetes mellitus tipo 2 en personas de 20 años y más de acuerdo con escolaridad



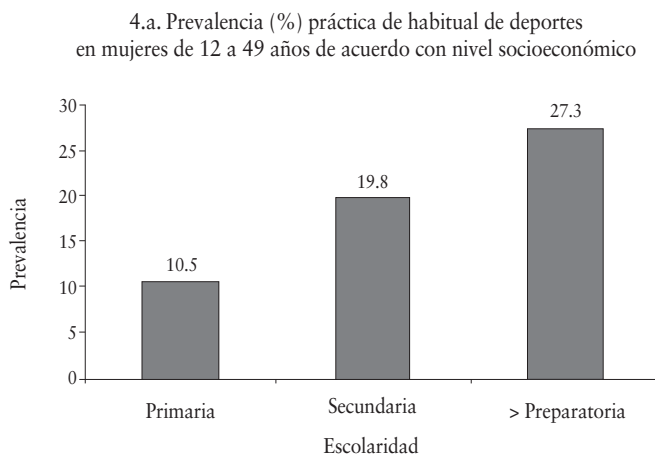
Fuentes: (3.a) Barquera *et al.*, 2010. (3.b) Rojas *et al.*, 2010. (3.c) Olaiz-Fernández *et al.*, 2007. (3.d) Olaiz *et al.*, 2003. <sup>a</sup>  $p < 0.05$ . <sup>b</sup> Tomando en cuenta los criterios de la International Diabetes Federation 2005. <sup>c</sup> IC: N (56.9-63.3); Prim (48.2-57.1); Sec (41.3-49.9); Prep (34.9-46.8); Lic (32.5-46.6). <sup>d</sup> < Prim (IC 9.2, 10.7); Sec (IC 3.8, 5.1); Prep (IC 3.6, 5.1). Abreviaturas: N, ninguna; <Prim, Primaria o menos; Prim, Primaria; Sec, Secundaria, > Prep, preparatoria y más.



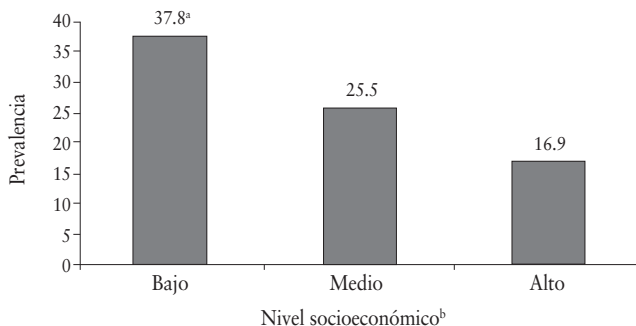
Para explicar estas diferencias socioeconómicas en la distribución de enfermedades crónicas se ha planteado que los sujetos de estratos bajos no pueden acceder a una alimentación saludable (i.e. con suficiente cantidad de frutas y verduras y una cantidad moderada de grasas) debido al precio de los alimentos; además de que se enfrentan a más obstáculos para realizar actividad física recreativa (Ortiz-Hernández, Delgado-Sánchez y Hernández-Briones, 2006). A este respecto, en la Figura 4 se observa la prevalencia de práctica habitual de deportes e ingesta inadecuada de vitamina A de acuerdo con la posición socioeconómica. Entre las niñas de 12 a 49 años (Gráfica 4.a en la Figura 4) y las personas de 20 a 59 años (Gráfica 4.b en la Figura 4) que tenían menor escolaridad y habitaban en hogares con peores condiciones de vivienda y menor número de bienes, se presentó menor prevalencia de práctica habitual de deportes y mayor prevalencia de ingesta inadecuada de vitamina A, respectivamente.

Para explicar la mayor prevalencia de enfermedades cardiometabólicas en personas de estratos bajos también se ha postulado que las personas de estos estratos tienen poco control sobre los procesos de trabajo en los que se ocupan. Lo anterior, junto con la situación de subordinación en la que se encuentran, genera en ellos respuestas neuroendócrinas que han sido relacionadas con la aterogénesis (Brunner, 1996).

Figura 4. Prevalencia de práctica habitual de deportes e ingesta inadecuada de vitamina a adultos de acuerdo con indicadores de posición socioeconómica



4.b. Prevalencia (%) de ingesta inadecuada de vitamina A en personas de 20 a 59 años de acuerdo con nivel socioeconómico

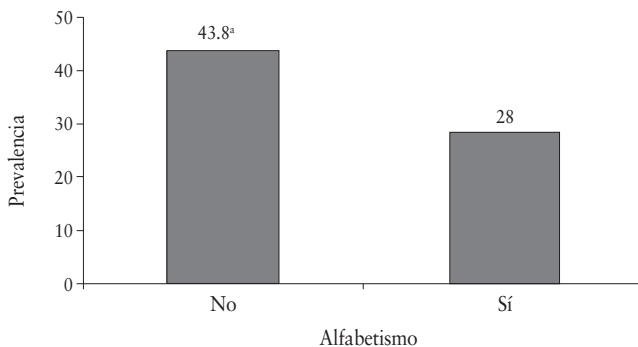


#### DESIGUALDADES SOCIOECONÓMICAS EN SALUD MENTAL Y EN CONDUCTAS DE RIESGO

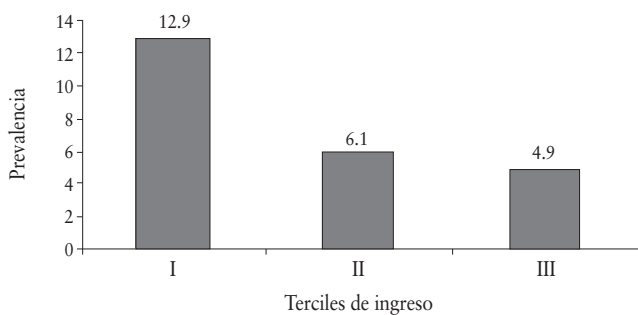
De acuerdo con la *Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica* realizada en 2001 y 2002, 9.1% de la población mexicana había experimentado algún trastorno afectivo en su vida, 14.3% ha presentado algún trastorno de la ansiedad y 9.2% algún trastorno por abuso o dependencia a sustancias. En los adultos (de 15 a 64 años) los suicidios ocupan el lugar número diez como causa de muerte (5.9 casos por cien mil habitantes), mientras que el síndrome de dependencia al alcohol (con una tasa de 2.6 casos por cien mil habitantes) se ubica en el duodécimo lugar (Dirección General de Información en Salud, 2008). En la Figura 5 se observa que los hombres de 70 años y más que no sabían leer con mayor frecuencia presentaron cuatro o más síntomas depresivos (Gráfica 5.a en la Figura 5); entre las personas mayores de 50 años con menor ingreso en el hogar se presentó mayor prevalencia de dificultades en el desempeño de 1 o más actividades de la vida diaria (Gráfica 5.b en la Figura 5); entre las personas mayores de 65 años con menor escolaridad se presentó mayor prevalencia de consumo de alcohol (Gráfica 5.c en la Figura 5) y tabaco (Gráfica 5.d en la Figura 5). Las personas que se ubican en los cuartiles de ingreso I y II y quienes tenían la primaria como grado máximo de escolaridad o no contaban con ninguna escolaridad, presentaron mayor riesgo de trastornos afectivos (Gráfica 5.e en la Figura 5) y trastornos por uso de sustancias (Gráfica 5.f en la Figura 5), respectivamente.

Figura 5. Prevalencia de síntomas depresivos, trastornos afectivos, dificultades en el desempeño de actividades y consumo de alcohol y tabaco en adultos de acuerdo con indicadores de posición socioeconómica

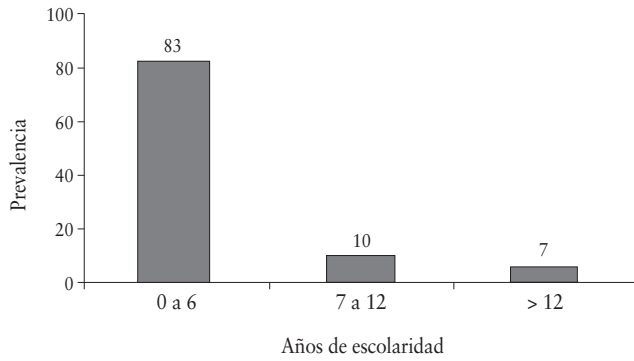
5.a. Prevalencia (%) de síntomas depresivos en hombres de 70 años y más de acuerdo con alfabetismo



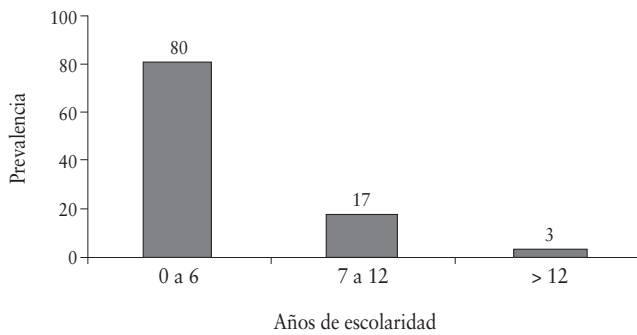
5.b. Prevalencia (%) de dificultades en el desempeño de actividades de la vida diaria en personas mayores de 50 años de acuerdo con ingreso



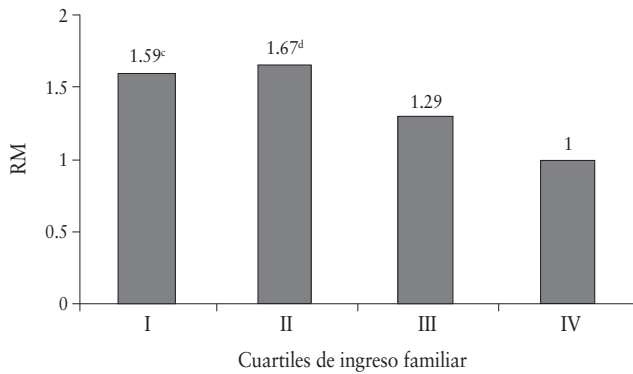
5.c. Prevalencia (%) de consumo de alcohol en personas de 65 años y más de acuerdo con escolaridad



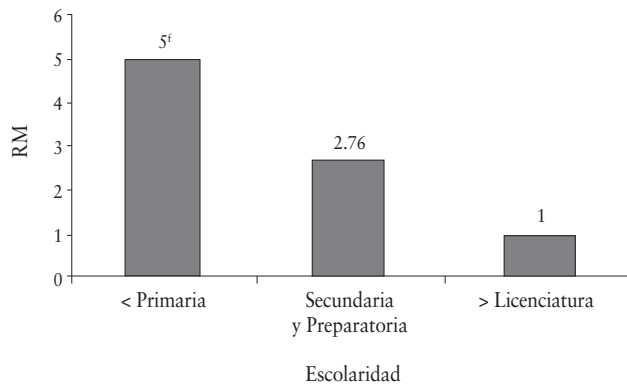
5.d. Prevalencia (%) de consumo de tabaco en personas de 65 años y más de acuerdo con escolaridad



5.e. Riesgo (RM)<sup>b</sup> de trastornos afectivos en adultos de acuerdo con ingreso



5.f. Riesgo (RM)<sup>e</sup> de trastornos por uso de sustancias en adultos de acuerdo con escolaridad

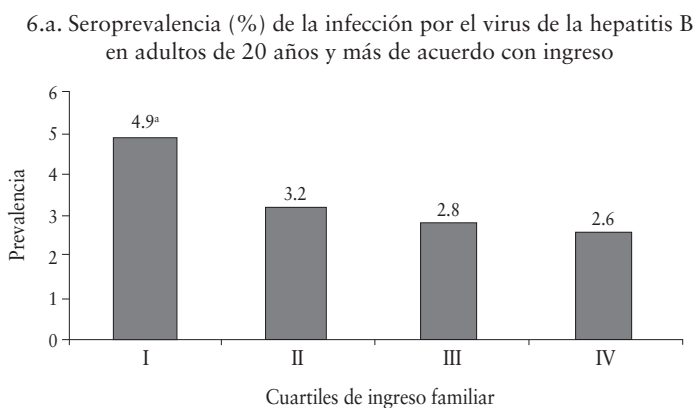


Fuentes: (5.a) Bojórquez-Chapela *et al.*, 2009. (5.b) Smith y Goldman 2007. (5.c) Aguilar-Navarro, Reyes-Guerrero y Borges 2007. (5.d) Aguilar-Navarro, Reyes-Guerrero y Borges 2007. (5.e.) Ortiz-Hernández 2008. (5.f) Ortiz-Hernández 2008. <sup>a</sup> No (IC 37.5–50.1), Si (IC 21.6–34.4). <sup>b</sup> Se reportan razón de momios (RM) e intervalos de confianza al 95% (IC 95%). <sup>c</sup> IC 1.02-2.47. <sup>d</sup> IC 1.11 – 2.50. <sup>e</sup> Se reportan razón de momios (RM) e intervalos de confianza al 95% (IC 95%). <sup>f</sup> IC 1.43-17.49. Abreviaturas: < Prim, Primaria o menos; Sec y Prep, secundaria y preparatoria; > Lic, Licenciatura y más.

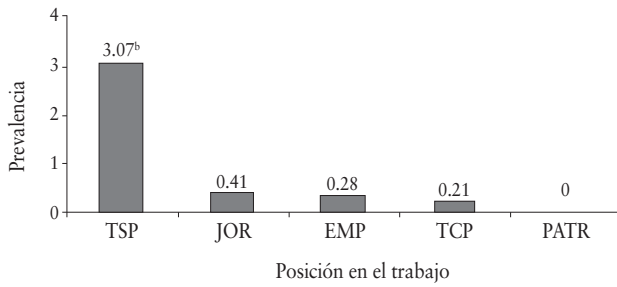
En una revisión (Ortiz-Hernández, López-Moreno y Borges, 2007) de estudios realizados en América Latina sobre la relación entre posición socioeconómica y salud mental se encontró que en la mayoría se ha observado que en los adultos y adolescentes, pertenecer a estratos socioeconómicos bajos se asocia con mayor riesgo de trastornos mentales (i.e. depresión y ansiedad). La mayor frecuencia de trastornos mentales y dependencia al alcohol que existe en los sujetos de estratos bajos puede deberse a que están expuestos a una mayor cantidad de estresores (i.e. poco control sobre el trabajo, desempleo, inseguridad financiera o carencia de redes sociales, entre otros), lo cual derivaría en diversos grados de distrés psicológico.

Por otra parte, en personas de 15 a 64 años, la infección por virus de inmunodeficiencia humana (VIH) fue la octava causa de muerte en el 2008 (tasa: 7.2 casos por 100 habitantes) (Dirección General de Información en Salud 2008). De nuevo, esta enfermedad y sus factores de riesgo tienen gradiente socioeconómico. Entre las personas de 20 años que tenían menor ingreso familiar y peor posición laboral, se presentó una mayor prevalencia de infección por el virus de la hepatitis B (Gráfica 6.a en la Figura 6) y por el VIH (Gráfica 6.b en la Figura 6), respectivamente. Mientras que, entre las personas con menor escolaridad se presentó una menor prevalencia de realización de pruebas para detectar VIH (Gráfica 6.c en la Figura 6) y menor uso de condón (Gráfica 6.d en la Figura 6).

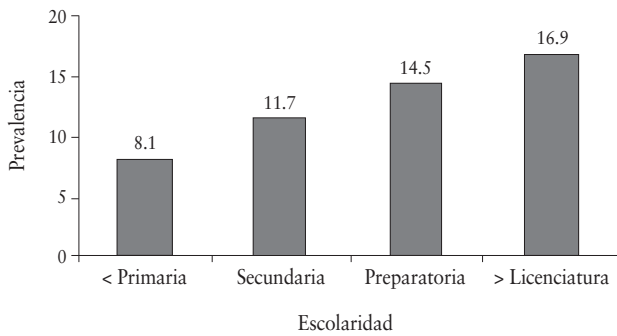
Figura 6. Prevalencia de infecciones relacionadas con prácticas sexuales de riesgo, realización de pruebas para detectar VIH y uso de condón en adultos de acuerdo con indicadores de posición socioeconómica



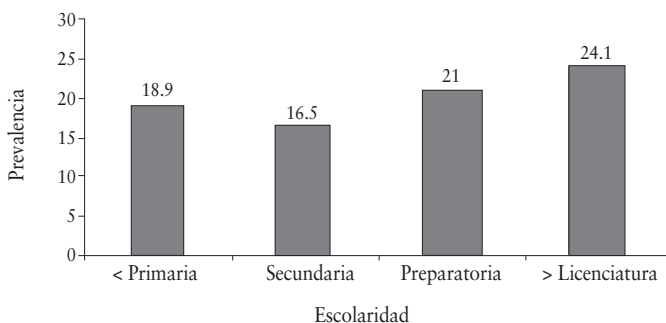
6.b. Prevalencia (%) de infección por VIH en adultos de 20 años y más de acuerdo con posición en el trabajo



6.c. Prevalencias (%) realización de prueba para detectar VIH en adultos de acuerdo con escolaridad



6.d. Prevalencias (%) de uso de condón en adultos de acuerdo con escolaridad



Fuentes: (6.a) Valdespino *et al.* 2007a. (6.b) Valdespino *et al.* 2007b. (6.c) Ortiz-Hernández y Pérez-Salgado (6.d) Ortiz-Hernández y Pérez-Salgado. a I (IC 3.8-6.2), II (IC 2.4-4.3), III (IC 2.1-3.9), IV (IC 1.9-3.5). b TSP (IC 0.776 -11.46), Jorn (IC 0.07-2.1), Emp (IC 0.10 - 0.76), TCP (IC 0.09 - 0.48). Abreviaturas: TSP, trabajador sin pago; JOR, Jornalero o peón; EMP, empleado u obrero; TCP, trabajador por cuenta propia; PATR, patrón. <Prim, Primaria o menos; Sec, Secundaria; > Lic, Licenciatura o más.

## CONCLUSIONES

En el diseño de las políticas y programas de salud por lo general se parte de la lectura de las principales causas de mortalidad y morbilidad en la población general. Así, por ejemplo, desde hace años se plantea que la política de salud debe estar encaminada a la modificación de determinadas conductas como la alimentación o la actividad física, pues están relacionadas con las principales causas de muerte: enfermedades cardiovasculares, diabetes y ciertas formas de cáncer. El uso lineal de las estadísticas de mortalidad da la impresión de que la sociedad mexicana es homogénea y que las experiencias de salud y enfermedad son similares entre los diferentes grupos sociales. Sin embargo, como se ha mostrado, existen diferencias socioeconómicas sistemáticas en la frecuencia de diferentes indicadores de salud y enfermedad; por lo cual se requieren otros modelos conceptuales que permitan explicar estos patrones de salud y enfermedad en el nivel poblacional.

Respecto a las diferencias entre estados o regiones, tanto económica, como social y epidemiológicamente, México es una sociedad escindida: una región está vinculada a la economía moderna; mientras que otra está históricamente pauperizada. Esto evidencia que las políticas de desarrollo



económico regional o local son necesarias, no sólo para promover el crecimiento económico, sino también para reducir las desigualdades en salud.

Desde la epidemiología social las estrategias de prevención deben estar dirigidas a los tres niveles descritos en la segunda sección (social, grupal e individual), por lo cual la solución de los problemas de salud no es una cuestión exclusiva del sector salud o de los profesionales de la salud (Braveman, Egerter, Woolf y Marks, 2011). En el ámbito social, entre las estrategias que pueden promover la salud se encuentran: la distribución de la riqueza a partir de políticas de empleo y salario o políticas dirigidas a reducir la discriminación por género, etnia u orientación sexual (Dahlgren, 2000). Asimismo, los gobiernos pueden contribuir regulando los medios de comunicación, reglamentando la producción y comercialización de bienes (e.g. alimentos, tabaco y alcohol) o garantizando la satisfacción de necesidades básicas como servicios de salud, alimentación adecuada, recreación y transporte (Commission on Social Determinants of Health, 2008). Además de los programas focalizados de combate a la pobreza, pueden contemplarse otras medidas –que van más allá del sector salud– como el ingreso mínimo que permita costear todos los satisfactores necesarios para mantener conductas saludables. Se ha propuesto que la concreción del ingreso mínimo se puede realizar a partir de políticas laborales y económicas como programas de capacitación para el empleo, estímulos fiscales para empleadores para que contraten personas de estratos bajos, transferencias monetarias para personas cuyos ingresos son menores al mínimo, seguros de desempleo, regulación de precios de bienes básicos, entre otros (Marmot, Atkinson, Bell, Black, Broadfoot *et al.*, 2010). Se trata, en última instancia, de crear las condiciones para permitir que los sujetos tengan control sobre la forma en que crecen, trabajan y viven. Estos cambios implican modificaciones sustanciales de las instituciones gubernamentales, las que se logran mediante la movilización política (Heymann, 2000). Desafortunadamente, en la agenda gubernamental no se reconocen las disparidades socioeconómicas en salud, por lo cual es previsible que esta situación siga como un problema de salud pública sin atender.

## BIBLIOGRAFÍA

- Aguilar-Navarro, S.; Reyes-Guerrero, J. y Borges, G. (2007), “Alcohol, tabaco y deterioro cognoscitivo en adultos mexicanos mayores de 65 años”, *Salud Pública de México*, 49 (suplemento 4): S467-S474.
- Banks, J.; Marmot, M.; Oldfield, Z. y Smith, J.P. (2006), “Disease and disadvantage in the United States and in England”, *JAMA*, 295 (17), pp. 2037-2045.
- Barquera, S.; Hernández-Barrera, L.; Campos-Nonato, I.; Espinosa, J.; Flores, M.; Barriguet, A. y Rivera, J. (2009), “Energy and nutrient consumption in adults: Analysis of the Mexican National Health and Nutrition Survey 2006”, *Salud Pública de México*, 51 (suplemento 4): S562-S573.
- Barquera, S.; Campos-Nonato, I.; Hernández-Barrera, L.; Villalpando, S.; Rodríguez-Gilabert, C.; Durazo-Arvizu, R. y Aguilar-Salinas, C.A. (2010), “Hypertension in Mexican adults: results from the National Health and Nutrition Survey 2006”, *Salud Pública de México*, 52 (suplemento 1): S63-S71.
- Bojorquez-Chapela, I.; Villalobos-Daniel, V.E.; Manrique-Espinoza, B.S.; Téllez-Rojo, M.M. y Salinas-Rodríguez, A. (2009), “Depressive symptoms among poor older adults in Mexico: prevalence and associated factors”, *Revista Panamericana de Salud Pública-Pan American Journal of Public Health*, 26 (1): pp. 70-77.
- Boltvinik, J. (1995), *Pobreza y estratificación social en México*, Colegio de México/ INEGI/IIS-UNAM, México.
- Braveman, P. (2009), “A health disparities perspective on obesity research”, *Preventing Chronic Disease*, 6 (3), pp. 1-7.
- Braveman, P.A.; Egerter, S.A.; Woolf, S.H. y Marks, J.S. (2011), “When do we know enough to recommend action on the social determinants of health?”, *American Journal of Preventive Medicine*, 1 (Suplemento 1): S58-S66.
- Bronfman, M. y Tuiran, R. (1984), “La desigualdad social ante la muerte: clases sociales y mortalidad en la niñez”, *Cuadernos Médicos-Sociales*, 29-30: 53-75.
- Brunner, E. (1996), “The social and biological basis of cardiovascular disease in office workers”, en Blane, D.; Brunner, E. y Wilkinson, R. (comps.), *Health and social organization*, Routledge, Londres, pp. 272-297.
- Cámara de Diputados (2004), *Producto Interno Bruto*, Centro de Estudios de Finanzas Públicas, México.
- Commission on Social Determinants of Health (2008), *Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health*, World Health Organization, Ginebra.
- Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (2009), *Evolución de la pobreza en México*, Coneval, México.

- Dahlgren, G. (2000), "Efficient equity-oriented strategies for health", *Bulletin of the World Health Organization*, 78 (1), pp. 79-81.
- Dirección General de Información en Salud (2008), *Estadísticas de mortalidad 2008*, Secretaría de Salud, México.
- Eibenschutz, C.; Ortiz-Hernández, L.; Tamez-González, S. y Camacho, I. (2009), "El ámbito de la salud", en Di Castro, E. (comp.), *Justicia, desigualdad y exclusión en México*, UNAM, México, pp. 57-106.
- Ezzati, M.; Vander, H.S.; Lawes, C.M.; Leach, R.; James, W.P.; López, A.D.; Rodgers, A. y Murray, C.J. (2005), "Rethinking the "diseases of affluence" paradigm: global patterns of nutritional risks in relation to economic development", *PLoS Medicine*, 2(5), pp. 404-412.
- González de Cossio, T.; Rivera, J.A.; González-Castell, D.; Unar-Munguia, M. y Monterrubio, E.A. (2009), "Child malnutrition in Mexico in the last two decades: prevalence using the new WHO 2006 growth standards", *Salud Pública de México*, 51 (suplemento 4): S494-S506.
- Gwatkin, D.R. (2000), "Health inequalities and the health of the poor: What do we know? What can we do?", *Bulletin of the World Health Organization*, 78 (1), pp. 3-18.
- Hernández, B.; de Haene, J.; Barquera, S.; Monterubio, E.; Rivera, J.; Shamah, T.; Sepúlveda, J.; Haas, J. y Campirano, F. (2003), "Factores asociados con la actividad física en mujeres mexicanas en edad reproductiva", *Revista Panamericana de Salud Pública*, 14 (4), pp. 235-245.
- Heymann, S.J. (2000), "Health and social policy", en Berkman, L.F. y Kawachi, I. (comps.), *Social epidemiology*, Oxford University Press, Nueva York, pp. 368-382.
- Infante, C. y Schlaepfer, L. (1994), "Las variables socioeconómicas en la investigación en salud en México", *Salud Pública de México*, 36 (4), pp. 364-673.
- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (2005), *Censo de población 2005*, INEGI, México.
- (2008), *Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares 2008*, INEGI, México.
- Instituto Nacional de Salud Pública (2007), *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006. Resultados por entidad federativa*, Instituto Nacional de Salud Pública, Secretaría de Salud, Cuernavaca, México.
- Kawachi, I. (2002), "Social epidemiology", *Social Science and Medicine*, 54 (12), pp. 1739-1741.
- Krieger, N. (2001a), "A glossary for social epidemiology", *Journal of Epidemiology and Community Health*, 55(10), pp. 693-700.
- Krieger, N. (2001b), "Theories for social epidemiology in the 21st century: an ecosocial perspective", *International Journal of Epidemiology*, num. 30, pp. 668-677.

- Krieger, N.; Williams, D.R. y Moss, N.E. (1997), "Measuring social class in US public health research: concepts, methodologies, and guidelines", *Annual Review of Public Health*, núm. 18, pp. 341-378.
- Laurell, A.C. (1994), "Sobre la concepción biológica y social del proceso salud-enfermedad", en Rodríguez M.I. (comp.), *Lo biológico y lo social*. Organización Panamericana de la Salud, Serie Desarrollo de Recursos Humanos, núm.101, Washington, DC., pp. 1-19.
- Liberatos, P.; Link, B.G. y Kelsey, J.L. (1988), "The Measurement of Social-Class in Epidemiology", *Epidemiologic Reviews*, núm. 10, pp. 87-121.
- Marmot, M.; Atkinson, T.; Bell, J.; Black, C.; Broadfoot, P.; Cumberlandge, J.; Diamond I.; Gilmore, I.; Ham, C.; Meacher, M. y Mulgan, G. (2010), *Fair society, healthy lives*, The Marmot Review, Londres.
- O'Rourke, K.; Goodman, K.J.; Grazioplene, M.; Redlinger, T. y Day, R.S. (2003), "Determinants of geographic variation in *Helicobacter pylori* infection among children on the US-Mexico border", *American Journal of Epidemiology*, 158 (8), pp. 816-824.
- Olaiz, G.; Rojas, R.; Barquera, S.; Shamah, T.; Aguilar, C.; Cravioto, P.; López, M.; Hernández, M.; Tapia, R. y Sepúlveda, J. (2003), *Encuesta Nacional de Salud 2000. 2 La salud de los adultos*, Instituto Nacional de Salud Pública, Cuernavaca, Morelos.
- Olaiz-Fernández, G.; Rojas, R.; Aguilar-Salinas, CA.; Rauda, J. y Villalpando, S. (2007), "Diabetes mellitus en adultos mexicanos. Resultados de la Encuesta Nacional de Salud 2000", *Salud Pública de México*, 49 (suplemento 3): S331-S337.
- Ortiz-Hernández, L. (2008), *Distribución de los trastornos mentales de acuerdo a la estratificación socioeconómica en adultos de México*, Doctorado en Ciencias en Salud Colectiva, UAM-Xochimilco, México.
- Ortiz-Hernández, L.; Delgado-Sánchez, G. y Hernández-Briones, A. (2006), "Desigualdad social, alimentación y obesidad en México", en *Diálogos entre antropología y nutrición*, Funsalud-Fondo Nestlé para la Nutrición, UAM-Xochimilco, México.
- Ortiz-Hernández, L.; López, M.; Ortega, M.E.; Rivera, J.A. y Laurel, A.C. (2002), *Mortalidad infantil y desigualdad socioterritorial en México*, UAM-Xochimilco, México.
- Ortiz-Hernández, L.; López-Moreno, S. y Borges, G. (2007), "Desigualdad socioeconómica y salud mental. Una revisión de la literatura latinoamericana", *Cadernos de Saúde Pública*, 26 (6), pp. 1255-1272.
- Ortiz-Hernández, L. y Pérez-Salgado, D. (s/f), *Estratificación socioeconómica y daños a la salud en México*, Medicina Social, México (en prensa).
- Rogler, L.H. (1996), "Increasing socioeconomic inequalities and the mental health of the poor", *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 184 (12): 719-722.

- Rojas, R.; Aguilar-Salinas, C.A.; Jiménez-Corona, A.; Shamah-Levy, T.; Rauda, J.; Ávila-Burgos, L.; Villalpando, S. y Ponce, E.L. (2010), “Metabolic syndrome in Mexican adults. Results from the National Health and Nutrition Survey 2006”, *Salud Pública de México*, 52: S11-S18.
- Romon, M.; Duhamel, A. ; Collinet, N.; y Weill, J. (2005), “Influence of social class on time trends in BMI distribution in 5-year-old French children from 1989 to 1999”, *International Journal of Obesity*, 29 (1), pp. 54-59.
- Smith, K.V. y Goldman, N. (2007), “Socioeconomic differences in health among older adults in Mexico”, *Social Science and Medicine*, 65 (7), pp. 1372-1385.
- Steptoe, A.; Hamer, M.; O'Donnell, K. ; Venuraju, S.; Marmot, M.G. y Lahiri, A. (2010), “Socioeconomic status and subclinical coronary disease in the Whitehall II epidemiological study”, *PLoS One*, 25 (5), pp. 1-6.
- Valdespino, J.L.; Conde-Glez, C.J.; Olaiz-Fernández, G.; Palma, O. y Sepúlveda, J. (2007 a), “Prevalencia en México de la infección y el estado de portador de la hepatitis B en adultos”, *Salud Pública de México*, 49 (suplemento 3): S404-S411.
- Valdespino, J.L.; García-García, M.L.; Conde-Glez, C.J.; Olaiz-Fernández, G.; Palma, O. y Sepúlveda, J. (2007b), “Prevalencia de infección por VIH en la población adulta en México: una epidemia en ascenso y expansión”, *Salud Pública de México*, 49 (suplemento 3): S386-S394.
- Valdespino, J.L.; Ruiz-Gómez, J.; Olaiz-Fernández, G.; Arias-Toledo, E.; Conde-Glez, C.J.; Palma, O. y Sepúlveda J. (2007c), “Seroepidemiología de la hepatitis A en México. Sensor de inequidad social e indicador de políticas de vacunación”, *Salud Pública de México*, 49 (suplemento 3): S377-S385.
- Vargas, L. (1995), “La distribución del ingreso, la composición del gasto y las perspectivas del ahorro monetario familiar en México”, en Calva, J.L. (comp.), *Distribución del ingreso y políticas sociales*, Equipo Pueblo/enlace/Foro de Apoyo Mutuo/Juan Pablos Editor, México, vol. 2, pp. 34-43.
- Villalpando, S.; Shamah-Levy, T.; García-Guerra, A.; Mundo-Rosas, V.; Domínguez, C. y Mejía-Rodríguez, F. (2009), “The prevalence of anemia decreased in Mexican preschool and school-age children from 1999 to 2006”, *Salud Pública de México*, 51 (suplemento 4): S507-S514.
- Wohlfarth, T. (1997), “Socioeconomic inequality and psychopathology: Are socioeconomic status and social class interchangeable?”, *Social Science and Medicine*, 45 (3), pp. 399-410.

