



ASTROLABIO

REVISTA DE CIENCIAS Y HUMANIDADES

vol. 1, núm. 7, PRIMAVERA, 2021

ESPECIAL DE DETERMINACIÓN
SOCIAL DE LA SALUD



ECLÍPTICA

Construyendo políticas públicas saludables desde la alfabetización en salud sexual y reproductiva

Condiciones laborales de despachadores de gasolina: resistencia, estrés y salud

Lactancia materna y sus obstáculos

Determinación social y género: sororidad en lo privado, el caso de la familia B. de la provincia de Jujuy, Argentina

Atención a la salud de inmigrantes venezolanos recibidos por los servicios públicos de la región central del municipio de São Paulo, Brasil

Determinantes sociales de salud en mujeres adultas con síndrome metabólico social

HORIZONTE

La promoción de la salud no es acción preventiva

La construcción de subjetividades en adolescentes con problemas de apariencia dental

Las representaciones sociales del cuerpo y las prácticas de autocuidado en jóvenes universitarios

ACIMUT

*Epistemología de la salud.
Perspectivas desde la transdisciplinariedad
y el pensamiento complejo*

ALEPH

Caso Xerogramática

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE LA CIUDAD DE MÉXICO

Nada humano me es ajeno

www.uacm.edu.mx/astrolabio

RECTORA

Tania Hogla Rodríguez Mora

SECRETARIO GENERAL

Sebastián Ibarra Rojas

COORDINACIÓN DEL COLEGIO DE CIENCIAS Y HUMANIDADES

César Enrique Fuentes Hernández

COORDINACIÓN DE DIFUSIÓN

Marissa Reyes Godínez

PUBLICACIONES

José Ángel Leyva

Astrolabio. Revista de Ciencias y Humanidades

Colegio de Ciencias y Humanidades

Directora: Lidia Ivón Borja Aldave

ivon.borja@uacm.edu.mx | revista.astrolabio@uacm.edu.mx

COMITÉ EDITORIAL

Lidia Ivón Borja Aldave (UACM)

Miguel Ángel Godínez Gutiérrez (UACM)

José Luis Gutiérrez Sánchez (UACM)

Andrés Federico Keiman (UACM)

Beatriz Eugenia Romero Cuevas (UACM)

CONSEJO EDITORIAL

Lucía Álvarez Enríquez (CICCH-UNAM),

Pilar Barrios Navarro (UAM-X)

Guadalupe Huerta Moreno (UAM-A)

Pedro Miramontes Vidal (FC-UNAM),

Eduardo Nivón Bolán (UAM-I),

Manuel Pérez Rocha (UACM),

Francisco Rodríguez Hernández (CRIM-UNAM)

D.R. © Astrolabio. Revista de Ciencias y Humanidades

D.R. © Universidad Autónoma de la Ciudad de México

Dr. García Diego 168, colonia Doctores,
alcaldía Cuauhtémoc, C.P. 06720, CDMX, México

Diseño gráfico e ilustraciones:

Javier Muñoz Nájera | www.L3j4v.tumblr.com

Diseño web: Javier Muñoz Nájera

Corrección de estilo: Matilde Schoenfeld Liberman

Cuidado de la edición: Lidia Ivón Borja Aldave | José Luis Gutiérrez Sánchez

ISSN 2594-231X

Hecho e impreso en México



VOLUMEN 1, NÚMERO 7
PRIMAVERA 2021

Astrolabio. Revista de Ciencias y Humanidades. Año 6, núm. 7, primer semestre de 2021, es una publicación semestral de carácter académico editada por la Universidad Autónoma de la Ciudad de México, a través del Colegio de Ciencias y Humanidades. Calle Dr. García Diego núm. 168, col. Doctores, alcaldía Cuauhtémoc, 06720. Editor responsable: Lidia Ivón Borja Aldave., ISSN 2594-231X.

Reserva de Derechos al Uso Exclusivo 04-2018-110113192300-102. Licitud de Título y Licitud de Contenido otorgados por la Comisión Calificadora de Publicaciones y Revistas Ilustradas de la Secretaría de Gobernación.

Impresa en los talleres de Druko International, S.A. de C.V., Calzada de Chabacano núm. 65, Local R, col. Asturias, 06890, Cuauhtémoc, CDMX.

Este número se terminó de imprimir en diciembre de 2020 con un tiraje de 300 ejemplares.

Las opiniones expresadas por los autores no necesariamente reflejan la postura del editor de la publicación.

Se permite la reproducción parcial o total de los contenidos de la publicación, siempre y cuando se cite la fuente y el nombre del o los autores.

UACM
Universidad Autónoma
de la Ciudad de México
Nada humano me es ajeno

Contenido



ESPECIAL DE DETERMINACIÓN SOCIAL DE LA SALUD

ECLÍPTICA

12

Construyendo políticas públicas saludables desde la alfabetización en salud sexual y reproductiva

Zaida Espino La O
C. Giselda Sanabria Ramos
Yoire Ferrer Savigne
Ángel Alfonso Ximelis Morales
Maritza Ingram Calderón

26

Condiciones laborales de despachadores de gasolina: resistencia, estrés y salud

Jesica Téllez Hernández
Margarita Pulido Navarro
Ricardo Cuéllar Romero

38

Lactancia materna y sus obstáculos

Silvia Padilla Loredo
María Elena Rolanda Torres López
Xóchitl Italivi Flores Navarro
María Luisa Quintero Soto

48

Determinación social y género: sororidad en lo privado, el caso de la familia B. de la provincia de Jujuy, Argentina

Valeria Ivana Argañaraz

60

Atención a la salud de inmigrantes venezolanos recibidos por los servicios públicos de la región central del municipio de São Paulo, Brasil

Drausio Vicente Camarnado Junior
Rosana Marques Ferro
Nivaldo Carneiro Junior

ASTROLABIO

Número 7, primavera de 2021

68

Determinantes sociales de salud en mujeres adultas con síndrome metabólico social

Abigail Fernández Sánchez
Edith Ruth Arizmendi Jaime
Clara Irene Hernández Márquez
María Guadalupe Ojeda Vargas

HORIZONTE

76

La promoción de la salud no es acción preventiva

Perla Ernestina Castañeda Archundia

86

La construcción de subjetividades en adolescentes con problemas de apariencia dental

Fabiola de la Luz Lara Farfán

96

Las representaciones sociales del cuerpo y las prácticas de autocuidado en jóvenes universitarios

Dania Oralia Aguilar Martínez

ACIMUT

104

Epistemología de la salud. Perspectivas desde la transdisciplinariedad y el pensamiento complejo

María Elena Durán Lizarraga

112

ALEPH: SECCIÓN DE ARTE

Caso Xerogramática
Arjan Guerrero



Presentación

La revista *Astrolabio* llega a su séptima edición en la primavera de 2021 con una selección de trabajos presentados en el I Congreso Internacional de Determinación Social, Promoción de la Salud y Educación para la Salud. Los textos se caracterizan por ser un abanico de preocupaciones teóricas y sociales que confluyen y se interrelacionan en ejes como género, condiciones laborales, sexualidad y políticas públicas de salud; los mismos provienen de distintas latitudes latinoamericanas: Cuba, Argentina, Brasil y diversas entidades mexicanas, Yucatán, Estado de México, Morelos y Ciudad de México. El lector tendrá en sus manos con este número un documento que le mostrará distintas problemáticas sociales que se pueden abordar desde enfoques de la determinación social, promoción de la salud y educación para la salud, desde una perspectiva crítica y con una visión integradora a partir de diferentes herramientas metodológicas cualitativas y cuantitativas que permiten aproximarnos a las realidades concretas de las poblaciones para garantizar su derecho a la salud.

El primer artículo, titulado “Construyendo políticas públicas saludables desde la alfabetización en salud sexual y reproductiva”, y escrito a varias manos, expone los resultados de la etapa diagnóstica de una investigación que aplicó una metodología de investigación acción participativa en la Universidad de Ciencias Médicas de Santiago de Cuba, con el objetivo de desarrollar estrategias pertinentes para la sensibilización y toma de decisiones en problemáticas de salud, como es el caso de la salud sexual y reproductiva, particularmente la incidencia negativa de la epidemia del virus de inmunodeficiencia humana/síndrome de inmunodeficiencia adquirida (VIH/sida) entre la población joven.

Los autores del texto “Condiciones laborales de despachadores de gasolina: resistencia, estrés y salud” abordan las precarias condiciones laborales de los despachadores de gasolina y las repercusiones en la salud física y mental de estos trabajadores, a partir de la historia oral como metodología cualitativa. Los hallazgos de la investigación apuntan a que la expresión de forma oral y colectiva del disgusto por las condiciones nocivas en su entorno laboral ayuda a los trabajadores a disminuir su malestar.

El tercer artículo, “Lactancia materna y sus obstáculos”, plantea una preocupación por la falta de respeto institucional a los horarios de lactancia dentro de entornos laborales y centros de estudio. La investigación, de corte cuantitativo, se realizó en el Centro Universitario UAEMEX Nezahualcóyotl. El objetivo fue conocer cuántas mujeres que han sido madres han contado con las facilidades para poder amamantar durante el período que recomienda la Organización Mundial de la Salud (OMS). A raíz de los resultados, las autoras señalan la necesidad de crear un espacio exclusivo para amamantar.

En la investigación titulada “Determinación social y género: Sororidad en lo privado, el caso de la familia B. de la provincia de Jujuy, Argentina”, la autora aborda las representaciones sociales de empleadas y empleadoras en el campo del trabajo doméstico en una familia aristocrática. Desde los marcos teóricos, epistemológicos y metodológicos de la educación para la salud, la investigación encuentra que en el campo del trabajo doméstico, la vinculación en sororidad de empleadas y empleadoras es simétrica y complementaria, unas y otras desarrollan complicidad y acompañamiento, y entablan lazos de afecto que fortalecen el trabajo cotidiano.

En “Atención a la salud de inmigrantes venezolanos recibidos por los servicios públicos de la región central del municipio de São Paulo, Brasil”, los autores se enfocan en la

protección social de los migrantes. El artículo describe los resultados del Plan de Atención a la Salud de la Población Migrante Venezolana, de la Coordinación Regional de Salud Centro (CRS-Centro), Secretaría Municipal de Salud de São Paulo, durante el primer semestre de 2018, cuando 49 venezolanos fueron recibidos por la red de asistencia social y salud para su cuidado integral: medidas de prevención y seguimientos clínicos, inserción en el mercado de trabajo y arreglos para vivienda. Los autores observan que el cuidado integral en salud es fundamental en ese proceso de garantizar los derechos a las personas inmigrantes, lo cual exige acciones intersectoriales y diálogo con la sociedad.

Las autoras del trabajo “Determinantes sociales de salud en mujeres adultas con síndrome metabólico social” investigan esta problemática de salud con una metodología de investigación fenomenológica y mediante trabajo comunitario desde las aportaciones teóricas de Jaime Breilh, con la intención de realizar aportes a la investigación en la salud biopsicosocial. La preocupación de las autoras se centra en las limitantes para el cuidado cotidiano de la salud que implica cambios de estilos de vida y conocimientos que no están al alcance de las personas, además de los costos elevados en el tratamiento. Concluyen que el personal de salud no visibiliza el comportamiento biológico y social de las enfermedades crónicas y que estas podrían ser prevenibles en una parte de la población si en el análisis médico se contemplaran los modos y condiciones sociales de vida desiguales.

La sección *Horizonte* arranca con el texto “La promoción de la salud no es acción preventiva”, donde la autora desarrolla el argumento de que la promoción de la salud tiene un carácter ideológico y discursivo que busca transformar la realidad en la ciudad, por lo que no debe pretender la prevención.

“La construcción de subjetividades en adolescentes con problemas de apariencia dental” parte de la determinación social de la salud y se concentra en la construcción de los ideales de belleza perseguidos, fenómeno abordado desde la antropología médica, por el interés de comprender el proceso salud-enfermedad por medio de las condiciones de vida, y la creación y reproducción de valores culturales e identidad.

El estudio “Las representaciones sociales del cuerpo y las prácticas de autocuidado en jóvenes”, recurrió a redes semánticas y a un cuestionario semiestructurado en más de cien informantes. Los resultados indican que en la medida en que se reconozca que los rasgos y cualidades atribuidos al cuerpo son características humanas, se favorecerá la construcción de significados más adecuados para el autocuidado.

María Elena Durán Lizarraga reseña el libro “Epistemología de la salud. Perspectivas desde la transdisciplinariedad y el pensamiento complejo” coordinado por Roselia Arminda Rosales Flores, Juan Manuel Mendoza Rodríguez y Claudia Alicia López Ortiz, publicado por la Universidad Autónoma de la Ciudad de México en 2019. La riqueza de esta novedad editorial otorga a sus lectores herramientas para comprender la construcción de la noción de la salud como un concepto complejo que requiere la aproximación desde diferentes campos del conocimiento.

El número cierra con la sección de arte, con la presentación del proyecto “Caso Xerogramática”, del artista visual Arjan Guerrero.

TANIA OBDULIA VALADEZ GEORGE

Integrante del Comité Organizador del I Congreso Internacional de Determinación Social, Promoción de la Salud y Educación para la Salud

Colaboradores

Dania Oralia Aguilar Martínez

Licenciada en Psicología y maestra en Psicología Social por la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM). Cuenta con diplomados en Educación Sexual, Orientación Familiar y Derechos Humanos. Es profesora-investigadora en la Academia de Cultura Científica y Humanística de la Universidad Autónoma de la Ciudad de México (UACM). Ha participado en diversos eventos académicos y sus áreas de interés se orientan principalmente a temas de género, mujeres, jóvenes, cuerpo y salud.

Valeria Ivana Argañaraz

Licenciada y profesora en Educación para la Salud en la Universidad Nacional de Jujuy (UNJU), Argentina, Magíster en Salud Sexual y Reproductiva por la Universidad Nacional de Córdoba, Argentina (UNC) y especialista en Estudios de Género por la Universidad de Salta, Argentina (UNSA). Actualmente elabora su tesis doctoral en la UNJU y es docente, investigadora y extensionista en las carreras de Profesorado y Licenciatura en Educación para la Salud de esa misma universidad; también participa en el Movimiento de Mujeres. Su especialización es en Políticas Públicas destinadas a facilitar la participación ciudadana, generadas por el Estado Municipal, las que tienen centralidad en derechos sexuales, género y educación para la salud.

Edith Ruth Arizmendi Jaime

Doctora en Psicología. Profesora investigadora y directora de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma del Estado de Morelos (UAEM). Ha publicado artículos científicos en revistas de enfermería, nacionales e internacionales. Ha participado como ponente en eventos nacionales e internacionales. Sus líneas de interés son: enfermería, educación, cuidado y salud y estudiantes del área de educación para la salud.

Drausio Vicente Camarnado Junior

Psicólogo. Maestro en Psicología Social por la Pontificia Universidad Católica (PUC) de São Paulo (2000) y Doctor en Ciencias en Infectología y Salud Pública -Secretaría de Estado de la Salud de São Paulo (2005). Docente en la Universidad de Mogi de las Cruces, Sede de Villa-Lobos, São Paulo. Psicólogo en la Secretaría Municipal de Salud de São Paulo (SMS). Tutor Técnico en la Coordinación Regional de Salud Centro de la SMS, Municipalidad de São Paulo.

Nivaldo Carneiro Junior

Médico sanitario. Profesor de la Facultad de Ciencias Médicas de la Santa Casa de São Paulo y del Centro Universitario Salud ABC, Brasil. Doctor en Medicina Preventiva por la Facultad de Medicina de la Universidad de São Paulo. Coordinador del Programa de Máster Profesional en Salud Colectiva. Líneas de investigación en gestión pública de políticas de salud, equidad en salud y atención primaria a la salud.

Perla Ernestina Castañeda Archundia

Licenciada en Promoción de la Salud por la UACM. Maestra en Planeación y Políticas Metropolitanas por la Universidad Autónoma Metropolitana (UAM). Doctorante en Sociología por la UAM. Realiza investigación e intervención en el espacio público con enfoque en promoción de salud en el desarrollo urbano de la Ciudad de México. Asesora temas de movilidad urbana sustentable, participación social y responsabilidad social corporativa. Ha gestionado proyectos de impacto ambiental y social como Ecoducto CDMX, Espacio Integral de Alimentación (Espiga, CDMX), Reforestación Participativa y otros en movilidad peatonal e infraestructura verde.

Ricardo Cuéllar Romero

Economista por la UNAM y Doctor en Antropología por la Escuela Nacional de Antropología e Historia [ENAH]. Autor de diversos libros y artículos de investigación publicados en revistas especializadas. Sus publicaciones versan sobre temas de economía política, historia, antropología y salud de los trabajadores. Ha sido objeto de importantes distinciones, entre ellas: el IV Premio Anual de Economía Política “Juan F. Noyola”, del Colegio Nacional de Economistas A. C. y el Premio Anual de Investigación Económica “Maestro Jesús Silva Herzog”, 1988, del Instituto de Investigaciones Económicas de la UNAM. Es catedrático desde 1979 en la UAM, Unidad Xochimilco.

María Elena Durán Lizarraga

Es egresada de la carrera de Biología de la Facultad de Ciencias de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM). Estudió la Maestría en Ciencias con especialidad en Manejo de Recursos Marinos por el Centro Interdisciplinario de Ciencias Marinas del Instituto Politécnico Nacional (CICIMAR, IPN) y el Doctorado en Ciencias en la Facultad de Ciencias de la UNAM. Ha desarrollado proyectos en el campo de la fisiología animal con modelos de estudio en mamíferos marinos, en invertebrados y vertebrados de agua dulce. Ha publicado sobre estos temas en revistas arbitradas. Lleva laborando 15 años en la Universidad Autónoma de la Ciudad de México (UACM). En docencia, imparte cursos en las licenciaturas de Promoción de la Salud, Nutrición y Salud y Protección Civil y Gestión de Riesgos. Actualmente trabaja en proyectos sobre la influencia de los trastornos del sueño, ritmo circadiano y síndrome metabólico.

Zaida Espino La O

Licenciada en Educación en la especialidad de Marxismo, Leninismo e Historia. Máster en Ciencias en la especialidad de Promoción y Educación para la Salud. Profesora e investigadora auxiliar de la Universidad de Ciencias Médicas de Santiago de Cuba. Miembro del Consejo Provincial de Ciencias Sociales de la Academia de Ciencias de Cuba, experta en la evaluación de proyectos en ciencias de la salud. Doctorante en el Programa de Ciencias de la Salud de la Escuela Nacional de Salud Pública (ENSAP), de Cuba, en el tema de alfabetización en salud sexual y reproductiva en estudiantes universitarios.