## La violación de los derechos laborales y de salud de los trabajadores en México

Mariano Noriega Elío  
Rosario Velasco Tenorio  
Luis Manuel Pérez H. Pantoja  
Jesús Gabriel Franco Enríquez

Para el proletario no hay justicia precisamente porque es pobre y la ley sólo sirve para ultrajar y befar al pobre.

RICARDO FLORES MAGÓN  
*Regeneración*, 29 de julio de 1911

**E**stamos peor que hace cuatro o cinco décadas, pues ahora ya no se lucha por mejores condiciones colectivas e individuales de trabajo y de salud, sino por detener la impunidad de las empresas y del gobierno, y tratar de que no se cometan más violaciones a estas condiciones. El retroceso ha sido enorme y los supuestos avances de estas políticas ya no los creen ni los orquestadores del neoliberalismo.

Los cambios ocurridos en México a partir de la década de 1980 y hasta este 2011, han tenido efectos devastadores en los trabajadores y sus familias. Los impactos son múltiples y expresan la barbarie de las empresas transnacionales y nacionales en contubernio con los poderes federales (Ejecutivo, Legislativo y Judicial). Han llegado a someter a la sociedad en su conjunto, pero sin la menor intención de componer el camino. Reconstruir el país bajo estas condiciones de corrupción, injusticia y violencia plantea

no sólo cambios estructurales económicos y políticos, sino la reconquista de la dignidad para los trabajadores en sus más elementales derechos: un trabajo digno, condiciones eficientes de defensa colectiva, así como de seguridad adecuadas y un elemental respecto a sus justos derechos, entre éstos la salud. Esta lacerante realidad plantea de entrada la dificultad de por dónde comenzar. Muestra la necesidad de pasar del terreno médico de la valoración fisiológica y química, a un terreno de alta sensibilidad humana, en donde los trabajadores pasen de ser simples entes biológicos, simple fuerza de trabajo, a ser sujetos que comprendan las diversas y conflictivas situaciones en las que están inmersos y actúen en consecuencia.

En este contexto, el ámbito de la medicina del trabajo, limitado por los intereses económicos y estrecho en su práctica cotidiana, no permite comprender esta situación en toda su complejidad. Es necesario abrir nuevas puertas para entender la salud de los trabajadores, pero también recoger antiguas ideas que se han ido perdiendo ante la necedad de biologizar y medicalizar todo. ¿Cómo es posible que tantos avances científicos y técnicos no hayan permitido lograr cambios necesarios, imprescindibles, de subsistencia en el trabajo y la salud para el grueso de la población mexicana? ¿Qué ha pasado en estos años que se generó un marcado retroceso en las condiciones laborales y de salud de los trabajadores? Este capítulo pretende acercarse a este problema.

Ya muchos centros laborales no se parecen a lo que antes eran; el trabajo y el consumo se han vuelto casi uno solo; la cantidad y la calidad del tiempo libre no pueden verse ya sin tomar como eje el trabajo, pues generalmente están supeditadas a éste. Los propietarios de las empresas, han ideado muchos mecanismos para evadir la responsabilidad de reconocer al trabajo como el causante de muchos de los problemas de salud. Se ha intentado, y conseguido en amplios ámbitos laborales, individualizar los problemas colectivos. Estas condiciones, aunque presentan gran diversidad en México entre sectores económicos y grupos sociales, tienen una palabra clave, polarización; y una concreta traducción y alto impacto social en enfermedades, accidentes y muertes. Gran número de trabajadores está sometido a las peores formas de explotación y a un sinfín de actividades peligrosas: en la agricultura, la minería, la construcción, la industria manufacturera y en numerosas actividades precarias, tales como la subcontratación, el comercio informal, el trabajo doméstico, el trabajo en las calles y el trabajo infantil, entre otras.

Las nuevas formas de organización del trabajo vulneran los derechos de los trabajadores. Entre los métodos de administración del personal se encuentra el uso de agencias de empleo (*outsourcing*), la contratación temporal, la presión para que el trabajador firme su renuncia anticipada, la prohibición expresa a sindicalizarse y la cancelación, por la vía de los hechos, de prestaciones sociales históricamente consagradas, tales como: el seguro social, las vacaciones, el pago de liquidación, las prestaciones por maternidad y el pago de utilidades (Centro de Reflexión y Acción Laboral [Cereal], 2007). Todas estas nuevas estrategias tienen como principal objetivo abatir los costos laborales, pero también desmovilizar y someter a los trabajadores. La Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y la Ley Federal del Trabajo (LFT) actuales se violan sistemáticamente y estas acciones son contrarias a los principios que sostienen como garantes de la estabilidad en el empleo y los contratos por tiempo indeterminado, los únicos que permiten generar derechos y prestaciones de ley (Alzaga, 2006). Según la Organización Internacional del Trabajo (OIT) en México de 1996 a 2006 siete de cada diez empleos correspondían a la economía informal (Pedrero, 2006). En el 2007 el salario mínimo vigente equivalía al 7% del que se tenía en 1982. En ese periodo el aumento acumulado del salario mínimo superó ligeramente el 15%, mientras la inflación avanzó 215%, esto es, una diferencia de 15 veces en demérito del poder adquisitivo de los trabajadores (Fernández-Vega, 2007).

El desempleo abierto en el país fue de alrededor de 2.5 millones de mexicanos en abril de 2010, o sea, casi un millón más (63% de incremento) que en diciembre de 2006. En este mismo mes, de acuerdo con el Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI), alrededor de 280 mil trabajadores se quedaron sin empleo. La *Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo* (ENOE) reportó, para el mismo mes de abril, una subocupación (trabajadores con necesidad y disponibilidad de laborar más horas) de 4 millones de personas y 13.2 millones más en el sector informal de la economía. Así, desde el inicio de este sexenio, 32 718 mexicanos cada mes han tenido que incorporarse al sector informal. Todo esto sin considerar los que emigraron "...ni la misteriosa desaparición de casi un millón de personas en el inventario de la población económicamente activa en el primer trimestre de 2010" (Fernández-Vega, 2010a).

Para satisfacer la demanda de empleo en nuestro país:



[...] sería necesario la creación de más de un millón 100 mil empleos anuales; sin embargo, de acuerdo con la más reciente Encuesta sobre las Expectativas de los Especialistas en Economía del Sector Privado, se estimaba que en 2010 se generarían 514 mil empleos formales (registrados en el IMSS), y para 2011 se calculan 505 mil adicionales, lo cual dejará cada año a cerca de 500 mil nuevos entrantes a la fuerza laboral sin oportunidades reales de empleo formal [...] Lo anterior, concluye el Centro de Estudios de las Finanzas Públicas, obligará a muchos mexicanos a encontrar soluciones precarias y de corto plazo (bajos salarios y carentes de prestaciones de seguridad social) con lo cual se esperan incrementos en trabajadores en el sector informal y subocupación (Fernández-Vega, 2010b:22).

En México, el cambio en las leyes laborales y las facilidades otorgadas a los empresarios, no han generado ningún impacto sobre la creación de empleo o el aumento de la formalización; más bien, la tendencia creciente desde la década de 1990 ha sido el incremento en la proporción de trabajadores pobres sin protección (Berg, Ernst y Auer, 2006).

Por el contrario, las inaceptables concesiones por parte del gobierno mexicano a las grandes empresas nacionales y transnacionales han llevado la corrupción a grados nunca vistos y han permitido el mayor deterioro de las condiciones de trabajo, de subempleo y desempleo en la historia, al menos de la última centuria.

#### LAS NUEVAS CONDICIONES

El nuevo capitalismo salvaje, en sus diferentes manifestaciones, ha originado enormes cambios en la vida, el trabajo y la salud de la mayoría de los mexicanos. En particular, estos cambios traen aparejados: precarización del empleo, despidos masivos, detrimento en los contratos colectivos, en la legislación laboral, en las instituciones de seguridad social, empeoramiento del consumo, del descanso y de la recreación. De estas condiciones hay múltiples indicios en cada rincón de nuestro país y germinan en el siempre continuo deterioro de la calidad de vida de las mujeres, de los niños trabajadores —que siguen sufriendo igual o peor que antaño— en alcoholismo, en drogadicción, en estrés, en trastornos mentales, intoxicaciones, incapacidad o invalidez.

A toda esta situación hay que agregar otros problemas también muy relevantes como: el uso indiscriminado de antiguas y nuevas sustancias químicas altamente nocivas para los trabajadores; la importación de riesgos de los países industrializados, a partir de las empresas transnacionales; los problemas especiales de grupos vulnerables como los migrantes, desempleados, los trabajadores con enfermedades crónicas e invalidez, el envejecimiento, la movilidad de la población trabajadora; y la ocurrencia de nuevas enfermedades laborales de diversos orígenes. Estas características del neoliberalismo sólo ahondan las diferencias entre los países industriales poderosos y los nuestros. Se globaliza la barbarie y la violación de los derechos humanos más elementales y el desconocimiento permanentemente crónico de la legislación laboral y del derecho a la salud de nuestro pueblo.

Las últimas dos décadas bien pueden plantearse como la consolidación de una nueva era de capitalismo salvaje, donde grupos importantes de trabajadores son terriblemente explotados o tienen que ser sacrificados; es decir, despedidos, expulsados a causa de enfermedad o muerte por la voracidad de acumular más y más capital. En este mundo al revés, el siglo XXI se inaugura con el mayor incumplimiento de la legislación en materia de trabajo y de salud. Mientras que las acciones institucionales prácticamente han desaparecido o están en vías de extinción, las empresas nacionales y transnacionales reciben todo el apoyo gubernamental para violar sistemáticamente la ley y los derechos de los trabajadores. La vigilancia de la seguridad y la salud de los trabajadores en las empresas es inexistente y las acciones de la seguridad social son cada vez más limitadas.<sup>1</sup>

Los cambios legales más relevantes de los últimos años han sido contrarios al interés de los trabajadores: la Ley del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), antes de su modificación en 1995, establecía como finalidad garantizar el derecho a la salud, la asistencia médica, la protección de los medios de subsistencia y los servicios sociales necesarios para el bienestar individual y colectivo, así como el otorgamiento de una pensión garantizada por el Estado. Esto quedó atrás con la Ley aprobada en 1995 que refor-

<sup>1</sup> Sólo un ejemplo: “La consultora Aregional estima que la evasión en pago de cuotas al IMSS por empresas de subcontratación sumaba 40 millones de pesos diarios. Cada vez son más Pyme las que recurren a él (*outsourcing*). Hasta 86% de los trabajadores contratados pertenecían a firmas que incumplen leyes fiscales y laborales. La Cámara de Diputados ubicaba en más de 525 mil millones de pesos el desfaldo fiscal ocasionado por las empresas *outsourcing* durante el periodo 2005-primer trimestre de 2010” (Leal, 2011:19).

mó el régimen colectivo de solidaridad por uno de cuentas individualizadas, acompañándose de otras modificaciones, todas en perjuicio de los trabajadores y sus familias. En el 2007, siguiendo este modelo, se reformó la Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) que, además de aumentar el tiempo de servicio para las jubilaciones, también envía a cuentas individuales parte de los recursos de los trabajadores en activo y la totalidad de las cotizaciones de los que sean contratados a partir de su promulgación (Noriega, Franco, Montoya, Garduño *et al.*, 2009; ISSSTE, 2007; IMSS, 1995a).

Ahora son los empresarios quienes pretenden modificar el marco legal, con el propósito de avalar las nuevas formas de organización del trabajo que los han favorecido aún más y que han llevado al empeoramiento de las condiciones de salud de los trabajadores (Franco, 2006). Esta ofensiva patronal y gubernamental se puede concretar en este 2011 en la reforma que proponen los priistas para la Ley Federal del Trabajo, su idea central es legalizar lo que ya se practica en todo el país: trabajo por horas; salario individualizado en función de la productividad; flexibilidad en la contratación; contratos a prueba y de aprendizaje; cambio en las formas de terminación de las relaciones laborales. Todo en perjuicio de los trabajadores (PRI, 2011; De la Garza, 2007; Lóyzaga, 2002).

Las repercusiones del modelo neoliberal en el desarrollo económico, el empleo y las leyes, normas y reglamentos, se manifiestan claramente en un mayor deterioro de la salud, con un marcado predominio de las enfermedades crónico degenerativas. La diabetes ocupó el primer lugar en 2008 y representa 13% de toda la mortalidad; el infarto 11%; la cirrosis 6%; la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) 4%; y la enfermedad hipertensiva 3%. Estos problemas se han incrementado, de manera alarmante, en términos relativos (tasas de mortalidad) de 2000 a 2007: 26.6, 13, 3, 17.2 y 20%, respectivamente (Secretaría de Salud, 2008).

En los hombres el porcentaje de incremento de las tasas de la mayoría de las enfermedades crónicas, de 2000 a 2005, ha sido enorme: para diabetes de 35%; infarto 21.3; cirrosis 2.3; enfermedad cerebrovascular 10.5; EPOC 14.5 e hipertensión 36. En las mujeres el problema ha sido mayor en ciertos padecimientos: diabetes 26.5% de incremento en las tasas; infarto 14; enfermedad cerebrovascular 7.3; EPOC 16.3; hipertensión 25; cirrosis 10.9 y tumor maligno de mama 20 (Secretaría de Salud, 2008).

Las transformaciones en el terreno de la salud de la población trabajadora se hacen patentes en la información del IMSS, en donde también destacan

las enfermedades crónico-degenerativas, los trastornos mentales y, especialmente, los accidentes y las violencias (IMSS, 2009, 2003, 1995b, 1993).

Sin embargo, esta situación de empeoramiento en las condiciones de trabajo no se ve reflejada en los reportes oficiales sobre accidentes y enfermedades laborales. Esta paradoja tiene varias explicaciones: por un lado, las empresas evaden la afiliación obligatoria de los trabajadores, lo que es evidente en los sectores más peligrosos de la economía, como en el de la construcción; por otro, existe un aumento, en términos absolutos y relativos, de la población afiliada que se ocupa en actividades menos peligrosas, como son las del sector terciario; además, se ha incrementado el número de empresas con algún servicio de atención, en donde se ocultan los accidentes para que no se registren o donde se amenaza directamente a los trabajadores para que no acudan a atenderse en las instituciones de seguridad social y sólo se registran los que no se pueden ocultar. El subregistro (Carlos-Rivera, Aguilar, Anaya, Juárez *et al.*, 2009; Salinas, López, Soto, Caudillo *et al.*, 2004), tanto en la frecuencia como en la gravedad de los accidentes, es un problema serio, ya que así las empresas evaden el gasto que significaría una información veraz sobre éstos.

Los estudios de caso muestran una situación muy diferente, pues algunas investigaciones en México revelan que los accidentes tienen tasas hasta 12 veces mayores a las reconocidas oficialmente y en las enfermedades relacionadas con el trabajo las tasas fueron hasta 6 316 veces mayores, si comparamos la empresa con mayor morbilidad y la cifra oficial (Noriega, Franco, Montoya, Garduño *et al.*, 2009).

El escandaloso subregistro de las enfermedades de trabajo, se debe a varias causas. Una se relaciona con la falta de conocimientos profesionales de los médicos, en cuanto a los temas de patología laboral, pues no tienen elementos para sospechar y buscar este tipo de causas frente a las enfermedades que presentan los trabajadores, tanto en el IMSS como en el consultorio de empresa. Esto se corresponde con su formación, pues sólo 50% de las escuelas de medicina del país incluyen algunas horas de temas relativos a la medicina del trabajo; y a nivel de posgrado, se forma un exiguo número de especialistas en medicina del trabajo, hasta febrero de 2005 se habían formado a 699 médicos del trabajo por el IMSS y Pemex, aunque se estima que entre 9 mil y 12 mil médicos trabajan en las empresas privadas, y de éstos alrededor de 1 600 cuentan con una certificación en medicina laboral (Sánchez, Juárez, Aguilar, Haro *et al.*, 2006).

Además de la falta de formación académica, como limitación para el diagnóstico de las enfermedades de trabajo, existen otros problemas graves que generan subregistro. Por un lado, el conflicto de intereses de los médicos de empresa entre su obligación profesional y la que tienen con su patrón, muchos niegan u ocultan el diagnóstico de las enfermedades laborales, cuando está en riesgo su empleo. Por otro lado, en el IMSS es muy frecuente que los médicos consideren a los trabajadores como simuladores y les niegan el reconocimiento profesional del daño, buscando que los trabajadores desistan al tener que demandar ante las juntas de conciliación y arbitraje para que sean ellas las que se los otorguen. Esta actitud se justifica con el argumento falaz de evitar el desfinanciamiento institucional (Noriega, Franco, Montoya, Garduño *et al.*, 2009).

Lo anterior se aplica a aquellos trabajadores que cuentan con seguridad social, o sea, a los trabajadores formales que son alrededor del 30% en el IMSS, de 6% en el ISSSTE y de 1% entre Pemex, la Secretaría de Marina y la Secretaría de la Defensa Nacional.<sup>2</sup> Entonces, 63% de la población económicamente activa no cuenta con seguridad social que cubra las contingencias de los daños generados por el trabajo (Sánchez, Juárez, Aguilar, Haro *et al.*, 2006). En esa población carente de seguridad social se encuentra el sector informal, también los trabajadores no asalariados del campo y una parte fundamental de población infantil trabajadora. Muy poco se sabe de estos grupos, que sufren sin ninguna atención los daños que genera su trabajo.

#### CONSIDERACIONES SOBRE LA INICIATIVA PRIÍSTA DE MARZO DE 2011

Durante el proceso de elaboración de este capítulo apareció una nueva propuesta de Reforma Laboral instrumentada por el Partido Revolucionario

<sup>2</sup> El IMSS es una institución pública que brinda servicios de salud y seguridad social a la población afiliada que labora en empresas privadas (asegurados) y a sus familiares (derechohabientes). Es autónoma y tripartita, es decir, donde participan el Estado, los patrones y los trabajadores. El ISSSTE tiene características similares sólo que sus asegurados son los trabajadores del gobierno federal y de los gobiernos estatales y organismos descentralizados. Pemex es una empresa pública paraestatal. Es la compañía más grande del país y está encargada de la exploración, explotación y venta del petróleo, el gas natural y otros recursos energéticos. La Secretaría de la Defensa Nacional está al mando del ejército y de la fuerza aérea. En tanto que la Secretaría de Marina organiza la armada y vigila las costas, vías navegables e islas nacionales.

rio Institucional (PRI).<sup>3</sup> Dicha propuesta se puede decir, de manera sintética, que sólo es una variante de las llamadas “Reforma Abascal” y “Reforma Lozano”, pero con un discurso retórico aparentemente a favor de los trabajadores, que nada tiene que ver con los contenidos de la nueva propuesta. Justo es decir que agrade fuertemente a los trabajadores y favorece en todo a los empresarios (PRI, 2011).

Como señala Arturo Alcalde (2011), abogado mexicano de asuntos laborales, la propuesta actual es totalmente diferente a la lanzada por el PRI el 15 de diciembre de 2010, en la que pretendía mejorar las condiciones de trabajo, reducir la jornada, mejorar la prima de antigüedad y el sistema vacacional y suprimir la llamada “toma de nota”. En esta nueva propuesta, como él dice, arrasaron con la democratización, transparencia y rendición de cuentas. Sólo se negoció con el sector patronal:

[...] para conservar la protección al corporativismo y el esquema de corrupción y control gremial a cambio de admitir las prioridades patronales: libertad para subcontratar, ampliar los contratos temporales, pero sobre todo, facilitar el esquema de despido [...] Poco les importó contravenir los convenios internacionales, con jerarquía incluso superior a la ley, la propia Constitución Política y una reciente jurisprudencia de la Suprema Corte de Justicia de la Nación. Al patrón, lo que pida (Alcalde, 2011:22).

Con mucha frecuencia, a los actores del llamado mundo del trabajo, les pasa desapercibido que las modificaciones a la Ley Federal del Trabajo, Ley reglamentaria del artículo 123 constitucional, tienen efectos en la salud pública y particularmente en la población trabajadora, ya que la ley regula las condiciones en que esta población se verá obligada a desempeñar su trabajo, como son: salario, duración de la jornada, descansos, estabilidad en el empleo, prestaciones sociales y seguridad e higiene, entre otras; y que éstas determinarán el perfil de morbilidad y mortalidad de este sector tan importante de la sociedad.

Es bien sabido que las deficiencias en la Ley Federal del Trabajo en México se encuentran, fundamentalmente, en su aplicación; es decir, en la

<sup>3</sup> El PRI es uno de los principales partidos políticos mexicanos. Mantuvo un poder absoluto entre 1929 y 1989 cuando perdió una gubernatura. Luego en 1997 perdió la mayoría absoluta en la Cámara de Diputados. Desde 1929 hasta el año 2000 los presidentes de México fueron de este partido.

manera como el Estado mexicano garantiza que las empresas cumplan estas disposiciones y no en su texto. Así tenemos, por ejemplo, que “el accidente” ocurrido el 19 de febrero de 2006 en la mina Pasta de Conchos, con 65 trabajadores muertos; así como el de la plataforma Usumacinta de Petróleos Mexicanos, con 22 fallecidos el 23 de octubre de 2007; y el del 5 de junio de 2009 en la guardería ABC, subrogada del IMSS, con 49 niños y niñas muertos, se debieron por una parte, al incumplimiento de las empresas en cuanto a las normas de seguridad y, por la otra, a la omisión y negligencia de las autoridades competentes en la aplicación de éstas.

Se puede concluir que la falta de códigos de conducta del gobierno y de una buena parte de los empresarios nacionales y transnacionales ha permitido toda serie de violaciones a los derechos laborales y ha hecho mucho más nocivas las condiciones en que se insertan los trabajadores.

#### LOS EFECTOS NOCIVOS PARA LA SALUD DE LOS TRABAJADORES EN LAS PROPUESTAS DE REFORMA A LA LFT

Esta iniciativa, por decir lo menos, carece de rigor técnico, ya que al tratar de justificar la legalización del arrendamiento de los trabajadores por las empresas subcontratistas, menciona que aquella que realice “actos encaminados a evadir la aplicación de los derechos laborales cometerá fraude laboral, delito tipificado en el código penal federal” (PRI, 2011:9), sin embargo no existe tipificación de dicho delito.

En los artículos 47 y 51 del citado anteproyecto, se incluyen como causas de rescisión de la relación de trabajo, el hostigamiento sexual; sin embargo, omiten el hostigamiento laboral o “mobbing” que hoy por hoy es uno de los principales problemas a erradicar de los lugares de trabajo, prácticamente en todo el mundo.

Una condición laboral estrechamente vinculada con la salud es la duración de la jornada de trabajo, ya que determina en ocasiones la dosis a la que se expone un trabajador a un agente químico, físico, biológico, disergonómico o psicosocial. Este aspecto está en parte regulado por el artículo 59 de la LFT; si bien el artículo vigente da lugar a que las empresas aumenten la duración de la jornada diaria de trabajo, tiene una limitación cuando en su segundo párrafo dice: “Los trabajadores y el patrón podrán repartir las horas de trabajo, a fin de permitir a los primeros el reposo del sábado en la tarde o cualquier modalidad equivalente” (LFT, 1970, artículo 59,

párrafo 2), es decir, posibilita la interpretación de que la modificación de la jornada sea con el fin de permitir el descanso. Sin embargo, la iniciativa que se analiza omite ese párrafo, por lo que, sin ninguna limitación se podrán extender los turnos más allá de 8 horas diarias, independientemente de si éste es diurno, vespertino, nocturno o mixto. En la modalidad de jornada acumulada, las llamadas “4x4” es decir, cuatro días de trabajo de 12 horas por cuatro días de descanso, las empresas maquiladoras son el mejor ejemplo de la aplicación de estas jornadas extenuantes y que han dado como resultado una alta incidencia de lesiones musculoesqueléticas. Es importante tomar en cuenta que los máximos permisibles de todos los agentes presentes en el medio laboral, están referidos a jornadas de ocho horas diarias, por lo consiguiente, de darse este cambio se incrementarán los accidentes y enfermedades de trabajo, aspecto que quizás no les preocupa a los autores de la iniciativa, ya que como se verá, también contemplan aumentar los requisitos para su reconocimiento, notificación, registro y posterior indemnización (Knauth, 2001).

En relación con el capítulo IX de la LFT llamado “Riesgos de trabajo” se pretende también favorecer sólo a los empresarios y agredir aún más a los trabajadores al suprimir de la Ley los artículos 513 y 514 que se refieren a las tablas de enfermedades laborales y de valuación de las incapacidades permanentes, respectivamente. Con el pretexto de incorporar “un conjunto de nuevas enfermedades y padecimientos relacionados con el entorno laboral” y “facultar a los actores laborales, para que de manera continua se puedan ir actualizando dichas tablas”, incluso van más lejos al afirmar que “también podrá prevenir en los ambientes laborales la ocurrencia de las condiciones de trabajo que propician esas enfermedades”, cuando la función de estas tablas es principalmente la llamada reparación del daño. Pero, en realidad, lo que se pretende es “*que dichas tablas ya no formen parte del cuerpo de la LFT, ya que la autoridad federal del trabajo STPS, asesorada por la Comisión Consultiva Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo, será la encargada de realizar esta actualización y de su publicación periódica en el Diario Oficial de la Federación*”.

Al eliminar las tablas mencionadas de la Ley reglamentaria del artículo 123 constitucional y de alguna forma “oficializarlas” publicándolas como un instrumento de menor jerarquía, perderán fuerza legal para su aplicación y su incumplimiento será sólo el de una falta administrativa menor. O lo que todavía es más grave para los trabajadores, se posibilita que con argucias legales las aseguradoras privadas, que actualmente administran de



manera ilegal las pensiones o el propio IMSS, hagan sus propias tablas de enfermedades de trabajo y de valuación de incapacidades acorde con sus intereses, ya que éstas carecerán de la jerarquía legal que les da ser parte de una Ley reglamentaria y serán sólo un acto de la autoridad, impugnabile por diferentes formas.

En la actualidad, el suprimir o agregar una enfermedad laboral que está contenida en la LFT, implica un debate parlamentario, lo cual conlleva una serie de consultas, foros y otros actos derivados de estos debates, condición que posibilita la participación de diversos actores del ámbito académico y de la sociedad civil. Al disminuir la jerarquía legal de las tablas, convertirlas en un acto de autoridad y tener como único requisito la “previa opinión de la Comisión Consultiva Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo” [Coconasht] (LFT, 1970, artículo 512-A),<sup>4</sup> es reducir el debate a las composendas en la Comisión (compuesta por: autoridades en turno, empresarios y sindicatos corporativos) y excluir cualquier otro punto de vista sobre el tema. También se agravaría aún más el problema si se suprimen las tablas de los artículos 513 y 514 de la LFT, puesto que si en la actualidad pocos trabajadores conocen esta ley, se puede decir que casi ninguno conoce las normas oficiales mexicanas o los reglamentos sobre la materia. Es una forma de volver invisibles estas tablas.

La actuación de la Coconasht a lo largo de su historia ha demostrado un total desprecio a los avances científicos y técnicos de la salud en el trabajo y una supeditación a los intereses de las empresas. Un ejemplo en donde se han eliminado principios básicos de seguridad en el trabajo es el siguiente: se tenía un Reglamento de Seguridad en los Trabajos de las Minas, publicado en el *Diario Oficial de la Federación* el 13 de marzo de 1967 (Secretaría del Patrimonio Nacional, 1967), el cual al momento de su actualización para adecuarlo a la llamada modernidad, terminó convirtiéndose en la Norma Oficial Mexicana 121-STPS-1993 y después en la NOM-023-STPS-2003. Es decir, convirtieron el reglamento en un ordenamiento jurídico de menor jerarquía y, simultáneamente, eliminaron especificaciones de seguridad importantes que deberían cumplir las empresas. El accidente de la Mina Pasta de Conchos<sup>5</sup> es prueba de ello.

<sup>4</sup> La Coconasht, como lo contempla el artículo 512-A de la LFT, es un órgano tripartito, cuyo objetivo es estudiar y proponer medidas preventivas para abatir los riesgos en los centros de trabajo.

<sup>5</sup> El 19 de febrero de 2006 ocurrió una explosión en la Mina Pasta de Conchos que produjo la muerte de 65 trabajadores y lesiones a 11 más. Las altas concentraciones de gas

También se pueden ver las consecuencias de estas prácticas en el caso de las Normas Oficiales Mexicanas sobre métodos analíticos de higiene del trabajo: esta clase de estudios son hechos por empresas privadas, las llamadas unidades de verificación y los laboratorios de pruebas; en otras palabras, los particulares regulan a particulares, las empresas son juez y parte. ¿Dónde está la obligación del Estado de cuidar de la vida y seguridad de los trabajadores?

Las Normas de la STPS son la evidencia más clara de que la Coconasht ha tenido como objetivo, en los últimos 10 años, la desregulación de dichas normas. Antes del año 2000 había un poco más de cien Normas Oficiales Mexicanas de la STPS, en la actualidad sólo existen 41. También se puede observar la negligencia de la Secretaría mencionada en cuanto a su obligación de cuidar que las condiciones laborales no alteren la salud de la población trabajadora. Un ejemplo de ello es lo que ha sucedido con la Norma Oficial Mexicana NOM-010-STPS-1999 que se refiere a las “Condiciones de seguridad e higiene en los centros de trabajo donde se manejen, transporten, procesen o almacenen sustancias químicas capaces de generar contaminación en el medio ambiente laboral”. Dicha norma prevé en su transitorio cuarto que “*Anualmente* la Secretaría podrá revisar la presente Norma para adecuarla, conforme al procedimiento previsto en el artículo 51 de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización, particularmente en lo que se refiere a los Apéndices I y II”, debido a la oposición de las empresas y como el texto dice “podrá”, esta norma no ha sido actualizada desde el año 2000.

Otro efecto que tendrá la reforma, de aprobarse, es que se incrementará la descapitalización del IMSS, ya que, al no reconocerse las lesiones y enfermedades como “de trabajo”, el Instituto no podrá aumentar las primas de siniestralidad que las empresas deben cubrir para resarcir los recursos económicos utilizados en la atención médica, rehabilitación y pensiones otorgadas. Así, estos costos se trasladarán a las ramas de seguro de enfermedad general e invalidez, aumentando el déficit de estas ramas de aseguramiento. Al tener la facultad de agregar o suprimir cualquiera de las 161 enfermeda-

---

metano y polvo de carbón fueron las causas directas de la explosión. Los responsables de esta catástrofe son los propietarios de la mina, o sea, el Grupo México con la complicidad de los funcionarios federales, estatales y municipales y de los propios dirigentes nacionales y estatales del Sindicato Minero.

des actualmente reconocidas en el artículo 513 de la LFT y poder modificar al arbitrio cualquier valuación sobre las incapacidades permanentes, se le dan plenas facultades al Ejecutivo Federal, en contubernio con empresarios y líderes sindicales corruptos, de suprimir los derechos laborales y de salud ya consagrados en la Ley. También hay falta de rigor técnico en esta Iniciativa cuando se abordan los artículos 513 y 514, pues dicen que: “actualizando dichas tablas de manera dinámica en el tiempo, para incorporar los nuevos elementos derivados de investigaciones de medicina del trabajo, así como los nuevos tratamientos”. La Ley y en particular estas tablas, nunca han incluido tratamientos médicos.

Si el Estado mexicano, en concreto el Ejecutivo Federal, quisiera realmente actualizar estas tablas y reconocer las enfermedades laborales de los trabajadores y su justa valuación ya hubiera tomado medidas, puesto que, desde al menos el año 2003, se han generado una serie de propuestas que incorporan todos los avances científicos en la materia para el reconocimiento de nuevas enfermedades, trastornos y padecimientos para un número mucho más amplio de trabajadores y de puestos laborales. Tal es el caso de la iniciativa de reforma laboral del Partido de la Revolución Democrática junto con la Unión Nacional de Trabajadores<sup>6</sup> (PRD-UNT, 2003) que incluye el reconocimiento de las nuevas enfermedades laborales y de valuación de incapacidades permanentes que el desarrollo científico ha mostrado desde 1970 que fue la última modificación a la LFT en la materia.

Por otro lado, en la propuesta de reforma laboral del PRI (2011), los nuevos artículos que se agregan al Capítulo XVIII de los procedimientos especiales, en particular los 899-E, F, G, H e I, constituyen una clara intención de obstruir el reconocimiento de los accidentes y enfermedades de trabajo y además permitir, como ya se dijo, que las empresas se conviertan en juez y parte, como se observa en los siguientes artículos:

<sup>6</sup> El Partido de la Revolución Democrática (PRD) se funda en 1989 por la fusión de diversos partidos de izquierda y la corriente democrática del PRI, que es expulsada de ese partido. Es considerada la tercera fuerza política del país, a pesar de que hay evidencia de que ganó las elecciones presidenciales en el 2006, pero el triunfo fue impedido por un fraude electoral. La Unión Nacional de Trabajadores (UNT) se fundó en 1997 con la idea de construir una central democrática e independiente del Estado, del partido oficial y de sus órganos corporativos. Se constituyó con corrientes disidentes del sindicalismo oficial, como el del IMSS y de los telefonistas, y con sindicatos independientes, como los sindicatos universitarios, el Sindicato Único de Trabajadores de la Industria Nuclear (SUTIN) y el Frente Auténtico del Trabajo (FAT).

- Artículo 899-E. Tratándose de prestaciones derivadas de riesgos de trabajo o enfermedades generales, las partes podrán someter la calificación o valuación correspondiente al cuerpo de Peritos Médicos de la Junta Federal de Conciliación y Arbitraje, la cual designará tres peritos médicos para que de manera colegiada rindan un dictamen.
- Artículo 899-F. En todos los casos, la Junta podrá solicitar estudios médicos de instituciones oficiales o *particulares* y practicar toda clase de consultas e inspecciones en las empresas o establecimientos en los que el trabajador haya laborado y, de ser necesario, se auxiliará con la opción de peritos en otras materias.

La Junta Federal de Conciliación y Arbitraje podrá celebrar bases de colaboración con instituciones de seguridad social e instituciones públicas o *privadas de salud* y con organizaciones de trabajadores y de *patrones*, para integrar un cuerpo de peritos médicos especializados en medicina de trabajo.

- Artículo 899-G. La Junta señalará día y hora para la audiencia pericial en que se recibirá el dictamen médico colegiado.

La Junta, al emitir su resolución, invariablemente deberá, *con independencia* del dictamen pericial médico a que se refiere este artículo, *comprobar el nexo causal* entre la actividad específica y el medio ambiente del trabajo señalado en el escrito de demanda, así como el origen profesional de riesgo de trabajo, para calificarlo como tal.

También se elimina el derecho, que hasta la fecha ha venido ejerciendo el trabajador, de presentar a su propio perito; ya que el artículo 899-I del anteproyecto multicitado, sólo permite las preguntas del perito de las partes hacia los nombrados por la Junta Federal de Conciliación y Arbitraje.

En conclusión, todo el andamiaje legal está armado a favor de los empresarios. No hay un solo aspecto que beneficie a los trabajadores en cuanto a sus condiciones laborales, de seguridad y de salud.

#### LEGISLACIÓN SOBRE SALUD LABORAL PARA BENEFICIO DE LOS TRABAJADORES

En la propuesta de reforma laboral del PRD-UNT (2003) se incorpora la materia de salud laboral tomando en consideración los avances científicos y técnicos actuales. Algunos de estos aspectos se mencionan a continuación:

La LFT vigente (STPS, 1970) es restrictiva en cuanto a salud laboral (y ahora, si se aprueba esta iniciativa priísta, lo será más), pues sólo reconoce aquellas enfermedades en donde se puede identificar únicamente un factor de riesgo asociado con la enfermedad de que se trate.

Esto limita el reconocimiento de muchos otros padecimientos (la gran mayoría) producidos por múltiples riesgos, que actúan interrelacionados, compartiendo un mismo origen y con posibilidades de potenciarse entre sí. El reconocimiento de que la patología laboral tiene, generalmente, causas múltiples permite reconocer otros daños a la salud como: los trastornos síquicos, los trastornos sicosomáticos y la fatiga. Hay una gran cantidad de investigaciones en los ámbitos nacional e internacional efectuadas en las últimas dos décadas que muestran de manera contundente la asociación de estas patologías con problemas del trabajo (PRD-UNT, 2003).

De la misma manera, es necesario reconocer los múltiples riesgos que han surgido como consecuencia de los nuevos: procesos de trabajo, formas de organización laboral, materias primas y desarrollos tecnológicos, pues han originado la ampliación del espectro de la salud laboral. En la Iniciativa PRD-UNT de 2003 se reconoce un conjunto de síndromes, trastornos y enfermedades, generados por estas nuevas condiciones laborales y nuevos riesgos y exigencias. También se identifican los diferentes trabajadores expuestos a ellos. Por ejemplo, se incorporan una gran cantidad de agentes tóxicos (gases, metales y sus compuestos inorgánicos, monómeros, disolventes orgánicos, pesticidas, entre otros) que afectan el sistema nervioso central. Se amplía el reconocimiento de tipos de cáncer como consecuencia de la presencia de esas sustancias en el trabajo (del sistema linfático y hematopoyético [leucemia, linfoma], del hígado y de vías biliares, de laringe, de esófago, estómago, colon y otras partes del tubo digestivo, del cerebro, de próstata, de riñón y de mama). Asimismo, se registran múltiples enfermedades musculoesqueléticas y lesiones y traumas acumulados producidos por factores biomecánicos y ergonómicos. Estos trastornos se presentan en trabajadores sometidos a actividades laborales, tales como: movimientos rápidos o repetitivos, esfuerzos excesivos y posturas forzadas, entre otras y también en trabajadores expuestos a pantallas de visualización de datos y actividades laborales en donde se requiere el uso de computadoras y que no reúnen las condiciones ergonómicas adecuadas. Por último, también se incluyen los trastornos mentales, psicosomáticos y la fatiga como consecuen-

cia de la exposición crónica a estresores laborales y estrés profesional. Entre estos daños a la salud están: la psicosis, la depresión mayor, la fatiga patológica, estrés postraumático e incluso el Karoshi (incapacidad permanente o muerte súbita por exceso de trabajo), entre otras (PRD-UNT, 2003:94-96, 290-325).

La Tabla de Valuación de Incapacidades Permanentes (que existe desde 1970 en el artículo 514 de la LFT) también es limitada porque no otorga los porcentajes de acuerdo con la discapacidad funcional que la secuela le dejó al trabajador, sino en función de la superficie corporal perdida. Esto hace que no se tomen en cuenta las limitaciones del trabajador para realizar sus actividades laborales. Otro problema grave es que el monto real que se le da al trabajador es 10 a 30% menor al consignado en la Tabla. Es decir, que el porcentaje que recibe nunca excede del 70%. Por eso esta iniciativa incrementa el porcentaje que recibiría el trabajador por esa incapacidad permanente (PRD-UNT, 2003:95, 325-55).

Como se puede apreciar, desde hace ocho años ya se cuenta con una propuesta que incorpora los avances científicos y técnicos en la materia, pero que ni siquiera ha sido revisada por la Secretaría del Trabajo y Previsión Social (propuestas Abascal o Lozano), ni por los diputados y senadores priístas para hacer su propuesta de reforma laboral en materia de enfermedades de trabajo (artículo 513 de la LFT) y de valuación de incapacidades permanentes (artículo 514 de la LFT).

## CONSTRUIR UNA PROPUESTA

La situación descrita nos obliga a replantear la manera en que se ha organizado la medicina del trabajo. La realidad ha superado con mucho las explicaciones en que se sustenta este campo de conocimiento. Existen resistencias económicas, políticas y culturales por parte de las instituciones gubernamentales y de los empresarios. La desaparición de las tablas de enfermedades y de valuación de incapacidades permanentes, si se concreta la reforma laboral priísta en este 2011, agravará aún más esta situación.

Los cambios en las condiciones laborales exigen a los trabajadores centrar sus esfuerzos en mantener sus fuentes de trabajo y en generar estrategias de sobrevivencia, estrictamente reducidas a satisfacer las necesidades más apremiantes. Estas condiciones han repercutido, también, en las organizaciones gremiales y sociales: la defensa de la salud laboral ha sido rele-

gada. Esto se debe a que la factibilidad de acciones en salud laboral depende, en esencia, del desarrollo económico, político, social y democrático. La inversión en infraestructura y recursos humanos para los servicios de salud laboral parece inalcanzable por el momento. El interés del gobierno está orientado a transferir los servicios de la seguridad social al ámbito privado, despojándolos de su compromiso social fundamental.

La falta de cobertura de servicios de salud laboral a los trabajadores, aunque es un problema central, no es el único. Son importantes también el tipo y la calidad de atención que se presta. La cobertura, *per se*, no garantiza ni mayor reconocimiento de los problemas laborales, ni de los riesgos, ni tampoco de las enfermedades y accidentes de trabajo. La solución no es privatizar las instituciones de seguridad social, ya que esto agravaría más la situación de salud. La privatización generaría, entre otras cosas, menor capacidad de atención médica y tratamiento; reducción o supresión de las prestaciones (salario indirecto y salario social); como consecuencia, falta de reconocimiento de accidentes y enfermedades de trabajo y de incapacidades (temporales y permanentes), invalideces, pensiones por cesantía, vejez o muerte. En síntesis, menor respuesta social a las condiciones cada vez más adversas y nocivas de trabajo.<sup>7</sup>

Planteado todo lo anterior, las modificaciones en este campo tendrían que ser enormes y, desde luego, contrarias a las tendencias recientes. Como uno de los primeros pasos modificaciones se deberían orientar a cambiar las políticas de las instituciones públicas y empresariales cuya función principal, más que el reconocimiento de los problemas, involucra su ocultamiento. Aparejado a lo anterior, la legislación en la materia prácticamente no se cumple; las acciones institucionales son muy limitadas y tienden más a la evaluación y reparación del daño; la actuación de las empresas se orienta más hacia la disminución del pago que al mejoramiento de las condiciones laborales y la vigilancia de la salud de los trabajadores; las disposiciones legales de carácter preventivo no tienen un seguimiento en las

<sup>7</sup> Entre otros ejemplos, en el sector salud en México se pretende separar las funciones de regulación de sistema, el financiamiento y la prestación de servicios. Este modelo empezó con la reforma del IMSS en 1995, siguió con el Seguro Popular y terminó con la reforma al ISSSTE. “Se busca dejar al Estado sólo la regulación del sistema de salud y abrir el mercado de compra-venta de la atención médica [...] en vez de bajar costos los ha subido y en lugar de mejorar los servicios y el acceso los ha deteriorado” (Laurell, 2009). Consúltense de manera amplia esta información en Laurell y Herrera (2010).

acciones de inspección de instituciones como la Secretaría del Trabajo y las acciones de la Secretaría de Salud son prácticamente inexistentes.<sup>8</sup>

La participación de los trabajadores para mejorar tal situación ha sido muy limitada.<sup>9</sup> Las transformaciones en las condiciones laborales impulsadas por el neoliberalismo, así como los actuales y profundos cambios en las condiciones de negociación de los trabajadores, limitan aún más la participación de los mismos. Se necesita, sobre todo, que los propios trabajadores replanteen su papel en un proceso de cambio. Es decir, que fomenten la reapropiación de su saber y de las formas de socialización, difusión y acción. Es imprescindible fomentar la movilización organizada de los trabajadores en torno a sus condiciones nocivas de trabajo, difundir el conocimiento y generar nuevas propuestas y acciones por grupos lo más amplios posible (Fernández-Osorio, 1999; Amaro, Fernández-Osorio, Rajchenberg y Tamez, 2005).

Después de señalar los problemas de salud laboral que caracterizan esta nueva etapa de nuestro país, se puede decir que la vigilancia epidemiológica laboral es un imperativo. Se entiende por ésta, un sistema dinámico de actividades que permita la observación estrecha y permanente de los problemas de salud de los trabajadores, de los determinantes y causas de su generación, y de las propuestas y acciones para su solución. De esta manera, la vigilancia epidemiológica trata de la evaluación y el seguimiento de la salud de los trabajadores, la continua y sistemática recolección, procesamiento, análisis, elaboración de propuestas e instrumentación de acciones relacionadas con las condiciones de trabajo y de salud, llevadas a cabo tanto por los trabajadores y los empresarios, como por los responsables en el sector público.

<sup>8</sup> Un amplio sustento de estos planteamientos se encuentra en la exposición de motivos “Propuesta para la creación del Instituto Nacional sobre Condiciones Laborales, Seguridad y Salud de los Trabajadores”, presentada en la Cámara de Diputados en abril de 2008 y hecha Iniciativa. También se acompaña de su respectiva Ley que consta de ocho capítulos y 30 artículos y de su Estatuto Orgánico que contiene 57 artículos (Noriega, Franco, Montoya, Sanabria *et al.*, 2008). Un resumen se puede ver en Noriega, Franco, Trejo, Montoya *et al.* (2010).

<sup>9</sup> Una extensa discusión al respecto se plantea en: Amaro, Fernández-Osorio, Rajchenberg y Tamez (2005:27). Entre otras cosas se dice que “mientras la salud de los trabajadores siga siendo vivida como una problemática estrictamente individual, seguirá quedando silenciada y opacada. Su construcción como un asunto público, es decir, que amerita y exige la deliberación de la sociedad y su resolución requiere de la demostración de su carácter colectivo y ello es una tarea colectiva también”.



La aplicación de un sistema nacional de vigilancia epidemiológica con esas características, permitiría un conocimiento amplio de los daños a la salud generados por el trabajo. Con base en ese conocimiento, se podría también evaluar la responsabilidad y las acciones que patrones, instituciones gubernamentales y de seguridad social, trabajadores y profesionales de la salud deben acatar para enfrentar las situaciones desfavorables de la relación entre el trabajo y la salud. De esta manera se fortalecerían los órganos competentes con información veraz, para llevar a cabo programas epidemiológicos e incluso acciones punitivas cuando los patrones no cumplan con la normatividad vigente, en perjuicio para los trabajadores.

Este sistema debe generar información para la toma de decisiones en dos niveles: el primero de ellos se debe enfocar a los centros de trabajo, para elaborar propuestas que pueden ir desde una sencilla recomendación para modificar algún aspecto de un puesto laboral, o el tipo de exámenes que se deben realizar periódicamente a los trabajadores, hasta propuestas para modificar el proceso de trabajo o las formas de organización laboral. En un segundo nivel, el sistema de vigilancia epidemiológica debe aplicarse local, regional o nacionalmente por medio de programas específicos de acuerdo con las prioridades encontradas.

De esta manera, con la vigilancia epidemiológica se pretende:

- La identificación de las condiciones laborales que inciden en la salud de los trabajadores.
- La identificación de los riesgos, las exigencias y los daños a la salud en los diferentes centros laborales.
- La propuesta de acciones concretas para transformar los problemas encontrados.
- El establecimiento de un sistema de seguimiento epidemiológico, dinámico y permanente, para la promoción de condiciones favorables de trabajo y para la prevención y control de los riesgos y de las exigencias laborales.
- La capacitación de grupos de trabajadores y de otro personal de diversos centros laborales y de diferentes instituciones en materia de seguridad, higiene y salud en el trabajo.

Como se puede apreciar, la vigilancia de la salud de los trabajadores no sólo trata sobre las enfermedades y los accidentes que suceden en los centros de trabajo sino, principalmente, sobre las condiciones en las cuales se

trabaja y las causas específicas que generan los problemas de salud. Es necesario mencionar que para el reconocimiento de las enfermedades laborales, no importa si el daño aparece en el lugar de trabajo o fuera de él, lo importante es conocer cuáles fueron los elementos determinantes y las causas específicas que lo produjeron.

En el IMSS se han realizado estudios que identifican algunas prioridades de salud a partir de estimadores epidemiológicos (morbilidad y mortalidad), tomando en cuenta la edad de la persona en el momento del fallecimiento y el tiempo vivido con discapacidad producida por las enfermedades y lesiones, se ha calculado la Carga Global de Enfermedad en 35 padecimientos seleccionados. Y los datos muestran que del total de defunciones (15 529) de trabajadores asegurados en el IMSS en 2001, se perdieron más de un millón de años saludables atribuidos a esas enfermedades, que representan una pérdida de 88 años de vida saludable perdidos por discapacidad y muerte prematura por cada mil trabajadores. Lo reportado en el estudio ofrece una visión más amplia e información valiosa para determinar prioridades de atención médica; además, deja ver la necesidad de programas de vigilancia epidemiológica y de líneas de investigación sobre los padecimientos con mayor carga de enfermedad entre los trabajadores (Borja, Aguilar, Carlos, Guzmán *et al.*, 2005).

Estos programas de vigilancia epidemiológica, con una mejor orientación de las acciones a emprender, podrían incorporar una explicación más precisa de los riesgos y exigencias debidos a las nuevas formas de organización del trabajo, destacando aquellos aspectos que llevan a una alta frecuencia de problemas de estrés y fatiga, trastornos mentales y psicosomáticos, pero también a trastornos musculoesqueléticos, cánceres de muy diversos tipos y enfermedades neurotóxicas y que tienen graves repercusiones individuales, familiares, económicas y sociales.

Una comprensión integral para entender estos problemas y poder enfrentarlos de manera más eficaz sólo será posible si se crea una instancia capaz de articular, organizar y dar coherencia a los variados aspectos relacionados con la salud de los trabajadores. Esa instancia no puede ser otra que un Instituto Nacional sobre Condiciones Laborales, Seguridad y Salud de los Trabajadores que no sólo considere la identificación de los daños a la salud, sino que defina las prioridades y establezca políticas de prevención y control de los accidentes y enfermedades de trabajo (Noriega, Franco, Trejo, Montoya *et al.*, 2010). Entre las acciones fundamentales que podría desarrollar este Instituto para incidir directamente en la salud de los trabajadores están:

- La identificación de las condiciones económicas, políticas y sociales que afectan su salud.
- El conocimiento amplio de las condiciones de trabajo y de las formas de organización laboral que inciden en la salud de los trabajadores.
- La caracterización epidemiológica (perfiles de riesgos y de salud) de las poblaciones trabajadoras en los diferentes sectores productivos, en las ramas y subramas y en diferentes centros laborales, con población trabajadora de alto riesgo.
- El diagnóstico y un seguimiento de la situación de salud de los trabajadores, a escala nacional, regional y local, se puede realizar de manera precisa a partir de, como ya se hace en otros países, encuestas nacionales de salud en el trabajo.
- El establecimiento de un sistema nacional, regional y local de seguimiento dinámico y permanente para la promoción de condiciones favorables de trabajo y para la prevención y control de los riesgos laborales.
- La capacitación, de grupos de trabajadores y de otro personal de diversos centros laborales y de diferentes instituciones en materia de seguridad, higiene y salud en el trabajo.
- El rediseño de planes y programas de estudio de las universidades, para que se incluyan ampliamente los contenidos relacionados con la salud de los trabajadores que no sólo se limiten a sus aspectos biológicos o psicológicos.
- La creación de un centro de acopio y generación de información, veraz y oportuno, sobre la relación entre las condiciones laborales y de salud de los trabajadores.
- La propuesta de acciones para transformar los problemas encontrados.

Para revertir las tendencias actuales se necesita una amplia formación del personal de salud y de los trabajadores en general, pero es todavía más importante la vigilancia en las empresas y la honestidad de los propios empresarios y de las instituciones de salud y del trabajo. La vía más trascendente para cambiar las condiciones actuales adversas sobre la salud laboral necesariamente requiere que los trabajadores se involucren. Necesitamos conocer qué pasa, pero con un sustento científico y con un criterio amplio, y no con esta idea que ronda, como un fantasma, nuestras instituciones y nuestros centros de trabajo y que se refiere a esta nefasta intención de ocultarlo todo. No es sólo un problema científico o médico, es principalmente un problema ético y social.

## BIBLIOGRAFÍA

- Alcalde, A. (2011), “Iniciativa priísta, una traición a los trabajadores”, *La Jornada*, marzo 12, 22.
- Alzaga, O. (2006), “La política laboral en México y la pretendida reforma laboral”, *Alegatos*, núm. 62, pp. 141-58.
- Amaro, G.; Fernández-Osorio, J.; Rajchenberg, E. y Tamez, S. (2005), “Salud de los trabajadores”, Documento de discusión, *Foro de Defensa de la Salud de los Trabajadores*.
- Berg, J.; Ernst, C. y Auer, P. (2007), “Retos en materia de empleo y respuestas de políticas en Argentina, Brasil y México”, *Revista de la CEPAL*, núm. 91, pp. 95-110.
- Borja, V.H.; Aguilar, M.G.; Carlos, F.; Guzmán, J.C.; Juárez, P.C. y Sánchez, R.F. (2005), “Años de vida saludable perdidos para las principales causas de mortalidad en trabajadores asegurados al IMSS”, en Martínez S.H.; Villasis, K.M.; Torres, L.J. y Gómez, D.A. (eds.), *Las múltiples facetas de la investigación en salud*, IMSS, 4, México, pp. 115-27.
- Carlos-Rivera, F.; Aguilar, G.; Anaya, P.; Juárez, C.; Sánchez, R.; Durcudoy, J. y Borja, V.H. (2009), “Estimation of Health-Care, Costs for Work-Related Injuries in the Mexican Institute of Social Security”, *American Journal of Industrial Medicine*, 52(3), pp. 195-201.
- Centro de Reflexión y Acción Laboral (Cereal) (2007), “Trasnacionales de la electrónica y derechos laborales en México”, en *Segundo informe sobre condiciones laborales en la industria electrónica de México*, Cereal, México.
- De la Garza, E. (2007), “Los cambios en las relaciones laborales y la flexibilidad salarial”, en *Convenios y bonos de productividad en empresas mexicanas*, STPS, México, pp. 33-57.
- Fernández Osorio, J. (1999), *La lucha de los trabajadores por su salud. Arma de lucha política en manos de los trabajadores*, Universidad Obrera de México, México.
- Fernández Vega, C. (2007), “Réquiem por un salario”, México SA, *La Jornada*, noviembre 30, 32.
- (2010a), México SA, *La Jornada*, mayo 26, 30.
- (2010b), México SA, *La Jornada*, junio 7, 22.
- Franco, J.G. (2006), “Cultura de la empresa y salud en el trabajo en México”, ENAH, México, tesis doctoral no publicada.
- IMSS (1993), *Memoria estadística 1992*, IMSS, México.
- (1995a), “Ley del Seguro Social”, *Diario Oficial de la Federación*, Ley DOF 21-12-1995, pp. 25-63.

- IMSS (1995b), *Riesgos de trabajo e invalidez 1994*, IMSS, México.
- (2003), *Memoria estadística 2002*, IMSS, México.
- (2009), *Memoria estadística 2008*, IMSS, México.
- INEGI (2010), *Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo. ENOE 2010*, INEGI, México.
- ISSSTE (2007), “Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado”, *Diario Oficial de la Federación*, Ley DOF 31-03-2007.
- Knauth, P. (2001), “Horas de trabajo”, en *Enciclopedia de Salud y Seguridad en el Trabajo*, tercera edición, II (VI Riesgos generales): capítulo 43, OIT, Ginebra.
- Laurell, A.C. (2009), “Subrogación de la responsabilidad social del Estado”, *La Jornada*, julio 3, 3.
- Laurell, A.C. y Herrera, J. (2010), “La segunda reforma de salud. Aseguramiento y compra-venta de servicios”, *Salud Colectiva*, 6(2), pp. 137-48.
- Leal, G. (2011), “La ‘reforma’ priísta y el *outsourcing*”, *La Jornada*, marzo 19, 19.
- Lóyzaga, O. (2002), *Neoliberalismo y flexibilización de los derechos laborales*, UAM-Azcapotzalco, Porrúa, México.
- Noriega, M.; Franco, J.G.; Montoya, A.; Sanabria, C.; Trejo, K.; Pérez-Pantoja, L. M; León, L. y Cruz, A.C. (2008), *Propuesta para la creación del Instituto Nacional sobre Condiciones Laborales, Seguridad y Salud de los Trabajadores*, Cámara de Diputados, México.
- Noriega, M.; Franco, J.G.; Montoya, A.; Garduño, A.; León, L.; Martínez, S. y Cruz, A.C. (2009), “Deterioro de las condiciones de trabajo y de salud en México”, *Salud de los Trabajadores*, 17(1), pp. 61-8.
- Noriega, M.; Franco, J.G.; Trejo, K.; Montoya, A.; León, L.; Sanabria, C. y Cruz, A.C. (2010), “Propuesta para la creación del Instituto Nacional sobre Condiciones Laborales, Seguridad y Salud de los Trabajadores”, *El Cotidiano*, núm. 162, pp. 23-30.
- Pedrero, F. (2006), “En México, siete de cada diez empleos son precarios”, *El Universal*, septiembre 13 [<http://www.eluniversal.com.mx>], fecha de consulta: 6 de enero de 2011.
- PRD-UNT (2003), *Una reforma democrática para el mundo del trabajo. Propuesta laboral PRD-UNT*, Cámara de Diputados del Congreso de la Unión, LVIII Legislatura, México.
- PRI (2011), “Iniciativa de Reforma Laboral”, en *Gaceta Parlamentaria*, XIV (3218-II), marzo 10.
- Salinas, J.S.; López, P.; Soto, M.O.; Caudillo, D.; Sánchez, R. y Borja, V.H. (2004), “El subregistro potencial de los accidentes de trabajo en el Instituto Mexicano del Seguro Social”, *Salud Pública de México*, 46(3), pp. 204-9.
- Sánchez, R.; Juárez, C.; Aguilar, G.; Haro, L.; Borja, V. y Claudio, L. (2006), “Occupational Health in Mexico”, *International Journal of Occupational and Environmental Health*, 12(4): pp. 346-54.

Secretaría del Patrimonio Nacional (1967), “Reglamento de Seguridad en los Trabajos de las Minas”, *Diario Oficial de la Federación*, DOF 13-03-1967.

STPS (1970), *Ley Federal del Trabajo*, McGraw-Hill, México.

Secretaría de Salud (SS) (2008), *Estadísticas de mortalidad 2000-2007*, Dirección General de Información en Salud, México.

Torres, E.J. y Lóyzaga de la Cueva, O. (2007), *Reforma laboral y globalización en México: una visión in dubio pro operario*, Porrúa, México.



## Reflexiones sobre discriminación y salud

María de los Ángeles Garduño Andrade  
José Arturo Granados Cosme  
Addis Abeba Salinas Urbina  
Carolina Tetelboin Henrion

La discriminación es el ejercicio de prácticas de exclusión sobre individuos o grupos en función de poseer algún rasgo físico, biológico o cultural; forma parte de una serie de dispositivos culturales por medio de los cuales los grupos dominantes buscan sostener y reproducir un determinado orden social, se entiende ubicándola en un sistema de relaciones de dominación y subordinación que los sectores dominantes elaboran y difunden por medio de las instituciones con discursos que contienen pseudoargumentos<sup>1</sup> sobre una supuesta superioridad que justifica la violencia simbólica que les dirigen. En concreto, la discriminación se expresa en todas las formas de limitación al ejercicio de la libertad, los derechos y las oportunidades, indispensables para que cada individuo desarrolle las potencialidades inherentes a la especie humana.<sup>2</sup> En ese sentido, la discriminación es un proceso que, al impedir la realización de las potencialidades, vulnera la realización de la salud de los discriminados; se focaliza histórica

<sup>1</sup> Utilizamos el término pseudoargumento en el sentido en que se refiere a enunciados que, aunque coherentes y consistentes en el sistema discursivo en el que se enuncian, no provienen sino de una ideología determinada, no se basan en evidencias empíricas y no corroboran verdades universales (Aguado y Portal, 1991).

<sup>2</sup> Las potencialidades humanas son aquellas que permiten al individuo una adecuada inserción y participación social, plantearse un proyecto de vida y allegarse los recursos necesarios para conseguirlo (Doyal y Gough, 1991).



y sistemáticamente en contra de personas pertenecientes a grupos específicos, que, al ser vulnerados, tienen menores oportunidades y un acceso restringido a sus derechos, en una situación de desventaja con respecto al resto de la sociedad (Conapred, 2011).

Las discriminaciones se construyen históricamente cuando los grupos dominantes sostienen como positivas sus características y como negativas las de los grupos subalternos. Dado que se trata de una práctica sustentada en las estructuras de cierto orden social, se desprende de las condiciones materiales en que se reproduce la sociedad y recurre a la ideología prevaleciente, misma que puede ser transformada mediante la acción social en función de la correlación de fuerzas entre los grupos humanos.

La construcción de símbolos respecto a lo diverso se expande de tal manera que tanto en el polo de la hegemonía como en el de la subalteridad está presente la ideología de discriminación. Como señala Eduardo Menéndez (2001:13-14):

Reducir el racismo sólo a los grupos hegemónicos supone desconocer que dichos grupos buscan justamente expandir su ideología a los grupos subalternos, y que dicho proceso se constituye en función de una amplia variedad de relaciones construidas dentro de relaciones de hegemonía-subalternidad y que van desde la reproducción de las ideologías racistas hasta su enfrentamiento.

El trato desfavorable que significa la discriminación se ejerce en todos los ámbitos y por grupos o individuos variados. Sin embargo se puede caracterizar como tendencia en cada relación que implique poder y justificarse con prejuicios sustentados en la jerarquización de las diferencias.

En este capítulo se tomarán dos ejes argumentativos, el primero explicando cómo la discriminación tiene fundamentos ideológicos que intentan justificarla, unos derivados de la interpretación biologizada de lo social y otros basados en las jerarquías establecidas en función de la productividad impuesta por el capital; y el segundo referido al impacto de la discriminación en el área de la salud. Esos dos ejes de explicación son punto de partida para referirse al establecimiento en México de discriminaciones que siguen afectando la salud de los grupos sociales desfavorecidos. Esos efectos negativos pueden responder a fines explícitos o encubiertos, en función de las características de cada dominación y las vulneraciones que se generen. En ese sentido se plantearán los problemas de salud de los grupos so-

ciales resultado de determinaciones de alta complejidad, definidas por relaciones de desigualdad e inequidad. Por ello se hacen necesarios algunos apuntes sobre la determinación social de la desigualdad y la inequidad y en ese contexto de las discriminaciones derivadas de los dominios de unos grupos sobre otros.

#### LAS RELACIONES DE DOMINIO

Las relaciones de dominio que marcan cada sociedad explican en última instancia la enfermedad y la muerte de los grupos sociales, así, el perfil de patología de ricos y pobres es absolutamente diferente, lo mismo que el de los dueños del capital respecto al de los trabajadores, el de las etnias hegemónicas del de las dominadas o el de varones y mujeres. Cada una de las relaciones de poder genera situaciones de inequidad, diferentes condiciones de vida y, por ende, de salud. Esas condiciones se expresan en un sentido individual en el cuerpo de cada persona, pero se pueden observar en los colectivos que comparten situaciones que vulneran sus procesos de vida. Esa expresión particular en cada persona debe entenderse como resultado de la legalidad de la naturaleza individual subsumida en lo social.