Abigail Fernández Sánchez

Doctora en Ciencias en Enfermería. Actualmente es profesora-investigadora de tiempo completo de la Facultad de Enfermería de la UAEM. Ha publicado artículos científicos en revistas de enfermería y de psicología nacionales e internacionales. Es autora del libro: *Burnout en enfermería* y coautora de *Tiempo, lugar y espacio en las personas con discapacidad*. Ha participado como ponente en eventos nacionales e internacionales. Sus líneas generales de investigación son: enfermería, educación, cuidado y salud, así como determinantes sociales en salud en población infantil, del adolescente y en la mujer adulta.

Yoire Ferrer Savigne

Jefe del departamento de grupos vulnerables del Centro Nacional de Prevención de las ITS/VIH/sida (CNPITS-VIH/sida) Coordinador Nacional de la Red Cubana de Personas que Viven con VIH (PVV), Vicepresidente del Mecanismo de Coordinación de País para los proyectos del Fondo Mundial de lucha contra el sida, la tuberculosis y la malaria, miembro alterno de la Junta Directiva del Fondo Mundial de lucha contra el sida, la tuberculosis y la malaria en representación de la Sociedad Civil de América Latina y el Caribe. Profesor auxiliar en la Universidad de la Habana, Cuba.

Xóchitl Italivi Flores Navarro

Licenciada en Educación para la Salud por la Universidad Autónoma del Estado de México (UAEMEX) Centro Universitario UAEMEX Nezahualcóyotl, Maestra en Sociología de la Salud en el Centro Universitario UAEMEX Amecameca, ponente nacional e internacional. Docente en la Licenciatura de Educación para la Salud y Seguridad Ciudadana del Centro Universitario UAEMEX Nezahualcóyotl. Coautora en libros colectivos, par revisor de la revista *Medwave, revista biomédica general*, revisada por pares e indexada en Medline/PubMed, ISSN 0717-6384.

Arjan Guerrero

Explora lo que puede ser un arte post-contemporáneo por medio de investigaciones materiales y narrativas especulativas desarrolladas con tecnologías de alta tracción cultural. Sus proyectos de largo plazo han sido becados por programas como el de Arte Ciencia y Tecnologías y presentados en sitios como el Museo Universitario Arte Contemporáneo, [MUAC] y el Centro Nacional de las Artes [CENART]. Fue seleccionado para ingresar al Master in Fine Arts de Goldsmiths, University of London, en 2020.

Clara Irene Hernández Márquez

Doctora en Ciencias Sociales. Actualmente es profesora y encargada del programa “Determinantes sociales en salud hacia toda la población incidiendo en los grupos vulnerables en mi clase de enfermería comunitaria” y del posgrado de la Facultad de Enfermería de la UAEM. Ha publicado artículos científicos en revistas de enfermería, entre otras. Ha participado como ponente nacional e internacional.

Maritza Ingram Calderón

Licenciada en Educación en la especialidad de Biología. Especialista en Promoción y Educación para la Salud. Profesor e Investigador Auxiliar. Doctorante en el programa de Ciencias de la Salud de la Escuela Nacional de Salud Pública (ENSAP) de Cuba en el tema de Comunidad Saludable y Desarrollo Local, facilitadora latinoamericana en intervención social, transformación y formulación de proyectos con enfoque de género y juventud.

Fabiola de la Luz Lara Farfán

Cirujana Dentista por la Universidad Autónoma de Yucatán [UAY]. Maestra en Trabajo Social por la UNAM. Maestra en Antropología Social con especialización en Antropología Médica por el Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social [CIESAS]. Actualmente es odontóloga clínica e investigadora independiente.

Rosana Marques Ferro

Enfermera. Especialista en Salud de Familia por la Universidad Federal de São Paulo (UNIFESP) y en Gerencia de Servicios de Salud por la Universidad de São Paulo (USP). Formación en Salud Colectiva y de Gestión Hospitalaria. Ha trabajado como Gerente de Proyectos en la Secretaría del Estado de la Salud de São Paulo, es docente de la Universidad Max Planck, y fue Coordinadora de la Coordinación Regional de Salud Centro de la SMS, Municipalidad de São Paulo.

María Guadalupe Ojeda Vargas

Doctora en Ciencias en Enfermería. Es profesora-investigadora de la Universidad de Guanajuato [UG] Campus Celaya. Ha publicado artículos científicos en revistas de enfermería, tanto nacionales como internacionales. Es coautora del libro *Tiempo, lugar y espacio en las personas con discapacidad*. Ha participado como ponente nacional e internacional. Líneas de Generación y Aplicación del Conocimiento [LGAC]: su principal línea de investigación es el cuidado al final de la vida.

Silvia Padilla Loredo

Doctora en Pedagogía por la UNAM, Maestra en Humanidades de la Universidad Anáhuac. Licenciada en Sociología por la UNAM. Profesora investigadora del Centro Universitario Nezahualcóyotl de la UAEMEX. Nivel 1 del Sistema Nacional de Investigadores, perfil deseable Prodep SEP, Evaluadora CONACYT e integrante del cuerpo de revisores de la revista chilena *Medwave*. Tiene participación en congresos nacionales e internacionales, libros y capítulos de libros. Línea de investigación: género, sustentabilidad, salud y educación. Actualmente tiene dos libros en puerta: *Todo con medida. Hasta el alcohol* y *Sociología de las adicciones*, el primero de autoría propia y el segundo en la coordinación de un trabajo de equipo. Ambos están en proceso de edición en la Editorial Plaza y Valdés.

Margarita Pulido Navarro

Médica Cirujana por la UNAM, especialista en Medicina del Trabajo por la UNAM, Maestra en Ciencias en Salud en el Trabajo por la UAM y Doctora en Ciencias en Salud Colectiva por la UAM. Es profesora investigadora de tiempo completo de la UAM desde 2002. Autora de diversos libros colectivos y artículos de investigación publicados en revistas especializadas, su última obra publicada es el libro *El lujo de enfermar. Historia de vida y trabajo* (2012). Ha participado con ponencias de resultados de investigaciones en diversos congresos y foros de salud de los trabajadores. Sus publicaciones versan sobre temas de salud de los trabajadores.

María Luisa Quintero Soto

Doctora en Ciencias Sociales y Políticas por la Universidad Iberoamericana (UIA). Cuenta con el Perfil Prodep desde 2008 a la fecha. Líder del Cuerpo Académico Consolidado: Género, Sustentabilidad, Educación y Salud. Ha publicado más de cincuenta libros y diversos artículos en revistas nacionales e internacionales. Docente de la Licenciatura en Comercio Internacional y en la Maestría en Sociología de la Salud, en los centros universitarios Nezahualcóyotl y Amecameca de la UAEMEX.

María Elena Rolanda Torres López

Médica Cirujana por la UNAM con Maestría en Educación Familiar por la Universidad Panamericana [UP]. Doctora en Educación por la Universidad España y México [UEM]. Profesora de asignatura en la UAEMEX. Ha publicado diferentes capítulos de libros en revistas de prestigio y ha sido ponente en encuentros nacionales e internacionales.

C. Gicelda Sanabria Ramos

Doctora en Medicina, Doctora en Ciencias de la Salud (PhD). Especialista en Administración de Salud. Máster en Tecnología Educativa y Máster en Salud Pública. Presidente del Comité Académico de la Maestría de Promoción y Educación para la Salud. Miembro del Comité Doctoral de la Escuela Nacional de Salud Pública [ENSAP], y del Tribunal Permanente en Ciencias de la Salud, en Cuba.

Jesica Téllez Hernández

Licenciada en Psicología por la UNAM con mención honorífica y Maestra en Ciencias en Salud de los Trabajadores por la UAM, Unidad Xochimilco. Coautora del artículo “Enfermedades en personal educativo y su asociación con el Síndrome de Quemarse por el Trabajo [SQT] (*Burnout*) en docentes” en la *Revista Mexicana de Salud en el Trabajo* y del artículo “Diferencias por sexo de factores de riesgo psicosocial (estresores) en profesores universitarios y de bachillerato”, que forma parte del libro electrónico *Efectos psicosociales de la crisis laboral y precarización del trabajo* y ponente en el congreso Work, Stress and Health 2015 [trabajo, estrés y salud], en Atlanta, Georgia, EUA.

Ángel Alfonso Ximelis Morales

Doctor en medicina. Especialista 1er grado en Medicina General Integral. Máster en Medicina bioenergética y natural. Profesor Asistente de la Universidad de Ciencias Médicas Santiago de Cuba, Cuba. Investigador con experiencia en la docencia y la atención comunitaria a personas viviendo con VIH, miembro del Grupo de Estudio del sida (GESIDA), Cuba.

Construyendo políticas públicas saludables desde la alfabetización en salud sexual y reproductiva

ZAIDA ESPINO LA O
C. GISELDA SANABRIA RAMOS
YOIRE FERRER SAVIGNE
ÁNGEL ALFONSO XIMELIS MORALES
MARITZA INGRAM CALDERÓN

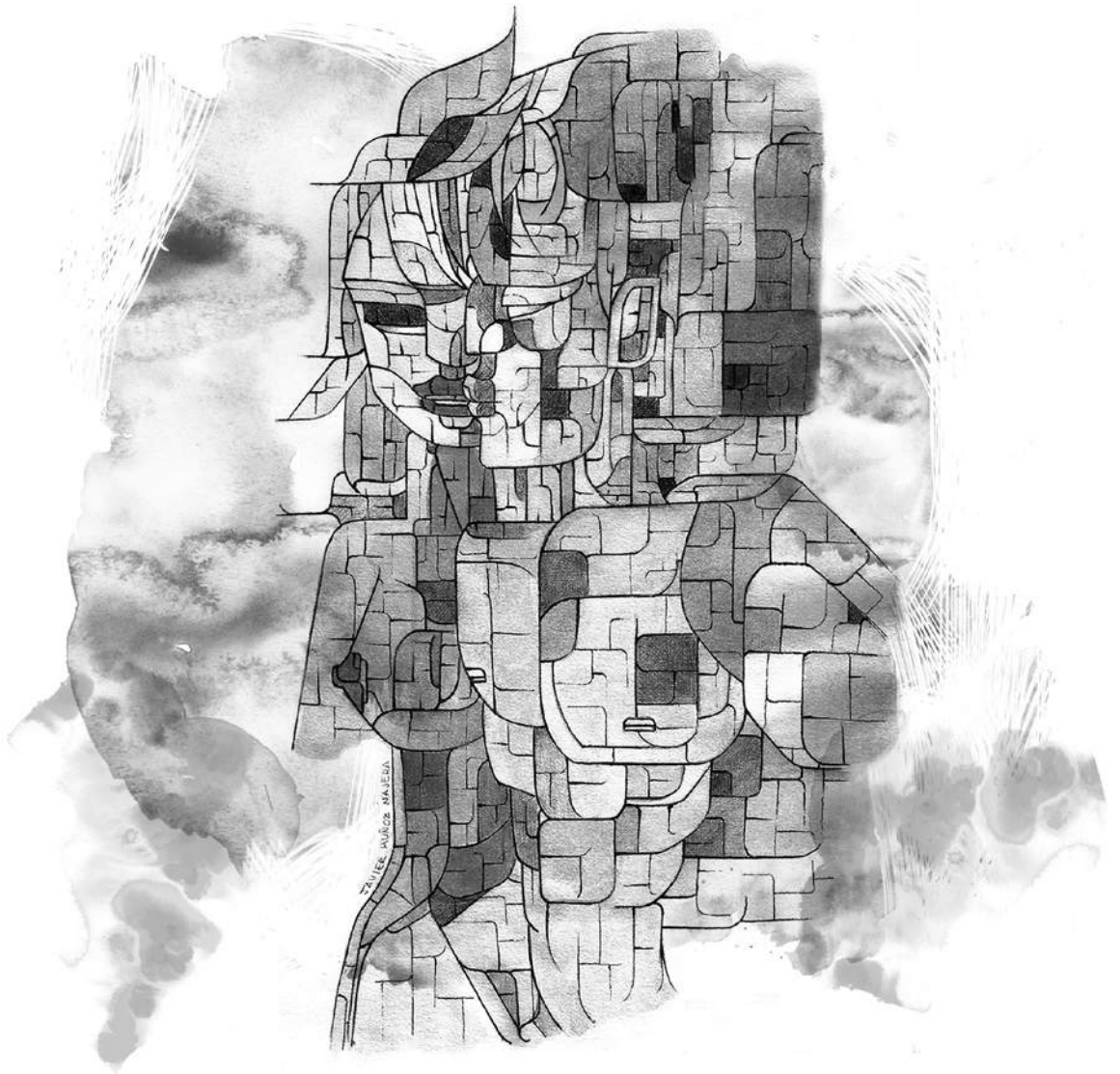
Se presenta una experiencia en construcción de políticas públicas saludables desde la alfabetización en salud (AS) en un espacio universitario; en el período de enero de 2015 a julio de 2017, correspondiente a la primera etapa de la investigación. Se aplicó la metodología de investigación acción participativa, con referentes teóricos de AS, en la Universidad de Ciencias Médicas de Santiago de Cuba, Cuba, con la participación de 53 miembros de las estructuras directivas del escenario universitario. El estudio permitió identificar las acciones estratégicas para alfabetización en salud sexual y reproductiva (ASSR) de la etapa diagnóstica de la investigación. Se apoyó en los modelos conceptuales más utilizados; permitió asumir posiciones teóricas y metodológicas con enfoques necesarios ante la complejidad, amplitud y matices que requiere el estudio de un tema transdisciplinar como la ASSR. Se enfatiza en la búsqueda de modelos, metodologías y estrategias que se ajusten a las características y escenarios como el universitario.

PALABRAS CLAVE: Políticas públicas saludables, estrategia, alfabetización en salud, salud sexual reproductiva

Building healthy public policies through literacy in sexual and reproductive health

An experience in building healthy public policies from the health literacy (HL) in a university arena is presented, covering the period from January 2015 to July 2017, which corresponds to the first stage of the investigation. A participatory action research methodology was applied, with theoretical references from HL (or AS, as it is known in Spanish) at the University of Medical Sciences of Santiago de Cuba, with the participation of 53 members of the university scenario's governing structures. The study enabled the identification of strategic actions for sexual and reproductive health literacy (SRH or ASSR, as it is known in Spanish) of the diagnostic stage of the investigation. It relied on the most used conceptual models; it made it possible to assume theoretical and methodological positions with necessary approaches to the complexity, breadth and nuances required by the study of a transdisciplinary subject such as the SRH (ASSR). Emphasis is placed on the search for models, methodologies and strategies that adjust to the characteristics and scenarios such as the university scenario.

Keywords: Healthy public policies, strategy, Health Literacy, sexual and reproductive health



Introducción

Sin las juventudes no es posible la democracia, el desarrollo equitativo y la cohesión de estado.

DINA KRAUSKOPF

En el artículo se presenta una experiencia en la construcción de políticas públicas saludables en el escenario universitario a partir de la alfabetización en salud sexual y reproductiva (ASSR); se toman en cuenta los referentes teóricos de la alfabetización

en salud (AS) y los conceptuales de las políticas públicas, así como la importancia para el desarrollo de la sociedad y en específico en la universidad.

Se realizó una valoración del término *estrategia* con enfoque en la promoción de salud y el vínculo con las metas de los Objetivos del Desarrollo Sostenible (ODS), así como la alfabetización en salud como una opción que permite la sensibilización y toma de decisiones en problemáticas de salud, como es el caso de la salud sexual y reproductiva (SSR), problemática esencial que motivó el estudio de intervención re-

lacionada con la incidencia negativa de la epidemia del virus de inmunodeficiencia humana/síndrome de inmunodeficiencia adquirida (VIH/sida) en la población joven. Se realiza una descripción de cómo debería ser una propuesta de estrategia en ASSR para un espacio universitario y se formulan las experiencias de la etapa de diagnóstico de la investigación.

Las políticas públicas saludables en espacios universitarios

Las políticas públicas como herramientas importantes para la salud de la población no se limitan al sector salud; han adquirido gran relevancia en el plano internacional desde la Carta de Ottawa con el reconocimiento e influencia en los determinantes de la salud (Restrepo, 2002). Las universidades tienen un papel significativo en la incorporación en sus procesos de ciertas políticas públicas saludables, determinantes para crear riqueza, mejorar la salud, cuidar el medioambiente y bregar con problemas sociales como la pobreza, la exclusión social, la violencia, entre otros, lo que las convierte en elementos clave en las estrategias de desarrollo (Núñez, 2014).

Según la Organización Panamericana de la Salud (OPS), la estrategia para el desarrollo de las políticas públicas de la población canadiense contempla fortalecer la comprensión sobre los factores determinantes de la salud, promover la participación popular en acciones que mejoren su salud y apoyar el enfoque en otros sectores de gobierno y en organismos de masa y sociales, promover y desarrollar iniciativas integrales, interdisciplinarias e intersectoriales que puedan repercutir de modo importante

en la salud de la población (OPS Canadá, 2000).

Para iniciar el análisis de la situación que dio lugar a la propuesta de intervención, se partió de la necesidad del cumplimiento de las metas del milenio y la problemática existente con la pandemia del VIH/sida, según Estruch (2016), así como la estrategia “Llegar a cero” del Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre VIH/sida (ONUSIDA, 2016), que destaca la necesidad de revolucionar la prevención, debido a los progresos logrados hasta la fecha, los que han sido insuficientes para detener y revertir la epidemia.

La estrategia para el año 2020, según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2016) y el *Llamado a la acción del Segundo Foro Latinoamericano y del Caribe sobre el continuo de atención de Río de Janeiro 2015*, incluyeron en sus metas que:

“...todas las personas, en todas partes del mundo vivirán una vida libre de discriminación y maltrato asociados con el VIH y para el año 2030, todos los que viven con el VIH, hombres que tienen sexo con otros hombres, transexuales, trabajadores y trabajadoras sexuales, drogodependientes, las privadas de la libertad y poblaciones vulnerables, incluyendo jóvenes, migrantes, mujeres y niñas disfrutarán plenamente todos los derechos humanos, incluyendo la protección dentro de sus comunidades y el acceso igualitario a la salud, el empleo, la justicia, la educación, la nutrición y los servicios sociales”.

Estas metas requieren de accionar en todos los escenarios en los que estén las personas en riesgo, y el espacio universitario sería uno de estos con los que la sociedad se beneficiaría.

Desde el enfoque de la promoción de salud, Sanabria (2008) considera la estrategia

como la dirección que se toma para alcanzar los objetivos y responder a la pregunta ¿cómo se va a lograr algo?, que significa describir los pasos o algoritmo que permitirán obtener los objetivos. Se vincula con un programa educativo, con un plan de acción, luego el diseño y la ejecución de la estrategia, lo que hace que los autores se aproximen a esta definición.