El análisis de los problemas de salud desde la mirada de determinantes sociales es un enfoque que surge en la década de 1960 ante los diversos procesos de cambio gestados en América Latina, cuando los problemas de salud habían desbordado las explicaciones y las acciones de las ciencias médicas dominantes y hacía falta una interpretación integral para enfrentar temas que habían resultado ajenos a la tradicional salud pública. En ese contexto la medicina social construyó un cuerpo teórico que daba cuenta de fenómenos complejos con conceptos generados desde el materialismo histórico; propuso un campo de conocimiento cuyo objeto de estudio era transformar las determinantes de los procesos sociales de la salud (Jarillo y Garduño, 2010).

Para la medicina social fue indispensable reflexionar sobre las implicaciones de las sociedades de clases, que permitían encontrar en el ordenamiento de lo social la lógica que definía los diversos espacios y sus interrelaciones; en ese esfuerzo se mostró que las reglas de convivencia propias del Estado mantenían regulados los conflictos. Sin embargo, el establecimiento de reglas en el más alto nivel de generalidad no elimina rasgos comunitarios sino que están suprimidos como principios organizadores,

manteniéndose algunos en acciones sociales situadas por ejemplo en la religión, las tradiciones y reglas de convivencia particulares (Samaja, 2004). En el nivel comunitario superado en un sentido dialéctico por el Estado, se conservan las relaciones interpersonales y se pueden ubicar las diversas discriminaciones que en cada espacio social mantienen reglas implícitas.

Dos argumentos se entrelazan en la justificación de las discriminaciones, por una parte el que impone como máxima la productividad y con ello la definición de quiénes son incluidos en la generación directa o indirecta del capital, y por otro los que se sostienen desde un reduccionismo fundamentado en una visión de lo biológico como inevitable. Respecto a la idea de que la creciente productividad permite la reproducción capitalista y que éste es el único modelo posible, se ubican los argumentos que discriminan a quienes no reúnen las características necesarias para generar las ganancias esperadas, así se excluye a las personas con alguna discapacidad, a los ancianos y en otros casos a las mujeres, por ejemplo a causa de “la maternidad”.

Las diversas discriminaciones están relacionadas con las expectativas de género, por eso el rechazo a homosexuales y también a quienes no tengan rasgos considerados masculinos, como asertividad, inteligencia o fuerza. Lo mismo sucede con las mujeres, lesbianas o no, que en una situación de subordinación no responden a rasgos como dulzura, paciencia o disponibilidad de lo femenino. Estas discriminaciones no son explícitas e incluso, a pesar de que se encubren en la vida laboral, salen a flote, por ejemplo, en la selección de personal; así las características referidas al aspecto físico que tiene como trasfondo la discriminación, imponen a los discriminados la asignación de tareas más o menos penosas, devaluadas socialmente o poco calificadas. La referencia constante a la identidad de género lleva a la preferencia de varones o mujeres para ocupar puestos que son tradicionalmente calificados de femeninos o masculinos, esto se define en la selección de personal y después se corrobora en la adecuación individual de los seleccionados a los requisitos implícitos; por ejemplo para un puesto en ventas se preferirá a un varón joven o para el de recepcionista a una mujer joven. En todo tipo de discriminaciones se vinculan otras, por ejemplo en los casos señalados los prejuicios de género cruzan con los que se derivan de la condición racial o de clase a la que no se alude explícitamente pero se hace evidente cuando se pide “buena presentación” por ejemplo que tienen que ver con el aspecto.

Algunos procesos de discriminación atribuidos al aspecto y las competencias físicas recurren a argumentos supuestamente científicos basados en

los avances de la genética, para identificar sujetos hipersensibles o para predecir enfermedades, también evaluar condiciones y comportamientos extralaborales. La contratación puede basarse en la aptitud para el trabajo, pero además en la mayor resistencia a factores que se suponen nocivos para el proceso laboral, cuestión que funciona como parte de las medidas preventivas y saneamiento de los ambientes de trabajo o de transformación de las tecnologías (Berlinguer, 2002). También existe discriminación en la selección inversa, esto es, la contratación en puestos de menor jerarquía (Berlinguer, 2002) de personas consideradas subordinadas o inferiores por etnia, raza o género; por ejemplo, se prefieren para realizar labores de limpieza a mujeres de minorías subordinadas. También se puede favorecer aparentemente a madres o padres de familia, que serán más responsables y dóciles ante el miedo de perder el ingreso con el que sostienen a sus hijos, en cambio para puestos de dirección se prefiere a hombres porque éstos faltarían menos que las mujeres ya que no tendrían que llevar a cabo el cuidado de los enfermos en la familia, lo que causa ausentismo en las madres.

El otro eje de la discriminación está más cercano a las relaciones subjetivas entre los grupos sociales; se sostiene en un determinismo biológico que lleva a interpretar las diferencias como justificaciones del racismo, clasismo, sexismo, homofobia, aspectismo, entre otras discriminaciones. Las ideas surgidas del determinismo biológico son parte de un intento por preservar las desigualdades, y lleva a considerar que ninguna práctica que genere cambios es legítima, pues lo natural es irrevocable y cada sociedad en la que se vive es la única posible (Lewontin, Rose y Kamin, 1991).

Las diferencias entre las personas quedan jerarquizadas por dos vías: la de la producción y la de las valoraciones surgidas en diversas relaciones de dominación. Al poner en acción la discriminación se imponen las características hegemónicas, se niega la aceptación de las diferencias y se considera la heterogeneidad como amenaza de una cierta identidad colectiva. La discriminación es en los hechos violencia, se impone cuando excluye, cuando crea estigmas; la violencia de la discriminación también se muestra en su afectación a la salud de los grupos sociales, lo que se busca mostrar en los siguientes párrafos.

Para explicar el impacto de la discriminación en la salud, es útil el esquema propuesto por Nancy Krieger (2002), para el análisis de los determinantes sociales de la salud. Esta autora sugiere que la discriminación redundante en daños específicos y propone tomar en cuenta el tipo de discriminación para ubicarlos. Primero se refiere a la función de los grupos que

ejercen o sufren la discriminación y la ideología que la justifica; en segundo lugar propone tomar en cuenta la forma, que implica la organización estructural social, así, la discriminación puede considerarse directa o indirecta y manifiesta o encubierta. En tercer término, se refiere al dominio, es decir el ámbito en el que se ejerce la discriminación, por ejemplo, laboral, doméstica, escolar, en los servicios u otro. También hace alusión al nivel de agregación, éste puede ser individual, de comunidad, regional o global. Por otra parte hace referencia a la temporalidad, la intensidad, la frecuencia y la duración, como cuestiones que deben tomarse en cuenta cuando se hace un diagnóstico de los daños sufridos por la discriminación (Krieger, 2002).

De acuerdo con Krieger para realizar un análisis de los efectos de la discriminación sobre la salud es necesario distinguir dos ámbitos: 1) la influencia en la generación de daños a la salud y 2) las respuestas que se estructuran socialmente hacia la enfermedad. El estudio del primer ámbito permite identificar no sólo una especificidad en el tipo de daño que muestran los grupos discriminados a causa de las prácticas discriminatorias que les destina la sociedad (distribuyendo diferencialmente condiciones de salud y enfermedad), sino también el papel de la discriminación en la causalidad misma de los daños (determinación social). Respecto del segundo ámbito, el análisis puede desarrollarse no sólo a partir de la estructuración de conocimientos y prácticas (como recursos) que los grupos humanos desarrollan para enfrentar sus problemas de salud, sino también de las funciones sociales que asumen estos saberes y prácticas en relación con el orden social establecido que frecuentemente legitima la discriminación, pero que incluye también las formas de resistencia de los grupos discriminados a la función normativa de las prácticas en salud.

Son las relaciones de dominio las que distinguen a cada sociedad y en ese sentido forman parte del marco de explicación de la enfermedad y muerte de los diferentes grupos sociales y amplían la comprensión de su determinación social.

#### CONSTRUCCIÓN DE IDENTIDADES BASADAS EN DIVERSOS DOMINIOS

Podríamos decir que las discriminaciones corresponden a diversos dominios y en cada caso adquieren características de tiempo y lugar, en México se tiñeron de los rasgos que distinguieron la época colonial. Retomando la

propuesta de Krieger, haremos referencia a la función que tuvo en ese momento imponer a los grupos la ideología que justificaba formas arbitrarias de organización productiva, misma que constituyó la estructura social de castas cuyos sentidos respecto a las discriminaciones directas e indirectas definió todos los ámbitos de la vida social y ha llevado a que actualmente aún se ejerza como herencia, hacia individuos y grupos en función de diferencias. El momento fundante de los argumentos de discriminación en México fue la Conquista, que, como dice Galeano (1990), convirtió la tierra con sus frutos y a los hombres con su capacidad de trabajo en riquezas que se apropió el capital europeo; y creó jerarquías nuevas. Las anteriores diferencias entre los pueblos originarios se modificaron con la imposición en la cima de la estructura social de los blancos. Esta primera forma de discriminación de los indígenas como súbditos de la corona, tenía la función de adueñarse de las riquezas conquistadas, por ello se requería de una fuerte ideología que considerara justa la explotación extrema.

Se calcula que en América Latina vivían 60 millones de personas antes de la Conquista, un siglo y medio después sólo quedaban tres millones y medio (Galeano, 1990). Esta carencia de brazos se resolvió al traer de África negros arrebatados de sus aldeas que sufrieron también esas formas salvajes de producción. La ideología que sostenía esta situación se derivaba de la religión católica, la que a pesar de sus principios de caridad, no frenaba el abuso indiscriminado sobre los grupos dominados. Las leyes de Indias pretendieron establecer igualdad de derechos entre indios y españoles pero esto no se cumplió y las estructuras de castas sólo permitieron a algunos mestizos optar por mejores condiciones en función de la cantidad de sangre española que portaban. Como en cualquier relación de dominio, los valores reconocidos estaban del lado hegemónico, así se adjudicaba una maldad intrínseca en los indígenas, por ello les asignaban el escalón más bajo en la calidad de humanos.

Por otro lado, las relaciones de dominio de los varones sobre las mujeres se fortalecieron; las formas de ejercerlo llevaron a que la tradicional imposición de lo masculino se complementara con la explotación de las mujeres como fuerza laboral, en el servicio de lo doméstico y en la disposición sexual de sus cuerpos. Esta es la base del mestizaje y la construcción de la sociedad estratificada con diversas combinaciones étnicas. Se partía de la idea de que las mujeres eran frágiles, por lo que era necesario protegerlas pero sobre todo vigilarlas, esto se aplicaba centralmente para las mujeres

blancas y mestizas (Lavrín, 1990). Aunque la violación era considerada un delito, raramente se castigaba cuando la víctima era indígena o negra.

Las diversas exclusiones en función de los grupos sociales se mantenían con rígidas medidas de control que incluían la enfermedad; a partir del control de esta última se buscaba que los grupos dominados no significaran un peligro para los blancos. Vale la pena recordar que la población indígena no sólo se extinguía irremediabilmente por la explotación, sino también por el nocivo intercambio de genes y antígenos que dieron lugar a epidemias de tifo, sarampión, viruela, parotiditis, fiebre amarilla e influenza. Para ello, en 1628 se instituye el protomedicato que fundamentalmente reglamentaba la enseñanza y el ejercicio de la medicina y la cirugía para la atención de los enfermos; pero sobre todo, el protomedicato se encargaba de la regulación sanitaria con una policía médica que protegía especialmente a la metrópoli de la periferia (Castro y Garduño, 1992). Para evitar que los daños sufridos por las poblaciones desposeídas se extendieran, se aislaron a grupos que eran rechazados por la sociedad virreinal –por ejemplo, enajenados, pordioseros, peregrinos y ancianos– y los que amenazaban el orden; para ello se fundaron instituciones con rasgos de caridad como el hospital de San Hipólito a propuesta de fray Bernardino Álvarez en la sexta década del siglo XVI o el hospital de menesterosos que a fines del siglo XVII atendían los frailes Betlemitas en donde también se impartía enseñanza básica a los niños y se alimentaba a los pobres.

De esta forma, la justificación de las discriminaciones cumplía una función clara de mantenimiento de estructuras que directa y manifiestamente clasificaban a las personas por características valoradas en una pirámide de jerarquías que se imponía en todos los ámbitos. Desde este rígido sistema de exclusión e inclusión se definía el lugar que ocupaba cada persona en lo doméstico, en lo laboral o en la asignación de un espacio social dentro de las ciudades y en el campo. Pero las dominaciones conllevan resistencias que enfrentan la imposición de las ideas y los patrones del poder hegemónicos y son también referencias indispensables para hablar de las prácticas colectivas. James Scott se pregunta ¿por qué la gente parece someterse si existen otras alternativas en la adopción de normas o principios sociales que vistos con la lupa demuestran que no son razonables?

Puede entenderse como conformismo, aun fuera de condiciones de coerción o de la existencia de un proceso por medio del cual actores específicos llegan

a convertirse, respectivamente, en los portadores del discurso oficial pero a la vez propietarios de un discurso oculto (Scott, 2003:161).

En su perspectiva las relaciones de poder en torno a la construcción de las ideas colectivas consensuadas obedece al hecho de que los dominados contribuyen a preservar las formas de dominación o al menos a no contradecirlas abiertamente a partir de la fortaleza de un discurso oculto (Scott, 2003).

Para otros autores, los sujetos colectivos tienen una identidad y una organización de prácticas a partir de las cuales pretenden defender sus intereses y expresar sus voluntades en ciertas luchas (Sader, 1988). Esta puede ser la explicación de cómo los cambios surgidos durante el México independiente llevan ambas marcas: la de contradecir la dominación mediante luchas que transformen, y la del mantenimiento de los ejes de sometimiento que garantizan la producción de riqueza con una distinción clara de los diversos grupos sociales. Así se explica que en la funcionalización de los dominios se mantengan discriminaciones que parecen atravesar la historia; en el caso de los indígenas, es claro que su discriminación histórica lleva a que sigan siendo el último eslabón de las jerarquías, lo mismo sucede con el ejercicio del patriarcado y la heterosexualidad. Como señala Giménez (2005:28):

Desde el punto de vista descriptivo, la antropología ha registrado desde hace casi un siglo —es decir, desde fines de la Revolución Mexicana— la composición multicultural del país, particularmente en términos étnicos. Pero ha registrado también un aspecto que el multiculturalismo europeo no siempre destaca como es debido: que la pluralidad de las culturas está doblada por una profunda desigualdad entre las mismas, debido a la estructura de clases y a su obligada inscripción en el orden de la cultura. En efecto, por un lado la pluralidad cultural está conformada por una variedad de culturas minoritarias y subalternas frente a una cultura dominante que por comodidad podemos llamar occidental, criolla o mestiza; y por otro lado, esas culturas minoritarias —y particularmente las indígenas— siguen siendo discriminadas tanto en la vida cotidiana como en el discurso oficial como inferiores, premodernas y, frecuentemente, como obstáculos para el desarrollo.

La construcción del Estado-nación posterior a la Reforma y la Revolución logra que el derecho garantice una forma de reproducción social que encubre las dominaciones directas, pero no logra eliminar la justificación ideológica de las indirectas.



El hecho de mantener la propiedad privada como el eje primario de las desigualdades, permite que el marco ideológico que sostiene el cruce de desigualdades y las discriminaciones se garantice; la herencia de los argumentos sobre las preferencias de lo masculino sobre lo femenino, de lo heterosexual sobre lo homosexual, de lo blanco sobre lo indígena y lo negro, sigue utilizando la biología como argumento de pretendidas superioridades y esto no es privativo de México pues, como dice Menéndez (2001:7):

[...] el biologicismo constituye el núcleo manifiesto en torno al cual se legitima por lo menos una parte de las concepciones y acciones racistas, que sigue estando presente, reaparece o comienza a desarrollarse durante los setenta en numerosos contextos tanto de países centrales como periféricos.

Estos argumentos con los que se fundamentan las discriminaciones se sostienen a pesar de la consolidación del capitalismo después de la Segunda Guerra Mundial, e independientemente del crecimiento económico, con la ideología de que la fuerza de trabajo que impulsó esta consolidación era masculina y mestiza se mantuvieron en el mercado laboral tradiciones de discriminación respecto a las mujeres y los grupos étnicos, disfrazando las diversas discriminaciones sobre la imposibilidad de integración por razones culturales o biológicas.

Pero el racismo no sólo adquiere características físicas y simbólicas como las señaladas, sino que se expresa en ciertos comportamientos registrados sobre todo en sociedades de América Latina cuya población mayoritaria es de origen amerindio. En países como México los medios de comunicación masiva, especialmente la televisión, proponen como ideal de la figura humana a sujetos singularizados por su blancura. En estos medios las actrices y los actores, sobre todo los protagónicos, o las y los modelos que venden publicidad a través de sus cuerpos son inevitablemente blancas y blancos (Menéndez, 2001:11).

Las formas de discriminación a lo largo de la historia de México están relacionadas con daños específicos a la salud de los grupos dominados, pero también a las respuestas que se han estructurado en función de las prácticas de exclusión. Los daños pueden identificarse con acciones directas o indirectas, por ejemplo con la salvaje explotación, pero también con las precarias condiciones de vida a las que se ha sometido a los indígenas por tratarse de

un grupo dominado. Por otra parte se expresa en la ausencia de atención adecuada a las necesidades de salud de grupos definidos en función de otros dominios, un ejemplo es la negación de atención a las personas homosexuales en los servicios de salud, situación que ha generado luchas por el respeto a la diversidad. Otro ejemplo es el abuso de las instituciones al delegar sus responsabilidades de atención a la salud en las madres.

#### DISCRIMINACIONES EN EL MÉXICO ACTUAL

Un acercamiento a la situación de las diversas discriminaciones en México permite apreciar que no obstante los avances significativos en materia de acceso a condiciones dignas de salud, arrastramos las diferencias originadas en la constitución social de la nación, herencia de la Conquista, la Independencia y durante el siglo XX, que se han acrecentado a partir de la era neoliberal. Esto significa que la distribución de los bienes y servicios directamente vinculados con las condiciones de salud son diferenciales y existen diversas razones para ello. Dentro de los rasgos más generales de las características socioeconómicas no pueden dejarse de lado las diversas expresiones de discriminación, entre éstas la inequidad en el acceso a los bienes y servicios, a pesar de que se reconozca un principio de igualdad.

Según los datos de la *Encuesta Nacional de Ingreso y Gasto en los Hogares* (ENIGH) (Cámara de Diputados, 2008), elaborada por Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática (INEGI) de México con base en una muestra de alrededor de 10 mil a 23 mil hogares, México es un país con una gran desigualdad expresada en el índice de Gini,<sup>3</sup> que para 2006 era 44.8% menos desigual que en 2000, con 45.6%. Para darnos una idea de la magnitud de la diferencia de ingreso de la población mexicana, se destaca que aún al dividirla en tres segmentos relativamente afines, se mantendría la diferencia de ingresos (Cámara de Diputados, 2008).

Como se muestra en el Cuadro 1, la distribución de la población en México en términos socioeconómicos muestra una concentración importante; 74% del ingreso nacional se concentra entre los deciles VII al X,

<sup>3</sup> El índice Gini, es una medida de la desigualdad. Entre más cercano a 100, mayor es la desigualdad respecto a los ingresos entre la población. Para comparar el dato, se observa que en 2007, el índice para Canadá era de 32.5 y de 34.7 para España.

Cuadro 1. Acumulación de ingreso corriente\*

| Deciles | 2000  | 2002  | 2004  | 2006  |
|---------|-------|-------|-------|-------|
| I-VI    | 25.68 | 26.76 | 25.26 | 26.05 |
| VII-IX  | 36.60 | 38.24 | 37.28 | 37.91 |
| X       | 37.72 | 35.00 | 37.46 | 36.04 |

\*Porcentajes por deciles agrupados.

Fuente: elaborado por el Centro de Estudios de las Finanzas Públicas de la Cámara de Diputados con base en la ENIGH (Cámara de Diputados, 2008).

contra 26% de los 6 deciles más pobres, en 2006. En resumen 10% de las familias más favorecidas gozan del 36% de la riqueza, mientras que 60%, familias menos favorecidas, sólo del 26%. Por otro lado, entre el decil I y el X se aprecia una diferencia importante, donde el decil más pobre necesita multiplicar en 21 veces su ingreso para equipararse al decil de mayor ingreso, es decir se trata de porcentajes de 1% a 21%. Igualmente entre el decil IX y el X hay una diferencia de más del doble, lo cual indica un ingreso insuficiente para una calidad de vida satisfactoria. La aceptación de esta situación como una normalidad avala el conjunto de diferencias entre la población que establece estrategias de sobrevivencia frente a éstas. Podría argumentarse que estas diferencias sociales no pueden llamarse discriminación, sin embargo, según una encuesta del Conapred realizada en 2005, uno de cada tres mexicanos opinaban que “lo que tienen que hacer los indígenas para salir de la pobreza es no comportarse como indígenas”. Estos argumentos que están fuera del ámbito de la funcionalidad que se le adjudicaba a las castas en la Colonia, siguen expresando en última instancia la justificación de diferencias en el acceso a bienes, servicios y desde luego la falta de garantías de salud.

A partir de un análisis sobre la ENIGH 2000-2006, elaborado en la Cámara de Diputados (2008) por el Centro de Estudios de las Finanzas Públicas, Distribución del Ingreso y Desigualdad en México, los grupos sociales excluidos del desarrollo social invariablemente se encuentran entre las poblaciones originarias de México que habitan zonas rurales y aisladas del país y que representan alrededor de 12 millones de personas. Cerca del 80% de éstas vive en pobreza extrema, distribuida en Oaxaca (18% del total), Chiapas (16%), Veracruz (10%), Puebla (9%), Yucatán

(9%), Guerrero (6%), Estado de México (5%) e Hidalgo (5%). Sus condiciones de vida se caracterizan por que una de cada tres viviendas no cuenta con agua potable, 10% no tiene energía eléctrica, 50% tiene piso de tierra. Uno de cada cuatro adultos es analfabeto, los niños están por debajo de la media nacional con un índice de deserción muy alto, siendo su escolaridad promedio de 5.1 entre los varones indígenas y de 3.9 entre las mujeres de esta misma población. Esto se refleja en la opinión del 74.1% de los indígenas entrevistados en la encuesta del Conapred que señalan tener menores oportunidades de trabajo.

Para los indígenas el acceso a los servicios de salud es limitado presupuestalmente y por razones de aislamiento; para los formuladores de las políticas públicas esta condición no es resultado de un modelo económico desigual e incapaz de incluir a toda la población y pretenden justificar las inequidades con razones culturales, por ejemplo, el Programa Nacional de Salud 2007-2012 apuesta por el desarrollo de competencias y el desarrollo personal como una manera de lograr la igualdad de oportunidades. Las estructuras sanitarias definen explícitamente lo que le será proporcionado o le será negado a esta población; se ofrece un servicio fraccionado en diversas instituciones, y se les asigna un número reducido de servicios dentro del Seguro Popular y Oportunidades. Uno de los datos que muestran las repercusiones de esta discriminación, es el de mortalidad infantil, que, como se puede ver, los estados con mayor población indígena registran los peores indicadores. La tasa de mortalidad infantil en localidades con más de 40% de población indígena, es de 55 por mil nacidos vivos; en las ciudades próximas de más de 15 mil habitantes, es de 30 por mil, cifra igualmente alta frente a la media nacional de 16.8 por mil nacidos vivos. En los estados más pobres esta tasa corresponde a 24.4 en Guerrero, 23.9 en Chiapas, 21.9 en Oaxaca, 20 en Puebla y Veracruz, respectivamente. Estos datos se corresponden con la falta de atención obstétrica en estas regiones cuyos estados se encuentran por debajo del promedio nacional de 93%, como Veracruz (90%), Yucatán (89%), Guerrero (81%), Oaxaca (78%) y Chiapas (73%) (Lewis, 2011).

Por otra parte la discriminación de género que sufren las mujeres se expresa en las condiciones de vida que afectan su salud, esta situación requiere explicarse no sólo considerando el aspecto médico, sino también el marco de acciones que refuerzan las políticas. Así diversos escenarios en el ámbito de la salud denotan las diferentes condiciones en las que viven hombres y mujeres. Por ejemplo, en México en los últimos años se presenta un notable

incremento de la esperanza de vida en las mujeres, incluso por arriba del promedio de años de vida en los hombres (FPNU, 2008). Sin embargo, el hecho de que las mujeres vivan más no significa que estén en mejores condiciones como lo reflejan algunos datos epidemiológicos. La diabetes mellitus tipo 2 ocupa el primer lugar como causa de muerte general en el país; este padecimiento se ha incrementado notablemente en los últimos años, teniendo un mayor impacto en las mujeres. En 2003 la diabetes significó la muerte de 62.7 mujeres por cada 100 mil, cinco años después la cifra se elevó a 73.6 (Secretaría de Salud, 2011). Por ser éste un padecimiento crónico degenerativo para el que los servicios de salud brindan atención deficiente, las condiciones de vida de las mujeres se agravan por un periodo largo antes de llegar a la muerte. Además de que su estado de salud es vulnerado por este padecimiento, son ellas quienes se encargan del cuidado y atención de la familia y, cuando es el caso, de otros enfermos; a pesar de su condición se convierten en cuidadoras de sí mismas y de los demás. Dicha situación trae como consecuencia el impacto traumático tanto en la salud física como mental de quien asume este rol (Robles, 2007).

Una explicación del incremento de las muertes por enfermedades crónicas, puede encontrarse en la inserción de la mujer al campo laboral, Giddens (2001:131) señala:

[...] las mujeres en las culturas más tradicionales tenían marcado el destino, sabían qué se esperaba de ellas: la vida doméstica y la crianza de los hijos. También una vida de sometimiento al poder de los hombres. Y, muy a menudo, a la violencia de los hombres. Las mujeres se han liberado de este destino, pero al liberarse, tienen que construir una nueva identidad.

Ésta implica cumplir con jornadas extendidas que incluyen lo doméstico y lo laboral, lo que significa que el origen de su emancipación también es fuente de ansiedad. Agregado a ello está el uso y abuso de las acciones sanitarias en el control de la reproducción, pues son ellas las que se someten a métodos anticonceptivos, algunos de los cuales tiene consecuencias negativas para la salud y representan un trato desigual en cuanto a responsabilidad de la fecundidad. En un estudio realizado en el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) durante el periodo 2000-2007, de la población usuaria de algún método anticonceptivo, 97.2% eran mujeres, sólo 2.8% eran varones que se habían realizado la vasectomía. Asimismo, se mostró cómo el aborto es un problema grave derivado de las condiciones en que viven las mujeres

que realizan trabajo remunerado, esto se refleja con una tasa de 10.2 abortos por cada mil trabajadoras, contra 4.8 por cada mil beneficiarias (Jiménez, 2007). Cuestión que genera diversas hipótesis respecto de las exigencias laborales y la necesidad de interrumpir un embarazo para acceder o mantenerse en el mercado laboral. Además ejemplifica las contradicciones que viven las mujeres cuando se insertan a un mercado laboral con características masculinas al mismo tiempo en que deben responder a las asignaciones de la reproducción, en las que se asume la maternidad como un evento individual y no como la forma en la que la sociedad se reproduce.

Esto también se debe a que el ámbito de la sexualidad, vista ésta como un proceso por el que pasa todo ser humano en distintas etapas de su vida, no queda exento de las notables diferencias entre géneros. En el caso de los hombres se promueve una sexualidad libre, lo que se refleja en su determinación para tener múltiples parejas, lo que lo posiciona como un hombre viril, en cambio para las mujeres estas prácticas las colocan en una situación de devaluación. Al respecto Stern (2007) destaca que de acuerdo con los estereotipos de género, las adolescentes mantienen su rol de sumisión, o bien de confusión, por no saber cómo vivir su sexualidad; ya que ante el requerimiento social de mostrarse respetables, tienen que ocultar su deseo sexual. Estos estereotipos aún permanecen muy arraigados en la sociedad.

Otro aspecto que repercute en los derechos sexuales de las mujeres es la presión que se ejerce sobre ellas para cumplir con su papel reproductivo, misma que las conduce a censurar su decisión de no ejercer su maternidad y con ello a la limitación de sus posibilidades de desarrollo personal y profesional (Pacheco, 2007). Por otro lado, al hombre se le exenta de la responsabilidad de la procreación, llegando a extremos en donde si su pareja está embarazada, ejerce su derecho a dudar de su paternidad. Ante esta situación, a las mujeres les toca tomar una serie de decisiones en relación con abortar o tener un hijo no planeado, cualquiera de las dos tienen consecuencias, la primera lleva una carga moral y en algunas entidades del país también una sanción legal. La decisión de llevar adelante el embarazo, resulta difícil dadas las carencias educativas, culturales y económicas que rodean a la mayor parte de la población femenina en el país. En este escenario, sin culpa moral y legal, los varones no asumen la responsabilidad de tener o no hijos, el uso del condón es un problema de negociación en el que casi siempre las mujeres no tienen la capacidad de exigirlo, como se señaló en el estudio sobre uso de anticonceptivos en el IMSS, entre otros motivos, porque las mujeres en distintas etapas de su vida son censuradas por expre-

sar interés por conocer y explorar su cuerpo, máxime si intenta identificar las zonas que le producen placer. Así, desde la niñez hasta la vejez, sin dejar la compleja etapa de la adolescencia, se asignan calificativos negativos cuando pretende ejercer su vida sexual. Esto producto de la fuerte influencia de la religión (Amuchástegui, 2001).

La represión que se ejerce hacia la sexualidad se asemeja a un evento tan drástico como es el corte genital femenino; en algunos países se mutilan los órganos, en países como México se mutilan las emociones. El corte genital no tiene punto de comparación con la mutilación de las emociones; sin embargo, es importante reflexionar el argumento que se esgrime para llevar a cabo esta práctica, que es el mismo que se plantea para que las adolescentes en México no disfruten de su sexualidad (Salinas, 2007), muestra de ello son los altos porcentajes de mujeres que no han tenido un orgasmo, a quienes les es negada una sexualidad libre, responsable y placentera (Glazier, Metin, Schmid, García y Van- Look, 2006).

En la vejez las mujeres son vistas como asexuadas no sólo por la pérdida de la juventud y belleza sino por la imposibilidad de mantener su capacidad reproductiva. Esta situación se refuerza por la influencia de los medios de comunicación en los que se promueve un prototipo de belleza caracterizado por mujeres delgadas, altas y blancas, modelo alejado de las características de las mujeres mexicanas; la fuerte presión ejercida las lleva a asumir comportamientos que ponen en riesgo su vida y que finalmente las ubica muy lejos de esos parámetros. El alto auge de “productos maravilla” (pastillas, cremas, ropa diseñada para resaltar la figura) lleva a promover una cierta idea respecto a la belleza; la expectativa de que con acciones sencillas se alcanza el estereotipo propuesto por los medios, coloca a la mujer en una situación de riesgo para su salud tanto física como emocional, pues vive con una presión de un ideal inalcanzable.

En cualquier caso, si hacemos un recuento de problemas y alternativas de solución, encontramos que es indispensable la perspectiva de género y diversidad sexual tanto en el diagnóstico como en el diseño de políticas y estrategias de intervención social, públicas o privadas, que respondan a intereses, expectativas y ampliación de las posibilidades de acción individual, pero también al conjunto de la sociedad. No basta con tener estadísticas y planes diferenciados por sexo, hace falta un análisis que reconozca el ejercicio cotidiano del poder en las relaciones de género. Por ejemplo, un número importante de mujeres de organizaciones y al interior de insti-

tuciones, hacen seguimiento de la Plataforma de Acción de Beijing,<sup>4</sup> para verificar el cumplimiento de sus metas; asimismo, grupos de trabajadoras y trabajadores difunden sus logros en el respeto de derechos laborales y mejoramiento de su salud.