El término “alfabetización en salud” (AS), traducción del término inglés *health literacy*, fue mencionado por primera vez en la literatura por Simonds en 1974; Nutbeam (2000) clasifica las habilidades de la AS como funcional, interactiva y crítica, las cuales dependen de las habilidades personales, cognoscitivas y sociales que determinan en el individuo ganar el acceso, es decir, que entienda y use la información para promover y mantener una salud satisfactoria. En el 2012, Sørensen propuso una definición de la alfabetización en salud más integradora que abarca tanto el punto de vista médico-asistencial, como el de salud pública: “...se basa en la alfabetización general y engloba las motivaciones, los conocimientos y las competencias de las personas para acceder, entender, evaluar y aplicar la información sobre la salud en la toma de decisiones sobre la atención y el cuidado sanitario, la prevención de enfermedades y la promoción de la salud para mantener y mejorar la calidad de vida a lo largo de ésta” (Sørensen, 2012, p, 12).

Entre las habilidades y destrezas para acceder, entender y evaluar por los individuos, familias, comunidades y las decisoras que incluye la alfabetización en salud, está la capacidad de entender la información que nos facilita el profesional sanitario, tomar una decisión, la capacidad de comunicar las necesidades de intervención ante los problemas de la salud, involucrar en acciones preventivas e interactuar con

los sectores. De lo que se desprende la necesidad de saber cómo acceder a la información adecuada, interpretarla, juzgarla y utilizarla con eficacia, adaptarla a circunstancias particulares, para tomar decisiones bien fundamentadas sobre la salud y los implicados.

De este modo, los autores consideran que se requiere un complejo grupo de habilidades, competencia analítica y de toma de decisiones, así como la capacidad de aplicar estos conocimientos a situaciones concretas. De igual modo, requiere también motivación, integrar el empoderamiento como paradigma en un nuevo escenario de interrelaciones entre profesionales, servicios sanitarios y ciudadanos. En alfabetización en salud no existe una estrategia tipo, esta depende de la problemática a estudiar, el grupo al que se dirige y las condiciones del contexto (materiales-tecnológicas), no depende exclusivamente de las capacidades individuales de los ciudadanos, pues es el resultado dinámico de la interacción entre estos y las demandas del sistema de salud y la habilidad de los individuos, grupos o comunidades, así como de los profesionales que facilitan la atención.

La SSR, según la OMS, es un estado general de bienestar físico, mental y social, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos. Entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y segura y de procrear de igual forma, la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuándo y con qué frecuencia; de ahí la relevancia de una educación sexual en los jóvenes (OMS, 2003). Esta definición se asocia al reconocimiento y garantías de los derechos sexuales reproductivos y para su logro es necesario formar habilidades en los individuos en su reconocimiento, para lo cual la ASSR sería una vía factible.

En la actualidad, a pesar de las preocupaciones institucionales, de organizaciones científicas y de salud por intervenir ante problemáticas de SSR, se hace evidente la necesidad de una adecuada preparación para la vida sexual; de manera particular, cursar la educación superior no significa poseer una formación científica en materia de sexualidad, si bien es cierto que las y los jóvenes han pasado por una serie de espacios formativos precedentes, en sexualidad, los cuales no siempre han sido del todo adecuados, lo que los hace vulnerables. Dicha brecha provoca que los jóvenes universitarios que se enfrentan a situaciones de riesgo, se muestren con pocas herramientas de decisión apropiadas, fenómenos que no son suficientemente estudiados en los centros de educación superior. Preocupación que ha tenido en cuenta la UNESCO (2018) con la propuesta de “Orientaciones técnicas internacionales sobre educación en sexualidad”.

Con la Conferencia de Shanghái en 2016, la AS y los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) cobran niveles de significación, ya que la información sobre SSR puede reducir el riesgo de VIH, así como el grupo de virus que comprende el Herpes simple tipo 2 (HSV-2) y otras infecciones de transmisión sexual (ITS), al tiempo que evita los embarazos no deseados y la mortalidad materna relacionada con la edad de tener hijos. Alcanzar niveles más altos de alfabetización en salud sexual y reproductiva también produce múltiples beneficios más allá de la salud, a partir del empoderamiento, especialmente en situaciones donde las relaciones de poder, como la desigualdad de género, reducen la capacidad de ciertos grupos para acceder a la información, cuestión que contribuye al cumplimiento de estos ODS (OPS, 2016).

Posibles vías para mejorar la alfabetización en salud a través de las cuales las mejoras en la alfabetización en salud sexual y reproductiva pueden contribuir a la igualdad de género (ODS 5), son, por ejemplo, ayudando a las jóvenes a permanecer en procesos de formación educacional, reduciendo las brechas de género en educación (ODS 4) y mejorando las oportunidades económicas futuras (ODS 8). Al avanzar en el acceso a mejores empleos y al retrasar el embarazo, también puede ayudar a romper las cadenas de la pobreza intergeneracional (ODS 1 y 10) (UNESCO, 2010).

La estrategia cubana de prevención del VIH/sida con metas al 2030 propone alcanzar indicadores de reducción de nuevas infecciones en el país con una detección temprana de los portadores, así como el mantenimiento de una baja carga viral, eliminar el estigma y la discriminación relacionada con el sida, eliminar las desigualdades, violencia y abuso de género, promover y apoyar el liderazgo de los jóvenes, y fomentar una educación sexual completa sobre la salud reproductiva que proteja sus derechos humanos; para ello se hace necesaria la implementación de estrategias de ASSR en los escenarios clave donde conviven los jóvenes.

En la Universidad de Ciencias Médicas (UCM) de Santiago de Cuba se han realizado estudios exploratorios de comportamientos de los jóvenes universitarios asociados al rendimiento académico, los que han tenido causales en los estilos de vida inadecuados (consumo de alcohol y cigarro, violencia intra-grupal y de género), bajo nivel de redes de apoyo familiar, entre otros aspectos significativos (García, 2017, p 453).

Los jóvenes en la universidad deben asumir una actitud que les permita autodeterminarse, tomar decisiones trascendentales para ellos mismos desde sus proyectos de



vida, de manera que en poco tiempo puedan desempeñarse de forma independiente y responsable en su vida familiar, laboral y social. Estos grandes desafíos permiten afirmar que esta etapa es una gran oportunidad para desarrollar una formación integral, incluyendo lo relativo al autocuidado de la SSR.

De aquí la importancia de diseñar una estrategia participativa de ASSR; como una alternativa de solución en correspondencia con las características, necesidades, intereses y exigencias sociales del estudiante universitario. La que ha de implicar a todos por igual, en especial a la adolescencia y la juventud, como espacios de inversión

social para el futuro (Castro, 2014; Borrero, 2014; OPS/OMS 2016).

Es importante promover un diálogo entre la comunidad universitaria que involucre a docentes, personal de salud experto en el tema, jóvenes y trabajadores como una manera de orientarlos hacia el logro de relaciones edificantes que recreen los más altos valores humanos; asimismo, la capacitación en temas relacionados con la afectividad, la comunicación, la negociación y la autoestima, entre otros. La educación sexual como política de juventud tiene así sus fundamentos en la interacción dialéctica de todos estos agentes socializadores

que contribuya al cambio de mentalidad desde una visión del pensamiento crítico.

En la actualidad, la revolución tecnológica y el uso de las redes sociales con el intercambio de información, la comunicación, el aprendizaje, la socialización, los juegos a partir del acceso a internet, han contribuido a que muchos jóvenes (nativos intelectuales o generación interactiva) evadán sus dudas o confirmen sus criterios por medio de estos espacios. Tanto internet como las redes sociales pueden ser una maravillosa herramienta para la AS; para los proveedores de salud y los docentes es una oportunidad y un desafío acompañarlos en este camino de aprendizaje. A través de la red, pueden expresar sus ideas con respeto y tolerancia y mejorar su rendimiento académico contactando con compañeros de estudio o profesores (Paniagua, 2016).

En las estrategias de ASSR, es posible realizar experiencias colaborativas de comunicación e información en las que participan de manera activa profesionales sanitarios de diferentes disciplinas y estudiantes con habilidades en el manejo de la tecnología, enriqueciendo de manera considerable los contenidos, y alcanzar resultados finales por medio de canales digitales, como: correo electrónico, sistemas de mensajería (tabletas o teléfonos inteligentes), blogs, comunidades virtuales para compartir experiencias o sentimientos, buscar y compartir información de investigación en salud sobre la temática de SSR; asimismo, participar en foros científicos, cursos virtuales, entre otras modalidades, lo que permite el acceso a información científica actualizada.

Mejorar la cultura de la SSR en la población objeto de estudio implica más que la transmisión de información de salud; implica desarrollar la confianza y las destrezas necesarias para actuar con ese

conocimiento, y es la mejor manera de lograr que se hagan cargo de sus vidas y su estado de salud. Para ello se requieren modelos personalizados de comunicación donde mensajes, lenguajes y canales sean los más adecuados a las características de cada individuo por medio de formas más personales de comunicación, y a través de la extensión educativa de la comunidad.

Igualmente, para alcanzar el objetivo final de promover una mayor independencia y autonomía entre las personas y la comunidad con las que se interviene, hay que reconocer y comprender los aspectos políticos de la educación, centrada en la superación de barreras estructurales para la salud, pero también se deben poner en marcha estrategias sencillas y directas para que estos objetivos se logren en el menor espacio de tiempo (Basagoiti, 2012).

La Declaración de la Cuarta Conferencia Regional de Promoción de Salud y Educación para la Salud, en Medellín, Colombia en 2009, abogó por desarrollar estrategias de educación, comunicación para la salud y la participación comunitaria (UIPES-ORLA, 2009), con el fin de propiciar espacios saludables donde los diferentes actores involucrados participen en el diseño de las estrategias que se implementen (Rodríguez, 2013). Teniendo en cuenta lo analizado, los autores se proponen como objetivo del presente trabajo exponer las experiencias en la construcción de políticas públicas saludables desde la alfabetización en SSR en entornos universitarios.

Metodología

Se realizó un estudio de intervención con la metodología de investigación-acción-participativa en la UCM de Santiago de Cuba en el período comprendido entre enero de 2015

y febrero del 2018; como parte de la etapa diagnóstica de una investigación mayor, con la participación de 53 miembros de las estructuras de directivas del escenario universitario (consejo de dirección de trabajo educativo, organizaciones estudiantiles y juveniles, dirección de organización sindical de los trabajadores) en siete sesiones de trabajo que permitieron identificar las acciones ante la situación dada para una toma de decisiones por los actores universitarios.

Etapas de intervención para el diagnóstico

PRIMERA. Presentación y entendimiento de la situación problemática. Se brindó información sobre la situación epidemiológica del VIH/sida y la implicación del sector salud y en particular la Universidad de Ciencias Médicas, a partir de la revisión documental, la observación no participante y las entrevistas focalizadas, contando con el criterio de expertos que permitió la identificación de necesidades de aprendizaje haciendo uso de técnicas de educación popular, y se arribó a la negociación de las soluciones con los sectores.

SEGUNDA. Evaluación de la situación problemática. Se buscó sensibilizar a los diferentes directivos de los sectores institucionales (administración, organizaciones estudiantiles, sindicato) en la búsqueda de la toma de decisiones a partir de análisis documental y la observación no participante de los investigadores.

TERCERA. Toma de decisiones. Elaboración del flujo de información de la situación problemática a difundir en cada escenario de la comunidad universitaria con el desarrollo del sistema de trabajo para el espa-

cio seleccionado. Para la integración de los sectores en las tareas diseñadas, se empleó la observación no participante por parte de los investigadores, y se llegó a la negociación de las soluciones con los sectores con la determinación de las propuestas de acciones a ejecutar por cada una de las partes institucionales a fin de revertir la situación existente.

Los datos se recolectaron a partir de las actas y relatorías de los diferentes momentos de la intervención, los cuales se presentan de forma simplificada en el texto; se emplearon técnicas de consenso entre las partes. Se tuvieron en cuenta los principios éticos de la investigación con el consentimiento informado, así como el respeto a la autodeterminación de algún miembro en participar o no hacerlo.

Resultados

El estudio se inició en enero de 2015. Dada la incidencia del VIH/sida en el territorio de Santiago de Cuba, se decidió por el Programa de prevención del VIH/sida que el Grupo Operativo para el Enfrentamiento al VIH/sida (GOPELS)¹ realizara una intervención en el sector salud desde la universidad, considerando la misión de formar un médico con alto nivel de competencia profesional, comprometido con los principios de la Revolución, que contribuyera a elevar el estado de salud de la población en los diferentes escenarios de actuación de Cuba y el mundo, por medio

¹ Autoridad nacional multisectorial de coordinación del VIH/sida, que integra instituciones gubernamentales, ONG y sociedad civil, actuando de acuerdo al campo de competencia, en la asistencia médica, el apoyo a personas viviendo con sida, la educación y la promoción social.

de acciones de promoción, la prevención y la rehabilitación de la salud.

La dirección universitaria, con asesoría del GOPELS, organizó el proceso de intervención con la coordinación de la investigación a partir de las siguientes acciones: definición del problema, generación y selección de opciones, gestión de la opción seleccionada y, por último, monitoreo y evaluación.

Se realizaron las intervenciones organizadas en siete sesiones de trabajo atendiendo a las estructuras directivas antes mencionadas, con la participación de 53 dirigentes administrativos, estudiantiles, juveniles y docentes.

Se valoró la situación problemática y se acordó fortalecer el GOPELS universitario con la propuesta de incorporación de miembros de cada organización o sectores representados en la comunidad universitaria, así como incluir un representante de la actividad académica que haga posible la coordinación metodológica desde lo curricular y la actualización de la temática desde el posgrado.

Se tomó la decisión de llevar a cabo una intervención en las diferentes estructuras directivas de la UCM, e intervención en el Consejo ampliado de Trabajo Educativo. Se participó con el acompañamiento de expertos del Programa de prevención del VIH en el Consejo de Dirección ampliado, en el que participan directivos de las diferentes instituciones que desarrollan el proceso académico en el sector, los representantes de los sectores estudiantiles y de los trabajadores en la comunidad universitaria.

Asimismo, fueron identificados los aspectos de la matriz estratégica según los campos de fuerza con las debilidades, amenazas, fortalezas y oportunidades, así como las propuestas de alternativas de solución.

Propuestas de acciones identificadas como parte del diagnóstico participativo de los líderes del escenario universitario estudiado

Análisis y reflexión de la situación problemática del VIH/sida en cada uno de los escenarios de la Universidad.

Indagación sobre la accesibilidad, el entendimiento, evaluación y toma de decisiones de los jóvenes, con la aplicación de instrumento de medición del índice de alfabetización en SSR en estudiantes de 1^{er} año y los resultados de autocuidado, lo que permitirá identificar las habilidades de alfabetización en SSR de los estudiantes y trabajadores.

Considerar la importancia de las estrategias regionales y nacionales del 90-90-90 (ONUSIDA) con el aporte de la iniciativa en la membresía de las estructuras juveniles en el debate del tema, incluir en los proyectos educativos de cada brigada acciones preventivas de realizar la prueba rápida al VIH, estableciendo un indicador que establezca que 90% de los miembros de las brigadas estudiantiles que participen, reconozcan su situación serológica, así como lograr cero manifestaciones de estigma y discriminación al tema del VIH/sida.

Utilización de los espacios comunicativos para la sensibilización por medio de murales, blog, boletines, la revista informativa *Chaguito*, el aula de la Universidad Virtual de Salud "Univers", Clínica Virtual, Foros Científicos Virtuales, cursos-talleres, así como elaborar un sitio web sobre la alfabetización en salud, la creación de una aplicación de sistema operativo Android para telefonía móvil o tabletas digitales y la constitución de la red de estudiantes investigadores en alfabetización en salud sexual y reproductiva.

Incorporar la temática en el movimiento cultural de artistas aficionados y el deportivo; así como de los corresponsales informativos a la prensa radial y televisiva; estos últimos contribuirían a la realización de propuestas de guiones radiales y televisivos para programas juveniles de la radio base universitaria.

Crear nuevos proyectos estudiantiles con temáticas relacionadas con los derechos sexuales reproductivos, la violencia de género, tolerancia cero a la prostitución, entre otros aspectos; lo que permitirá evaluar los comportamientos en la diversidad entre culturas y origen social; desarrollar a su vez la habilidad investigativa y fomentar la estrategia de educación de pares.

Tener presente las fechas conmemorativas de los temas de salud, en las que se moviliza el movimiento universitario desde lo científico, cultural, recreativo y deportivo, con jornada científica y ferias de salud para generar el intercambio de conocimiento, la reflexión y el diálogo sobre el tema de alfabetización en SSR.

Realizar valoraciones metodológicas y actualizaciones de los contenidos de las disciplinas de los programas curriculares con la oferta de cursos electivos sobre AS, sexualidad, género, violencia, derechos SSR e ITS/VIH/sida.

Actualizar las estrategias curriculares sobre prevención de VIH/sida, realizar capacitación a profesores guía que permitan identificar en sus estudiantes factores de riesgo asociados a la temática de SSR. Realizar preparación metodológica según las especificidades de los docentes de cada una de las carreras y perfiles.

Tener en cuenta la valoración de la situación problemática en cada sección sindical, con el objetivo de desarrollar talleres de capacitación para los trabajadores, preferentemente a los jóvenes.

Dar cumplimiento a las indicaciones metodológicas sobre la atención al VIH/sida en el escenario laboral, que debe ser de conocimiento por todos los trabajadores, directivos y funcionarios de los departamentos de recursos humanos.

Discusión

Es un hecho que la transmisión de la mayoría de las enfermedades infecciosas está estrechamente relacionada con factores de riesgo de la interacción social y los patrones de comportamiento; factores que se evidencian en la epidemia de sida en Cuba, por lo que un enfrentamiento más eficaz debe tenerse en cuenta e involucrar a todos, jóvenes, profesionales, trabajadores y tomadores de decisiones para trabajar unidos hacia un fin común.

Durante la implementación de la investigación por el grupo gestor, siempre con mayoría femenina, se transformó en un equipo transdisciplinario impulsado por la capacitación, el abordaje conjunto de las tareas y el intercambio entre unos y otros. Primeramente, los involucrados, especialmente los directivos y los sectores fueron informados de la situación problemática, se generó en ellos un proceso de búsqueda de alternativas que les permitió desarrollar una perspectiva común en la que participaban, y que tenían también un papel y un interés en su solución.

Se estima que los enfoques participativos más eficaces son los que dan igual valor a la sabiduría institucional y a la científica,

además de que el intercambio de conocimientos y el análisis conjunto de los problemas permite la identificación de soluciones factibles (Rodríguez, 2013, pág. 3). En este caso se dio lugar a espacios reflexivos, de discusión, en los que, a partir de múltiples posiciones o puntos de vista, disensos y consensos, se ofreció a los tomadores de decisiones la oportunidad de definir tantas opciones como sean imaginables y aplicables, las cuales se han de traducir en políticas públicas saludables para esta comunidad universitaria.

Los autores asumen que as de persona o colectivo, deberá promover que el individuo, la organización, los sectores, tengan un comportamiento que incluya acciones como: acceder a la información, contrastarla con profesionales y con su propio caso, participar activamente en reuniones de trabajo con expertos del tema de salud, con otros pacientes o con miembros activos de la comunidad, completar información por medio de otras fuentes, formarse, debatir, preguntar. Que permita —como señala Borile, (2012)— “...una adecuada participación en las actividades de la comunidad —acorde con su cultura—, y el desarrollo de su máxima potencialidad; el abordaje integral de la salud de los adolescentes requiere acciones destinadas a estimular el crecimiento, el desarrollo personal y a prevenir o a responder a determinados problemas” (pág. 358).

Se fortaleció el GOPELS universitario para las acciones coordinadas en la prevención del VIH/sida en su contexto, se logró en los sujetos participantes sentido de coherencia, necesidad y negociación para el cambio y con ello fomentar políticas públicas de salud en este escenario, cuestión a la que en la Conferencia de Shanghái se brindó toda la atención, considerando la necesidad de fortalecer la toma de deci-

siones participativa y representativa sobre el desarrollo de la alfabetización sanitaria, así como la equidad a todos los niveles para promover la acción individual y comunitaria para la salud (Shanghái, 2016).

En Cuba existen estrategias dirigidas a los jóvenes, las que requieren ser mejoradas con el enfoque de los determinantes sociales, expandir la estrategia en poblaciones clave afectadas, capacitar a los recursos humanos del sector salud y otros sectores para fortalecer el liderazgo y la capacidad de conducción; así como fomentar la participación en la respuesta ampliada a la epidemia de VIH/sida (Estruch, 2016). Se demostró con los resultados de este estudio la necesidad de la alfabetización en SSR y la factibilidad del método utilizado para mantener los resultados positivos logrados y los que se pretende alcanzar en la fase de intervención del proyecto de investigación.

Se sustenta la estrategia propuesta, en los modelos conceptuales más utilizados, con énfasis en los presupuestos de Sørensen y Nutbeam; nos permitió asumir posiciones teóricas y metodológicas con enfoques necesarios ante la complejidad, amplitud y matices que requiere el estudio de un tema transdisciplinar como la alfabetización en SSR.

Conclusiones

1. Continúa siendo objeto de investigación científica la búsqueda de modelos, metodologías y estrategias que se ajusten a las características de la alfabetización en salud sexual reproductiva y a escenarios de los jóvenes, aspectos corroborados en la revisión bibliográfica y documental correspondiente.
2. La participación y empoderamiento de los implicados en las problemáticas en SSR

posibilita el liderazgo, la aceptación a la ASSR y el compromiso con los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) en la construcción de políticas públicas saludables.



Referencias

Basagoiti, I. (2012). Alfabetización en salud. De la información a la acción. Valencia: ITACA/TSB. Recuperado el 19 de diciembre de 2015, desde <http://www.salupedia.org/alfabetizacion/>

Borile, M. E. (2012). Información dirigida a jóvenes y adolescentes. Sección 5. Capítulo 5.3 en Basagoiti I. Alfabetización en salud. De la información a la acción. Valencia: ITACA/TSB; pp. 357-372. Recuperado el 19 de diciembre de 2015, desde <http://www.salupedia.org/alfabetizacion/>

Castro Espín, M. (2014). La salud sexual y reproductiva de adolescentes y jóvenes en América Latina y el Caribe—Mirada con catalejo de Cairo + 20. *Revista Sexología y Sociedad*. 2014; 20(1). Recuperado en julio de 2017, desde <http://www.revsexologiaysociedad.sld.cu/index.php/sexologiaysociedad/article/view/461/500>

Estruch Rancaño, L., Ochoa Soto R., Villalón Oramas, M. (2016). *Epidemia de VIH/sida en Cuba: 30 años de experiencia*. Santiago de Cuba: Editorial Oriente

García Gascón, A., Del Toro Añel, A. Y., Cisneros Prego, E., Querts Méndez, O. y Cascaret Soto, X. (2017). Algunas variables psicosociales asociadas al bajo rendimiento académico en estudiantes de primer año de medicina. *MEDISAN*, 21(4), 453. Recuperado el 5 de junio de 2017, desde <http://www.medisan.sld.cu/index.php/san/article/view/1085/html>

Guerrero Borrego, N. (2014). Subjetividades juveniles y políticas de prevención asociadas a las ITS/VIH-sida. *Sexología y Sociedad*, 20(2),157-161. Recuperado el 5 de junio de 2016, desde <http://revsexologiaysociedad.sld.cu/index.php/sexologiaysociedad/article/view/486/519>

Health Canada (2000). Salud de la población. Conceptos y estrategias para las políticas públicas saludables: la perspectiva canadiense. Washington, D.C.: OPS, 31-3. Recuperado el 5 de junio de 2017, desde <https://www.ucongreso.edu.ar/grado/carreras/apuntes/canada..pdf>

Núñez Jover, J. (2014). *Universidad, conocimiento e innovación y desarrollo local*. La Habana: Félix Varela.

Nutbeam D. (2000). Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promotion International* 15(3). Recuperado el 27 de febrero de 2017, desde <http://academic.oup.com/heapro/article-pdf/15/3/259/9809115/150259.pdf>

Organización Mundial de la Salud [OMS] (2004). Salud Reproductiva. 57ª Asamblea Mundial de la Salud. Recuperado el 27 de septiembre de 2017, desde http://apps.who.int/gb/archive/pdf_files/WHA57/A57_13-sp.pdf

_____ (2016). Proyecto de Estrategia Mundial del Sector de la Salud contra el VIH para 2016-2021. Recuperado el 5 de mayo de 2017, desde http://www.who.int/hiv/strategy2016-2021/GHSS_HIV_SP_06012016.pdf?ua=1

Organización Panamericana de la Salud [OPS] (2014). Las nuevas metas 2020 para controlar la epidemia de VIH/sida en América Latina. Recuperado el 27 de septiembre de 2017 desde https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=9655:2014-90-targets-controlling-epidemic-america-caribbean&Itemid=1926&lang=es

_____ (2016). Sexual and reproductive health literacy and the SDGs. Recuperado el 1 de julio de 2017, desde <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/9gchp/sexual-reproductive-health-literacy/en/>

Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura [UNESCO] (2010). Orientaciones Técnicas Internacionales sobre Educación

en Sexualidad. Un enfoque basado en evidencia orientado a escuelas, docentes y educadores de la salud. Volumen I. Justificación de la educación en sexualidad, pp. 1-27. Recuperado el 3 de marzo de 2015, desde <http://unesdoc.unesco.org/images/0018/001832/183281s.pdf>

_____ (2018). International technical guidance on sexuality education: An evidence-informed approach. Revised edition. Recuperado el 12 de junio de 2020, desde <https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000260770>

ONUSIDA (2016). Acción acelerada para acabar con el SIDA. Estrategia ONUSIDA 2016-2021. Recuperado el 15 de julio de 2017, desde http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/UNAIDS-strategy-2016-2021_es.pdf.

_____ (2016) Llamado a la Acción. Segundo Foro Latinoamericano y del Caribe sobre el Continuo de Atención: “Mejorar la prevención combinada del VIH para fortalecer el continuo de la prevención y la atención”. Río de Janeiro, Brasil, 18-20 de agosto de 2015. Recuperado el 21 de marzo 2017, desde <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2015/2015-cha-llamado-accion-continuo-atencion.pdf>

Paniagua Repetto, H. (2016): Impacto de las tecnologías de la información y la comunicación. Recuperado el 24 de julio 2017, desde https://www.adolescenciase-ma.org/ficheros/CURSOS%202016/Documentacion/5.-%20%20Impacto_TIC.pdf

Restrepo, E., Málaga, H. (2002) *Promoción de la salud. Cómo construir vida saludable*. Bogotá: Médica Panamericana.

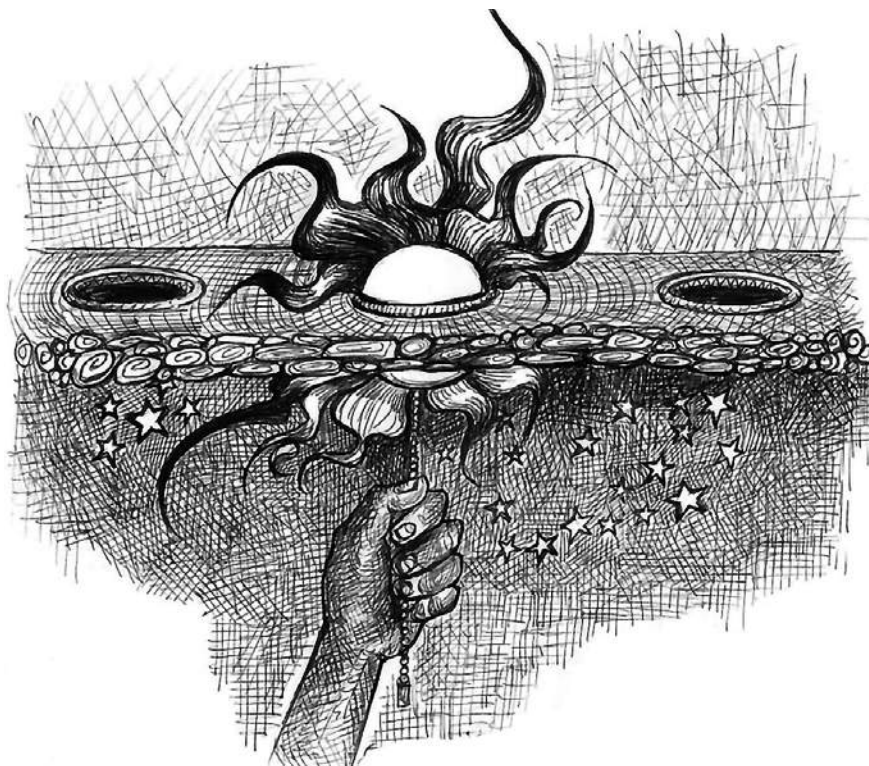
Rodríguez, A, Sanabria, G, Contreras, P., y Perdomo, B. (2013). Estrategia educativa sobre promoción en salud sexual y reproductiva para adolescentes y jóvenes universitarios. *Revista Cubana Salud Pública*, 39(1), 1-14. Recuperado el 2 de diciembre de 2017 desde http://www.scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=So864-34662013000100015&lng=es

Sanabria, G. (2008). *Tendencias de la Promoción y la Educación para la Salud en Cuba y el Mundo*. Tesis de Maestría en Promoción y Educación para la Salud. La Habana: Escuela Nacional de Salud Pública.

Simonds, S. K. (1974). Health education as a social policy. *Health Education Monograph*, 2(1) 1-25. Recuperado el 15 de julio de 2017, desde <http://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/10901981740020S102>

Sørensen, K., Van den Broucke, S., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J., Slonska, Z., y Brand, H. (2012). Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*, 12(1). Recuperado el 18 de junio de 2017, desde <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22276600>

Unión Internacional de Promoción y Educación para la Salud, Oficina Regional para Latinoamérica [UIPES-ORLA] (2009). Declaración de la Cuarta Conferencia Regional de Promoción de Salud y Educación para la Salud. Medellín.



Condiciones laborales de despachadores de gasolina: resistencia, estrés y salud

JESICA TÉLLEZ HERNÁNDEZ
MARGARITA PULIDO NAVARRO
RICARDO CUÉLLAR ROMERO

Los despachadores de gasolina están sujetos a condiciones de trabajo que les provocan un malestar físico y emocional persistente: peligros constantes, vapores de gasolina, maltrato; el patrón les cobra por trabajar y los obliga a vender productos.

La historia social y oral permite dar cuenta de la subjetividad y la salud de estos trabajadores. Al permanecer oculto el conflicto, para no perder el trabajo, les ocasiona malestar, y un estrés prolongado. La historia oral posibilita entender el proceso del conflicto y cómo este se revela aun cuando no se exprese abiertamente; al callar, los trabajadores presentan malestares: el conflicto latente, en el interior, estar dividido entre aceptar o rechazar la dominación, se expresa como estrés.

Cuando los trabajadores de este centro de trabajo no callan más y externan colectivamente el disgusto por las condiciones nocivas, su malestar disminuye. En cambio, la resistencia callada no resuelve los conflictos, que al permanecer en el interior, causan estrés prolongado; al sufrir durante años estas situaciones, los trabajadores enferman y son relegados. Pero cuando la resistencia es activa, colectiva, el conflicto se dirige hacia el origen del mismo, ya no permanece en el interior del individuo; se puede avanzar hacia el bienestar y la salud. Así es para los trabajadores de esta gasolinera del sur de la Ciudad de México.

PALABRAS CLAVE: Despachadores de gasolina, dominación, resistencia, estrés prolongado

Working conditions of gasoline dispatchers: resistance, stress and health

Gasoline dispatchers are subject to work conditions that cause persistent physical and emotional discomfort: constant dangers, gasoline fumes, mistreatment, the employer charges them for work and forces them to sell products.

The social and oral history makes it possible to account for the subjectivity and health of these workers. When the conflict remains hidden, in order not to lose their job, it causes them discomfort, and prolonged stress. Oral history makes it possible to understand the process of conflict, and the way it reveals itself even when it is not expressed openly; when they are silent, workers present discomfort: the latent conflict, being internally divided between accepting or rejecting domination, expresses itself as stress.

When the workers of this workplace are no longer silent and collectively express annoyance at the harmful conditions, their discomfort decreases. Instead, silent resistance does not solve conflicts, which, by remaining inside, causes prolonged stress; by suffering for years this situation, the workers get sick and are relegated. But when the resistance is active, collective, the conflict is directed towards its origin; it no longer remains inside the individual; they can walk towards wellness and health. Thus it is for the workers of this gas station in the south of Mexico City.

Keywords: Petrol dispensers, domination, resistance, prolonged stress

Introducción

El trabajo que realizan los despachadores de gasolina en la Ciudad de México tiene lugar, por lo general, en un ambiente de poder, dominación y resistencia. En este ensayo se pretende dar cuenta de la relación que es posible establecer entre la subjetividad y la salud de estos trabajadores. En particular, cómo se da la resistencia a la dominación y al abuso de que son objeto, cómo se dirige el conflicto entre dominación y resistencia. Las razones que en un principio llevan a ocultar el rechazo, para evitar la posibilidad de perder el trabajo, ocasionan un malestar, un estrés prolongado. Con el apoyo de la historia social y de la oral (Hobsbawm, 1976; Altamirano, 1994; Collado, 1994; Camarena, Morales y

Necoechea, 1994) se posibilita entender el proceso del conflicto, cómo éste se revela aun cuando no se exprese abiertamente. Al callar, los trabajadores presentan malestares: el conflicto latente, en el interior dividido entre aceptar o rechazar la dominación, se manifiesta como estrés. Pese al temor de ser despedidos, los trabajadores terminan por darse la oportunidad de sentir de manera activa, colectiva, una actitud de resistencia. Sus testimonios nos hacen ver una vivencia diferente: la expresión abierta, activa, colectiva de su resistencia les ayuda a recuperar su condición humana. Son otros, se sienten felices.

La investigación se realizó en una gasolinera del sur de la Ciudad de México don-



de los trabajadores, a partir del hartazgo provocado por las pésimas condiciones laborales, se han organizado para exigir a los dueños de la gasolinera derechos laborales, que debieran ser irrenunciables, como un salario, un contrato colectivo y un seguro médico, entre otros. La respuesta a sus demandas, era de esperarse, ha sido amenazas de expulsión ante cualquier forma de organización y lucha que ellos emprendan.

Los trabajadores están sujetos a condiciones de trabajo que les ocasionan un persistente malestar físico y emocional: peligros constantes, vapores de gasolina, maltrato oral. Además, lejos de remunerarles sus servicios, el patrón les “cobra” por trabajar y los obliga a ofrecer diversos productos automotrices, bajo la penalización de tener que pagar por ellos si no logran su venta.

Dado este panorama laboral en el que se encuentran los despachadores de gasolina, el objetivo principal de este estudio ha sido averiguar cómo son afectados dos trabajadores, un hombre y una mujer, por el proceso de trabajo en su salud, a través de su percepción, significación y formas de resistencia, por medio de la historia social y la oral como metodología de investigación. Desde este abordaje se considera que la historia de vida se encuentra inserta en una historia social, históricamente determinada¹.

En estas circunstancias, fue posible entrever cómo el aprendizaje y el conocimiento de diversos sucesos, acciones, procesos y circunstancias pasados, son

¹ Los criterios para seleccionar a los trabajadores para llevar a cabo las entrevistas difieren de los tradicionalmente contemplados por el método estadístico; en este caso seguimos una epistemología diferente en la cual se considera que la subjetividad de las personas se construye al interior y en la interrelación del colectivo del cual se forma parte, es decir en una cierta cultura, y por ello, en ese sentido, una persona

relatados y recogidos a través de la voz en primera persona. Se logra así rescatar una riqueza subjetiva, esto es, de significados, valores, que están presentes en la situación de vida de los trabajadores.

Destaca la consideración en el sentido de que la subjetividad no se vive al margen del tiempo y espacios históricamente determinados. Por el contrario, el “contexto” material y espiritual se expresa en el ser humano, cuyo desarrollo ocurre mientras transita por los espacios sociales de interrelación con los otros, en sociedad. Desde luego, el sujeto histórico es un ser activo que contribuye a la producción y reproducción social. El individuo se hace de las ideas, actitudes, significados, formas de estar en la vida, justo en la interrelación con los otros, en sociedad. En el espacio y tiempo sociales históricamente concretos, se generan, se recrean, se abandonan, se asumen las formas simbólicas, los sentires y los significados (Thompson, 1998).

No está por demás recordar aquí el planteamiento fundamental de que las ideas que prevalecen en una sociedad son las ideas de la clase dominante, aquellas que se intenta imponer en las otras para llegar a la obediencia de la primordial regla dictada desde el poder: hacer de cada ser un ente para la productividad, convertir el tiempo de vida de las personas en tiempo

es representativa del contexto del que forma parte (Martínez, 2012). Por ello no utilizamos el muestreo estadístico, propio de la metodología cuantitativa, sino que entrevistamos a las personas que tienen amplia experiencia en el campo que estamos estudiando y de ellas seleccionamos a las que nos puedan proporcionar la información necesaria y suficiente que permita analizar los elementos que nos planteamos en este proyecto.

Así pues, entre los criterios tomados en cuenta para invitar a las y los trabajadores a participar en la investigación se consideró la amplia experiencia que han adquirido en el trabajo específico que pretende estudiarse y por supuesto, su trayectoria de lucha en el movimiento social del que forman parte.

de trabajo (Cuéllar y Pulido, 2008). Todas las instituciones se encaminan hacia ese objetivo. En la familia, por ejemplo, se busca convertir a los menores en los seres obedientes, dóciles que el modo capitalista requiere para la producción. No obstante, ante el dominio, el control, puede llegar a oponerse su contrario, es decir, la resistencia, el rechazo a las normas, a los diversos códigos de control.