Otra forma de discriminación que se desprende de la construcción social del género abarca las expresiones no heterosexuales de la sexualidad. Una de las discriminaciones más evidentes y que generan daños a la salud e incluso la muerte es la que se ejerce contra los homosexuales.<sup>5</sup> Especialmente en relación con las respuestas sociales respecto de la homosexualidad, consideramos necesario analizar la discriminación en un sentido procesual, como causa y como efecto. La respuesta social que organizó la sociedad occidental moderna en torno a la homosexualidad<sup>6</sup> incluyó la legitimación del orden sexual dominante y en consecuencia su patologización, esto sirvió para argumentar la estigmatización y exclusión social; pero además disminuyó sus posibilidades de acceso y disponibilidad a recursos que permitieran resolver sus mayores problemáticas de salud. El conservadurismo de la práctica médica y su influencia sobre su ejercicio por medio de los profesionales de la salud representan un importante obstáculo en su acceso a la atención médica en donde los homosexuales deben enfrentar la homofobia prevaleciente en los servicios de salud (Burke y White, 2001; Saunders, Oxley y Harvey, 2000; Rose, 1994; Mathews, Booth, Turner y Kessler, 1986) y los prejuicios respecto de los problemas de salud que presentan son inherentes a su orientación sexual o a su comportamiento “antinatural” (Kelly, Lawrence, Smith, Hodd y Cook, 1987). En este contexto se deja de lado la experiencia subjetiva de la estigmatización y la homofobia, la cual está involucrada en las prácticas sexuales de riesgo (Granados, Torres y Delgado, 2009; Preston, D’Augelli, Kassab, Cain *et al.*, 2004).

<sup>4</sup> En la Plataforma de Acción de Beijing se define un conjunto de objetivos estratégicos y se explican las medidas que deben adoptar a más tardar para el año 2000 los gobiernos, la comunidad internacional, las organizaciones no gubernamentales y el sector privado para eliminar los obstáculos que entorpecen el adelanto de la mujer.

<sup>5</sup> No se detallará en los daños a la salud que genera la discriminación hacia los homosexuales, pero baste decir que la revisión bibliográfica documenta la influencia de la homofobia en un perfil patológico específico en los varones homosexuales en el que destacan mayores riesgos y tasas de trastornos mentales; así como su influencia en la transmisión sexual del VIH-Sida (Granados y Delgado, 2006).

<sup>6</sup> Entendemos por modernidad las formas de organización cultural que se consolidan con el desarrollo del capitalismo, el liberalismo social y la secularización de las relaciones sociales.



Históricamente el rechazo social a la homosexualidad dificultó la conformación de identidades colectivas y, al tratarse de una cultura subalterna (o contracultura), las posibilidades de enfrentar a la cultura hegemónica y de revertir sus efectos han sido limitadas; menos han sido las posibilidades de transformación del sistema sexo-género en el que se basa la homofobia. Por lo anterior, la organización de los homosexuales para enfrentar y modificar sus condiciones de vida ha sido de los movimientos sociales más recientes; Martiniello (1998) ubica a los movimientos de liberación homosexual como parte de la contracultura desarrollada a partir de la década de 1960 en Europa. En el caso de México, la tradición conservadora y heterosexista (González, 2002; Aramoni, 1961) que ha caracterizado a la cultura dominante ha impedido aún más la conformación de respuestas sociales organizadas para enfrentar a la homofobia y su reconocimiento como causa de daños a la salud, así como el desarrollo de estrategias para resolver los principales problemas de salud que enfrentan los homosexuales. Sin embargo, la génesis y trayectoria del denominado movimiento de liberación homosexual ha estado estrechamente vinculada a la salud y en particular a la medicina. Las primeras organizaciones de homosexuales se gestaron con el propósito de impugnar a la práctica médica científica, específicamente a la psiquiátrica, denunciando su función legitimadora del comportamiento heterosexual y sancionadora de otras expresiones de la sexualidad, así como su función normativa de la conducta sexual;<sup>7</sup> la demanda que articuló al movimiento homosexual fue la exclusión de la homosexualidad de los manuales de trastornos mentales que hasta la segunda mitad del siglo pasado la consideraba una patología.<sup>8</sup>

Vale la pena mencionar que, en el caso mexicano, la organización de homosexuales asumió como modelo la movilización estadounidense, lo an-

<sup>7</sup> Al respecto hay que mencionar que el término homosexual es relativamente reciente y se asocia al desarrollo de la medicina científica y catalogada como patología por la psiquiatría (Cáceres, 1997); adicionalmente la estructuración del pensamiento científico médico incluye la dicotomía normal-anormal en la que las prácticas sexuales no asociadas a la reproducción y preservación de la vida (aborto, prostitución y homosexualidad) son pensadas *a priori* como problemáticas.

<sup>8</sup> Recuérdese que aunque la Asociación Psiquiátrica Americana eliminó a la homosexualidad como una enfermedad en su *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* desde 1974, fue hasta 1990 que la Organización Mundial de la Salud la eliminó de la Clasificación Internacional de Enfermedades; pero el rechazo social en la población general y en la misma práctica médica prevalecen.

terior debido a que sus principales promotores fueron homosexuales pertenecientes a la clase media con estudios universitarios y especializados en universidades anglosajonas; las acciones de este modelo están centradas en el individuo, sus libertades y su posición como consumidor en los sistemas de mercado. De ahí que las estrategias que se difundieron se basaron en la afirmación de la identidad individual y el orgullo por la diferencia, otras estrategias fueron la visibilidad social, la integración a los movimientos feministas y a los partidos políticos de izquierda.

En la década de 1980, la respuesta social organizada de los homosexuales, además de su visibilidad social y su confrontación con la práctica médica, se centró en la demanda de reformas jurídicas, principalmente a los códigos civiles bajo cuya normativa el Estado ejercía prácticas no sólo discriminatorias sino criminalizantes (Lumsden, 1991). Con las figuras de corrupción de menores y faltas a la moral contenidas en los códigos civiles de la mayoría de las entidades federativas, los homosexuales fueron reprimidos durante décadas. La acción organizada de muchos homosexuales, la democratización de la Ciudad de México y la asunción al gobierno local de fuerzas políticas de centro izquierda, permitieron que se comenzaran a formalizar en reformas jurídicas las demandas por eliminar o modificar los artículos del código civil local que permitían la extorsión y represión policíacas a personas y grupos homosexuales, así se comenzó a gestar la inclusión de la prohibición de la discriminación por orientación sexual.

No sin obstáculos, en la Ciudad de México se ha avanzado hacia la equiparación de los derechos de los homosexuales con los de los heterosexuales, se ha conseguido legalizar las uniones entre personas del mismo sexo<sup>9</sup> y la adopción de menores de edad y se avanza también hacia el derecho a la seguridad social. Los recientes debates públicos que han suscitado las iniciativas propuestas por legisladores de centro izquierda, han revelado el predominio de ideas y prejuicios en torno a la homosexualidad que la

<sup>9</sup> El 21 de diciembre de 2009, la Asamblea Legislativa del Distrito Federal reformó el Código Civil para permitir el matrimonio entre personas del mismo sexo y la adopción de menores, no obstante algunos gobiernos estatales impugnaron la medida a la Suprema Corte de Justicia de la Nación en la que se dio un debate interesante que expresa las posiciones ideológicas que un sector importante de los actores sociales conservan en torno a la homosexualidad; finalmente, el 16 de agosto de 2010, este órgano resolvió válidas las reformas.

siguen asociando a la patología y que dan cuenta de la prevalencia de un discurso que justifica la discriminación.<sup>10</sup>

## CONCLUSIONES

En cualquiera de los problemas planteados en las secciones anteriores, existen contradicciones derivadas de las relaciones de género. Para abordarlas hace falta voluntad política que incluya la discusión de las jerarquías desde las que se intentan fundamentar las distintas discriminaciones, esto haría posible buscar transformaciones en los programas de salud que permitieran la participación democrática de toda la población y para que cada grupo pudiera definir sus necesidades y sus propuestas. Gracias a la posibilidad de una comunicación global también se han difundido los derechos humanos y, aunque el hecho de ser reconocidos no lleve inmediatamente a su aplicación, puede influir en la lucha contra intereses retardatarios que multiplican la discriminación y sus consecuencias.

El punto de partida para esa lucha puede ser aprovechar el intercambio entre grupos que tratan de hacer visibles los problemas y proponen alternativas novedosas de organización; por ejemplo, la mayor liberalidad de algunos países en relación con el sistema de géneros permite que en otros —que mantienen una estructura más rígida— se cuestionen aspectos del cuerpo y la salud como pueden ser la decisión individual de utilizar métodos anticonceptivos, despenalización del aborto, el análisis y atención a los riesgos laborales relacionados con el género, autogestión de servicios o la promoción de la salud. Este cuestionamiento permitiría cambios en la penalización de la discriminación a causa del género, la discriminación vinculada con procedencia étnica u orientación sexual en las leyes generales y, como consecuencia, la modificación de leyes secundarias; así como la puesta en marcha de políticas y programas sociales adaptados a las necesidades específicas de estos grupos.

<sup>10</sup> Al respecto destacan los argumentos que se difunden desde la iglesia católica y sus representantes, así como de organizaciones fundamentalistas y conservadoras (Provida principalmente), pero también las opiniones de gobernantes y legisladores de partidos políticos de derecha (Partido Acción Nacional) o de algunos magistrados de la Suprema Corte de Justicia, aludiendo a la “naturaleza” de “la” familia, a la “normalidad” de la heterosexualidad e incluso a los derechos de terceros a no sufrir discriminación por el rechazo social a la homosexualidad de los padres (hijos en posibilidad de ser adoptados por homosexuales).

Se trata de esfuerzos que llevan al fortalecimiento, en los países más desfavorecidos, de grupos de referencia y solidaridad. Con la acción orientada de usuarias y usuarios más informados de sus derechos, se pueden exigir respeto y participación de las decisiones que atañen a su salud.

Reducir el racismo a una sola sociedad, al papel del Estado o a las clases dominantes limita la comprensión de estas problemáticas, ya que si bien el racismo puede ser impulsado intencional o funcionalmente por determinados Estados y grupos dominantes, debe asumirse que dicho proceso conduce a que, por lo menos una parte de los grupos subalternos, lo incluyan como elemento de su propia identidad positiva o negativa y frecuentemente en un nivel no consciente o, si se prefiere, de inconsciente cultural (Menéndez, 2001:13).

Para el propósito anterior un punto de partida sería el reconocimiento de los derechos universales, aunque la realidad muestra que éstos no son respetados y que no prevalece la justicia, la igualdad de beneficios y oportunidades, sino la discriminación. Por ello debe reconocerse como dice Vilas (2001), que hace falta “una cierta especie de justicia” consistente en la rectificación aplicada a cada caso concreto, en el que los criterios generales impliquen “un enderezamiento” de lo justo legal o general.

## BIBLIOGRAFÍA

- Aguado, J.C. y Portal, A.M. (1991), “Ideología, identidad y cultura: tres elementos básicos en la comprensión de la reproducción cultural”, *Boletín de Antropología Americana*, (23), pp. 67-82.
- Amuchástegui, A. (2001), *Virginidad e iniciación sexual. Experiencias y significados*, Edamex/Population Council, México.
- Aramoni, A. (1961), *Psicoanálisis de la dinámica de un pueblo*, UNAM, México.
- Berlinguer, G. (2002), *Bioética cotidiana*, Siglo XXI Editores, México.
- Burke, B.P. y White, J.C. (2001), “Wellbeing of gay, lesbian and bisexual doctors”, *British Medical Journal*, núm. 332, pp. 422-425.
- Cáceres, A. (1997), “Homosexualidad ego-distónica”, *Sexología y sociedad*, núm. 3, pp. 15-19.
- Cámara de Diputados, Centro de Estudios de las Finanzas Públicas (2008), *Distribución del ingreso y desigualdad en México, ENIGH 2000-2006*, México.
- Castro, J.M. y Garduño, M.A. (1992), *Autoevaluación institucional de los posgrados en Salud Pública y Medicina Social en México*, Asociación Mexicana de Enseñanza en Salud Pública. Documento interno, México.

- Conapred (2011), *Grupos en situación de discriminación* [<http://www.conapred.org.mx/>], fecha de consulta 8 de marzo de 2011.
- Doyal, L. y Gough, I. (1991), *Theory of human needs*. Mc Millan, Londres.
- FPNU (2008), *Estado de la población mundial 2008. Ámbitos de convergencia: Cultura, género y derechos humanos*, Fondo de Población de las Naciones Unidas, UNFPA, Nueva York, pp. 43-53 y 86-95 [[www.unfpa.org](http://www.unfpa.org)], fecha de consulta: 2 de marzo de 2011.
- Galeano, E. (1990), *Las venas abiertas de América Latina*, Siglo XXI Editores, México.
- Garduño A. (1998), “La salud de las mujeres ¿un derecho o un medio?”, *Revista salud y mujer, red de salud de las mujeres latinoamericanas y del Caribe*, núm. 4, pp. 51-55.
- Giddens, A. (2001), *Desigualdad y globalización cinco conferencias*, Facultad de Ciencias Sociales y Manantial, Buenos Aires.
- Giménez, G. (2005), “La cultura como identidad y la identidad como cultura”, conferencia magistral presentada en el *Tercer Encuentro Internacional de Promotores Culturales*, Guadalajara, Jalisco, del 26 al 30 abril, UNAM, Instituto de Investigaciones Sociales.
- Glazier, A.; Metin, A.; Schmid, G.; García, C. y Van Look, P. (2006), “Sexual and reproductive health: a matter of life and death”, *Lancet*, núm. 368, pp. 1595-1607.
- González, E. (2002), *La sexualidad prohibida*, Plaza y Janés, México.
- Granados, J.A.; Torres, C. y Delgado, G. (2009), “La vivencia del rechazo en homosexuales universitarios de la Ciudad de México y situaciones de riesgo para VIH/Sida”, *Salud Pública de México*, 51(6), pp. 482-488.
- Granados, J.A. y Delgado, G. (2006), *Salud mental y riesgo de VIH-Sida. Aproximación cualitativa a la experiencia de la homofobia*, UAM, México.
- Jarillo, E. y Garduño, M.A. (2010), “Los determinantes sociales de la salud en la formación del posgrado en medicina social y salud colectiva”, en Peña, F. y León, B. (coords.), *La medicina social en México II. Globalización neoliberal*, ENAH/INAH-Alames, México.
- Jiménez, M. (2007), “Mujeres trabajadoras ¿cuerpos propiedad de quien?: Un estudio de caso de los abortos atendidos en el Instituto Mexicano del Seguro Social en el año 2007”, tesis de la Maestría en Medicina Social, UAM-Xochimilco.
- Kelly, J.; Lawrence, J.; Smith, S.; Hodd, H. y Cook, D. (1987), “Medical student’s attitudes towards AIDS and homosexual patients”, *Journal of Medical Education*, núm. 62, pp. 549-556.
- Krieger, N. (2002), “Glosario de epidemiología social”, *Revista Panamericana de Salud Pública*, núm. 11, pp. 5-6.
- Lavrin, A. (1990), *La mujer en la sociedad colonial hispanoamericana*, en Leslie, B. Editorial Historia de América Latina, Barcelona.

- Lewis, S. (2011), "Población excluida del acceso a la salud", *Revista México Social*, Sección Visión Experta, febrero 1 [<http://www.mexicosocial.org/>], fecha de consulta: 16 de marzo de 2011.
- Lewontin, R.; Rose, S. y Kamin, L. (1991), *No está en los genes. Racismo, genética e ideología*, Conaculta, México.
- Lumsden, I. (1991), *Homosexualidad y Estado en México*, Solediciones/Canadian Gay Archives, México.
- Martiniello, M. (1998), *Salir de los guetos culturales*, Ediciones Bellaterra, Barcelona.
- Mathews, W.C.; Booth, M.W.; Turner, J.D. y Kessler, L. (1986), "Physicians' attitudes toward homosexuality. Survey of California County Medical Society", *Western Journal of Medicine*, núm. 144, pp. 106-110.
- Menéndez, E. (2001), "Biologización y racismo en la vida cotidiana", *Alteridades*, 11 (21), pp. 5-39.
- Pacheco, E. (2007), "El mercado de trabajo en México. Cambios y continuidades", en Guadarrama, R. y Torres, J.L. (coords.), *Los significados del trabajo femenino en el mundo global: estereotipos, transacciones y rupturas*, Antrophos/UAM, México, pp. 61-80.
- Preston, D.B.; D'Augelli, A.R.; Kassab, C.D.; Cain, R.E.; Schulze, F.W. y Starks, Mt. (2004), "The influence of stigma on the sexual risk behavior of rural men who had sex with men", *AIDS Education and Prevention*, 16(4), pp. 291-303.
- Robles, L. (2007), *La invisibilidad del cuidado a los enfermos crónicos: un estudio cualitativo en el barrio de Oblatos*, Editorial Universitaria, Guadalajara.
- Rose, L. (1994), "Homophobia among doctors", *British Medical Journal*, núm. 308, pp. 586-587.
- Sader, E. (1988), *Quando novos personagens entraram em em cena: experiências e lutas dos trabalhadores da Grande Sao Paulo, 1970-1980*, Paz e Terra, Brasil.
- Salinas, A.A. (2007), "La disociación entre sexualidad y reproducción un reto importante para la salud colectiva", en Jarillo, E. y Guinsberg, E. (eds.), *La salud colectiva en México. Temas y desafíos*, Lugar Editorial, Argentina, pp. 171-188.
- Samaja, J. (2004), *Epistemología de la salud*, Lugar Editorial, Argentina.
- Saunders, D.; Oxley, J. y Harvey, D. (2000), "Gay and Lesbian doctors", *British Medical Journal*, 320 (Supplement 2): 7233.
- Scott, J. (2003), *Los dominados y el arte de la resistencia*, Era, México / LOM, Chile / Trilce, Uruguay / Txalaparta, País Vasco.
- Secretaría de Salud (2011), *Mortalidad 2007*, SS, Sistema Nacional de Información en Salud, México [<http://sinais.salud.gob.mx/index.html>], fecha de consulta: 16 de marzo de 2011
- Stern, C. (2007), "Estereotipos de género, relaciones sexuales y embarazo adolescente en las vidas de jóvenes de diferentes contextos socioculturales en México", *Estudios Sociológicos*, XXV (1), pp. 105-129.

Vilas, C. (2001), “La salud: ¿de derecho a mercancía?”, en Torres, M. (coord.), *¿Equidad? El problema de la equidad financiera en salud*, Plataforma Interamericana de Derechos Humanos, Democracia y Desarrollo, Observatorio Universitario de Política social y Calidad de Vida, Alames, Colombia.

## Contexto y prácticas sociales violentas: su influencia en la formación de subjetividades y de vínculos en la sociedad

Mario Campuzano Montoya  
Leticia Cufre Marchetto

**E**n este capítulo se describe el impacto en la conformación de conjuntos sociales, de parejas, familias e instituciones mexicanas, como consecuencia del modelo económico neoliberal y de la posmodernidad en relación con el incremento de prácticas sociales violentas. Se discuten las modalidades de violencia generadas por la economía y cultura de época, que modelan subjetividades adaptadas a estos cambios, producen nuevas estructuras psicopatológicas y formas de relación en los grupos humanos y la sociedad en general.

### MODELO ECONÓMICO Y CULTURA DE ÉPOCA: NEOLIBERALISMO Y POSMODERNISMO

Para algunos autores la historia debiera ser fundamentalmente historia económica, considerando que la política económica establecida en un país o conjunto de países, es factor determinante en su organización social y cultural, en el establecimiento de determinado tipo de instituciones y leyes, en la vida cotidiana de la población, así como de su estado de salud.



El concepto de cultura de época<sup>1</sup> se ha utilizado ampliamente en la historiografía,<sup>2</sup> pero su aplicación a la situación contemporánea es un fenómeno reciente que tiene la virtud de orientar a los individuos y conjuntos humanos respecto a la comprensión de su contexto y las influencias externas que inciden en ellas. De esta manera, tratamos de sostener un juicio crítico ante ellas y mantener abierta la posibilidad de organizar una política de resistencia individual, familiar o colectiva de ser necesario. El modelo económico y la cultura de época influyen en la producción social de subjetividades y en las formas de vinculación interpersonal y social, así como en la definición de los perfiles caracterológicos y psicopatológicos predominantes. A continuación reseñamos su evolución histórica.

#### LA MENTALIDAD BURGUESA Y LA MODERNIDAD: EL SURGIMIENTO HISTÓRICO DEL INDIVIDUO

Con el advenimiento del capitalismo en la Edad Moderna (siglo XV) se introduce el concepto de “sociedad” como un conjunto de productores libres, al tiempo que surge la noción de “individuo” al que se le adjudica libre albedrío, condiciones necesarias para el desarrollo de un nuevo “Contrato Social”<sup>3</sup> que va a modificar todos los campos de la sociedad, de la cultura y de las relaciones humanas. Sin embargo, en el origen de la noción de individuo hay una contradicción básica: la diferente conceptualización que se hace desde las concepciones libertarias e igualitarias de los filósofos de la Ilustración y la conceptualización y operativización del individuo desde el joven capitalismo, que lo requiere fundamentalmente como productor libre y sujeto contractual. Estas contradicciones e insatisfacciones, más o menos resignificadas, llegan hasta la actualidad plasmándose como las expectativas humanistas y las económicas en relación con el individuo y la sociedad.

La nueva organización social y económica hace que muchas de las funciones antaño propias de la familia pasen a ser cubiertas por el Estado,

<sup>1</sup> Cultura de época: conjunto de modos de vida y costumbres, conocimientos y grado de desarrollo artístico, científico, industrial, en una época determinada.

<sup>2</sup> Por ejemplo: Cultura mexicana en la época colonial (o cultura novohispana).

<sup>3</sup> Acuerdo explícito o implícito realizado en el interior de un grupo por sus miembros, generalmente a nivel del Estado. Rousseau, Hobbes y Locke han hecho aportaciones clásicas sobre el tema.

mientras que a la familia le queda como espacio privilegiado el de los cuidados tempranos del niño y, por tanto, el del modelaje de los aspectos primarios afectivos. Estos cambios se mantuvieron durante varios siglos hasta que entraron en crisis y dieron paso al posmodernismo, como explicaremos adelante.

#### DEL MODERNISMO AL POSMODERNISMO: INESTABILIDAD INDIVIDUAL Y GENERACIONAL; INCERTIDUMBRE Y CRISIS DE VALORES

José Luis Romero (1987:161-162) destaca que los valores propios de la mentalidad burguesa:

[...] tienen una uniformidad de desarrollo desde el siglo XII hasta el XIX y una caída vertical de adhesión después de la Primera Guerra. Si se cuestiona todo es porque fundamentalmente se están discutiendo dos problemas básicos, de los cuales derivan todos los demás: el de la imagen de la realidad y el de la imagen del hombre.

En cuanto a la imagen del hombre, Romero (1987:164) sugiere que:

[...] lo que entra en crisis es la idea de que el hombre se realiza en la sociedad y para la sociedad, y se empieza a afirmar que todos los hombres, y no sólo los miembros excelsos de las élites, sino los más humildes, todos tienen un destino individual.

Destacar como objetivo final del hombre realizarse a sí mismo, no necesariamente en sociedad, es la gran revolución contra el *homo faber*. Este individualismo sin responsabilidad social es la novedad histórica e ideológica que vivimos en la actualidad. ¿Cuáles son los factores determinantes de estas importantes modificaciones socioculturales? Uno de ellos debemos buscarlo en los cambios en la estructura económica que han generado modificaciones sociales y culturales trascendentes que describimos a continuación.

## EL CAPITALISMO AVANZADO Y SU ORGANIZACIÓN ECONÓMICA: EL NEOLIBERALISMO

Durante el siglo XIX, el desarrollo del capitalismo, en su intento de frenar luchas reivindicativas de distintos grupos sociales, creó un nuevo modelo de organización social, el llamado “Estado benefactor” o “de bienestar”, que proporcionaba a sus ciudadanos diversos servicios de salud, educación y apoyo social que permitieron mantener la paz colectiva a partir de cumplir “funciones de redistribución de la riqueza y de regulación de las tensiones entre el capital y el trabajo” (Stolkiner, 1994:18). Pero lo que se logró en la dimensión nacional con estas nuevas políticas sociales se perdió en la dimensión internacional debido a la intensa pugna entre los países industrializados por el control de los mercados a partir del dominio de otras naciones, sujetas a nuevas formas de explotación conocidas como “neocoloniales”, que alcanzaron la dimensión de enfrentamiento militar en el siglo XX y que finalmente derivaron en las dos grandes guerras mundiales.

En el periodo de entreguerras, en 1929, se dio una grave crisis económica mundial iniciada en Estados Unidos, conocida como la Gran Depresión. La crisis continuó hasta la década de 1930, en algunos países hasta la de 1940, y sólo se resolvió, en el caso de Estados Unidos, por su participación en la Segunda Guerra Mundial (Stiglitz, 2010; Vidal, 2010). La posguerra generó nuevas demandas que mantuvieron activo al aparato productivo y fue hasta pasado el periodo de reconstrucción que se produjo una nueva crisis económica mundial por baja de la tasa de ganancia, que buscó solucionarse mediante la expansión de los mercados existentes a partir de varios mecanismos iniciados en la década de 1950 y claramente definidos en la década de 1970 con el modelo económico denominado neoliberalismo.

Desde nuestra perspectiva, se pueden resumir en el siguiente listado los mecanismos de expansión de los mercados:

- El establecimiento de una economía centrada en el mercado asequible a las masas medias y populares y la promoción del espíritu de consumismo a partir de los medios de difusión.
- El desarrollo de un amplio sistema de créditos para posibilitar y estimular el consumo, tanto de productos de tipo cotidiano, como para compra de viviendas, automóviles o para viajes, etcétera.

- El desmantelamiento del Estado benefactor y de diferentes servicios tradicionalmente prestados por el Estado para convertirlos en negocios privados, lo cual ha implicado la privatización de servicios de salud, de educación, de préstamos para vivienda, de pensiones, de agua, de carreteras, de comunicaciones y telecomunicaciones; de servicios de energía como gas, gasolina, electricidad, etcétera, y, en países no desarrollados, la privatización de la producción agrícola por grandes empresas nacionales y transnacionales con falta de estimulación a los pequeños productores.<sup>4</sup>
- La expansión del aparato financiero mediante la desregulación, o sea, la pérdida del control del Estado sobre las entidades financieras privadas acompañada de amplia opacidad contable, junto con la creación de nuevos instrumentos que han dado lugar a una economía especulativa en vez de productiva, apuntalada en papeles; una verdadera economía-ficción que no puede mantenerse indefinidamente.<sup>5</sup>

Estas políticas económicas neoliberales, de acuerdo con Mantecón (1993), se caracterizan por: el predominio del capital financiero sobre el industrial, la apertura y globalización de los mercados, la desestatización y privatización de la economía y la flexibilización laboral.<sup>6</sup>

<sup>4</sup> La afectación neoliberal sobre el agro se ha producido mediante la instalación de políticas oficiales de desaparición de subsidios a la agricultura en los países no desarrollados (mientras continúan en los desarrollados), amén de una falta de estímulos a la agricultura de subsistencia que mantiene las economías locales y reduce la emigración del campo y el establecimiento de estímulos que favorecen la no productividad. Con éstos y otros componentes de políticas agrícolas se logra la pérdida de la autosuficiencia nacional en alimentos y la consecuente necesidad de compra a otros países (ahora hasta del maíz, base de la alimentación nacional, donde somos dependientes de la importación) y se afecta a pequeños y medianos productores para estimular los negocios privados de las grandes transnacionales del campo. La especulación financiera con los alimentos, a partir del mercado de futuros, acentúa el problema al elevar el costo de los alimentos y favorece la desnutrición de grandes capas de la población y el riesgo de hambrunas en distintas regiones del mundo.

<sup>5</sup> Como ya lo mostró la crisis de pago de las hipotecas y del sistema financiero general iniciada en Estados Unidos y extendida a todo el mundo. Una gigantesca pirámide financiera, como la de los fraudes de Madoff, que puede mantenerse mientras haya ingreso de nuevos socios y, de no lograrse, se cae estrepitosamente.

<sup>6</sup> Cambio en las condiciones laborales favorables al trabajador, logradas por los sindicatos en el siglo XX; la flexibilización se basa en el contrato individual y la libertad de contratación lo cual implica el dominio del capital sobre el trabajo y se le relaciona con los fenómenos del trabajo precario.

La globalización ha tenido su impulso tecnológico en los avances en el campo de la electrónica y las telecomunicaciones, lo cual ha hecho posible una producción espacialmente dispersa (subprocesos en diversos países, buscando los menores costos) pero económicamente integrada, con efectos de intensa concentración del capital y exclusión del empleo y del ingreso a amplios sectores de la población. Se desconcentra la producción y se concentra la propiedad en unos cuantos centros globales: un limitado número de centros financieros ubicados especialmente en Nueva York, Londres y Tokio que controlan la dirección ejecutiva y el producto final, llevándose los beneficios resultantes de las ventas en el mercado mundial.

En las aldeas globales<sup>7</sup> se da un proceso paralelo: una fuerte polarización en la distribución de la renta (se concentra el capital en pocas manos) y en la de los empleos (aumentan los puestos de trabajo de baja remuneración, los organigramas se vuelven muy planos<sup>8</sup> y hay un fuerte desplazamiento al sector de trabajo informal y del desempleo). De esta manera la globalización ha impulsado la degradación económica, laboral y humana.

En 2008 se inició una severa crisis financiera y económica mundial, que Joseph Stiglitz (2010), premio Nobel de Economía en 2001, denominó la Gran Recesión, por su gravedad y sus semejanzas estructurales con la Gran Depresión de 1929. Si bien a partir de ese momento se ha iniciado un debate sobre la responsabilidad del enfoque neoliberal en su génesis y sobre la consecuente necesidad de hacer cambios, éste sigue siendo el modelo económico dominante con sólo tímidos y limitados esfuerzos de regulación y control en los países desarrollados que, por insuficientes, augura Stiglitz que llevarán a una crisis más severa. En países no desarrollados como el nuestro, donde el gobierno es gestor de los intereses del sector dominante que es el capital trasnacional y sectores del gran capital nacional, ni siquiera se ha esbozado la posibilidad de cambio de modelo, lo cual implicará consecuencias preocupantes para el país, sobre todo para su población más pobre.

Ahora bien, la respuesta del capitalismo a esta crisis no se ha quedado sólo en la economía sino que, para enfrentar las masas crecientes de insatisfechos, ha establecido formas variadas de control social en los distintos

<sup>7</sup> El término alude a un mundo ampliamente interrelacionado por las nuevas tecnologías de comunicación.

<sup>8</sup> Se recortan al máximo los puestos jerárquicos, lo cual limita las posibilidades de ascenso y la obtención de mayor salario.

países. En el nuestro ha sido el establecimiento del control militar-policíaco, bajo la justificación de la guerra contra el narcotráfico. Además, se han gestado cambios sociales y culturales.

#### CAMBIOS SOCIALES Y CULTURALES: POSMODERNISMO Y SOCIEDAD DE CONTROL MEDIÁTICO-CONSUMISTA. MANIPULACIÓN DE LOS DESEOS

En el plano social el cambio se ha dado de la sociedad disciplinaria, que describiera Foucault (1975) como propia de la modernidad, a la sociedad de control mediático-consumista propia del posmodernismo (Lipovestky, 1983) acorde con los cambios económicos resumidos anteriormente.

La estrategia de la sociedad disciplinaria era la vigilancia del comportamiento de los individuos en las instituciones, la principal estrategia de la sociedad mediático-consumista es el control de los deseos por medio del consumo. En otras palabras, puede continuar el reloj checador en el empleo como ejemplo del disciplinamiento clásico, pero además de esto, la publicidad y los medios de comunicación masiva incitarán al consumo para alcanzar una imagen ideal sustentada en tener un cierto tipo de automóvil (comprado a plazos, obviamente), usar ropa de marca (comprada con tarjeta de crédito), asistir a antros y consumir múltiples diversiones diseñadas por la industria del entretenimiento, comprar casa con la hipoteca correspondiente, viajar ahora y pagar después, etcétera, a fin de lograr la ilusión de la libertad de consumir promovida por la cultura hegemónica y los medios de comunicación cuando, en la realidad, sólo son expresiones de un control social enajenante.

Por otra parte, en el plano cultural, se abandonan los grandes relatos y utopías características de la etapa anterior así como declinan propuestas de las vanguardias políticas, con la aparición, en la filosofía y la ciencia, de pluralidad de enfoques y de tendencias relativistas en vez de las verdades universales del pasado. En el plano psicológico predomina en los individuos un enfoque narcisista-hedonista que tiende a reemplazar el enfoque de los deberes sociales y/o religiosos de la modernidad (Lipovestky, 1983).

## IMPACTO DE LOS CAMBIOS SOCIALES Y CULTURALES EN LOS INDIVIDUOS Y CONJUNTOS HUMANOS

Aunque los cambios culturales en países no desarrollados no son tan generalizados como en los desarrollados, no deja de apreciarse su impacto, aunque con diferente intensidad según el grupo sociocultural y económico de que se trate. De esta manera, habrá modelos de existencia premodernos, modernos y posmodernos, algunas veces con características bien definidas de un tipo u otro y a veces mezclados en diversas combinaciones. En los sectores sociales más pudientes serán más visibles las pautas posmodernas.

Lo central de estos cambios es el incremento del individualismo con un corte narcisista, hedonista y seductor, con el consecuente aflojamiento de los lazos sociales y los vínculos familiares y de pareja, así como el desplazamiento de ciudadanos a consumidores (Grupo doce, 2001; Rojas y Sternbach, 1997; Lipovestky, 1983). El control social se vuelve más oculto que en el viejo sistema disciplinario descrito por Foucault y se instala mediante la seducción e ideologización del consumo lograda mediante la manipulación de los deseos y emociones por el control mediático-consumista. La libertad queda reducida a la libertad de consumir, no sólo de consumir mercancías, sino también diversiones, viajes, servicios, salud, deporte y hasta cultura, quizás con la excepción de la cultura crítica. También aumenta la incertidumbre, tanto laboral como afectiva y el futuro ya no se invierte como de progreso, lo cual da un tono individual de predominio del tiempo presente, de un aquí y ahora desvinculado del pasado y el futuro. Cuando en los países como el nuestro estos mecanismos de control social no son suficientes, se complementan con la represión selectiva y hasta la militarización, como ya mencionamos.

En resumen, el modo de producción capitalista actual no funciona únicamente en el registro de los valores de cambio (del orden del capital o de los modos de financiamiento), sino que lo hace a partir de un modo de control de la subjetivación para generar mecanismos que lo posibiliten y lo legitimen como tarea esencial de cada sociedad en su intento de perpetuarse (Guattari, 1986). Desde este punto de vista, la producción de capital funciona de manera complementaria a la cultura: el capital se ocupa de la sujeción económica y la cultura de la sujeción subjetiva, no sólo mediante la publicidad para el consumo de bienes, sino también para la aceptación o legitimación del poder instituido.

En cuanto al impacto sobre las relaciones de pareja, se vuelve notoria la tendencia a la falta de compromiso para establecerlas así como la disminución en la duración de las uniones y en la búsqueda de su legalización. Hay más personas viviendo solas, aunque no solitarias porque comparten diversiones, afectos y sexualidad con otros. Hay más parejas que no quieren tener hijos, sea porque hay proyectos individuales que definen prioritarios, porque las condiciones económicas lo vuelven difícil o porque el hijo ya no es investido como fuente de realizaciones y trascendencia ya que se priorizan las satisfacciones individuales, tal como lo muestra la consulta psicoterapéutica en nuestro país (Campuzano, 2001) y en Argentina (Rojas y Sternbach, 1997).

En las familias que conservan ambos progenitores se aprecia una disminución de la autoridad y de la función paterna y en muchos casos una competencia de seducciones maternas por parte de los dos cónyuges que suele dejar inmaduros y poco eficientes a los hijos, con el agravante de la pérdida de exigencias propia de la cultura posmoderna. Aumenta el número de las familias uniparentales con presencia exclusiva de la madre o, con menos frecuencia, del padre.

El desmantelamiento del Estado benefactor o protector,<sup>9</sup> en su momento desarrollado insuficientemente y en la actualidad en neta liquidación, repercute en una situación de catástrofe en las familias más pobres en quienes la falta de protección social condena a la marginación y muerte de ancianos y enfermos. Así, las instituciones pierden sentido o lo trastocan al dejar de ser garantes sociales y referentes simbólicos (Lipovestky, 1983; Rojas y Sternbach, 1997; Grupo doce, 2001). El lazo social pierde fuerza y cohesión, disminuye la solidaridad y el sentido de pertenencia social, aumenta el individualismo, el “sálvese quien pueda a costa de lo que sea”, dando lugar a una gran facilidad para el pasaje a la violencia y la delincuencia. Como es de esperarse, también la psicopatología adquiere sesgos particulares.

<sup>9</sup> Propuesta política difundida en los países desarrollados en los siglos XIX y XX de acuerdo con la cual el Estado provee servicios y garantías sociales a la totalidad de los habitantes de un país, v.g. servicios de salud y de pensiones.



## IMPACTO DE LOS CAMBIOS HISTÓRICOS, SOCIALES Y CULTURALES SOBRE LA PSICOPATOLOGÍA DE LOS INDIVIDUOS CONTEMPORÁNEOS

En cada etapa histórica y lugar, la sociedad humana tiene distintas necesidades que son proyectadas al conjunto de sus miembros por medio de diversos mecanismos: leyes y reglamentos, instituciones, conformación de ideales y prohibiciones, de producción de representaciones imaginarias sociales, en definitiva, de la construcción social de su realidad (Lipovestky, 1983; Rojas y Sternbach, 1997; Grupo doce, 2001). En este marco se forman prototipos individuales que operan como modelos de identificación, como la imagen a lograr, por ejemplo el “carácter obsesivo” (trabajador, austero y ahorrativo) promovido en la etapa del capitalismo naciente que estudiara Weber (1903) en su clásica obra *La ética protestante y el espíritu del capitalismo*. El capitalismo actual, centrado en el consumo, genera dos tipologías predominantes: la de los “caracteres fronterizos” (Kernberg, 1975), influenciados y dependientes, fácilmente manipulables, y los rasgos narcisistas que en algunas personas se expresan en francos “caracteres narcisistas” (Kernberg, 1975). Estos últimos son, en general, los encargados de manipular sin sentimientos de culpa ni de responsabilidad a los demás.

Dicho de otra manera, como efectos de estructura, abundan los caracteres preedípicos. Con demasiada frecuencia, los pacientes que acuden a la consulta psicoterapéutica no presentan inhibiciones del Superyo, sino dependencia, impulsividad y falta de control propios de una falta de desarrollo del Yo y el Superyo, así como la grandiosidad y hedonismo sin límites del *Self*<sup>10</sup> narcisista. La inhibición y el placer no suelen ser problemas, sino la falta de realismo y de eficiencia operativa, la dificultad de profundizar en la visión de sí y de los otros, así como en la asunción de compromiso en los vínculos afectivos. Si los antiguos imperativos sociales eran: “sé responsable y trabaja”, ahora son: “consume y diviértete, claro, a través de la industria del entretenimiento, para que la diversión y el consumo sean rentables al sistema”.

<sup>10</sup> Por tradición se usa el término original en inglés que se traduce como sí mismo. Originalmente se usó para diferenciar al Yo, como instancia psíquica, del sí mismo como propia persona. Actualmente se emplea para designar una instancia de la personalidad en sentido narcisista: una representación de uno mismo para sí mismo, una investidura libidinal de sí mismo.

Por esas mismas razones disminuye la frecuencia de los caracteres neuróticos en la consulta, para los cuales se crearon las técnicas psicoanalíticas clásicas. Las nuevas demandas de la consulta exigen modificaciones técnicas (y de la teoría en la que se sustentan) y, con frecuencia, requieren de la modificación del encuadre para la creación de “parámetros psicoanalíticos”<sup>11</sup> transitorios pero necesarios para la contención de ciertos rasgos de carácter o comportamiento, ya que si esto no se logra, resulta imposible alcanzar metas terapéuticas. Se generan también otras patologías de época, como las adicciones, la anorexia y la bulimia.

Las adicciones son ejemplo del énfasis social en el consumo del placer inmediato mediante sustancias psicotrópicas, a las que se tiene fácil acceso en el mercado de forma legal o ilegal y que han dado lugar a un severo problema social y de salud pública. La magnitud del problema, inédito en la historia, hace claro su origen social, aunque se sustente en fragilidades individuales y vinculares que se deben prevenir y tratar.

#### OTROS DAÑOS

En la confluencia de los condicionantes sociales y las fragilidades subjetivas se producen una multiplicidad de problemas entre los que es de interés, de inicio, despejar tres: en primer lugar, el efecto sobre la población del dramático incremento de las muertes relacionadas con la violencia delincuencial, que se refuerza por la manipulación política de los criterios de seguridad pública. En parte la manipulación está orientada a encubrir el deterioro de todo lo que implica seguridad, como el pleno empleo, el respeto a las leyes que incrementan el bienestar o el estado de las instituciones públicas encargadas de proveerlo (Castel, 2004); culpabilizando exclusivamente a la delincuencia organizada, se genera un clima de temor, al tiempo que se oscurecen las causas amplias de la violencia. Esta manipulación provoca heridas en el tejido social y distorsiones subjetivas, así como dificultades para dar cabida a sentimientos de empatía generando cierta banalización del sufrimiento humano, así como el uso de defensas psicológicas extremas (Arendt, 2011; Cufre, 2008; Dejours, 2006), sean éstas individuales o co-

<sup>11</sup> Término utilizado para describir aspectos de la técnica psicoanalítica que pueden modificarse para satisfacer las necesidades de distintas clases de pacientes.

lectivas. Se generalizan sentimientos de pérdida y exclusión, de inseguridad e incertidumbre, de frustración y se abre un pasaje a las prácticas violentas. Una política de seguridad no puede quedarse en el nivel de cambio de las policías y del sistema de procuración de justicia, sino que requiere de una reversión de las políticas neoliberales con consideración y satisfacción de las necesidades de la población en términos de empleo, educación, salud, vivienda y seguridad social, así como desarrollo del mercado interno y reconstitución del lazo social cohesivo.

Las pérdidas económicas o de ideales individuales o colectivos dan origen a depresiones severas y aun a suicidios. La inseguridad genera temor y aislamiento. La incertidumbre lleva a la angustia, al uso y abuso del alcohol y las drogas, a los trastornos psicossomáticos o al uso y abuso de defensas maníacas para negar esta dura realidad mediante mecanismos como la trivialización, la banalización, la frivolidad y la superficialidad. La falta de horizonte futuro produce desmotivación y escapismo, expresados de manera amplia mediante las adicciones, así como también el neohipismo y el misticismo.<sup>12</sup> El miedo lleva a la pasividad y al conformismo (Campuzano, 1999). Los *ninis*,<sup>13</sup> jóvenes que ni estudian ni trabajan, y que en México se han calculado en siete millones, son un ejército de reserva ya no para el trabajo, que poco existe, sino para las adicciones o la delincuencia, hasta en su forma extrema de sicarios.

El paso al neoliberalismo significó la pérdida de la administración gubernamental del narcotráfico (Hernández, 2010; Avilés, 2010) dentro de ciertos esquemas de control, para dar lugar a su privatización salvaje convirtiéndolo en negocio libre de narcotraficantes y funcionarios gubernamentales asociados con ellos. La sospecha es que por la presión estadounidense se generó

<sup>12</sup> El hippismo fue un movimiento contracultural masivo que se desarrolló en Estados Unidos en la década de 1960 y se extendió a muchos lugares del mundo. Se planteaba valores como el amor libre, la revolución sexual, la búsqueda de estados diferentes de conciencia mediante la meditación o el uso de drogas, así como una simplicidad de vida por rechazo al consumo y una tendencia a la vida en comuna. El neohippismo se refiere a personas de ulteriores generaciones que se identifican con este movimiento y viven, como subcultura, de esa manera. Misticismo se refiere a las personas que viven en la contemplación de Dios o dedicadas a las cosas espirituales. La tendencia posmoderna es hacia formas místicas orientales como budismo, hinduismo y otras.

<sup>13</sup> El vocablo *nini*, de reciente aparición en los discursos políticos, designa a jóvenes entre 14 y 29 años, de clase media y alta, que por diversos factores (fundamentalmente desempleo) se encuentran en la situación que los define: ni estudian, ni trabajan.

esta guerra para alinear los cárteles a su conveniencia (Fazio, 2011, 2010) y sustituir el control nacional de la industria ilegal del narcotráfico por el control transnacional, igual que hace unos años se hiciera con las industrias legales, así como “acelerar la descomposición del Estado mexicano y el desmantelamiento de la Nación” (Garrido, 2011:28). Recientemente se ha agregado la hipótesis complementaria de fallas en la contención de la delincuencia a nivel de la policía municipal, derivadas de su afectación por la intervención federal a partir de la llamada “guerra contra el narcotráfico” que pudo haber generado desajustes en los múltiples arreglos informales que eran la base del orden social. Los datos de Escalante (2011) muestran la falta de justificación del inicio de esta guerra (los homicidios estaban disminuyendo) y sus resultados negativos ya que las entidades donde han existido operativos de las fuerzas federales entre 2007 y 2009 tienen una tasa de homicidios muy superior al resto del país (cuatro veces mayor) (véanse también: Magaloni, 2011; Azuela, 2011; Lomnitz, 2011).

El impacto sobre la salud es enorme y multidimensional, no sólo en el aumento de homicidios (muchos mediante “ejecuciones” y precedidos de torturas) y heridos, sino también de suicidios y de un sufrimiento psicosocial generalizado en la población, sin que haya posibilidades reales de atenderlos dada su cuantía, acompañados de inseguridad tal que ha generado la renuncia de médicos y otros profesionales a las instituciones de salud, así como su emigración de las zonas de mayor conflicto como Ciudad Juárez. De esta manera, el poder gubernamental tiene que hacer cogobierno con poderes paralelos nacionales y transnacionales. La tendencia general es a la conformación de un país de mafias con el ciudadano empobrecido, indefenso y acosado.

Como consecuencia se abren importantes interrogantes a nivel nacional sobre el futuro: ¿qué consecuencias tendrá en el equilibrio de poderes esta presencia del ejército en las calles y esta costosa guerra (tanto en lo económico como en el número de muertos y heridos), así como el haber estimulado a desarrollar una alta capacidad de fuego a los poderosos carteles?; los soldados y sicarios que sostienen esta guerra ¿podrán reincorporarse a la vida civil en el futuro?

En el campo de la salud ya no tenemos que pensar sólo en las necesidades de la población en condiciones de paz social sino en estas particulares condiciones de guerra interna y, sean cuales sean sus resultados, sobre cómo abordar las inevitables y graves secuelas físicas y psicosociales, y como gran

contradicción, con instituciones oficiales de salud muy disminuidas en presupuesto y operatividad para forzar la privatización del sector.

#### LOS OLVIDADOS<sup>14</sup>

Sin embargo, como se mencionó, un daño más grave que las mismas muertes es la producción social de subjetividades fracturadas (Castoriadis, 2008) adaptadas a la violencia o, más precisamente, sobre adaptadas a dichas prácticas que, al ser cotidianas y constantes, dejan de percibirse y de cuestionarse. Se hacen invisibles, aun para quienes las sufren o ejercen, con lo que resultan indecibles y, por lo tanto, impensables e inmodificables. Es un grave daño en el sentido de que puede producir efectos acumulativos imprevisibles a mediano y largo plazo. A partir de los resultados de nuestras recientes investigaciones describiremos algunas de las tramas psicosociales en las que se materializan las nuevas condiciones de subsistencia (Badillo, 2009). Se trata de un modelador social y psíquico que marca patrones en el caso de las víctimas, los perpetradores, los cómplices y los testigos, con lo que afecta a la sociedad en su conjunto. Nos preguntamos hasta qué punto esta producción aporta o facilita la impunidad, así como la reproducción de modalidades violentas o las escaladas de la misma. Como se dijo, para comprender y, sobre todo, para intervenir en esta problemática, se hace necesario superar escollos de orden sociopolítico pero también teóricos, relacionados con formas de percibir y categorizar al mundo mediante la aplicación de un pensamiento lineal, encerrado en los límites de disciplinas que, supuestamente, puedan abarcar al objeto en su totalidad. Trabajar sobre la relación entre prácticas sociales violentas y salud exige no restringirse a las pérdidas innecesarias de vidas, sino ampliar el análisis incorporando el estudio de las huellas eficaces en la producción de padecimientos permanentes físicos y mentales en el marco de las afectaciones al tejido social.

El *corpus* de la reflexión en esta sección está formado por resultados de investigaciones realizadas con estudiantes universitarios mexicanos del área de humanidades (Cufre, 2008) y otra, inédita, con estudiantes de un Telebachillerato de una ciudad de provincia.

<sup>14</sup> Después del éxito de la película *Los olvidados*, realizada en México por Luis Buñuel (1900-1983), fue que Jacques Prévert escribió un poema con el mismo título.

La primera de dichas investigaciones se realizó en un plantel universitario a partir de hechos particularmente violentos en dos noches sucesivas de festejos por la finalización de cursos, con el resultado de un joven estudiante herido y una persona de la seguridad contratada con un tiro en la pierna, probablemente autoinfligido por accidente, durante la primera noche de fiesta en la explanada de la universidad. En la segunda noche un joven de la Colonia en la que está el Área de Humanidades murió desangrado a consecuencia de una puñalada en el cuello. Al poco tiempo de trabajar en el campus llamó la atención del grupo de investigadores la frecuencia y multiplicidad de las violencias cotidianas que se daban en las diferentes facultades, así como la caída de los más elementales pactos de convivencia (Kaes, 2006). La metodología empleada se diseñó en función de investigar imaginarios grupales (Tarracena-Ruiz, 2007; Fernández, 1999); resumo a continuación los resultados.

En la búsqueda de inteligibilidad de las afectaciones producidas por las violencias en las modalidades de la subjetividad de los estudiantes, detectamos las siguientes marcas:

- Tendencia a banalizar las prácticas sociales violentas
- Limitaciones en la simbolización de las prácticas violentas
- Fracturas en los discursos sobre violencias o discrepancias de sentido entre el discurso explícito y el latente, irrupción del “sin sentido”
- Las representaciones relacionadas con violencia tienen rasgos de pensamiento concreto: predomina el recuerdo y la repetición sobre la fantasía o la imaginación, se dramatizan conductas estereotipadas, con tendencia a la descarga mediante la acción
- Rasgos de carácter regresivo
- Naturalización de las prácticas violentas
- Victimización
- Autodiscriminación
- Uso frecuente del mecanismo de renegación a nivel individual y colectivo.
- Trasfondo de malestar.

Por la necesidad de soportar sentimientos de indefensión e impotencia ante la impunidad, los jóvenes tendían a negar lo insoportable y, al dudar de sus propias percepciones, se negaban a sí mismos como sujetos. Así, a pesar de las consecuencias contundentes de las prácticas sociales violentas,

en ciertos casos devastadoras, pueden hacerse invisibles para los actores sociales implicados, o que son testigos, por la vía de la producción o modificación de ciertos rasgos subjetivos. Pero esto no era suficiente para comprender cómo se producía esa invisibilización y esa fue la pregunta central de la siguiente investigación.

En el proyecto, iniciado en junio de 2009, se consultaron aproximadamente 100 jóvenes de entre 15 y 19 años, estudiantes de un telebachillerato (TEBA), es decir, jóvenes que transitan una etapa vital en la que una de sus tareas principales es la formación o consolidación de la subjetividad. La metodología de obtención de datos fue básicamente aunque no exclusivamente, cualitativa, ya que se exploraron los imaginarios sociales de diversos grupos de ese TEBA mediante observaciones y entrevistas individuales y grupales con dramatizaciones con: 1) maestros y autoridades de esa institución; 2) alumnos de ingreso reciente, los que cursan un semestre aproximadamente a mediados de su formación y los alumnos del último semestre; 3) cuatro alumnos de diferentes niveles a los que se les aplicó entrevistas a profundidad; 4) padres de familia con hijos en el telebachillerato; 5) actores sociales de la comunidad que sostiene al telebachillerato. Además se realizó una encuesta con la totalidad de los alumnos de ese TEBA, sobre cómo perciben la violencia social. Anteriormente, habíamos realizado numerosas observaciones en aula y analizado información producida por instituciones oficiales (Ssa, INEGI, SEV) y por otros investigadores.

El procesamiento de datos, en curso, se realizó mediante triangulación de resultados, tratando de seguir, en la medida de lo posible, el método inductivo de Carlo Ginsburg (1999), por lo cual se interpretaron recurrencias, concordancias y discrepancias, leídas desde los ejes teóricos o conceptuales que, a su vez, se reelaboraron durante el proceso según lo requerían los nuevos entendimientos que aportaba este último. Se proporcionarán algunos hallazgos.

En primer lugar, debimos redefinir el lugar de nuestra investigación, en el entendido de que nuestro terreno es el de los “malestares cotidianos”, que Cucco García (2006: 32) define como:

[...] aquellos que la gente sufre y habitualmente no analiza ni cuestiona porque los considera normales; no generan demanda explícita, no tienen interlocutor válido, y para ellos no existe campo de intervención. Las respuestas habituales se brindan desde campos terapéutico-asistenciales que, o bien tienden a medicalizarlos, psiquiatrizarlos o categorizarlos como pertene-

cientes a grupos de riesgo social, o bien incluirlos en acciones preventivas inespecíficas, quedando la mayor parte de las veces en tierra de nadie. Acuñamos el concepto de Normalidad Supuesta Salud para referirnos a ellos. Para situar la génesis de estos malestares hemos de focalizar la mirada en ese punto de cruce donde se cuajan los roles asignados, lugar de encuentro entre lo más íntimo personal con elementos de lo social propios de una formación social dada.

Desde esta perspectiva se hizo necesario el replanteamiento de los mecanismos psicosociales de invisibilización. Tanto la invisibilidad como la participación, en ocasiones complicidad de las víctimas y naturalización del proceso es, según Bourdieu (1997), una característica distintiva de la violencia simbólica. Por lo cual nuestra indagación se orientó a las representaciones y contenidos imaginarios, las imaginерías, que podrían estar circulando en los grupos investigados (Fernández, 1999). Fue un trabajo arduo por que a los jóvenes parecía resultarles muy difícil el “como si” de las dramatizaciones y el tema de la violencia resultaba particularmente tabú. En la triangulación y análisis de resultados encontramos que lo invisibilizado en este caso es muy elemental: se trata del carácter de sujetos y el estatus de ciudadanía de los estudiantes del TEBA. ¿Cómo comprender esa invisibilización? Estos jóvenes, en general, viven una espiral descendente de pobreza que les hace casi imposible salir del lugar que les fue socialmente asignado, lo que a su vez “confirma que tienen lo que merecen”. La estrechez, en algunos casos el vacío, del campo existencial de los jóvenes parece estar relacionada con la producción de subjetividad y la necesidad de plasmar una identidad (Kornblit, 2008; Vasilachis de Gialdino, 2003) en un ambiente de carencia extrema. Esta indagación nos remitió a los efectos psicosociales de la miseria o de la modalidad violenta de prácticas económicas y en la descripción de algunas dinámicas institucionales que apuntan a la creación de imaginarios legitimantes de esa situación.

Una dificultad conceptual a sortear fue distinguir entre pobreza y miseria o pobreza extrema. La pobreza en sí resulta ser un mosaico de realidades que de acuerdo con Subirat (2004:17):

[...] abarcan, más allá de la desigualdad económica, aspectos relacionados con la precariedad laboral, los déficits de formación, el difícil acceso a una vivienda digna, las frágiles condiciones de salud y la escasez de redes sociales y familiares, entre otros.



No se trata de dejar a un lado el concepto de pobreza, sino más bien de ampliar sus márgenes dado que este concepto y la determinación de sus niveles, remiten a criterios económicos sin dejar mucha cabida para otras consideraciones. Joan Subirat, en el texto mencionado, propone emplear en vez de “niveles de pobreza”, “procesos de inclusión-exclusión”.

La mayoría de alumnos y alumnas del TEBA trabaja por la mañana para poder asistir a clases en las tardes o sea, en términos estrictamente económicos, no podríamos aplicarles la categoría de pobreza extrema pero, si se considera su bajísimo capital cultural (Bourdieu, 2004) y el nulo capital social o de redes sociales, podemos entender que dichos capitales no alcanzan para ser reconvertidos en capital simbólico que, según Bourdieu (1999), es el que tiene la finalidad de legitimar los otros tipos de capital<sup>15</sup> y, transitivamente, a quienes los detentan. “Como no tienen, no son”; así entendemos el borramiento de los sujetos y también cierto descuido o desánimo del personal de la escuela. Mencionamos algunos ejemplos o viñetas que pueden ilustrar lo dicho.

- Cuando llegamos a la escuela, en septiembre de 2010, nos informaron que había 130 alumnos. Cuando aplicamos una encuesta en marzo de 2011 había 105 alumnos, sin que el personal hubiera reportado bajas.
- Ante el descuido de las instalaciones de la escuela (no funcionan los aparatos, la biblioteca era ínfima, la comunidad pagaba un conserje ocupando parte de los \$400.00 semestrales que paga cada alumno, las paredes y las aulas se veían polvosas y deterioradas) nos comentaron que los 10 maestros adscriptos a ella en ese momento, pertenecían a tres sindicatos diferentes y que, en general, tenían una mala relación con el gobernador del estado, por lo que la escuela no había recibido los “donativos” acostumbrados durante su gestión. Suponemos que evidentemente, algo pasaba (que nada tenía que ver con los alumnos) porque a la semana del cambio de gestión estaban pintando la escuela.
- Casi todos los maestros del TEBA tienen otros trabajos por las mañanas y sólo algunos como docentes. Para ocupar el cargo basta con una licenciatura de lo que sea, así una bióloga imparte literatura y un pedagogo enseña inglés, contando como apoyos pedagógicos con un sistema de televisión que

<sup>15</sup> Bourdieu amplía el sentido marxista de capital económico, extendiéndolo a otras especies de capital (cultural, social, simbólico) que desempeñan un papel importante en la dinámica social (Chauviré y Fontaine [2008:19]).

no funciona, sea por problemas con los aparatos o porque los alumnos lo consideran tremendamente aburrido.

- En observación directa en un salón de clase escuchamos a un maestro decir a su grupo algo así: “de 26 que son ustedes, ¡sólo 4 o 5 padres vinieron a ver sus calificaciones! Ustedes no les importan ni a sus padres”. El grupo quedó paralizado, al punto de que sonó el timbre y nadie se movió ni habló.
- En otra observación en clase, sin motivo aparente, una alumna rompió a llorar. El grupo continuó como si nada pasara: ni la maestra, ni sus compañeros se acercaron a ella.
- Una alumna dijo, en entrevista grupal: “Nunca nadie me preguntó qué quiero” Entrevistadora: ¿y eso cómo lo ves? Alumna: “Es que a nadie le interesa”.

Se podrían aportar muchos ejemplos pero no es el objetivo de este texto. En resumen, se encontraron efectos acumulativos e invisibilizados de una estructura social violenta, que inciden creando un ambiente propicio a la reproducción del fenómeno y, a partir de la producción social de subjetividades y una filosofía de vida concordante. Como dice el corrido de un conocido grupo mexicano, por cierto censurado de tiempo en tiempo: “Más vale un minuto de gloria que una vida de infierno” (Los Tigres del Norte: “El Sinaloense”). Sin embargo, hay jóvenes que resisten, en nuestro caso vimos pocos, que hacen grandes esfuerzos por diferenciarse del ambiente opresivo.

Otra de las cuestiones que nos sugieren los resultados de esta investigación es la necesidad de incorporar más eficazmente al enfoque de salud pública la atención a la salud mental, gravemente afectada por las modalidades violentas de las prácticas sociales económicas que se naturalizan y, por lo tanto, se encubren con gran facilidad. Aprovechando experiencias previas en las que se vieron las dificultades que han tenido en nuestro país los programas sociales, por ejemplo el de nutrición, incluir los problemas de violencia exige la aplicación de una perspectiva multidisciplinaria, multisectorial y abierta a lo que ésta significa como válvula de escape a la falta de posibilidades reales de progreso económico, social y cultural de grandes sectores de población.

No parece ser razonable suponer que muchos de los jóvenes consultados en el TEBA se unan a la violencia delincencial, por el contrario, creemos posible que engrosen las filas de una masa “resignada con su suerte” que no puede relacionar su sufrimiento con injusticias sociales subyacentes lo

que, según Dejours (2006), les impide tomar conciencia y solidarizarse con sus pares. En ese sentido el riesgo es la pasividad, aunque puedan surgir estallidos.

Es decir, en la absoluta inconsciencia del origen de los malestares cotidianos que padecen, con la creencia de que ese sufrimiento es individual y debe ser privado por vergonzante, probablemente muchos de ellos llegarán a reproducir las violencias más o menos pequeñas de su vida cotidiana y serán masa de maniobra de políticos que sólo los reconocen cuando se trata de obtener votos o identificar culpables del fracaso de sus políticas.

A manera de reflexión final una frase mencionada por Marguerita Yourcenar (1987) referida a *La prudencia de Confucio*.

El maestro dijo:

—Si no nos ocupamos de las cosas situadas lejos de nosotros, los desastres estarán cercanos.

#### BIBLIOGRAFÍA

- Arendt, H. (s/f), “Eichmann en Jerusalem: un estudio sobre la banalidad del mal”, *Henciclopedia* [<http://www.henciclopedia.org/uy/autores/ArendtHannah-Eichmann.htm>], fecha de consulta: 1 de marzo de 2011.
- Avilés, J. (2010), “Wikileaks. Hernández: días de transparencia”, *La Jornada*, sábado 11 de diciembre, Sección Política, México, p. 10.
- Azuela, A. (2011), “¿Algo que no sepamos? Casi todo”, *Nexos*, núm. 398, pp. 13-15.
- Badillo, M. (coord.) (2009), *Morir en la miseria*, Océano, México.
- Bourdieu, P. (2004), “Prueba escolar y consagración social”, *Acta Sociológica*, núm. 40, pp. 9-176.
- (1999), *La miseria del mundo*, Akal/Fondo de Cultura Económica, Argentina.
- (1997), *Capital cultural, escuela y espacio social*, Siglo XXI Editores, México.
- Campuzano, M. (2001), *La pareja humana, su psicología, sus conflictos, su tratamiento*, Plaza y Valdés, México.
- (1999), “Neoliberalismo y salud mental”, *Imagen Psicoanalítica*, núm. 11, pp. 93-102.
- Castel, R. (2004), *La inseguridad social ¿Qué es estar protegido?*, Manantial, Argentina.
- Castoriadis, C. (2008), *El mundo fragmentado*, Terramar ediciones, La Plata, Argentina.