Los trabajadores entrevistados develan en sus testimonios tales elementos contradictorios. En sus diálogos se hacen presentes el malestar, el disgusto por las injusticias, pero también, sus aspiraciones, su lucha por cambiar las formas establecidas por otras que los hagan partícipes de las decisiones que afectan su trabajo y, por ende, su vida toda.

En una lectura atenta, se aprecia un cierto rescate de la condición humana al reflexionar y cuestionar las estructuras impuestas. Estructuras que les impiden plasmar sus capacidades y desarrollar sus potencialidades, lo que puede derivar en emociones negativas y estrés prolongado, al no poder externar el conflicto —que existe no por su disgusto, sino por el abuso del que son objeto— que al no expresarse, queda oculto: “la lucha se da ahora entre uno y uno mismo, en el interior dividido” entre aceptar o rechazar la dominación y la injusticia, (García, 2006, p. 92). Al generar ese malestar, ese prolongado estrés, se ocasionan en el organismo alteraciones metabólicas y funcionales, que al ser constantes finalmente pueden derivar en enfermedades crónico degenerativas, aquellas de las que más enferman y mueren las personas de la clase trabajadora en México (Pulido, 2012).

Por el contrario, al externar el conflicto ocasionado por el trato del que son objeto por los empresarios gasolineros, al cuestio-

nar, al reflexionar, se encuentran en camino de recuperar su condición humana, entre cuyas características se encuentra la capacidad de criticar lo dado, superar lo que ya se considera sentido común e imaginar un entorno, un mundo mejor. Como dijera Georges Navel acerca de los males que provoca el capitalismo a los trabajadores: “Hay una tristeza obrera de la cual sólo cura la participación política” (Pulido, Cuéllar y Hernández 2016).

A lo largo de su existencia, las personas se encuentran en espacios en los que se les imponen ciertas formas de estar en la vida. Son normas establecidas que los van preparando para su futura ubicación en la clase trabajadora, para lograr convertirlos en seres productivos, obedientes y dóciles (Giroux, 1985, pp. 36-65).

Luisa², por ejemplo, nació en una familia que la maltrataba cotidianamente para imponerle esa docilidad; ella creció con miedos y terminó atrapada en una relación matrimonial para la que no se sentía preparada y por la cual además no habría deseado tal compromiso, pero el miedo a las represalias paternas, no le dejó otro camino; es demasiado joven para conocer que existen otras alternativas para su situación, además de las impuestas desde la dominación y jerarquías familiares.

Entonces, haz de cuenta que no había esa comunicación, a la mejor de que te hablaran, o tener esa como convivencia, sabes, que explicarte las cosas, no sé; entonces yo me fui criando sola, sola con mis papás pero sola, entonces, haz de cuenta que llega el tiempo de que pues era tanto de que, pues, ya me había vuelto un poquito desastrosa pues, este, a mí ya me tenían así de como si no llegas te vamos a dar, ¿no?, entonces haz de cuenta que yo conozco a mi novio, se podría decir, pues lo conozco pocos días, haz de cuenta que no se lo baja a ver pues nos vemos en tal lado, y bla, pues no me dejaba venir ¿no?, entonces haz de cuenta que yo era más el miedo de regresar a mi casa por la tunda que me iban a dar, porque ya me la habían sentenciado.

...Sí, ya sabía, ya me lo habían advertido [risas], entonces ahí pues me casé con él, o sea, me quedé con él, pero fue más por miedo (Téllez, 2017, Testimonio uno).

Más tarde se encontró sola, sin el apoyo de su pareja, con dos hijos, en una búsqueda que no permite tregua ni demora, para llevar el sustento para su familia; sin embargo, ella es consciente de que, además, su familia requiere de su presencia, pues como madre de familia se siente obligada a satisfacer no sólo las necesidades de tipo económico, sino también las afectivas y formativas. Llegó así a la gasolinera buscando mejores ingresos y un horario que le posibilitara estar algunas horas más con sus hijos.

Sin embargo, tanto Luisa como Fernando³ encontraron en las gasolineras condiciones que son nocivas para la salud. En primer lugar, la situación tanto para hombres como

² Luisa es, desde luego, el pseudónimo que se eligió para mantener la identidad de la entrevistada.

³ Fernando es, asimismo, un pseudónimo.

mujeres que trabajan en las gasolineras implica una subordinación absoluta ante los dueños de la empresa que, de no acatar las reglas impuestas, su “oportunidad” para laborar se ve en riesgo. En la mayoría de las gasolineras del país se cobra derecho de piso a los trabajadores por dejarlos despachar la gasolina; esta cuota va desde los 50 hasta los 200 pesos diarios, dependiendo de la ubicación de la gasolinera. De esta forma, los empresarios pretenden infundir en los empleados un sentido de agradecimiento por permitirles trabajar en un lugar que es propiedad de aquellos.

La resistencia, el rechazo a las nocivas condiciones en que se les obligaba a trabajar generaba en ellos malestar constante; el rechazo no podía ser manifestado de manera abierta, dada la amenaza latente de perder la oportunidad de llevar sustento a sus familias.

Continúa Luisa, y abajo, Fernando:

En esta empresa yo daba 70 pesos diarios por dejarme trabajar, como dicen piso, 70 pesos diarios, y aparte lo de tu comida, y aparte tenías que vender diez piezas diarias; si tú no vendías esas diez piezas, se te juntaba, tú al mes tú le tienes que cubrir sea como sea [...]. Ya no aguantaba la presión de las piezas, ya no me gustaba ir a trabajar, tienes que ir con la mentalidad de que ya están vendidas, ya era una presión constante [...]. Era demasiado, hay veces que tu tenías que comprar dos aditivos, ahí se te iban 50 pesos, y eso comprando lo más barato, y tu tenías que rogarle, llegas al grado de decirle al cliente de “ánde le écheme la mano”, y pues quieras o no te sobajas, bueno yo lo sentía así porque yo me sentía incómoda estarles rogando (Téllez, 2017, Testimonio uno).

[...] yo no sabía la forma de trabajar, o sea, yo no sabía de qué pues, dónde iba un aceite, yo no sabía cómo checar las llantas, yo no sabía este, pues despacharles, y tuve muchos problemas, ahí notas que tienes... o ahí notas o ahí vas viendo. Una vez a una camioneta le eché gasolina y era de diésel y la llené de gasolina, imagínate... imagínate, pues hubo problema ahí con el cliente, porque dice pues no es de gasolina es de diésel, te digo que me impacta, porque dices pues no sabes y hay muchos compañeros que aunque sepan no te dicen por envidia, no sé, y pues no me dijeron, y el cliente tampoco me dijo, porque el llegó en el área de gasolina, no llegó en el área de diésel entonces yo nada más me fui con eso, y me dice sí, lleno, y yo nomás lleno, y después se da cuenta y me dice no pues es que no es gasolina es diésel, pues es que no me dice, y esta no es área de diésel. El área de diésel está más allá, tuvimos que sacar la gasolina, y tuve que pagar esa gasolina, pues porque ya se la había echado (Téllez, 2017. Testimonio dos).

Los empleados de las gasolineras no cuentan con prestación alguna; sin embargo, los empresarios se respaldan legalmente, haciéndoles firmar nóminas falsas. A consecuencia de que no perciben un sueldo base, se ven en la necesidad de competir de manera constante entre compañeros por obtener clientes, con una serie de gestos exagerados para llamar la atención del automovilista a su puesto de trabajo. Pues es de las propinas de los consumidores de donde generan sus ingresos.

Otra de las exigencias que deben cumplir totalmente es el seguimiento de un protocolo de actuación frente al cliente: deben repetir una serie de frases para poder ofrecerle al cliente no solo la gasolina, sino los productos que están obligados a vender como

una cuota diaria; asimismo, deben ofrecer otros servicios como la limpieza de parabrisas y el inflado de llantas. Además, es responsabilidad de los despachadores que el monto total de lo recaudado, durante el turno de ocho horas, por la venta de gasolina y otros productos llegue a las manos del dueño.

El horario de atención de las gasolineras en todo el país es de 24 horas, por lo que existen tres turnos que deben cubrir los despachadores de gasolina, uno que va de las seis de la mañana a las dos de la tarde, otro de dos de la tarde a las 10 de la noche, y el último de 10 de la noche a seis de la mañana. Por lo tanto, el tiempo para generar ingresos de estos centros de trabajo es de 24 horas los 365 días del año; la responsabilidad de organizar las jornadas recae en los mismos trabajadores.

II

La exposición a sustancias tóxicas como los vapores de gasolina es constante durante las ocho horas de actividad laboral; sin embargo, el empleador no les proporciona un equipo de protección que les proteja de la inhalación de los tóxicos del ambiente de trabajo, ni del contacto de la piel y mucosas con dichos tóxicos. Incluso, el uniforme obligatorio que utilizan debe ser comprado por los mismos trabajadores. Este está constituido por un overol y botas, muchas veces en mal estado, pues para ellos es difícil adquirir un conjunto nuevo, dados los gastos que deben hacer para conservar el lugar de trabajo.

La revisión de la literatura acerca de los daños a salud que afectan a este sector sugiere que existen riesgos químicos, ambientales y físicos que pueden estar mermando la salud de los trabajadores despachadores de gasolina.

A ese respecto, Castillo y Homero (2014) encontraron en trabajadores de gasolineras padecimientos respiratorios como rinitis a causa de irritación química y faringitis aguda, además de otras enfermedades respiratorias severas como neumonía, asma y bronquitis. Asimismo, algunos de los sujetos de estudio presentaron alteraciones en sus pruebas de funcionamiento respiratorio. Los investigadores también advirtieron en los trabajadores lesiones cutáneas correspondientes a dermatitis por contacto, y lesiones oculares por contacto accidental.

Luisa relata lo siguiente:

[...] de los ojos, sí me empezó a fallar la vista, como hace un año que empecé a tener esa falta de visión, me salían abscesos, entonces yo fui con un oftalmólogo y él me dijo que era por las manos sucias, y por todos los gases; él me decía que tenía que usar lentes en mi trabajo. Él fue el primero que me dijo que si yo no cambiaba de trabajo, me iba a empezar a afectar en los ojos, pero yo dije: “¡noooo!, Qué me va a afectar si yo veo bien” (Téllez, 2017, Testimonio uno).

Estos hallazgos muestran que los trabajadores despachadores de gasolina están expuestos a condiciones que les pueden ocasionar una amplia gama de enfermedades, y aunadas a las condiciones contractuales a las que se ven sometidos, podemos dar cuenta de la situación desfavorable en la que se desempeñan.

III

Es importante destacar que los despachadores de gasolina son el último eslabón de un ciclo de producción de la gasolina como mercancía que comienza con la extracción, refinación y distribución, hasta llegar al consumidor final, mediante el trabajo de estos

empleados. En otros países esta actividad no se lleva a cabo, pues son los mismos consumidores quienes se despachan la gasolina. Sin embargo, esta labor en nuestro país es muy conveniente para los empresarios, pues los empleados no solo son mano de obra gratuita para la venta de su producto, sino que además les sirven en otras tareas: los utilizan como administradores y despachadores de gasolina; además, realizan labores como recibir las pipas de gasolina, vigilar la descarga en las cisternas, hacer las cuentas, pagos, depósitos de las ganancias obtenidas, dar mantenimiento al lugar de trabajo, lo que implica no solo que este se tenga limpio, sino además pintar y hacer reparaciones. Inclusive, los trabajadores llegan a hacer otras labores como favores a los propios gerentes y dueños, como el lavado de su auto, y hacer las veces de choferes y hasta “mandaderos”.

Por otra parte, la posibilidad de un ascenso es limitada; la mayor aspiración a considerar es ser responsable de una isla, es decir, el jefe y administrador de un total de cuatro bombas de gasolina. En este sentido no es lo mismo ser un recién llegado que tenga que empezar con ponerle abrillantador a los autos, repartiéndose la propina, a ser un empleado que lleva años con la empresa y que ya es considerado jefe de isla.

A pesar de que los despachadores no perciben un salario por parte del empresario o dueño, al momento de entrar se les obliga a firmar una nómina como si de verdad percibieran un sueldo, así como algunas hojas en blanco. En este medio no hay garantía de permanencia en su lugar de trabajo, pues con estas hojas en blanco en cualquier momento pueden darse por despedidos, como si ellos mismos hubiesen renunciado sin algún tipo de liquidación.

La situación en la que laboran los despachadores de gasolina es de informalidad, lo que ocasiona que estos no tengan acce-

so a servicios de salud ni otras prestaciones que mejoren sus condiciones de vida. La última Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo (ENOE) realizada por el Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI] (2014) revela que la tasa de informalidad en el país asciende a 58.8%, esto significa que seis de cada 10 trabajadores en México carecen de las prestaciones mínimas que establece la legislación laboral.

Según la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (De la Garza, 2009), el empleo informal en el mundo es un fenómeno muy extendido, con 60% de la fuerza de trabajo implicada, y con un peso creciente, de forma que para el 2020 representará 66%.

Ligados a esta problemática han surgido cambios en las condiciones laborales, tales como: la desaparición de relaciones contractuales estables, la intensificación del trabajo, transformaciones en la organización laboral, bajos salarios, despidos masivos e incremento desmesurado del sector informal. En México ese proceso se muestra más claramente a partir de la puesta en marcha del Tratado de Libre Comercio, inscrito en la globalización de la economía mundial (De la Garza, 2000).

Sin embargo, ha ido surgiendo en los trabajadores despachadores de las gasolineras la necesidad de la organización entre los compañeros de trabajo para exigir mejores condiciones laborales, pues han percibido la posibilidad de actuar sobre las condiciones que los afectan.

[...] fue al poco tiempo [de] que yo entré, un año vamos a dejarlo así, donde ya me dicen que se están organizando para exigir un contrato colectivo, y yo pues fascinada, pues no está bien que nos dejemos. Pues pasamos todo un proceso y fue algo así tan bonito porque decías: bueno no te dejas por lo menos, aunque sea por primera vez haces algo, y dices algo que no te parece, ¿no?, no es siempre

quedarte callado o siempre decir: pues sí, está bien, aunque sepas que no está bien, ¿no?, y pues que te exploten y que te digan que se quedan con tu dinero ¿no?, porque ese es un robo a ojos vistos [...]. Empezamos la lucha y todo eso y todo bien, la verdad es que estábamos bien, muy animados, muy felices y se está luchando contra la empresa ¿no?, en este caso con el que te está agrediendo (Téllez, 2017, Testimonio uno).

Conclusiones

La historia social y oral permite dar cuenta de la subjetividad y salud de los trabajadores entrevistados. Nos facilita entender elementos que al mirarlos desde la superficie pueden parecer contradictorios, pero que, desde lo social, se ubican como aspectos del mismo fenómeno, la problemática de la dominación y la resistencia. Así, es posible identificar cómo al permanecer oculto el conflicto, para no perder el trabajo, ocasiona en las personas malestar y estrés prolongado. La historia oral posibilita ubicar el proceso del conflicto, cómo se revela este aun cuando no se exprese abiertamente; al callar, los trabajadores presentan malestares: el conflicto latente, en el interior dividido entre aceptar o rechazar la dominación, se expresa como estrés.

Asimismo, la historia oral, de la mano de la historia social, esclarece cómo son afectados los trabajadores por el proceso de trabajo en su salud; entender cómo han sido elaborados sus procesos de percepción, significación y formas de resistencia, posibilita advertir cómo los sujetos son afectados por el contexto económico, social, político y cultural, que en muchas ocasiones les impone la inmovilidad; y cómo dicha inmovilidad les depara malestares emocionales de los cuales pueden escapar solo una vez que se vislumbra la

comprensión de que eso es justamente contrario a la naturaleza humana que impulsa a reflexionar y a cuestionar el orden injusto que los maltrata al abusar de su trabajo y de su persona.

Los trabajadores entrevistados comparan en sus testimonios ambos elementos opuestos; las contradicciones que se entretienen en sus conversaciones nos muestran el malestar, el disgusto por las injusticias y su lucha por cambiar las formas establecidas para transformarlas en otras que los hagan partícipes de las decisiones que afectan su trabajo y por ende su vida. Al reflexionar y cuestionar las estructuras impuestas, se manifiesta la recuperación de la condición humana.

Cuando los trabajadores no callan más y externan de manera colectiva, activa, el disgusto por las condiciones nocivas, su malestar disminuye. Como expresa la trabajadora entrevistada, al hablar de su participación en la lucha por las reivindicaciones laborales: “pasamos todo un proceso, tan bonito, porque decías ‘bueno, no te dejas por lo menos’, ‘aunque sea por primera vez haces algo’, dices algo que no te parece, no es siempre quedarte callado (...) (estábamos) muy felices y se está luchando contra la empresa ¿no?, en este caso con el que te está agrediendo” (Téllez, 2017. Testimonio uno).

La resistencia callada no resuelve los conflictos; al permanecer en el interior, causa estrés prolongado en estos trabajadores, que al sufrir durante años estas situaciones, enferman y son relegados. Cuando la resistencia es activa, colectiva, el conflicto se dirige hacia el origen del mismo, ya no permanece silenciado en el interior de los individuos; ahora pueden dirigirse hacia el bienestar y la salud.

Lo anterior tiene importantes implicaciones tanto para el trabajador como para

la sociedad misma, pues en la medida en que el trabajo, con las condiciones imperantes en la economía capitalista, merme la salud del trabajador, tendremos una sociedad estresada y enferma, que no pueda responder a las necesidades básicas para la supervivencia del ser humano.



Referencias

Altamirano, G. (1994). Metodología y práctica de la entrevista. En: G. De Garay (Coord.), *La historia con micrófono* (pp. 62-78). México: Instituto Mora.

Bacchetta, M., Ernst, E. y Bustamante, J. (2009). La globalización y el empleo informal en los países en desarrollo. Ginebra, Suiza: Estudio conjunto de la Oficina Internacional del Trabajo [OIT] y la Secretaría de la Organización Mundial del Comercio [OMC]. Recuperado de https://www.wto.org/spanish/res_s/booksp_s/jobs_devel_countries_s.pdf [Consultado en enero 2018].

Camarena, M., Morales, T. y Necochea, G. (1994). *Reconstruyendo nuestro pasado. Método y técnicas de historia oral*. México: Consejo Nacional para la Cultura y las Artes [Conaculta], Dirección General de Culturas Populares, Instituto Nacional de Antropología e Historia [INAH].

Castillo, A., y Homero, E. (2014). Alteraciones respiratorias a causa de inhalación de aire contaminado por gases de combustible en despachadores de gasolineras de la ciudad de Loja. Tesis de Licenciatura en Medicina Humana. Ecuador: Universidad Nacional de Loja. Recuperado de dspace.unl.edu.ec/jspui/bitstream/123456789/10638/1/TESIS.pdf [Consultado en diciembre de 2017].

Collado, C. (1994). ¿Qué es la historia oral? En G. De Garay, *La historia con micrófono* (pp. 13-32). México: Instituto Mora.