- Cucco García, M. (2006), *ProCC: una propuesta de intervención sobre los malestares de la vida cotidiana. Del desatino social a la precariedad narcisista*, Atuel, Buenos Aires.
- Cufre, L. (2010), “Una inquietante familiaridad”, *Biblioteca Virtual de Humanidades de la Universidad Veracruzana* [<http://www.uv.mx/bdh/coleccion-investigacion/Cufre-inquietante-familiaridad.pdf>].
- Chauviré, C y Fontaine O. (2008), *El vocabulario de Bourdieu*, ATUEL/Anfora Buenos Aires.
- Dejours, C. (2006), *La banalización de la injusticia social*, Topía, Buenos Aires.
- Escalante, F. (2011), “La muerte tiene permiso: homicidios 2008-2009”, *Nexos*, núm. 397, pp. 36-49.
- Fazio, C. (2010), “La cantaleta imperial”, *La Jornada*, lunes 4 de octubre, sección X: 21, México.
- Fazio, C. (2011), “Hillary, la guerra y la sangre”, *La Jornada*, lunes 24 de enero, sección X: 21, México.
- Fernández, A.M. (comp.) (1999), *Instituciones estalladas*, Editorial Universitaria de Buenos Aires, Argentina.
- Foucault, M. (1975 [1977]), *Vigilar y castigar. Nacimiento de la prisión*, Siglo XXI Editores, México.
- Garrido, L.J. (2011), “El agente”, *La Jornada*, viernes 25 de febrero, sección X: 28. México.
- Ginzburg, C. (1999), *Mitos, emblemas, indicios. Morfología e historia*, Gedisa. Barcelona.
- Grupo doce (2001), *Del fragmento a la situación. Notas sobre la subjetividad contemporánea*, Edición de autor, Buenos Aires.
- Guattari, F y Rolnik, S. (1986), *Micropolítica. Cartografías do desejo*, Voces Editorial, Petrópolis.
- Hernández, A. (2010), *Los señores del narco*, Grijalbo, México.
- Kaës, R. (2006), “El malestar del mundo moderno y el sufrimiento psíquico de nuestro tiempo”, en Kaës, Fernández, Mercado, Vallejo, Solís, *Entre lo uno y lo múltiple*, Universidad de Guadalajara, México.
- Kernberg, O. (1975 [1997]), *Desórdenes fronterizos y narcisismo patológico*, Paidós, México.
- Kornblit, A.L. (coord.) (2008), *Violencia escolar y climas sociales*, Biblos, Buenos Aires.
- Lipovetsky, G. (1983 [1986]), *La era del vacío. Ensayos sobre el individualismo contemporáneo*, Anagrama, Barcelona.
- Lomnitz, C. (2011), “¡Exijo una explicación! (¡plop!)”, *Nexos*, núm. 398, pp. 8-11, México.
- Magaloni, K. y Apellido, A.L. (2011), “El crimen no es el problema”, *Nexos*, núm. 398, México, pp. 11-13.

- Mantecón, A.R. (1993), “Globalización cultural y antropología”, *Alteridades*, 3(5): pp. 79-91.
- Rojas, M. y Sternbach, S. (1997), *Entre dos siglos. Una lectura psicoanalítica de la posmodernidad*, Lugar Editorial, Buenos Aires.
- Romero, J.L. (1987), *Estudio de la mentalidad burguesa*, Alianza Editorial, México, 1989
- Stiglitz, J.E. (2010), *Caída libre. El libre mercado y el hundimiento de la economía mundial*, Santillana, Madrid, México.
- Stolkiner, A. (1991), “Crisis, Estado y políticas en salud mental”, *Salud, Problema y Debate*, 3(6), pp. 17-25.
- Subirat, J. (2004), *Pobreza y exclusión social. Un análisis de la realidad española y europea*, Fundación La Caixa, Colección estudios sociales 16 [www.estudios.lacaixa.es].
- Taracena- Ruiz, E. (coord.) (2007), *Problemas sociales de salud y educación. Un enfoque cualitativo de investigación*, UNAM Iztacala, México.
- Vidal, G. (2010), “Crisis económica, bancos, grandes empresas y financiarización de la ganancia”, en Correa, E.; Guillén, E. y Vidal, G. (coords.), *Capitalismo. ¿Recuperación? ¿Descomposición?*, UAM-Iztapalapa/ Miguel Ángel Porrúa, México, capítulo II: pp. 59-94.
- Vasilachis de Gialdino, I. (2003), *Pobres, pobreza, identidad y representaciones sociales*, Gedisa, Barcelona.
- Weber, M. (1903 [2003]), *La ética protestante y el espíritu del capitalismo*, Fondo de Cultura Económica, México.
- Yourcenar, M. (1987), *La prudencia de Confucio*, Analecta, XV (11):43.

## Perspectivas: hacia el logro de salud universal en México

Luis Felipe Bojalil  
Ma. del Consuelo Chapela  
Ma. Elena Contreras

Y de aquí que México, a pesar de cuanto tiende a descivilizarlo, a pesar de las espantosas conmociones que lo sacuden y revuelven hasta los cimientos, en largos trechos de su historia, posea en su pasado y en su presente con qué crear o –tal vez más exactamente– con qué continuar y ensanchar una vida y una cultura que son peculiares, únicas, suyas.

PEDRO HENRIQUEZ UREÑA (1925)

**E**ste libro trata sobre salud, principalmente sobre la salud en México, en cada capítulo se mencionan causas que condicionan el estado de salud o pérdida de ella, lo que conduce a la enfermedad. Hemos decidido abordar en este capítulo la salud universal y el acceso a los servicios, aunque en realidad se trata de un problema multidisciplinario con diferentes niveles de complejidad.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), desde hace ya varios años, ha señalado como objetivos alcanzar la universalidad en la salud, por ello ha impulsado a los gobiernos para avanzar en el logro de proporcionar salud universal. En la declaración de Alma Ata (OMS, 1978) se fijó como objetivo alcanzar salud para todos en el año 2000, dando prioridad a la

atención primaria. Treinta y dos años después, en 2011, estamos muy lejos de alcanzar esta meta, al menos en lo que respecta a la salud en México (véase por ejemplo WHO, 2010).

La atención universal de la salud es un valor contenido en la mayoría de los textos constitucionales de prácticamente todos los países. La Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la propia OMS, han vuelto a renovar su llamado para impulsar “la Atención Primaria de Salud en las Américas” como estrategia para disminuir las inequidades de salud en los países miembros y señalan como requisito fundamental contar con sistemas de salud que atiendan a la población sin distinción de clases, educación, sexo, edad, nacionalidad y así poder lograr una vida colectiva digna (OPS, 2007). Expertos expresan que una sociedad que quiera construir un mejor futuro con libertad y comprometerse con el desarrollo humano (United Nations Development Program, 2003; Sen, 1999) debe cultivar la salud como valor colectivo, involucrando a un Estado responsable:

El derecho al mayor nivel de salud posible sin distinción de raza, género, religión, orientación política o situación económica o social se expresa en muchas constituciones nacionales y se articula en tratados internacionales, entre ellos la carta fundacional de la Organización Mundial de la Salud. Ello implica derechos legalmente definidos de los ciudadanos y responsabilidades del Estado y de otros implicados, y crea los mecanismos para que los ciudadanos puedan reclamar en caso de que esos compromisos no se cumplan. El derecho al mayor nivel de salud posible es fundamental, al garantizar que los servicios de salud respondan a las necesidades de la población, que haya responsabilidad en el sistema de salud y que la APS se oriente a la calidad, de tal forma que se logre la máxima eficiencia y efectividad, minimizando a la vez los posibles daños a la salud. El derecho a la salud y otros derechos están unidos indefectiblemente a la equidad, y a su vez reflejan y ayudan a reforzar la solidaridad social (OPS, 2007:9).

En el 2005 el gobierno de México signó la “Declaración de Montevideo” (OPS, 2005:2), en donde, entre otros compromisos, adquirió el de facilitar la inclusión social y la equidad en materia de salud:

Los Estados deben trabajar para alcanzar la meta del acceso universal a la atención de gran calidad para obtener el grado máximo de salud que se pueda lograr. Asimismo, deben determinar y eliminar las barreras al acceso

institucionales, geográficas, étnicas, de género, culturales o económicas, y elaborar programas concretos para las poblaciones vulnerables.

Como se ha mostrado en los capítulos de este libro, no cabe duda de que el gran problema de México es la desigualdad social, en salud, educación, económica. Abatirla es condición imprescindible para avanzar en el desarrollo humano con equidad, lo que podría contribuir al aseguramiento del acceso a los servicios en beneficio de toda la población. Este planteamiento puede considerarse utópico, pero no hay más solución que avanzar por este camino. Las diferencias culturales, económicas, educativas y otras, hacen más difícil enfrentar los retos, por otro lado indispensables, para construir una sociedad más democrática.

El geógrafo prusiano Alexander Von Humboldt (1769-1859) en el año de 1799 señaló la gran desigualdad que privaba en la Nueva España (Humboldt, 1811; véase también Humboldt 1974):

Nueva España es el país de la desigualdad. En ninguna parte la hay más espantosa en la distribución de fortunas, civilización, cultivo de la tierra y población. La capital y otras muchas ciudades tienen establecimientos científicos que se pueden comparar con los de Europa... todo anuncia un extremo de esmero, que se contrapone extraordinariamente a la desnudez, ignorancia y rusticidad del populacho [...] Cuando se hayan quitado las trabas que el gobierno ha puesto hasta el día a varias ramas de la industria nacional; cuando la agricultura novohispana no esté atada por un sistema de administración que empobrece las colonias sin enriquecer la metrópoli, los viñedos sustituirán poco a poco a los plantíos de maguey... una sabia administración podrá restablecer la armonía, calmar las pasiones y resentimientos y conservar, acaso aún por mucho tiempo, la unión entre los miembros de una misma familia (citado en Álvarez-Lloveras, 2008:32-33).

Por su parte, en 1925 el escritor dominicano Pedro Henríquez Ureña (1884-1946) señala los esfuerzos de México en los últimos 100 años, por construir una sociedad nueva, aunque aún no se haya conseguido:

Está México ahora en uno de los momentos activos de su vida nacional, momento de crisis y de creación. Está haciendo la crítica de la vida pasada; está investigando qué corrientes de su formidable tradición lo arrastran hacia escollos al parecer insuperables y qué fuerzas serían capaces de empujar-



lo hacia puerto seguro. Y México está creando su vida nueva, afirmando su carácter propio, declarándose apto para fundar su tipo de civilización (1978:4).

Hemos citado a dos grandes personalidades extranjeras en su visión sobre el México del siglo XIX y principios del XX, aunque la desigualdad viene de muy lejos. El régimen colonial español se fundó sobre el antiguo régimen imperial de los aztecas, en el que los pueblos eran sometidos a formas diferentes de vasallaje: “Esta inmensa desigualdad de fortunas no sólo se observa en el grupo de blancos (europeos o criollos), sino que igualmente se manifiesta entre los indígenas” (Humboldt, 1811). La conquista española creó un régimen con una profunda diferenciación de clases sociales: “En un país gobernado por los blancos, las familias que creen tener menos porción de sangre, negra o mulata, son naturalmente más honradas” (Humboldt, 1811). La raza conquistada en su gran mayoría estaba destinada a trabajar en beneficio de la minoría dominante. La guerra de Independencia (1810-1821) tiende a modificar esta situación; aunque fue un levantamiento popular, el elemento aristocrático intervino a última hora, cuando los jefes del ejército realista se pasaron al lado de la insurrección y sirvieron a las clases conservadoras, para “escamotear” a favor propio la Independencia. Algo similar pasó con la Revolución (1910-1921).

En todos estos últimos años ha continuado la concentración del poder y la riqueza en pocas manos. Los gobiernos neoliberales que llevan más de 35 años en el poder, han conducido al país a un empobrecimiento cada vez mayor. Esto ha impedido planear de manera adecuada el desarrollo de salud social. Los sistemas conocidos con el nombre de salud universal, son sin duda uno de los mayores reclamos de la población, y una responsabilidad vinculada al gobierno y la participación social. Ya es insoslayable la necesidad de crear sistemas y diseñar mecanismos para hacer realidad la atención a la salud para todos.

En varios países ha habido avances significativos en sus sistemas de salud, pero es difícil señalar algún país que haya logrado establecer la salud universal (véanse por ejemplo Boerma y Fleming, 1998). En Canadá la atención a la salud tiende a ser universal. En las instalaciones gubernamentales se atiende al 70% de la población. La otra parte lo hace por medio de seguros médicos pagados directamente por la propia población o bien de manera privada (Gobierno de Canadá, 2011). La mortalidad infantil en Cuba es similar a la de Canadá y menor que la que presenta Estados Uni-

dos (WHO, 2010b). La atención en este último país resulta ser muy diferente a la mayoría de otros países, porque priva la economía de mercado. La gran mayoría de la población, 75%, pagan ellos mismo el seguro médico mientras que en 2005 el 17% de la población, unos 30-40 millones de habitantes, quedaron fuera del sistema, debido fundamentalmente a los altos costos del servicio de salud (Sridhar, 2005). Estados Unidos invierte en salud privada aproximadamente 2.5 veces más que la mayoría de los países desarrollados (Christopher, Murray y Frenk, 2010).

Brasil, un país de más de 70 millones de habitantes y de enorme extensión, presenta, como la mayoría de los países latinoamericanos, gran diversidad económica, cultural y social y una importante variedad de situaciones epidemiológicas con características específicas dependiendo de la región. Esto es lo que ha dificultado formular políticas nacionales que den respuesta a las demandas de las diferencias regionales. Hace unos 20 años existía la mitad de la población excluida de los servicios de salud. Actualmente Brasil ha logrado una cobertura casi universal, lo que significa uno de los mayores logros en el campo de la salud y continúan trabajando en este camino. Actualmente en Brasil se invierte más o menos el 7% del Producto Interno Bruto (PIB) en salud, 3.6 % de esos recursos son de aportación gubernamental (Primer Congreso Internacional Hacia una Cobertura Universal en Salud, 2009).

La agenda de Salud para Todos ha quedado en muchos países inconclusa por falta de inversión para enfrentar condiciones de pobreza, insuficiente atención materna, acceso limitado a medicamentos, abastecimiento de agua e insalubridad en general, por ello, es necesario cambiar el enfoque actual, neoliberal a uno de verdadera participación social.

La mayoría de los países han cambiado el término “salud para todos” por el de “cobertura universal en salud”, entonces se hace necesario acotar los límites de lo que se quiere decir con cobertura universal, porque en principio es indispensable definir cuáles son los servicios y las acciones que deben tomarse. Estamos en presencia de un reto importante, agravado por nuestra dependencia de otros países, el costo de las tecnologías, equipamiento y las nuevas tecnologías que deben incorporarse pronto al sistema, con la variedad de nuevos medicamentos que tienen un costo sumamente elevado porque todos ellos son producidos en el extranjero lo que nos obligaría a buscar soluciones para disminuir esta dependencia y, por otro lado, establecer estrategias de organización que nos indiquen cómo cubrir las necesidades más apremiantes de la salud en la población.

En México, el Estado invierte en salud 6.3% del PIB; considerando su población de 105 millones de habitantes, la inversión es cinco veces menor a la de Canadá, la ventaja en este último país es que no tiene muchos de los problemas de pobreza o situaciones epidemiológicas como las que existen en México. En México debe tomarse en cuenta, además de la diversidad, el grado de desarrollo humano, que es diferente dependiendo de las regiones del país. En el norte y en la capital existe un mejor desarrollo económico que en el sur y por ello mayor posibilidad de atención médica; a esto deberá añadirse las desigualdades sociales que presentan en mayor o menor grado cada una de las regiones del país, por ejemplo, los estados del sur-sureste tienen mayores índices de mortalidad materno-infantil (SINAIS, 2010). Esta desigualdad también se pone de manifiesto al interior de las mismas regiones, por ejemplo, en la atención efectiva de los problemas de alimentación y los odontológicos como lo refieren Torre y Salas para el caso de la alimentación e Irigoyen y Mosqueda para el caso de la atención odontológica, en los capítulos seis y cinco de este libro. El caso de la alimentación, cuya atención pareciera estar limitada a cumplir con la alerta internacional sobre la “epidemia de obesidad”, es un ejemplo de la visión limitada y desigual con la que se atienden actualmente los problemas de salud.

Con una visión positivista y médico-clínica, las acciones institucionales en este sentido no consideran la dependencia alimentaria, la autosuficiencia alimentaria nacional, el acceso efectivo de las familias a los recursos alimentarios, los cambios culturales producto de la publicidad y modas del sector salud en relación con la alimentación y el valor de los alimentos o los excesos publicitarios y de producción de mercancía etiquetada, por ejemplo, como “saludable”, “divertida” o “a la moda”; en cambio sí han etiquetado y estigmatizado a las personas con sobrepeso –este último evaluado con parámetros ajenos a los valores estéticos y de salud y a los proyectos de las familias y los grupos sociales– sin ofrecer alternativas reales para el regreso a una alimentación suficiente, de calidad y culturalmente adecuada (Chapela, 2010). En el caso de la atención a los problemas de la cavidad bucal la desigualdad se observa de manera importante en la distribución y naturalización del edentulismo, producto, entre otros, de la falta de atención a las epidemias de caries, gingivitis y sus determinantes y de la ineficiente regulación y legislación de la oferta y publicidad de productos azucarados. De manera similar a lo que sucede con los problemas auditivos o de la visión, la conciencia de la integridad bucal como parte del derecho

a la salud dista aún de ser atributo de los legisladores, las leyes, los derechos o los servicios.

En México no existe una organización de trabajadores de la salud capaz de proponer un sistema de acceso de atención a una salud universal y el gobierno se ha desentendido de este renglón tan importante. Es cierto que existen instituciones como el Instituto Mexicano del Seguro Social, el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado o los hospitales y clínicas de la Secretaría de Salud, pero en ningún caso se cubre la gran demanda de atención a la salud. Por otro lado, las “cuotas” de atención exigidas a los trabajadores, a los servicios y a los hospitales en su conjunto, aunadas a las cargas, salarios y condiciones de trabajo de quienes prestan los servicios, particularmente de los médicos residentes en quienes descansa la mayor parte de la atención hospitalaria, y la manera de evaluar la eficiencia de los servicios, lejos de considerar el cumplimiento de los derechos laborales y los beneficios para los pacientes, las familias y las comunidades, se rigen por parámetros cuantitativos diseñados por administradores que buscan eficiencia costo-beneficio en donde los costos se definen en términos monetarios o económicos.

Uno de los elementos que explican la poca respuesta organizada de la población ante los problemas de atención a la salud lo podemos encontrar en la manera como se están formando los profesionales respecto a los derechos de la población, que se ha separado de las tradiciones humanistas helénicas y francesas que caracterizaron la formación médica hasta la mitad del siglo XX, para adoptar y consolidar en la segunda mitad de ese siglo la medicina del mercado promovida desde las escuelas estadounidenses, siguiendo los planteamientos neoliberales. Lo que día a día podemos constatar es una suerte de falta de entendimiento de los problemas de salud por parte del personal de salud. Esta falta de entendimiento se refiere tanto a las dimensiones biológicas como a las sociales de la salud y de la enfermedad. Hoy en día el personal de salud, particularmente los médicos, han sido formados básicamente en hospitales más para repetir que para investigar; para diagnosticar y ordenar que para escuchar y entender; para la administración de terapéuticas o análisis clínicos que para la promoción de la salud y la propedéutica; para la aplicación de maniobras que para el cuidado; para atender órganos y patologías que personas, familias y contextos sociales. Esta situación impide la atención integral e integrada y desde luego el cumplimiento del derecho a la salud. Los nuevos servidores de la salud son a su vez producto del limitado desarrollo de la investigación, la docencia y

la tecnología en México; esta última –que en un tiempo llegó a ser autosuficiente en la producción de las vacunas y medicamentos que se requerían para atender la prevención, así como en laboratorios de investigación y diagnóstico para sus problemas de enfermedad prioritarios–, en la actualidad es dependiente de la investigación y de las empresas transnacionales, de quienes recibe todo tipo de tecnología con poca visión de una planificación orientada a elevar el diseño y la producción de equipamiento, insumos, vacunas, medicamentos, etcétera.

En cuanto al desarrollo de la docencia, tampoco se ha logrado fomentar una cultura de la investigación y evaluación de los currículos y procesos pedagógicos, que permitiera tanto la reformulación de los problemas, saberes, prácticas y espacios profesionales como la formación de profesores-investigadores capaces de seleccionar, crear e incorporar nuevas tecnologías para la gestión de información y el auxilio didáctico-pedagógico, al mismo tiempo que crear una identidad profesional propia acorde con las necesidades e identidades del país. A los problemas del desarrollo de la docencia se suma la orientación de la formación médica polarizada a las especialidades, más que a la formación para la atención primaria. Todo lo anterior muestra la poca visión con la que se organizan los programas de atención y formación de personal en salud, a pesar de las evidencias contundentes de que los problemas de atención a las enfermedades, entendidos desde las perspectivas tecnocráticas y de mercado, rebasarán en la próxima década toda posibilidad presupuestaria (véase por ejemplo, Martínez, 2008).

La formación de la población para el entendimiento y atención a su salud es otro problema soslayado en México. Para el desarrollo de la medicina neoliberal, como refieren López, Chapela, Hernández y Cerda en este libro, fue necesario construir la necesidad social del médico especialista, con lo que se logró la aceptación por parte de la población de la legitimidad de profesionales consagrados por la institución escolar, creando además nuevas formas de desigualdad en salud (Boltanski, [1975] 1982). El acceso y la propiedad del desarrollo de la tecnología y el conocimiento científico médico no fueron distribuidos de manera igualitaria entre los distintos grupos sociales, una distribución tal impediría el mercadeo favorable tanto a las empresas como a trabajadores de la salud cuyos ingresos dependen de su intermediación entre la población y las empresas. El capital de saber y prácticas de salud de las familias, los barrios y las comunidades, también se presenta como un obstáculo para la expansión del poder del Estado y de los mercados, por lo que, desde el periodo posrevolucionario

en México se naturalizó un discurso que satanizó los saberes y prácticas domésticas, sin reflexionar sobre el valor de la organización familiar y barrial para la atención de los problemas de salud. Es decir, en lugar de que el proyecto nacional en salud fuera coparticipativo entre las instituciones y la población, se conformó un proyecto de analfabetismo y dependencia para el entendimiento y resolución de los problemas.

La salud es un problema que presenta distintos niveles de complejidad, por lo que no es posible atenderla solamente con medidas curativas ni con atención privada, ya que éstas, además de acrecentar continuamente sus costos y desigualdad en el acceso conforme se agregan nuevas posibilidades tecnológicas o mercantiles, solamente se refieren a las enfermedades y no a la salud. Por ejemplo, uno de los aspectos a entender son las llamadas “epidemias” y las “endemias” que no se refieren exclusivamente a problemas infecciosos, sino a problemas que tienen que ver con la manera de vivir, enfermar y morir en contextos sociohistóricos particulares tanto de los individuos como de sus grupos de referencia y del conjunto social, tal son los casos, por ejemplo, de la pobreza, la violencia, el miedo y la desesperanza; o epidemias y endemias que están directamente ligadas a cómo las nombra, produce y publicita el mercado, tal es el caso de la controversial “epidemia” de obesidad. De esta manera, al hablar de prevención o resolución de epidemias o endemias, no nos podemos limitar sólo al tema de la vacunación o suministro de medicamentos.

Los problemas de enfermedad son determinados socialmente. En el momento actual se vive el resultado de la acción del “capitalismo salvaje” (Philodemus, 2008; Laurell, 1994) responsable de los contextos patogénicos en donde se cultivan las “epidemias” actuales: diabetes, suicidio, tortura, cánceres, accidentes, problemas cardiovasculares, etcétera, El mismo contexto ha creado perspectivas de curación que rebasan la realidad de los límites humanos pero que se ofrecen como ilusión y obligación moral, entre otros, de consumir los productos preparados para alargar la agonía y el sufrimiento.

## ¿QUÉ HACER?

La información con la que se cuenta para evaluar los servicios de salud se refiere principalmente a la percepción de lo que es evaluable desde la visión de los prestadores de servicios. La información acerca de la percepción de

la comunidad circula por vías de comunicación tradicionales, de boca-a-boca, en las salas de espera, en las reuniones informales de los grupos en la población, y no es tomada en cuenta como valiosa para la planificación de los servicios, la formulación de políticas o la distribución de los recursos. Se sabe mucho y se han desarrollado metodologías y técnicas para saber lo que interesa a los planificadores, pero poco de lo que pasa con la salud de la población. No se cuenta con la metodología necesaria para lograr superar este vacío de información. La búsqueda, diseño y aplicación de este tipo de metodologías representa un quehacer importante e inicial para cambiar la situación de salud en nuestro país.

Lo anterior va aparejado con la necesidad de escuelas que preparen mejor a los médicos generales capaces de entender el problema de la salud como multidisciplinario, y ubicarlos en igualdad con otras profesiones de la salud en tanto a la aportación de saberes y prácticas que cada una de ellas conlleva para entender y atender la mayoría de los problemas de enfermedad, aunque no resuelvan problemas de alta especialidad. Un paso más allá es el logro de concepciones transdisciplinarias de la salud, en donde se entremezclen los entendimientos de los distintos campos del saber con la consecuente propuesta de alternativas transdisciplinares y transectoriales para el cambio. El acercamiento a la transdisciplina requiere de procesos a desarrollar con el tiempo para lograr la confluencia con los saberes de las profesiones de la salud, de saberes de disciplinas y profesiones que no han sido tradicionalmente reconocidas como “de la salud”, como es el caso de educadores, sociólogos, gestores sociales, comunicadores, administradores, economistas, planificadores u otros, para crear conocimiento, bases de información, alternativas prácticas de atención a la salud y una base de recursos para influir en la formulación de leyes, políticas y presupuestos.

El cambio requiere de la creación (o recreación) de una “cultura de la salud” que vaya, más allá de la percepción de la misma como problema de enfermedad y curación, dirigida a su entendimiento como derecho de los ciudadanos y obligación del Estado; como de determinación biológica y social; como causa y efecto del quehacer ciudadano y de los proyectos y decisiones individuales y sociales. Esta recreación incluye, entre otros, el fomento de la alfabetización amplia de las comunidades en la identificación de contextos patógenos, emergencia de enfermedades, curación y rehabilitación, además de la identificación por parte de las mismas familias y de los profesionales de la salud, de aquellos saberes y formas de organización familiar y barrial que han sido marginados, como formas de fomento

a la autosuficiencia en la solución de problemas que pueden ser atendidos sin intervención médica.

Lo anterior, a la vez que debería trascender a la conformación de nuevas visiones de la salud en los tomadores de decisiones, requiere de legislar para el logro del regreso a prácticas y condiciones de vida menos patógenas, lo que incluye leyes para la contención de la violencia simbólica y material que conduce a prácticas que privilegian la ganancia en lugar de impulsar leyes que aseguren, entre otros, el avance hacia la equidad, el aseguramiento del empleo y todos los derechos humanos, la autosuficiencia en investigación orientada a dar respuesta a problemas que afectan a la mayoría de la población, la producción de vacunas, medicamentos y reactivos; y la reconstrucción de laboratorios de referencia e identificación de problemas de enfermedad.

Es necesario avanzar en modelos de organización y evaluación de servicios regionalizados en los que se facilite el acceso oportuno, con equidad, integralidad y calidad referida a las percepciones de trabajadores y usuarios con respecto a los beneficios para la salud y el cumplimiento de sus derechos. El diseño de proyectos con capacidad de atender la salud de la población, principalmente antes de que suceda la enfermedad, abriría la oportunidad de mejorar tanto el gasto público como el privado en salud al mismo tiempo que la oportunidad de avanzar hacia la igualdad en el acceso a los servicios.

El cambio requiere del desarrollo de una forma integral de los servicios de salud, lo cual reconocemos como poco probable porque existen diversas instituciones con sus propios estatutos que dan una atención focalizada a ciertos núcleos de la población. El Instituto Mexicano del Seguro Social atiende a trabajadores y personal asegurado de la industria y otras fuentes de trabajo, el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado a trabajadores del Estado; Petróleos Mexicanos (Pemex), siendo del Estado, tiene su propio servicio, igualmente la Secretaría de la Defensa Nacional y la Secretaría de Marina que atienden a las fuerzas armadas y a la marina respectivamente. La Secretaría de Salud atiende al resto de la población. Además, la Ley General de Salud en el artículo 77-bis incluye la creación del seguro popular. La integración de este sector se enfrenta a dificultades aún insalvables, además de que muchas de estas instituciones están burocratizadas, lo que impide un acceso rápido y eficiente para la población. Por ejemplo, nosotros como trabajadores de la universidad, estamos inscritos en el ISSSTE, pero muy pocos colegas están de acuerdo con el servi-



cio que les proporciona esta institución, que de ninguna manera es gratuito ya que el descuento por ley a los trabajadores es de más del 10% de sus salarios. Entonces no podemos decir que esa posibilidad sea real.

Una solución sería lograr el diseño de un sistema de salud adecuado, para ello se hace indispensable crear un comité de evaluación y planeación, que estudie el grado de aceptación de la población de la atención que recibe actualmente. Un comité que proponga un plan de acción estratégico, que sitúe los sitios de la República en los que se localizarían las unidades de salud. Es claro que esas unidades deben ser atendidas por médicos generales y con el tiempo incluir en el servicio algunas especialidades: primeros auxilios, obstetras, psicólogos, nutriólogos, dentistas y otros. El sistema debe ser complementado con hospitales de especialidad, en lugares accesibles en donde se puedan atender casos graves de enfermos remitidos a ellos.

Actualmente existe una población amplia que si bien tiene acceso a los servicios, lo hace en instalaciones precarias de la Secretaría de Salud, sobre todo en los estados más pobres. Ciertamente la Ssa tiene programas asistenciales y preventivos importantes como vacunas y control de enfermedades endémicas. Pero todo esto solo, no responde a las necesidades reales de la población.

No se trata de proporcionar una atención de segunda. Es nuestra obligación dotar a las comunidades con una medicina de calidad practicada por médicos y otro personal de salud con entrenamiento cuidadoso y planeado de acuerdo con las necesidades de la mayoría de la población. Particularmente los currículos para la formación médica tendrían que orientarse a la formación de médicos generales más que constituirse en preámbulos de las especialidades tradicionales y los estudios de posgrado tendrían que contemplar especialidades para la comprensión y atención de los problemas de salud y enfermedad frecuentes, integrales y apremiantes por ejemplo, especialidad en atención primaria, medicina general, laboral, escolar, u otras especialidades que se reconozcan con el mismo estatuto, profesionalización y reconocimiento con el que cuentan las especialidades tradicionales. Los médicos generales y otro personal de salud capacitados de esta manera, atenderían la mayoría de las enfermedades comunes. Para lograr lo anterior, sería necesario descentrar a los hospitales como respuesta a los problemas de salud, fomentando una cultura de gestión comunitaria de la salud en la población y rendición de cuentas por parte de los profesionales de la salud a quienes se les asignara la atención de determinadas comunidades o barrios estratégicos dentro de una red de referencia y comunicación para la

solución de problemas médicos. Las instituciones formadoras de personal de salud no pueden alcanzar lo anterior solas; se requiere de la coordinación con las instituciones prestadoras de servicios y otras gubernamentales para lograr la apertura de puestos de trabajo digno en las comunidades y de reconocimiento igual que el que se da al resto de las especialidades. Nada de esto será posible sin la reconsideración del rumbo actual que siguen las instituciones, marcado por las políticas neoliberales. Si no se hace una planeación adecuada puede suceder lo que pasa con los pediatras que en realidad son médicos generales de niños, muy bien entrenados, pero que cubren muy parcialmente el territorio nacional. Es necesario reorganizar los servicios, que en la actualidad están centrados en atención hospitalaria de tercer nivel o de especialidades. Reestructurar el sistema de salud será difícil si no se logra organizar un largo proceso de discusión incluyente tanto en universidades, como en el medio médico, en círculos empresariales y políticos, pero sobre todo en el conjunto de la sociedad, que conduzca a un proyecto fortalecido cultural, político y social que nos lleve a comprender que el derecho a la salud es un derecho de todos.