Cuéllar, R. y Pulido, M. (2008). Tiempo de vida... tiempo de trabajo. En: S. López (Comp.), *Lo corporal y lo psicosomático* (pp. 69-88). México: Editorial CEAPAC.

De la Garza, E. (2000). La formación socioeconómica neoliberal. En E. De la Garza, (Coord.), *Tratado latinoamericano de sociología del trabajo*. México: El Colegio de México, Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales, Universidad Autónoma Metropolitana [UAM], Fondo de Cultura Económica.

García Canal, M. I. (2006). *Espacio y poder*. México: Universidad Autónoma Metropolitana (UAM), Unidad Xochimilco, p. 110.

Giroux, H. (1985). *Teorías de la reproducción y la resistencia en la nueva sociología de la educación: un análisis crítico*. Cuadernos políticos, Núm. 44. México: Era.

Hobsbawm, E. (1976). De la historia social a la historia de la sociedad. En: C. Cardoso, *Tendencias actuales de la historia social y demográfica* (pp. 61-94). México: Sepsetentas.

Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI] (2014). La informalidad laboral: Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo: Marco conceptual y metodológico (p. 59). México: Instituto Nacional de Estadística y Geografía. INEGI, C2014.VII.

Lief, A., Camarena, M. & Iparraguirre (2008). Historia social y testimonios orales. En G. Necochea & P. Pozzi (Comp.), *Cuéntame cómo fue. Introducción a la historia Oral*. Buenos Aires, Argentina: Editorial Imago Mundi.

Martínez, C. (2012). El muestreo en investigación cualitativa. Principios básicos y algunas controversias. *Ciencia & Saúde Colectiva*, 17(3), 613-619.

Pulido, M. (2012). *El lujo de enfermar. Historia de vida y trabajo*. México: Porrúa.

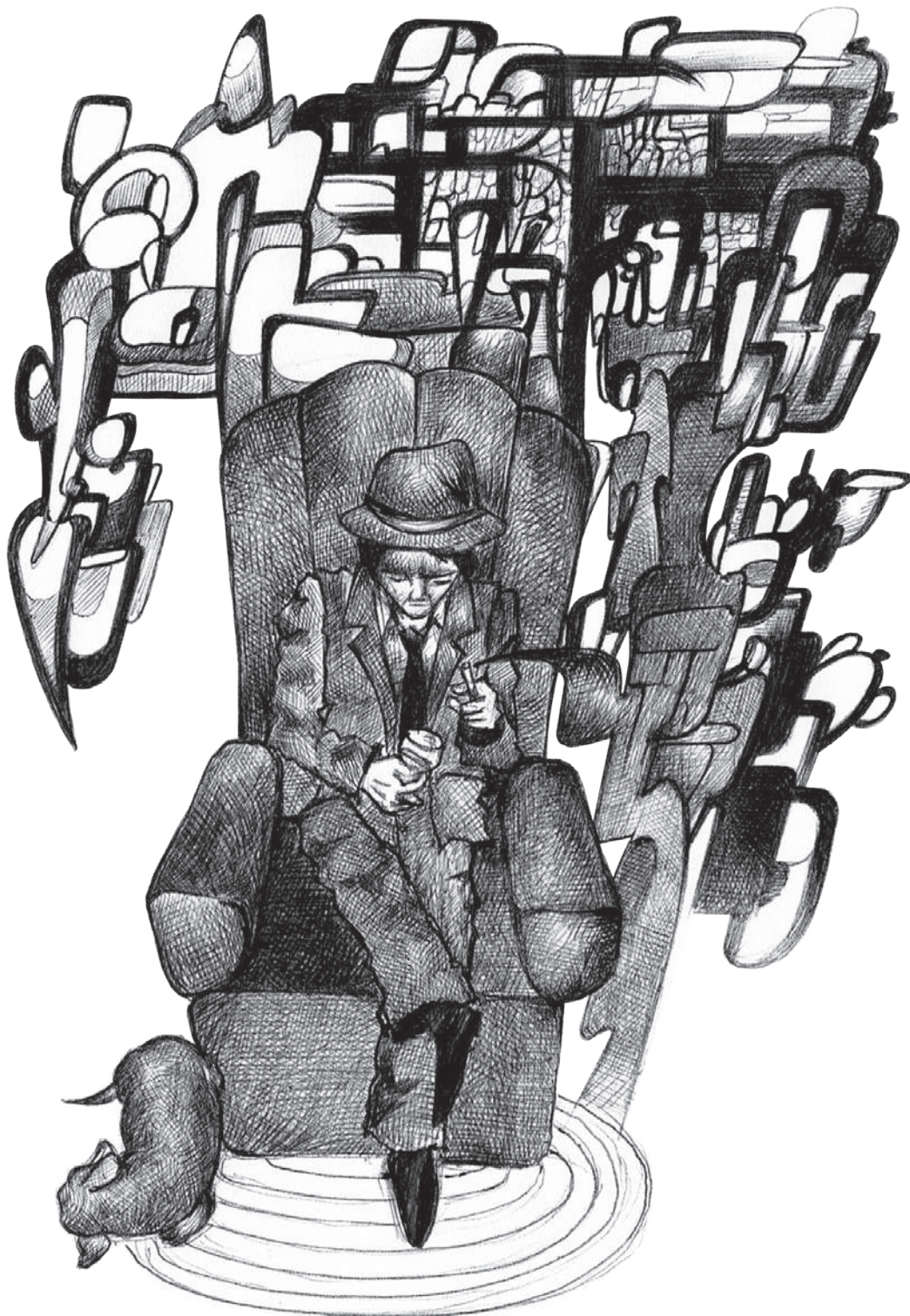
Pulido, M., Cuéllar, R. y Hernández, J. (2016). Economía política del trabajo y salud desde una historia social y oral. Ponencia presentada en el Segundo Encuentro de la Región América del Norte, América Central y del Caribe “La Economía de los Trabajadores”. Recuperado de <https://economiadelostrabajadoresancyc2.files.wordpress.com/2016/11/economicc81a-policc81tica-del-trabajo.pdf> [Consultado en julio de 2018].

Thompson, J. (1998). *Ideología y cultura moderna*. México: UAM Xochimilco.

Fuentes orales

Télez, J. (2017). “Cómo es posible que somos tantos y tantas personas y nos dejemos que nos pisoteen, que nos exploten”, 30 de junio, entrevista al Testimonio uno en su centro de trabajo. México: Universidad Autónoma Metropolitana (UAM), Unidad Xochimilco.

Télez, J. (2017). “Ya te quedas sin trabajo, y te afecta psicológicamente, te afecta moralmente, porque dices bueno qué voy a hacer”, 7 de julio, entrevista al Testimonio dos, Universidad Autónoma Metropolitana (UAM), Unidad Xochimilco.



Lactancia materna y sus obstáculos

SILVIA PADILLA LOREDO
MARÍA ELENA ROLANDA TORRES LÓPEZ
XÓCHITL ITALIVI FLORES NAVARRO
MARÍA LUISA QUINTERO SOTO

La lactancia materna forma parte de un evolucionado sistema de alimentación y crianza, esencial para la supervivencia humana como fenómeno biológico; también lo determinan la cultura, las creencias y los valores. Su eficacia requiere tomar en cuenta parámetros individuales, familiares, comunitarios, factores biofísicos y políticas públicas de apoyo. El doble discurso y la falta de compromiso gubernamental, por una parte, promueven la lactancia exclusiva y, por otra, ni en los trabajos ni en las universidades y bachilleratos respetan los horarios para llevarla a cabo. El objetivo es analizar cuántas mujeres del Centro Universitario UAEMEX Nezahualcóyotl, que han sido madres, han contado con las facilidades para poder amamantar, al menos durante los 6 meses y hasta dos años, período que recomienda la Organización Mundial de la Salud (OMS). La finalidad es proponer se tenga un espacio exclusivo para amamantar. El método es de corte cuantitativo y es resultado de una investigación.

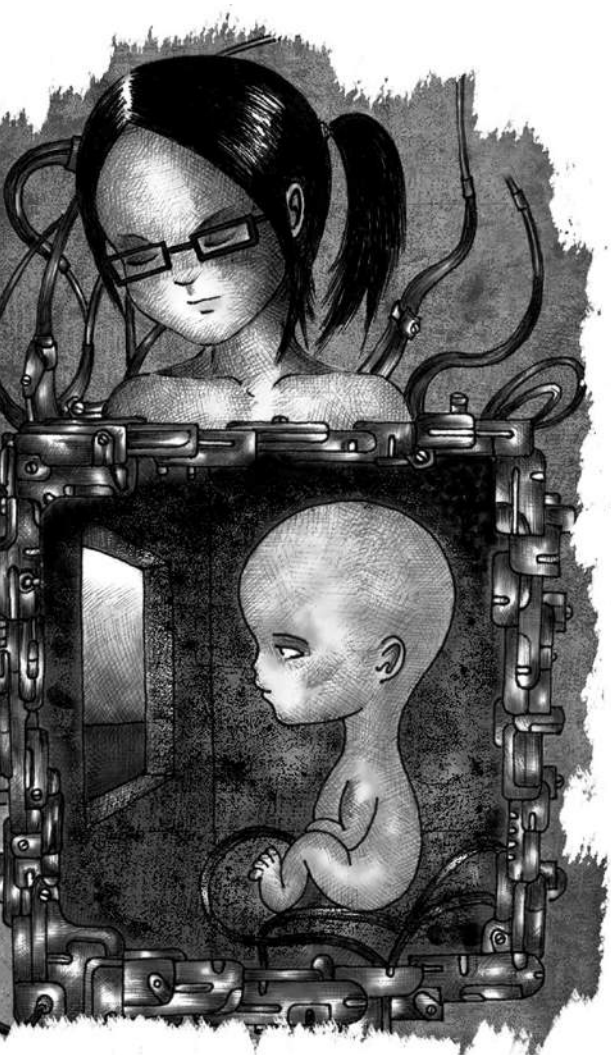
PALABRAS CLAVE: Lactancia materna exclusiva, madres universitarias y espacio adecuado (sala de lactancia)

Breastfeeding and its obstacles

Breastfeeding is part of an evolved feeding and breeding system, essential for human survival as a biological phenomenon; it's also determined by culture, by beliefs and values. Its effectiveness requires taking into account individual, familial, communal parameters, biophysical factors and public support policies. The double discourse and lack of commitment by the government on the one hand, promote exclusive breastfeeding and on the other, neither in the workplace nor in the universities nor high schools are the schedules to comply respected. The objective is to analyze how many women (students) of the UAEMEX Nezahualcoyotl University Center who have been mothers during their undergraduate studies have had the facilities to be able to breastfeed for at least six months and up to two years, which is the recommended time by the World Health Organization (WHO). The goal is to propose to have an exclusive space to breastfeed. The method is quantitative and it is the result of an investigation.

Keywords: Exclusive breastfeeding, undergraduate mothers and adequate space (lactation room)





Introducción: Conceptos básicos

Leche materna. Es rica en vitamina A y factor de crecimiento, reduce la severidad de algunas infecciones como sarampión y diarreas. Tiene la mejor biodisponibilidad de hierro, calcio, magnesio y zinc. Contiene anticuerpos (inmunoglobulinas de tipo A [IgA] que aglutinan o neutralizan a las bacterias); se ha visto que protege de *Vibrio cholerae*, *Escherichia coli* enterotoxigénica, *Campylobacter*, *Shigella* y *Giardia lamblia*. Es de fácil digestión, tiene los líquidos y electrolitos suficientes para la hidratación del bebé (González de Cossío y Hernández Arreola, 2016). Dentro de las condiciones fisiológicas de la misma, tiene el máximo nivel de oxitocina, hormona llamada del amor, la cual, entre sus múltiples funciones, estimula el ascenso de la leche y por ello amamantar implica un acto de amor para los bebés. “Los componentes de mayor atención en la leche materna son los lípidos, fundamentales en el primer año de vida para cubrir necesidades energéticas y servir de vehículo en la absorción de las vitaminas liposolubles” (Vega y otros, 2012, p. 131). Los ácidos grasos omega 3, como el ácido docosahexaenoico (DHA) y omega 6, como el ácido araquidónico (AA), son nutrientes de gran importancia para los requerimientos metabólicos (Leyva, 2011). “El DHA es uno de los principales ácidos grasos constituyentes del tejido cerebral” y tiene participación en la función cognoscitiva, especialmente en la memoria. Su deficiencia durante la infancia provoca carencias en el desarrollo del cerebro y la retina del bebé (Angulo y García, 2016, p. 17).

Lactancia materna exclusiva. La práctica generalizada de la lactancia materna exclusiva (LME), entendida como “la alimen-

tación de las niñas o niños con leche humana”, que es la “secreción producida por las glándulas mamarias de la mujer, para la alimentación del lactante” como único alimento, solo puede adicionarse con solución de rehidratación oral, gotas o jarabes de suplementos de vitaminas y minerales o medicamentos durante los primeros seis meses de edad del lactante.

La alimentación complementaria se inicia gradual y paulatinamente con la introducción de alimentos diferentes a la leche humana, después de los primeros seis meses de vida y se continúa el amamantamiento para satisfacer las necesidades nutrimentales del niño hasta los dos años (Proyecto de Norma Oficial Mexicana para el fomento, protección y apoyo a la lactancia materna, 2018).

Beneficios de la LME. González de Cossío y Hernández Cordero (2016) e IMSS-UNICEF (2018) han mostrado ventajas para las madres e hijos (véase el Cuadro 1), empresas e instituciones (véase el Cuadro 2), y en general para contar con una sociedad más sana y estable en la medida en que el bienestar de las mujeres y los niños redundan en el beneficio colateral de sus familiares y comunidades.

Antecedentes

Los estudios sobre lactancia materna se han desarrollado más en el reciente milenio, ante la caída de las cifras en la práctica del amamantamiento. Uno de los antecedentes más cercanos señala que en 1981 en México se introdujeron alimentos comercializados o de otro modo presentados como reemplazo parcial o total de la leche materna, adecuados o no para este fin, llamados suce-

dáneos de leche materna (SLM), como parte de las imposiciones del Fondo Monetario Internacional (Proyecto de Norma Oficial Mexicana para el fomento, protección y apoyo a la lactancia materna, 2018).

Situación en el ámbito universitario

La escasa participación de las madres trabajadoras universitarias para proveer a sus hijos e hijas de LME generalmente constituye una aspiración más que una realidad tangible o una posibilidad a su alcance, a corto o mediano plazo, porque docentes, estudiantes y administrativas se enfrentan a diversos obstáculos entre los que se encuentran factores como los siguientes:

Estructurales. A pesar de los esfuerzos de organismos internacionales como la OMS para fomentar la LME, la proporción de trabajadoras que practican la lactancia materna en México es de 10.8%, mientras que para las que no trabajan el porcentaje es de 15.6%. El promedio de LME durante los primeros seis meses de vida es de 14.4%, el más bajo de Latinoamérica junto con República Dominicana. La tendencia decreciente provocó una baja de 8 puntos porcentuales de 2006 a 2012, pues a nivel nacional pasó de 22.3 a 14.4% en el promedio nacional y de 36.9 a 18.5% en zonas rurales (Ferrer Arreola, Méndez Monroy, Sibile y Sashse, 2017).

Jurídicos. La lentitud con la que se legisla en la materia deja imprecisos algunos preceptos legales. Constitucionalmente las mujeres tienen derecho a dos descansos extraordinarios por día, de media hora cada uno, para alimentar a sus hijos en el período de lactancia durante las primeras seis semanas de edad del neonato, así como a disfrutar de asistencia médica y obstétrica

ca, medicinas y ayudas para la lactancia (Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, 2017). La OMS recomienda seis meses para tal fin y otro acuerdo internacional propone que, en principio, sean 14 semanas. Sin embargo, México aún no ha ratificado el Convenio 183 de la Organización Internacional del Trabajo (OIT) que propone 18 semanas en su recomendación 191 (Roldán, 2017). Véase el cuadro 3.

Sectoriales. Las desigualdades entre las mujeres universitarias son notorias: las trabajadoras docentes y administrativas están mejor amparadas por la ley que las estudiantes. En el caso de las mujeres de la comunidad universitaria, las primeras están sujetas a la seguridad social del Instituto de Seguridad Social para los trabajadores del Estado de México y sus Municipios (ISSEMYM) mientras que las estudiantes, al seguro facultativo del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). Estas diferencias constituyen dificultades para las estudiantes, que invierten más tiempo en trámites y consultas, porque deben renovar su afiliación cada seis meses.

Laborales. Una de múltiples causas se adjudica a la mayor inserción de las mujeres al campo laboral en empleos formales e informales, para mejorar los ingresos familiares y la búsqueda de un mejor desarrollo profesional. En el caso de las universitarias, algunas instituciones de educación superior cuentan con salas de lactancia desde 2005, como la Universidad Anáhuac (Carrasco, 2016).

Las condiciones de contratación entre docentes y administrativas son distintas, así como entre las docentes mismas; algunas tienen contratación de tiempo parcial (asignatura) y otras como Profesoras de Tiempo Completo (PTC). Particularmen-

te en el Centro Universitario (CU) UAEMEX Nezahualcóyotl, un reducido número de docentes están contratadas con tiempo completo, y un porcentaje aún más limitado de ellas tiene plaza definitiva (cuatro profesoras tienen mayor estabilidad laboral). Las facilidades en torno a la lactancia dependen mucho de la voluntariedad y discrecionalidad de los jefes en turno.

En una investigación realizada el semestre 2018-A por parte de la Coordinación Institucional de Equidad de Género (CIEG) se solicitó a las cinco coordinaciones de las licenciaturas e ingenierías que ofrece el plantel, así como a la subdirección administrativa, que informaran cuántas mujeres estaban embarazadas o en período de lactancia; sólo la subdirección administrativa respondió que ninguna. Con ello, estudiantes, docentes y administrativas quedaron institucionalmente invisibilizadas. Meses después, en una celebración que realiza el departamento de Difusión Cultural en el mes de abril, el día dedicado a los niños, un número considerable de estudiantes, docentes y administrativas acudieron al evento con recién nacidos, es decir que fueron producto de la concepción previa a la solicitud de información, puesto que su edad era desde el nacimiento hasta los 28 días de edad y otros eran menores de dos años. Lo anterior permite varias hipótesis que dan pie a otras investigaciones; ahora basta decir que no se contó con los datos que la CIEG requería.

Cabe señalar que la CIEG ha instalado dos salas de lactancia para universitarias (SLU) en la UAEMEX en abril y julio del año 2018 en dos campus de la ciudad de Toluca.

La SLU permite contar con las condiciones esenciales para la extracción, conservación y manejo de la leche humana para favorecer el ejercicio de la LME y, viéndolo desde una perspectiva más amplia, tam-

bién hace posible el ejercicio de las nuevas masculinidades de los padres, para que puedan involucrarse en la lactancia de sus bebés, cuando las circunstancias los llevan a hacerse cargo de sus hijos; por ejemplo, papás solteros o con pareja que, igual que ellos, están laborando y carecen de condiciones adecuadas.

El personal encargado de la SLU también ayudaría a fortalecer las redes de apoyo, fomentando que aquellas madres que cuentan con abundante leche humana, de manera voluntaria y altruista, la cedieran a quienes no cuentan con esa condición, así como aquellas que, por causas ajenas a su voluntad, por ejemplo, enfermedades o quienes están bajo tratamiento médico con medicamento, se vieran imposibilitadas de amamantar temporal o permanentemente a sus bebés. Eso garantizaría el derecho a tener la mejor alimentación desde el nacimiento y, en especial, en el período de recién nacido. Obviamente ese sería un paso más pues tendría que habilitarse un Banco de Leche Humana (BLH) o bien establecer las gestiones para avanzar en dicho sentido.

Individuales

- Falta de conocimientos sobre la lactancia materna y el establecimiento de un plan de duración de la misma.
- No haber amamantado previamente. Inicio tardío de la lactancia materna.
- Salud emocional de la madre (por ejemplo, depresión postparto) (IMSS-UNICEF, 2018), o consecuencias adversas derivadas de su historia de vida.

Del entorno

- Falta de apoyo de la pareja, familia, empresa o institución universitaria, amistades, compañeras o compañeros de trabajo o de estudio.

- Dificultad para transportarse, grandes distancias entre el trabajo y el hogar y falta de comprensión sobre los beneficios de la lactancia materna.
- Falta de educación para la salud en materia de la lactancia materna en el primer nivel de atención, en el que se pueden resolver dudas y observar el impacto en salud del programa.
- Cultura o moda que le confiere una connotación negativa a la lactancia.

Asociados con los servicios de salud

- Falta de control prenatal y post natal.
- Si el bebé nació por parto vaginal o por cesárea.
- Falta de capacitación e información sobre las ventajas de la lactancia materna.
- Inicio tardío de la lactancia materna.
- Falta de apego inmediato y alojamiento conjunto en los hospitales.
- Poca promoción o información sobre los grupos de apoyo con los que cuentan los hospitales y las unidades de atención primaria.
- Falta de seguimiento al apego a la lactancia materna en primer nivel de atención.

De política internacional. Esta busca la protección de la maternidad, con dos objetivos principales: defender la salud de las mujeres y sus hijos durante el embarazo y la lactancia y protegerlas de la discriminación laboral que puede afectarlas por su condición de madres.

Económicos. La falta de promoción de la leche materna ha representado una carga presupuestal, tanto para los institutos de salud como para las familias, que desde 1981 —es decir, durante aproximadamente cuatro décadas— destinaron presupuesto para proporcionar fórmulas lácteas a las madres derechohabientes, mientras las

que no lo eran se sumaron a las recomendaciones de los pediatras y los embates publicitarios que alentaron el consumo de sucedáneos y favorecieron a empresas trasnacionales de la industria alimentaria. Los gobiernos en turno fueron cómplices de la violación al Código Internacional de Comercialización de Sucédáneos de la leche materna (CISLM), y con ello trastocaron la alimentación para la población, en este caso, mexicana, pero la situación es extensiva principalmente a los países latinoamericanos y africanos. Muchas madres que parieron en las décadas posteriores a 1981, criaron a sus hijos a la medida de los deseos de la especulación de la industria alimentaria y las cifras de los problemas actuales de salud muestran los efectos adversos que se expresan en el incremento de enfermedades crónicas y degenerativas, que es mayor en los jóvenes.

Éticos. Estas políticas gubernamentales han puesto en riesgo a diferentes actores, porque tanto el gobierno como las instituciones educativas, las organizaciones de la sociedad civil y los medios de comunicación cayeron en problemas éticos, quizá por la necesidad de conseguir recursos para becas, financiación de proyectos para abatir otro tipo de rezagos, que pudieron aminorarse al obtener los beneficios de la LME.

Conclusiones

En el CU UAEMEX Nezahualcóyotl, compatibilizando con el *Índice país amigo de la lactancia materna*, Caso México 2016 se requiere:

1. Establecer un compromiso formal (vía convenio) del personal directivo y colaboradores del plantel con la lactancia materna.
2. Desarrollar e implementar políticas para prevenir la discriminación hacia las mujeres embarazadas y madres (especialmente estudiantes), en particular durante el período de lactancia, lo que implica combatir mitos y prejuicios en torno a docentes y estudiantes que se embarazan a lo largo de los estudios universitarios.
3. Sensibilizar a la comunidad universitaria en general sobre la importancia de la lactancia materna.
4. Capacitar sobre la lactancia materna —directamente o con el apoyo de una organización experta— a las mujeres en edad reproductiva y los trabajadores que lo soliciten. Los temas incluyen, entre otros: las ventajas, beneficios y técnicas para extraer y conservar la leche materna; reconocer cómo se alimenta al bebé, cómo mantener el amamantamiento y el trabajo, y cómo planear el destete.
5. Establecer una red de voluntariado para apoyar a las mujeres que están lactando.
6. Implementar una sala de lactancia en un lugar adecuado en un área digna, privada, higiénica y accesible para que las mujeres universitarias extraigan y conserven adecuadamente su leche durante la jornada laboral u horario académico de docentes, administrativas y estudiantes, según corresponda.
7. Facilitar opciones a las madres para promover la continuidad de la lactancia hasta que los bebés cumplan 24 meses de edad, con acciones concretas como:
 - Facilidad para la extracción de leche durante la jornada laboral o flexibilidad durante los horarios de estudios.

- Trabajo desde su domicilio (OMS-UNICEF, 2018).

8. Estos beneficios se deben extender a quienes trabajan tiempo parcial.

9. Someter al Consejo de Gobierno del CU UAEMEX Nezahualcóyotl esta iniciativa para que se discuta y, en caso de aprobarse, se realicen las gestiones correspondientes.

Cuadro 1. Beneficios de la lactancia materna para madre e hijo.

BENEFICIOS PARA LA MADRE UNIVERSITARIA	BENEFICIOS PARA EL HIJO
Fortalece lazos familiares (a mayores niveles de oxitocina, mayor amor, apego positivo y felicidad).	
Disminuye el riesgo de hemorragia después del nacimiento.	Recibe propiedades inmunológicas, hormonales y nutricionales.
Ayuda a la rápida recuperación después del parto. El útero regresa más rápido a su tamaño normal y se expulsan mejor los restos de sangre y placenta posteriores al parto.	Se aprovecha mejor la plasticidad del recién nacido para promover el desarrollo cognitivo y el crecimiento del cerebro, que en esta etapa es muy acelerado. Tiene alto contenido de ácidos grasos esenciales, con efectos psicológicos, psicomotores y neurológicos, que potencian las habilidades del recién nacido durante su desarrollo. A mayor duración de lactancia materna, mayor coeficiente intelectual. Favorece el desarrollo emocional, previene problemas futuros de salud mental y ayuda a desarrollar un lenguaje claro a temprana edad.
Disminuye riesgo de padecer depresión postparto. Mejora el perfil metabólico, así como el colesterol, hipertensión, diabetes, obesidad, sobrepeso, osteoporosis, cáncer de mama y de ovario e infecciones de vías urinarias.	Reduce el riesgo de morbimortalidad en edades tempranas como muerte súbita, colitis enterocolitis necrosante, diarreas, infecciones respiratorias altas y bajas, así como otitis media.
Ayuda a recuperar rápidamente el peso previo al embarazo.	Refuerza su sistema inmunitario porque recibe IgA, neutrófilos, linfocitos y macrófagos mediante el calostro que no permiten que se instalen infecciones.
Ayuda a espaciar embarazos.	Evita desarrollar sobrepeso u obesidad, diabetes tipo 1 y 2, asma y leucemia.

La madre primigesta con lactancia satisfactoria insistirá en lactar en las siguientes ocasiones.	Se evita la contaminación del ambiente: del agua y los alimentos y previene que el aparato digestivo del niño sea colonizado por bacterias, virus y parásitos y que ello se traduzca en infecciones clínicas que ponen en peligro la vida.
No se tienen que levantar a calentar el biberón.	Protección parcial del VIH materno y citomegalovirus.
Mejora su confianza en sí misma.	Disminuye los cólicos del bebé y lo mantiene hidratado.

Fuente: Elaboración propia con información de Angulo y García, 2016 y de Durán y Masson, 2010).

Cuadro 2. Beneficios para el centro Universitario UAEMEX Nezahualcóyotl

INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA	TRABAJADOR
Mejora sustancialmente la salud de madre e hijo, y se reduce hasta en 35% la ocurrencia de enfermedades en el primer año.	Mejora el estado emocional de la madre, padre y cuidador durante la jornada laboral y en su vida personal.
Reduce el ausentismo, lo que se traduce en 30% a 70% menos faltas al trabajo.	Mayor fidelidad y sentido de pertenencia del trabajador al brindarle las facilidades para continuar alimentando a su hijo con LME.
Disminuye la rotación o pérdida de personal calificado o esencial, causado por el nacimiento de un bebé. Eso constituye un ahorro en reclutamiento y capacitación de nuevo personal, además del tiempo necesario para obtener un rendimiento óptimo.	Aumenta el rendimiento de la madre o padre colaborativo durante la jornada laboral y es una motivación más para el desempeño adecuado de sus actividades.
Reduce el costo de atención en salud.	Favorece la reincorporación al trabajo de la madre al término de la incapacidad postnatal y disminuye las licencias extraordinarias para el cuidado del bebé.
Reduce el número de permisos para asistir a consulta médica para la madre o para su hijo, así como las licencias para cuidados maternos por enfermedad.	Facilita la combinación de la responsabilidad materna con su empleo a largo plazo.

Fuente: *Guía práctica. Lactancia materna en el lugar de trabajo para empresas medianas y grandes* (2017).

Cuadro 3. Algunos avances del Congreso de la Unión en materia de lactancia materna en México

22/06/2012 Consejo de Salubridad General	Acuerdo por el que se establecen las acciones que deberán cumplirse para acreditar el fomento a la lactancia materna en los establecimientos de atención médica que se sujeten al procedimiento de Certificación del Consejo de Salubridad General.
22/10/2012	Acuerdo por el que se establecen las directrices para fortalecer la política pública en lactancia materna o humana.
14/03/2013	Acuerdo por el que el Consejo de Salubridad General emite disposiciones para fortalecer la política pública en lactancia materna en materia de sucedáneos y leche materna o humana.
02/05/2018	Proyecto de Norma Oficial Mexicana PROY-NOM-050-SSA 2-2018 para el fomento, protección y apoyo a la lactancia materna.

Fuente: Elaboración propia, Silvia Padilla Loredo.

Anécdotas de estudiantes de la Licenciatura en Educación para la Salud, que se imparte en el Centro Universitario UAEMEX Nezahualcóyotl de la Universidad Autónoma del Estado de México

En mi experiencia sobre el apoyo que recibí por parte de los profesores durante mi período de lactancia fue: Por parte de un profesor del sexo masculino, me permitió llegar tarde sin problema alguno que pudiera afectarme en su materia a consideración de la toma matutina que realizaba mi bebé, esto con el fin de que yo pudiera seguir con la lactancia e incluso me sugirió que, si era demasiada la cantidad de leche materna que producía, que la conservara en una hielera, que pudiera permitir que llegando a casa continuara con la lactancia. Pero me pidió también, de favor, que no comentara con mis compañeros por qué estuviera o si llegaba tarde o mis constantes salidas al baño, debido a que tenía que tirar la leche por la cantidad que producía.

Una profesora del sexo femenino se negó a darme permiso de salir temprano de su clase y le comenté que mi motivo era que estaba en período de lactancia y sentía mis pechos muy llenos de leche y me dolían bastante pero, simplemente me dijo: que no era posible porque si yo me salía después querrían salir mis demás compañeros y se negó por lo que llegando a casa continué con la lactancia, pero me sentía peor y por consecuencia comencé a tener temperaturas elevadas y por los medicamentos no podía darle leche a mi bebé, por lo que me saqué la leche para vaciarla y tuve que faltar al otro día.

Una profesora del sexo femenino me permitió continuar con el período de lactancia e incluso me dijo que si era posible no me precipitara por llegar temprano a su clase, ella comprendió mi situación y me dijo que, mientras no me faltaran tareas y tuviera mis apuntes que no habría problema, por lo que, incluso, me aplicó el examen en otro grupo donde daba clases más tarde y no hubo ningún problema que me afectara.

Mi etapa de lactancia materna fue un tanto difícil, ya que yo me incorporaba a clases y mi bebé tenía cuatro meses, tiempo en el que aún para ella era vital que yo le proporcionara leche materna; antes de salir de casa tenía que darle de comer hasta que ella se saciara y después salir corriendo a clase para, después de un tiempo, volver apresurada a casa y darle de comer una vez más, con la triste experiencia de sufrir por tener que alejarme por tiempos de ella y al mismo tiempo sufrir las reacciones fisiológicas de mi cuerpo al producir más leche materna que se acumulaba por algunas horas, porque no existía la oportunidad de retirarme antes, ya que esto afectaría mi desempeño escolar y no existía otra forma en la que yo pudiera cubrir esos dos aspectos, que en ese momento trascurrían en mi vida. Aunque, debo decir que algunos profesores daban la oportunidad para que esto no se tornara tan difícil, había otros que no eran accesibles y no mostraban tener empatía ante mi situación.



Referencias

- Becoming Breastfeeding Friendly [BBF] (2016). *Índice país amigo de la lactancia materna: Caso México 2016*. Recuperado de http://eventos.unkilodeayuda.org.mx/BBF-Mexico/docs/Reporte_BBFMexico.pdf
- Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos (2017). México, Distrito Federal: Cámara de Diputados del Congreso de la Unión. Recuperado de http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/ref/cpeum/CPEUM_orig_05feb1917.pdf
- Duran, S., Masson, L. (2010). Aporte de ácidos grasos trans, ácido linoleico conjugado y ácido docosahexaenoico, en la grasa de leche materna de nodrizas chilenas, *Revista chilena de nutrición* 37(1), Marzo de 2010, 9-17.
- Ferrer Arreola, L., Méndez Monroy, E., Sibile, R. y Sashse, M. (2017). *Guía práctica. Lactancia materna en el lugar de trabajo para empresas medianas y grandes*. México: IMSS-UNICEF. Recuperado de http://www.cobaev.edu.mx/unidaddegenero/descargas/guia_lactancia_materna.pdf
- González de Cossío, T. y Hernández Cordero, S. (Eds.) (2016). *Lactancia materna en México*. México: Academia Nacional de Medicina de México (ANMM). Obtenido de https://www.anmm.org.mx/publicaciones/ultimas_publicaciones/LACTANCIA_MATERNA.pdf
- Leyva-Rendón A. (2011). DHA y funcionamiento cerebral: ¿Cuáles son los beneficios? *Rev Mex Neuroci.* 12(6):365-372.
- Mancilla Ramírez, J. (Coord.) (2016). *Alimentación en el recién nacido*. Programa de actualización continua en neonatología [PAC], Neonatología-4, Libro 4. México: Intersistemas.
- Proyecto de Norma Oficial Mexicana PROY-NOM-050-SSA2-2018 para el fomento, protección y apoyo a la lactancia materna (2 de mayo de 2018). México: *Diario Oficial de la Federación*, p. 206. Recuperado de https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5521251&fecha=02/05/2018
- Roldán, N. (2017). Impulsar la lactancia, una deuda de México y sus gobiernos. Recuperado de <https://www.animalpolitico.com/2017/03/lactancia-mexico-convenio-oit/>
- Vega, S., Gutiérrez, S., Radilla, C., Radilla, N., Ramírez, J., Pérez, J., Schettino, B., Ramírez, L. L. y Frontecha, J. (2012). La importancia de los ácidos grasos en la leche materna y las formulas lácteas, *Revista Grasa y Aceite* 63(2), 131-142. DOI: 10.3989/gya.083411

Determinación social y género: Sororidad en lo privado, el caso de la familia B. de la provincia de Jujuy, Argentina

VALERIA IVANA ARGANARAZ

La presente investigación aborda las representaciones sociales de empleadas y empleadoras en el campo del trabajo doméstico en una familia aristocrática de San Salvador de Jujuy, provincia de Jujuy, Argentina, en relación con la salud sexual y reproductiva (SSR) y desde los marcos teóricos, epistemológicos y metodológicos de la educación para la salud. Se parte del supuesto de que en el campo del trabajo doméstico, la vinculación en sororidad de empleadas y empleadoras es simétrica y complementaria en torno a conocimientos, actitudes y prácticas en SSR. Como conclusión, se verifica que los procesos reproductivos, las sugerencias y la contención entre mujeres borran las individualidades y establecen una relación intersubjetiva. Así, la solidaridad intragénero promueve la sororidad, mientras que las decisiones sobre los cuerpos y la vida adquieren una impronta de acto político con anclaje en los espacios cotidianos. En lo “privado laboral”, empleadora y empleada desarrollan complicidad y acompañamiento, mientras que en el campo laboral entablan lazos de afecto que fortalecen el trabajo cotidiano.

PALABRAS CLAVE: Educación para la salud, sororidad, trabajo doméstico, derechos sexuales reproductivos.

Social determination and gender: Sorority in the private sector, the case of the B. family of the province of Jujuy, Argentina

This research addresses the social representations of employees and employers in the field of domestic labor in an aristocratic family of San Salvador de Jujuy, province of Jujuy, Argentina, in relation to sexual and reproductive health (SRH) and from theoretic, epistemologic and methodologic frames in education for health. From the basis of the assumption that in the field of domestic work, the bonding in sorority of employees and employers is symmetrical and supplementary, around knowledge, attitudes and practices in SRH. As a conclusion, it is verified that reproductive processes, suggestions and the containment between women erase individualities and establish an intersubjective relationship. Thus, solidarity intergender promotes sorority, while decisions concerning the bodies and life take on an imprint of political act with anchoring in everyday spaces. In the “private-work related”, employer and employee develop complicity and accompaniment, while in the employment arena they build ties of influence that strengthen the daily labor.

Keywords: Education for health, sorority, domestic labor, reproductive sexual rights



Introducción

El presente trabajo aborda las representaciones sociales (RS) de las relaciones de sororidad¹. El par sororal estudiado comprende a empleadoras y empleadas en el campo del trabajo doméstico. Se rescatan los conocimientos, actitudes y prácticas referidas a la salud sexual y reproductiva (que en adelante identificaremos con la sigla SSR) observados en el seno de una familia tradicional jujeña, que en el caso que nos ocupa actúa en el rol de empleadora.

Se partirá de las historias de mujeres que dan cuenta de sus experiencias relacionales en sororidad en torno a la SSR y a las categorías de clase social, etnia, sexo y género. Se toman como eje los relatos de las empleadoras, complementados con los de las empleadas, de manera que conforman pares sororales afianzados a lo largo de la

historia familiar, y que sostienen no solo el vínculo en las labores domésticas sino también en sus intimidades.