Otra posibilidad para contestar la pregunta ¿qué hacer?, sería la creación de una red de médicos familiares, en la que cada uno de ellos atendería a una gran parte de la población y sus necesidades más apremiantes. Con el presupuesto que se invierte actualmente, cercano a los veinte mil millones de pesos, se podría organizar un sistema para lograr la atención a la población demandante del servicio. Para apoyar esta organización podría crearse una amplia red virtual de tal manera que los médicos con problemas pudieran hacer consultas con colegas y especialistas. Cabe mencionar que también los pacientes podrían acceder a esta red en caso de que no estén satisfechos con la atención recibida.

#### LAS PERSPECTIVAS

El Estado no puede atender la mayor parte de las demandas y necesidades de salud. ¿Qué puede hacer el Estado cuando en la próxima década la atención de las personas con enfermedades crónicas rebase las posibilidades de financiamiento tanto privado como público?, ¿cuáles son los mínimos y máximos de atención? En México cada vez es más difícil atender los problemas de salud. Actualmente la atención a la salud es más compleja, existen muchos factores que determinan sus niveles de complejidad.

La transición demográfica es uno de esos factores: en 1990 la población mayor a 60 años representaba el 6% del total de la población, en 2011 este mismo grupo de población constituye el 9% de la población (SINAIS, 2011) y este porcentaje sigue creciendo. Esto trae como consecuencia el aumento en la frecuencia de las enfermedades degenerativas que están superpuestas a las enfermedades que fueron y son aún la principal causa de muerte en muchas comunidades; infecciones, parasitosis, virosis o enfermedades epidémicas como el sida y dentro de éstas se puede considerar el resurgimiento de la tuberculosis, paludismo y otras. No podemos dejar de lado las repercusiones mentales en la población, cada vez más extendida por factores económicos, políticos y formas de vida. La violencia actual agrava los casos de estrés, miedo y emigración; además está creando en el país una cultura en la que se manifiestan los más bajos instintos de crueldad; los jóvenes que no pueden acceder a estudios ni al trabajo y que viven en condiciones económicas, sociales y educativas insuficientes para la formulación y desarrollo de sus proyectos de vida, son la fuente principal del desarrollo que va a manifestarse con mayor fuerza en el futuro, lo que no indica nada positivo ni para la salud individual ni para la salud del conjunto social.

Otro problema importante en la época actual es la nutrición. Las estadísticas señalan que la población de mujeres en México ocupa el tercer lugar en obesidad y sobrepeso y la de varones el segundo en relación con los demás países, incrementando 2% anual su porcentaje de sobrepeso y obesidad; 18.9% de los niños y 22.3% de las niñas tienen sobrepeso en tanto 18.8 de los niños y 22.3 de las niñas tienen obesidad (Secretaría de Salud, 2010), lo que trae como consecuencia aumento en la presión arterial y facilita la aparición de diabetes y enfermedades cardíacas. Aunado a esto, aún existe un número importante de niños desnutridos. En ambos casos no se puede asegurar un desarrollo humano adecuado. La presencia de enfermedades degenerativas como cáncer, enfermedades de corazón, esclerosis, etcétera, de altos costos de atención, nos dicen que estamos en presencia de una población enferma. No es seguro que con la inversión actual en salud se pueda abordar las consecuencias que traen estos problemas. Es grave también que existan pocas medidas preventivas, lo que eleva la posibilidad de una incapacidad cada vez mayor de los servicios de salud para atender las demandas y del Estado para financiarlas. Añadido a esto, los medicamentos absorben entre 30 y 50% de la inversión en salud.

Es por esto necesario aceptar y entender la perspectiva desfavorable en salud de seguir su atención como hasta ahora existe, perspectiva desfavora-

ble para todos los sectores de la población, ya que, en estas condiciones, no podremos hablar de tal o cual sector con salud deteriorada, sino que el país en su conjunto mostrará los resultados de su falta de atención. No hay posibilidad de mejoría en salud para la mayoría de la población sin mejoría en alimentación, igualdad, cultura y educación. Un proyecto de salud capaz de revertir esta aparente tragedia, parecería utópico, sin embargo, puede iniciar por atender la desigualdad social en la manera de vivir, enfermar, curar y morir. El camino a la utopía, en el caso de México, puede aproximarse observando y aprendiendo de otros proyectos nacionales, regionales o locales tanto mexicanos como extranjeros, que hayan logrado mejorar las condiciones de salud, como es el caso de Brasil durante el gobierno del presidente Inácio Lula o, buscando en nuestra historia, el del cardenismo en México, en donde la reformulación de las prioridades y políticas nacionales lograron modificar las determinantes sociales de la salud.

Pero sobre todo lo imaginable es necesario revertir el contexto de violencia en donde están siendo socializadas las nuevas generaciones, contexto que ya forma parte de la cultura nacional, del lenguaje cotidiano, del pensar en sí mismo, de salvarse de manera individual, de hacer válido el refrán “a río revuelto, ganancia de pescadores”. Un pueblo que existe en la violencia está de manos atadas para mejorar su alimentación, trabajo, cultura y educación, por lo que, ante el problema básico de la salud, se antepone la necesidad de la construcción de una cultura de la paz.

## BIBLIOGRAFÍA

- Álvarez Lloveras, G. (2008), “Humboldt y la situación política de la Nueva España”, *Trabajadores*, núm. 64, pp. 29-33.
- Boerma, W. y Fleming, D. (1998), *The role of general practice in primary health care*, The Stationery Office/World Health Organization Regional Office for Europe, Norwich.
- Boltanski, L. ([1975] 1982), “Los usos sociales del cuerpo”, *Márgenes*, 3(4), Universidad Veracruzana-Facultad de Sociología, México, pp. 5-32 [<http://cdigital.uv.mx/handle/123456789/10161>], fecha de consulta: 28 de febrero de 2011.
- Chapela, M.C. (2010), *La diabetes en México*, Departamento de Atención a la Salud, UAM-Xochimilco, México.

- Christopher, J.L.; Murray, M.D. y Frenk, J. (2010), "Ranking 37th - measuring the performance of the U.S. health care system", *New England Journal of Medicine*, 362 (2), pp. 98-99.
- Commission on Social Determinants of Health (2005), *Action on the social determinants of health: Learning from previous experiences*, WHO, Ginebra.
- Gobierno de Canadá (2011), *Health Canada*, Federal Department for Health, Canadá [http://www.hc-sc.gc.ca/index-eng.php], fecha de consulta: 26 de mayo de 2011.
- Hernández Ureña, P. (1978 [1925]), *La utopía de América*, Editorial Estudiantina, Caracas, Ayacucho, La Plata.
- Humboldt, A. (1974 [1799-1804]), *Cartas americanas*, Biblioteca Ayacucho, Caracas.
- (2004 [1811]), *Ensayo político sobre el reino de la Nueva España*, Porrúa, México; *Essai politique sur le royaume de la Nouvelle Espagne*, tercera parte de "Viaje de Humboldt y Bonpland", Rosa, París.
- Homedes, N. y Ugalde, A. (2005), "Why neoliberal health reforms have failed in Latin America", *Health Policy*, núm. 71, pp. 83-96.
- Laurell, A.C. (1994), "La salud: de derecho social a mercancía", en Laurell, A.C. (comp.), *Nuevas tendencias y alternativas en el sector salud*, UAM/Friedrich Ebert Stiftung, México.
- Martínez, C. (2008), "El perfil de la mortalidad por causas de los adultos en edad productiva en México a principios del siglo XXI: un panorama preocupante", en Chapela, M.C. (coord.), *Aspectos de las políticas y prácticas públicas de la salud en México*, División de Ciencias Biológicas y de la Salud, UAM-Xochimilco, México, pp. 73-90.
- OMS (1978), *Atención primaria de salud. Informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud*, Alma-Ata, URSS, 6-12 de septiembre de 1978, OMS, Ginebra.
- OPS (2007), *Renovación de la atención primaria de salud en las Américas: documento de posición de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS)*, OPS, Washington, DC.
- (2005), *Declaración regional sobre las nuevas orientaciones de la atención primaria de salud (Declaración de Montevideo)*, Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud, 46º Consejo Directivo, 57ª Sesión del comité regional, 26-30 de septiembre de 2005, Washington, DC. [http://www.smu.org.uy/sindicales/info/dec-mvd.pdf], fecha de consulta: 3 de mayo de 2011.
- Philodemus, P. (2008), *Capitalismo salvaje. Su fracaso y enseñanzas*, Academia Mexicana de Ciencias, Artes Tecnología y Humanidades [http://amcath.ccadet.unam.mx/ArchivosAmcath/20-MRG.pdf].
- Primer Congreso Internacional Hacia una Cobertura Universal en Salud (2009), *Memoria 2009*, UNAM-OPS, México, 22-24 de abril de 2009 [http://cvsp.cucs.

- udg.mx/uqi/documentos/Medicina%20y%20Salud], fecha de consulta: 25 de mayo de 2011.
- Secretaría de Salud (2010), *Bases técnicas del Acuerdo Nacional para la Salud Alimentaria. Estrategia contra el sobrepeso y la obesidad*, Secretaría de Salud, México [[http://portal.salud.gob.mx/sites/salud/descargas/pdf/ANSA\\_bases\\_tecnicas.pdf](http://portal.salud.gob.mx/sites/salud/descargas/pdf/ANSA_bases_tecnicas.pdf)] (página 12), fecha de consulta: 12 de mayo de 2011.
- Sen, A. (2002), “Why health equity?”, *Health Economics*, núm. 11, pp. 659–666.
- (1999), *Development as freedom*, Alfred Knopf, Nueva York.
- SINAIS (2011), Portal del SINAIS, Gobierno de México, México [<http://www.sinais.salud.gob.mx/descargas/xls/2011total.xls>], fecha de consulta: 12 de mayo de 2011.
- (2010), *Mortalidad*, Gobierno Federal de los Estados Unidos Mexicanos, Sistema Nacional de Información en Salud, México [<http://www.sinais.salud.gob.mx/mortalidad/>], fecha de consulta: 30 de abril de 2011.
- Sridhar, D. (2005), *Inequality in the United States health care system. Human development report 2005*, United Nations Development Program, Occasional Paper, Ginebra.
- United Nations Development Program (2003), *Human development report*, Oxford University Press, Nueva York.
- WHO (2010), *World Health Report*, World Health Organisation, Ginebra.
- (2010b), *World Health Statistics*, World Health Organisation, Ginebra [<http://apps.who.int/ghodata/?vid=1320>], fecha de consulta: 24 de mayo de 2011.
- (2004), *Health and Human Rights* [<http://www.who.int/hhr/en/>], fecha de consulta: 3 de mayo de 2011.



## LOS AUTORES

JOSÉ BLANCO GIL. Médico, UNAM. Maestro en medicina social por la UAM-Xochimilco. Maestro en salud pública, Instituto de Desarrollo de la Salud, Cuba. Estudios de doctorado en antropología, Universidad de Berkeley y Escuela Nacional de Antropología e Historia, México. Profesor de la Maestría en Medicina Social, UAM-Xochimilco. Profesor invitado en distintos programas de maestría en universidades del interior de la República. Asesor temporal de la Organización Panamericana de la Salud. Integrante del Cuerpo académico consolidado “Determinantes sociales en salud, enfermedad y atención”. Temas de interés: condiciones de vida y salud en ámbitos urbanos; salud y territorio diferenciales de salud en ámbitos regionales y urbanos y espacios-población vulnerables.

LUIS FELIPE BOJALIL JABER. Doctor en ciencias, IPN. Miembro de la Academia de Microbiología de los Estados Unidos. Fundador de la Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco y del Modelo Xochimilco. En esta misma institución: ex director de la División de Ciencias Biológicas y de la Salud. Rector de Unidad (1978-1982). Coordinador de varios posgrados extranjeros. Coordinador del Programa de Superación Académica. Director de la revista *Reencuentro*. Coordinador de la Maestría en Gestión de la Información (UAM-Xochimilco /U. de la Habana). Profesor distinguido. Premio a la investigación científica, Academia de Ciencias. Premio Liceaga, mejor trabajo de investigación académica de medicina en donde es académico titular, Academia Mexicana de Ciencia. Tema de interés: problemas de la educación superior.

ILIANA CAMACHO CUAPIO. Licenciada en pedagogía, UNAM. Diplomado en Salud Colectiva, Alames/UAM-Xochimilco. Asistente de investigación del Área Estado y Servicios de Salud, UAM-Xochimilco. Temas de interés: salud colectiva y pedagogía, educación popular, educación e interculturalidad.

MARIO CAMPUZANO MONTOYA. Médico, UNAM. Especialista en psiquiatría, Hospital Fray Bernardino Álvarez. Especialista en psiquiatría infantil, Hospital Juan N. Navarro. Psicoanalista individual y grupal, Asociación Mexicana de Psicoterapia Analítica de Grupo, AMPAG. Fue subdirector nacional de los Centros de Integra-



ción Juvenil (institución de prevención y tratamiento de la farmacodependencia); coordinador del Instituto de Enseñanza y Coordinador General de AMPAG. Fue director de la revista *Análisis Grupal* de AMPAG y es codirector de las revistas *Subjetividad y Cultura*; y *Psicoanálisis y Grupos*. Temas de interés: psicoterapia analítica individual, grupal y de parejas; análisis institucional; psicosis; adicciones; correlaciones entre psicoanálisis, cultura y sociedad.

MARGARITA CASTILLEJOS SALAZAR. Licenciada en medicina, UNAM. Maestra en Ciencias en Demografía Médica, London School of Hygiene and Tropical Medicine, Universidad de Londres. Estudios de Maestría en Ecología Humana. Fundadora de la UAM-Xochimilco. Profesora del módulo “El hombre y su medio ambiente”, Licenciatura en Medicina y de la Maestría en Población y Salud, UAM-Xochimilco; ha realizado diversas investigaciones nacionales e internacionales para conocer los efectos de los contaminantes del aire sobre la salud de niños. Ha sido asesora del Gobierno de la Ciudad de México y de la Secretaría de Medio Ambiente. Temas de interés: la problemática del aire en la Ciudad de México, el concepto de salud.

ALEJANDRO CERDA GARCÍA. Médico, UAM-Xochimilco. Maestro en antropología social, ENAH. Doctor en antropología social, Universidad de París III / CIESAS. Profesor del Doctorado en Ciencias Sociales, del Doctorado en Ciencias en Salud Colectiva y del Posgrado en Desarrollo Rural de la UAM-Xochimilco. Profesor en distintos cursos nacionales e internacionales. Asesor de distintas organizaciones sociales. Temas de interés: promoción de la salud, políticas de la multiculturalidad, movimientos indígenas.

MA. ELENA CONTRERAS GARFIAS. Licenciada en enfermería, UAM-Xochimilco. Maestra en Gestión de la Información, Facultad de Economía, Universidad de la Habana, Cuba y Universidad de Murcia, España. Jefa del Departamento de Atención a la Salud marzo 2007-marzo 2011, UAM-Xochimilco. Profesora de la Licenciatura en Enfermería, UAM-Xochimilco. Integrante del Cuerpo Académico en consolidación “Cuidado del Adulto Mayor”. Temas de interés: cuidado del adulto mayor, seguimiento de egresados.

LETICIA CUFRE MARCHETTO. Psicóloga Clínica, Universidad Nacional de La Plata, Argentina. Maestra en Psicología Clínica, Universidad Autónoma de Querétaro, México. Doctora en Ciencias Políticas y Sociales, UNAM. Experiencia profesional en diversos países de Centroamérica, orientada a problemas de violencia social y a efectos en la población de eventos siconaturales. Investigadora del Centro de Estudios de la Cultura y la Comunicación, Universidad Veracruzana. Profesora en la Universidad Veracruzana y en diversas universidades de América Latina. Tema de interés: prácticas sociales violentas en la producción social de subjetividades.

MA. DEL CONSUELO CHAPELA MENDOZA. Médica, UNAM. Maestra en Medicina Comunitaria, Universidad de Edimburgo. Doctora en Ciencias Sociales, Universidad de Londres. Profesora de distintos cursos de Promoción de la Salud, coordinadora y profesora del Diplomado en Promoción de la Salud, profesora de distintos cursos y talleres en Metodologías cualitativas y en Promoción de la salud nacionales y extranjeros, profesora en los posgrados de Maestría en Medicina Social y Doctorado en Ciencias en Salud Colectiva, Licenciatura en Enfermería, Licenciatura en Medicina y el programa Conocimiento y Sociedad, UAM-Xochimilco. Asesoría y trabajo comunitario con distintos grupos sociales. Temas de interés: Promoción de la salud, Educación superior, Conocimiento y Sociedad, Metodologías cualitativas.

CATALINA EIBENSCHUTZ HARTMAN. Médica, UNAM. Especialista en Endocrinología, Universidad de la Habana, Cuba. Fundadora de la UAM-Xochimilco. Profesora de las licenciaturas en el área de la salud, del programa “Conocimiento y Sociedad” y de la Maestría en Desarrollo Rural, UAM-Xochimilco. Fue Coordinadora Central del Programa Chiapas de Médicos del Mundo-España/UAM-Xochimilco, y Jefa del Departamento de Atención a la Salud. Ex Coordinadora General de Alames. Ha sido profesora invitada en diversas universidades en Europa y América Latina y asesora de diversas organizaciones sociales. Temas de interés: Neoliberalismo y política de salud, determinantes sociales de la salud, salud colectiva y poder.

JESÚS GABRIEL FRANCO ENRÍQUEZ. Médico, UNAM. Maestro en Salud en el Trabajo, UAM-Xochimilco. Doctor en Antropología, Escuela Nacional de Antropología e Historia. Profesor titular y coordinador de la Maestría en Ciencias en Salud de los Trabajadores, UAM-Xochimilco. Tema de interés: el modelo denominado Verificación, Diagnóstico y Vigilancia de la Salud Laboral en las Empresas.

MARÍA DE LOS ÁNGELES GARDUÑO ANDRADE. Maestra en Medicina Social y Doctora en Ciencias en Salud Colectiva, UAM-Xochimilco. Profesora de la Maestría Medicina Social UAM-Xochimilco y en diversas instituciones de educación superior. Coordinadora en varias ocasiones de la Maestría en Medicina Social e integrante de la Comisión Dictaminadora del Personal Académico en el Área de Ciencias de la Salud en la UAM-Xochimilco. Anteriormente Jefa del área de investigación: Salud y Trabajo, UAM-Xochimilco. Directora de la línea de investigación: Salud y doble jornada de mujeres trabajadoras.

JOSÉ ARTURO GRANADOS COSME. Médico Cirujano y Diplomado en Promoción de la Salud, UAM-Xochimilco. Especialista en Ciencias Antropológicas, UAM-Iztapalapa. Estudios de Doctorado en Antropología, Escuela Nacional de Antropología e Historia. Profesor en la Licenciatura en Medicina, en la Maestría en Medicina So-

cial y en la Maestría en Políticas Públicas, UAM-Xochimilco. Actual director de la revista *Salud Problema*. Integrante del Cuerpo académico consolidado “Determinantes sociales en salud, enfermedad y atención”. Tema de interés orientado a la identificación de la influencia de la discriminación por orientación sexual en la mayor incidencia de VIH-sida en varones homosexuales en la Ciudad de México.

GILBERTO HERNÁNDEZ ZINZÚN. Licenciado y maestro en Sociología, UNAM. Doctor en Antropología, UNAM. Asesor de la Secretaría de Salud y de la Comisión Nacional de Derechos Humanos, Secretario Académico de la Asociación Mexicana de Facultades y Escuelas de Medicina, miembro fundador del Consejo Mexicano de Acreditación de la Educación Médica. Profesor en la Escuela Superior de Medicina del IPN y en la Facultad de Medicina de la UNAM. Actualmente profesor en la Carrera de Médico Cirujano, UNAM. Temas de interés: políticas estatales de salud en México; economía política de la salud; antropología de la obesidad en México.

MA. ESTHER IRIGOYEN CAMACHO. Cirujana Dentista, UNAM. Especialista en Odontopediatría por la Universidad de Nueva York. Maestra en Salud Pública, Universidad de Michigan, Ann Arbor. Doctora en Ciencias Odontológicas, UNAM. Asesora del Programa Nacional de Fluoruración de la Sal y de la Encuesta Nacional de Caries y Fluorosis Dental. Profesora en las licenciaturas en Medicina y Estomatología, en la Especialización y Maestría en Patología y Medicina Bucal y en el Doctorado de Salud Colectiva, UAM-Xochimilco. Temas de interés: epidemiología de las enfermedades de la cavidad bucal y desigualdad; nutrición y estado de la cavidad bucal; calidad de vida y salud bucal.

EDGAR C. JARILLO SOTO. Médico y Maestro en Medicina Social, UAM-Xochimilco. Doctor en Sociología, Universidad de Barcelona. Profesor en distintos programas de pregrado y posgrado en diversas instituciones de México y otros países. Coordinador del Doctorado en Ciencias en Salud Colectiva, UAM-Xochimilco. Integrante del Cuerpo académico consolidado “Determinantes sociales en salud, enfermedad y atención”. Asesor para distintas organizaciones nacionales e internacionales. Temas de interés: personal de salud y representaciones; significados en la formación y práctica de los profesionales de la salud.

OLIVA LÓPEZ ARELLANO. MÉDICA, UAM-Xochimilco. Maestra en Medicina Social UAM-Xochimilco. Doctora en Ciencias en Salud Pública, INSP. Médica comunitaria y Epidemióloga. Profesora de la Maestría en Medicina Social y en el Doctorado en Ciencias en Salud Colectiva, UAM-Xochimilco. Profesora invitada en institutos y universidades del interior de la República. Fue coordinadora de la Maestría en Medicina Social, UAM-Xochimilco. Anterior Directora General de Planeación y Coordinación Sectorial, Secretaría de Salud del Distrito Federal. Coordinadora del

Cuerpo académico consolidado “Determinantes sociales en salud, enfermedad y atención”. Temas de interés: Políticas y servicios de salud; calidad de vida y prioridades en salud; espacios-población vulnerables e impacto epidemiológico de las políticas de salud.

SAMUEL GONZÁLEZ CONTRERAS. Estudiante de octavo semestre en el Colegio de Geografía de la UNAM. En la actualidad desarrolla labores académicas y de investigación en torno a la perspectiva ecosocialista y a la conflictividad socioambiental en México. Colaborador del portal electrónico “Rebelión” y de la revista de cultura y política *Memoria*.

SERGIO LÓPEZ MORENO. Médico Cirujano, IPN. Especialista en Medicina Comunitaria, Ssa. Doctor en Epidemiología, UNAM. Profesor de cursos de pregrado y posgrado sobre epidemiología, salud pública, filosofía de las ciencias y ética en el IPN, la UNAM, el INSP y la UAM-Xochimilco. Profesor en la Maestría en Medicina Social, en el Doctorado en Ciencias en Salud Colectiva, en la Licenciatura en Medicina, en el programa “Conocimiento y Sociedad”, UAM-Xochimilco. Integrante del Cuerpo académico consolidado “Determinantes sociales en salud, enfermedad y atención”. Editor de socio-medicina de la revista *Salud Pública de México*. Temas de interés: determinantes de la salud en México; epistemología médica y ética de la salud.

ADALBERTO A. MOSQUEDA TAYLOR. Cirujano Dentista, UAM-Xochimilco. Maestro en Ciencias en Patología Oral, Universidad de Londres. Especialista en Medicina Bucal, Universidad Peruana Cayetano Heredia. Profesor de la Maestría en Patología y Medicina Bucal y en la Licenciatura en Estomatología, UAM-Xochimilco. Miembro de la Academia Nacional de Medicina de México. Editor Asociado de la revista *Medicina Oral, Patología Oral y Cirugía Bucal* y miembro del Comité Editorial de las revistas *Head and Neck Pathology*, *Avances en Odontostomatología*, *Journal of Clinical and Experimental Dentistry* y *Revista de Ciencias Clínicas*. Temas de interés: epidemiología y diagnóstico de las enfermedades de la región bucal y maxilofacial; oncología bucal.

MARIANO NORIEGA ELÍO. Médico cirujano, UNAM. Maestro en Medicina Social; profesor de la Maestría en Ciencias en Salud de los Trabajadores, UAM-Xochimilco. Asesor en materia de salud laboral para distintas instituciones gubernamentales, sindicatos, empresas y otras organizaciones sociales. Profesor en distintos cursos de grado y posgrado, nacionales e internacionales. Tema de interés: Nuevas formas de organización laboral y sus efectos en la salud de los trabajadores.

LUIS ORTIZ HERNÁNDEZ. Técnico en Dietética, Licenciado en Nutrición Humana, Maestro en Medicina Social y Doctor en Ciencias en Salud Colectiva, UAM-Xochi-

milco. Profesor en Nutrición Humana y anteriormente de la Maestría en Salud de los Trabajadores y el Doctorado en Ciencias de la Salud Colectiva, UAM-Xochimilco. Jefe del área de investigación Estado y servicios de salud. Integrante del Cuerpo académico consolidado “Determinantes sociales en salud, enfermedad y atención”. Temas de interés: desigualdades sociales en salud y nutrición; nutrición y alimentación de escolares y adolescentes; condiciones de salud de homosexuales, lesbianas y bisexuales; consejería nutricional en el primer nivel de atención.

MANUEL OUTÓN LEMUS. Estudios de economía, filosofía y psicoanálisis. Profesor en: filosofía, historia, literatura, teoría social y psicoanálisis, en distintas instituciones de educación superior. Profesor en la Maestría en Medicina Social, Maestría en Ciencias en Salud de los Trabajadores, UAM-Xochimilco; Maestría en Educación, Universidad de Lambayeque Perú y Maestría en Salud Pública, Universidad de Guanajuato. Profesor invitado en las universidades: UANL, UABC, BUAP, UJED, UMSNH, UAG, UNAM, Universidad de El Salvador, Universidad de Carabobo en Venezuela, Universidad de Lambayeque en Perú, Universidad Nacional de Honduras. Asesor de distintas rectorías, jefaturas de división y grupos de trabajo para la concepción y organización curricular en UAM-Xochimilco y UAM-Cuajimalpa. Temas de interés: leer a los griegos y vincularlos con “sujeto y lenguaje”.

LUIS MANUEL PÉREZ H. PANTOJA. Médico, UNAM. Maestro en Salud Ocupacional, Instituto Nacional de Salud de los Trabajadores de Cuba. Profesor en la Maestría en Ciencias en Salud de los Trabajadores, UAM-Xochimilco. Experiencia como médico de empresas y funcionario público. Colaborador para la elaboración de normas técnicas de seguridad e higiene y ha participado en la elaboración de proyectos de reforma a la legislación laboral en México y otros países. Asesor de sindicatos y organizaciones de trabajadores y consultor privado en salud ocupacional. Temas de interés: fisiología del trabajo, ergonomía y normatividad laboral.

DIANA PÉREZ SALGADO. Licenciada en Nutrición Humana, UAM-Xochimilco. Asistente de investigación del Departamento de Atención a la Salud, área de investigación Estado y Servicios de Salud. Temas de interés: desigualdad social en salud y nutrición, consejería nutricional en el primer nivel de atención.

JOSÉ ALBERTO RIVERA MÁRQUEZ. Licenciado en Nutrición Humana y Maestro en Medicina Social, UAM-Xochimilco. Doctor en Epidemiología y Salud Poblacional, Universidad de Londres. Investigador principal y coinvestigador en proyectos con instituciones internacionales y nacionales. Profesor de la Maestría en Medicina Social y del Doctorado en Ciencias de la Salud Colectiva, UAM-Xochimilco. Integrante del Cuerpo académico consolidado “Determinantes sociales en salud, enfermedad y atención”. Temas de interés: salud, nutrición y calidad de vida en áreas

urbanas; seguridad e inseguridad alimentaria en hogares y personas adultas mayores; evaluación de programas e intervenciones en alimentación y nutrición; conductas alimentarias de riesgo en estudiantes universitarios.

MONSERRAT SALAS VALENZUELA. Antropóloga social, ENAH-INAH. Maestra en Antropología Social, con especialización en Antropología Médica, Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social, CIESAS, Ciudad de México. Profesora y asesora clínica en Nutrición Humana, UAM-Xochimilco, del Diplomado de Antropología Médica, UNAM y de otros cursos en la Ciudad de México y distintos estados de la República Mexicana. Investigadora en el Departamento de Estudios Experimentales y Rurales (DEER) del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición “Salvador Zubirán”, sobre temas de salud, nutrición y género. Diseño, aplicación y evaluación de proyectos basados en la metodología de investigación-acción, con énfasis en la capacitación para mujeres de sectores marginales urbanos, rurales e indígenas. Temas de interés: aspectos socioculturales en torno a la alimentación infantil.

ADDIS ABEBA SALINAS URBINA. Psicóloga, UNAM. Maestra en Psicología de la Salud, UNAM. Becaria en el International Reproductive Health Policy Research Program, Universidad de California, San Francisco. Doctora en Ciencias en Salud Colectiva, UAM-Xochimilco. Profesora en la Licenciatura en Nutrición Humana y en la Maestría en Medicina Social. Temas de interés: perfil de salud reproductiva en jóvenes universitarios; significados de la sexualidad en la práctica profesional en personal en formación en el área de salud (enfoque cualitativo).

CAROLINA TETELBOIN HENRION. Obstetra y Puericulturista, Universidad de Chile. Maestría en Medicina Social UAM-Xochimilco. Doctorado en Ciencias Sociales, Universidad Iberoamericana. Miembro de la Comisión Dictaminadora de Ciencias de la Salud, UAM-Xochimilco. Anteriormente coordinadora de la Maestría en Medicina Social y Jefa del Área Estado y Servicios de Salud, UAM-Xochimilco. Integrante del cuerpo académico consolidado “Determinantes sociales en salud, enfermedad y atención”. Temas de interés: políticas sociales y de salud; reformas a los sistemas de salud y seguridad social; temas estructurales y dinámicas políticas en torno a la atención; prácticas en salud desde la perspectiva de trabajadores y usuarios; evaluación en salud desde la perspectiva crítica.

MA. DEL PILAR TORRE. Licenciada en Nutrición y Ciencia de los Alimentos, Universidad Iberoamericana. Maestra en Ciencias de la Salud, Instituto Nacional de Salud Pública. Estudios de Doctorado, Universidad del País Vasco, San Sebastián, España. Profesora de la Licenciatura en Nutrición, UAM-Xochimilco. Asesora de diversas organizaciones sociales nacionales e internacionales. Temas de interés: la

alimentación infantil y la atención a la desnutrición; los perfiles reproductivos y antropométricos de mujeres indígenas y la alimentación y el crecimiento de sus hijos; los modelos de atención a la desnutrición; los derechos sexuales y reproductivos, como tema de estudio.

SILVIA TAMEZ GONZÁLEZ. Médica, UNAM. Maestra en Medicina Social, UAM-Xochimilco. Candidata a doctora por el Instituto de Educación de la Universidad de Londres. Integrante del área de investigación Estado y Servicios de Salud, UAM-Xochimilco. Profesora del módulo Conocimiento y Sociedad, UAM-Xochimilco. Temas de interés: Salud de los trabajadores, Servicios de Salud y Determinantes Sociales de Salud.

MA. DEL ROSARIO VELASCO TENORIO. Enfermera y Obstetra, UNAM. Especialidad en Enfermería en Salud Mental y administración de los servicios de enfermería, UNAM. Maestra en Ciencias en Salud de los Trabajadores, UAM-Xochimilco. Profesora de talleres de metodología de la investigación en grupos de especialización de personal de enfermería. Colabora en proyectos de investigación de la UAM-Xochimilco. Temas de interés: epidemiología y salud de los trabajadores; detección, evaluación y prevención de riesgos laborales.

*La salud en México,*  
núm. 15 de Pensar el futuro de México.  
Colección Conmemorativa de las Revoluciones Centenarias,  
se terminó de imprimir el 15 de septiembre de 2011  
la producción estuvo al cuidado de *mc editores*,  
Selva 53-204, colonia Insurgentes Cuiculco, 04530,  
México, Distrito Federal, 5665 7163,  
mceditores@hotmail.com. La edición consta de  
1 000 ejemplares más sobrantes para reposición.