Se parte del supuesto de que en el campo del trabajo doméstico, la vinculación en sororidad de empleadas y empleadoras es tanto simétrica como complementaria, en torno a conocimientos, actitudes y prácticas en SSR.

La metodología cualitativa utilizada fue la de encuentros en un marco apropiado, con el fin de allanar el acceso al universo de significaciones que se reflejan en el discurso por medio de evocaciones de situaciones pasadas, cargadas de aspectos valorativos y afectivos, necesarios para conocer las representaciones que sostienen las mujeres abordadas. Lo que se pretende, en términos metodológicos, es construir un mapa discursivo para distinguir y cruzar los posicionamientos que cada una de las referentes establecen de sí mismas y de las otras, para de esta manera dar cuenta de los sentidos, las significaciones y las representaciones que guían y conforman sororidad en lo cotidiano en cuestiones de SSR.

¹ Se entiende por sororidad la posibilidad de usar, para las propias mujeres en alianza, los conocimientos y las prácticas amorosas, los cuidados afectivos e íntimos que, en la división genérica del mundo en roles y funciones, se vuelcan hacia los varones y hacia otros (Lagarde, 2012).

Género, feminismo y patriarcado

Scott (1993) analiza el patriarcado desde el siglo XIX en entornos capitalistas e industriales y la inclusión de la mujer como fuerza de trabajo. Esta incorporación produjo diferentes reacciones, como la queja de los esposos, pues se pretende la subordinación de la mujer al varón (RS: subordinación sexual = patriarcado). No obstante, los varones capitalistas fomentan esta incorporación con bajos salarios. Esta dicotomía hace imposible hablar de capitalismo o patriarcado puro, ya que coexisten.

En el tema que nos ocupa, el trabajo doméstico procura no solo el beneficio del sistema capitalista sino también el de los varones, donde el concepto de patriarcado engloba otros como heterosexualidad obligatoria y contrato sexual, los cuales se ejercen en el orden de lo sociosimbólico.

Ahora bien, el contrato sexual deviene en pérdida de libertad y soberanía de las mujeres y está codificado simbólicamente en nuestra sociedad, en la que se instituye la heterosexualidad obligatoria, que implica una sexualidad reproductiva. En este punto el concepto de género pone fin a la determinación biológica y centra el eje en la construcción cultural de la diferencia entre los sexos.

La teoría feminista lleva esta discusión a la distinción entre *sexo* y *género* equiparándola a naturaleza y cultura. Desde ese momento, la categoría de género se consolida como un instrumento de análisis de las construcciones sociales, que responden a una economía sexual y a una política sexista, influyen sobre los estudios de las representaciones sociales (RS), son redes de imágenes y nociones que construyen y median nuestra percepción.

Lagarde sostiene que algunas mujeres son fieles custodias de la cultura patriar-

cal, valoran a las otras en el error por medio de la competencia fundada en la envidia, en los celos, en la descalificación o la admiración; ven el mal en las otras y el bien en sí mismas. Estas situaciones generan sentimientos de desigualdad, pero aun así todas necesitan de la otra para cumplir con las demandas de su género, pues “la mujer es un hecho colectivo”.

En relación con esto, desde la educación para la salud —el campo de la SSR— las mujeres sujeto de estudio engendran conocimientos, actitudes y prácticas que atraviesan los relatos, que van desde el año 1940 hasta nuestros días; tres generaciones de mujeres atravesadas por determinantes históricos, económicos y sociales particulares. Las historias de vida de estas mujeres jujeñas confluyen en el espacio familiar, y los aspectos referidos a la SSR son el denominador común.

En el presente trabajo se presentan las relaciones sororales como espacio de encuentro. Se intenta desmontar el lenguaje patriarcal por medio de la búsqueda de situaciones en las que queda de manifiesto la noción de sororidad. Las relaciones entre mujeres son parte del discurso feminista que pretende reivindicar la imagen de la mujer en el contexto social.

Análisis de las categorías y las RS

Las mujeres sujeto de estudio se encuentran atravesadas no solo por la condición de clase, etnia y género, sino también por factores sociales, económicos, culturales, educativos y de acceso a tecnologías, aspectos que emergen cuando se analiza la relación de los pares sororales en el campo del trabajo doméstico. Estas relaciones asimétricas, desde la RS vigente en Jujuy, devienen en muchos aspectos en simétricas, ya que per-

miten conformar redes de mutuo cuidado que se activan ante una necesidad.

Salud sexual

Las relaciones sororales presentan contextos de tensión en el sistema de salud y en el de educación. A pesar de los avances en SSR, en Jujuy sigue siendo un tema conflictivo, con posturas contradictorias cargadas de discursos enmarcados en derechos, como las concepciones restrictivas ligadas a la iglesia católica, con alto consenso en la sociedad jujeña; la postura que defiende la libre elección y atención de la SSR como un derecho humano básico que el Estado debe respetar, proteger y hacer cumplir; la objeción de conciencia, y la falta de reconocimiento pleno como sujeto de derecho a mujeres, adolescentes, LGTBIQ, discapacitados, aborígenes y adultos mayores, en lo que concierne al acceso de información y servicio en SSR.

En este marco, el análisis de los pares sororales en el campo del trabajo doméstico se torna más interesante y relevante.

De acuerdo con los relatos recuperados de las mujeres sujeto de estudio, los derechos sexuales y reproductivos (DSR) son efectivamente ejercidos, contrariamente con lo que ocurre con la mayoría de las mujeres jujeñas, que se ven imposibilitadas de ejercerlos por la falta de accesibilidad a los servicios de SSR (Grimberg, 2002; Julia y otros, 2009).

Gestación, embarazo, parto y puerperio

En el proceso de gestación, embarazo, parto y puerperio (PGEPP) la RS varía de acuerdo al tiempo y espacio donde esta

tenga vigencia. Por ejemplo, la empleadora R. (nacida en 1938 en San Salvador de Jujuy) recuerda los partos de sus hermanas como un acontecimiento compartido por la familia, del que participaban primos, hermanos, empleadas, tíos y abuelos. La situación era vivida como un momento especial, alegre y natural, y la RS del parto en el ámbito doméstico era valorada como positiva y segura. En la actualidad, en cambio, los partos tienen lugar en el sistema sanitario y priva la RS del parto positivo y seguro.

Instituciones como los hospitales y centros de salud se unen al conocimiento biomédico y producen “verdad” desde el Estado, que es quien ejerce el poder político disciplinando y regulando los cuerpos femeninos. El conocimiento médico se valora como seguro, mientras que lo de afuera es peligroso. Esta norma es internalizada por el cuerpo social y se vuelve procedimiento. Es interesante destacar que en el par sororal estos mecanismos de control y seguimiento son sorteados debido al capital cultural y social de la empleadora. El acceso es directo, ya que los médicos asisten al domicilio de las empleadoras (son sus familiares directos) y brindan las consultas no solo a ellas sino también a sus empleadas.

Aborto

En Argentina, la prohibición y la penalización del aborto no hacen que esta práctica disminuya. Por el contrario, al ser ilegal y clandestina coloca a la mujer en total desprotección y sobreestigmatización. El aborto, como realidad en la provincia de Jujuy, se erige como una amenaza hacia la RS mujer = madre, ya que el ejercicio de la maternidad es una norma social altamente valorada (González García, 2005).

Por otro lado, es aún en la actualidad un privilegio de clase. Los extractos de las entrevistas presentadas dan cuenta de que tanto empleadoras como empleadas acceden a esta práctica, decisión que se concreta por el capital social, económico y cultural que posee la familia B.

En la bibliografía existe evidencia de investigaciones donde la RS sobre el aborto se equipara a un acto que por lo general se realiza para ocultar relaciones sexuales fuera del matrimonio, producto de infidelidades, violaciones, etc. De acuerdo con Bustamante Morales (2007), las empleadas domésticas, por haber tenido una vida miserable, por ser ignorantes, no creyentes y egoístas, cometen crímenes que la autora denomina “prácticos”, movilizadas por el rencor. Esta RS “sirvientas asesinas y ladronas” perdura en ciertos sectores de la sociedad, reforzada por medio de, por ejemplo, letras de tango, telenovelas, novelas, etc. No obstante, en las relaciones sororales analizadas en este trabajo, esta RS no fue mencionada, lo que evidencia que no se reproduce.

Anticoncepción

Otro proceso relacionado con la SSR es el de anticoncepción (métodos anticonceptivos, coito interrumpido, abstinencia). La relación sororal posibilita el acompañamiento, el apoyo, la contención, el suministro de asistencia médica, la educación sexual y la información sobre métodos disponibles, para la toma de decisión informada sobre la planificación del número de hijos que se decida tener. En consecuencia, la RS mujer = madre en el espacio sororal no se reproduce, salvo que así se lo decida.

Sororidad y familia

En el campo de la SSR, la mayoría de los programas sostienen un “ideal de familia” considerado “la unidad doméstica familiar” la “célula de la sociedad”, es decir, la RS concepción biologicista-social de la familia. Las unidades domésticas B. constituyen, en su conjunto, una gran familia, destacada y con prestigio en la sociedad jujeña. En lo cotidiano, las unidades domésticas que la conforman responden a la RS del hogar entendido como el paraíso familiar y refugio doméstico.

El hogar posee para la familia B. un enorme significado simbólico, y el trabajo de la mujer fuera de la casa es considerado, en algunos momentos, inapropiado. En este marco, los discursos cobran significado y permiten conocer cómo la unidad doméstica es un agente socializador activo que tiende a la reproducción de sus integrantes y de su clase social. En la fusión familiar se crea un “vínculo filial” entre las empleadas y el grupo familiar y viceversa. El vínculo que se mantiene las incluye y también a sus hijos, pero no a sus compañeros o parejas. Esta relación sororal trasciende lo meramente laboral, “la confianza” que se deposita en la otra brinda seguridad y desde allí pueden afrontar su cotidianeidad.

Otro aspecto a tener en cuenta es la “comunicación permanente” que perdura en el tiempo.

Sororidad y estereotipos de género

Las empleadoras reciben presiones constantes por parte de sus maridos para que abandonen el trabajo en el espacio público y se dediquen al ámbito privado,

en pos del bienestar familiar. En tanto, el varón avanza en lo público y se destaca en vínculos económicos y profesionales, lo que invisibiliza el trabajo de la mujer en el ámbito privado: cuida a los hijos, los bienes materiales y resuelve cuestiones cotidianas. De esta forma, la armonía familiar y social se ve cubierta y se permite disfrutar de “la apacible paz del hogar”.

Esta división sexual del trabajo, propia de la estructura androcéntrica, establece que la mujer, además de la concepción, gestación, parto, puerperio y lactancia, debe dedicarse a la crianza de la prole, una labor que se mantiene hasta hoy sin reconocimiento como trabajo social. En tanto, el varón jefe de familia es quien provee, protege, cuida y manda en el ámbito privado y público.

En los relatos emerge además la RS “maternazgo social”, donde la mujer tiene como atributo natural el cuidado y la alimentación del grupo familiar. Como extensión, aparece la socialización de los hijos y el cuidado y la atención de otros miembros de la propia familia, e incluso de la comunidad. La empleada y la empleadora comparten esta responsabilidad.

Ahora bien, el par sororal conforma una identidad sororal particular que se configura desde el ejercicio no solo de la maternidad biológica sino también de la maternidad social. Desde allí construyen espacios diferentes a los esperados, que no responden a la RS de relaciones laborales asimétricas sino que se genera un proceso de *autokoionia*² que posibilita relaciones simétricas, y

² *Autokoionia*: término propuesto por Hoangland que se contrapone con el término autonomía, que significa separación e independencia de los otros. *Autokoionia* significa actuar y tomar decisiones teniendo en cuenta las necesidades y percepciones de otros(as) (Gamba, 2007).

rompe con la RS “mujer para los demás”. Esta identidad de la mujer y su sentido de individualidad se constituyen precisamente como la ausencia de contenidos autónomos; su ser se concreta en un “ser para los demás” y en el campo del trabajo doméstico, el par sororal conforma prácticas sostenidas en “la otra”, se desdibujan las funciones y cada una de ellas toma decisiones en torno al cuidado de la casa, las compras y el cuidado de los hijos de ambas. Es importante destacar que la dinámica laboral del *pater familia* influye en la dinámica familiar. Ante la ausencia prolongada del padre de familia, la empleadora realiza tareas que “no le son propias”, irrumpe en lo público y toma decisiones que bajo estas circunstancias son aceptadas y avaladas socialmente.

Se considera a la violencia como la expresión privilegiada y visible del sistema androcéntrico, que vigila y castiga —en términos foucaultianos— al colectivo de mujeres, a través de instituciones como los hospitales, la familia tradicional y la escuela, entre otras. Bourdieu (1998) acuña el concepto de “violencia simbólica”, que es la que va más allá del golpe y la agresión. Tanto las empleadas como las empleadoras sufren también violencia psicológica y hasta violencia física a lo largo de sus vidas.

Sororidad y trabajo doméstico

Las relaciones sororales en el campo del trabajo doméstico fueron siempre regidas, como se mencionó, por una RS negativa basada en las asimetrías entre la empleada y la empleadora. Esta investigación pretende visibilizar la complementariedad vincular que se da entre pares sororales. El conjunto de prácticas de trabajo en el ámbito privado responde a una RS de “lo pri-

vado-lo doméstico-lo íntimo-lo afectivo”. Sobre esta RS de domesticidad de carácter circular se montan las relaciones sororales estudiadas y se desarrolla el sentido de pertenencia de ambas mujeres, pero sobre todo un arraigo afectivo.

El trato cordial dista de la RS que refiere a empleadas tuteladas, infantilizadas, sin derechos y en consecuencia sin autonomía, sobre la base de su condición de inferioridad. No obstante, esta situación, en la relación sororal, por ser simétrica, no se desarrolla.

Las empleadas provienen del sector rural, específicamente de la Quebrada y la Puna. Y aquí se da un doble proceso: por un lado, el desarraigo de su grupo social, y por otro lado, el apego al nuevo grupo. Este fenómeno de enclasmiento³ puede devenir en una tensión cultural entre empleadas y empleadoras, pero esta situación no emergió en ningún relato. El trabajo doméstico supone una transición entre un contexto social de origen y el de la empleadora, y viceversa. Ambas acceden a espacios sociales desconocidos y reciben conocimientos específicos de clase. Es un proceso de resocialización en convivencia con un sector social diferente.

Las tareas domésticas, que atraviesan la vida de empleadas y empleadoras, implican poner en práctica conocimientos sobre limpieza, cuidado de la ropa, planchado, lavado, cocina, etc., para tomar decisiones autónomas. Estos conocimientos y prácticas, puestos al servicio, fortalecen el vínculo sororal. Además, se observa un quiebre respecto a la RS donde las empleadoras son quienes dan las órdenes. Se encuentran “relaciones de mutuo respeto y de reconocimiento”.

³ El enclasmiento como concepto sociológico está ligado a la lucha por el poder de los esquemas clasificatorios entre grupos y agentes sociales (Bourdieu, 1998).

Proceso de salud, enfermedad, atención, cuidado y rehabilitación

El proceso de salud-enfermedad-atención-cuidado o rehabilitación-muerte (PSEACRM) se encuentra atravesado por diversos factores que tienen efectos en los modos de padecer y sufrir. La biología es parte de nuestra realidad, pero las desigualdades económicas y las violencias estructurales se corporizan y, al hacerlo, producen dinámicas particulares. La RS que prima y es compartida en el par sororal respecto al cuerpo de la empleada de zonas rurales es “un cuerpo que no enferma”, que es su herramienta de trabajo y funciona saludablemente porque la alimentación que ha tenido es “natural y equilibrada”. Por otro lado, se ejercen prácticas de cuidado de la empleadora hacia la empleada y viceversa.

Sororidad y acceso al capital social, cultural, simbólico

Las empleadas dan cuenta de que una vez iniciadas en el empleo doméstico les es difícil cambiar de función. Sin embargo, en la familia B. es vivido como un oficio que se puede cambiar si las condiciones son propicias, siempre con el acompañamiento de la otra. Así, la relación sororal permite a las empleadas el ascenso social cultural y económico ligado al fortalecimiento del vínculo afectivo.

Las empleadoras de la familia B. consideran que parte del ascenso social consiste en ser una mujer libre, no solo seguir estudiando, tener un emprendimiento y que sus hijos estudien, sino también tener una familia. Para ello despliegan su capital social, económico y cultural en apoyo al proyecto de vida personal.

Conclusiones

En este trabajo se visibilizan las relaciones sororales en el campo laboral doméstico, por medio de relatos que atraviesan no solo diferentes momentos históricos (desde 1940 hasta 2015), sino también distintas localidades de la provincia de Jujuy.

Al presente, los estudios sobre relaciones sororales vinculadas con el servicio doméstico tienen escaso desarrollo académico y una limitada visibilidad en el debate público. En este sentido, se ha podido comprobar que las mujeres sujeto de estudio en relación sororal ejercitan sus derechos, lo que permite comprender que la desigualdad social, económica y de clase es una construcción social y no una carga insuperable impuesta por el destino.

La categoría analítica de *género* puso en relieve las RS asociadas a aspectos como la sexualidad —en un sentido amplio— de empleadas y empleadoras, que posibilitan la conformación de nuevas representaciones positivas en torno a la toma de decisiones autónoma sobre los propios cuerpos, alejadas de estereotipos de género tradicionales y androcéntricos. En virtud de ello, las mujeres cuyos casos fueron analizados en este estudio abrieron espacios en lo privado con lo que posibilitaron el desarrollo de un vínculo sororal, que permitió —en una mirada retrospectiva— romper con la reproducción acrítica de mandatos sociales tradicionales anclados en la representación social de una sociedad conservadora.

Estas relaciones laborales, con el correr del tiempo, conformaron un significado especial y se constituyeron como relaciones simétricas. El poder de cada una de ellas suma al de la otra, sin mayores distinciones de roles ni funciones, para estructurar la percepción y la organización concreta y simbólica de la vida doméstica.

De este modo, la relación entre empleadas y empleadoras posibilita el desarrollo de una comunicación interpersonal fluida, con características particulares que incluyen situaciones de ocultamiento a quien encarna al sistema androcéntrico, es decir, el jefe de familia.

En esta comunicación dialógica se realizan pactos sororales que no trascienden la relación, lo que se refleja en los varios ejemplos de encubrimiento de embarazos, enfermedades, infidelidad, abortos, decisiones sobre la crianza de hijos e hijas, etc. Ese ocultamiento preservó la relación sororal, en cuyo seno se desarrollaron mecanismos de autoprotección y estrategias de negociación. Lo visible fue mostrar que las tareas sisíficas (Camus, 2004) son cumplidas de la mejor manera posible, de modo tal que empleadas y empleadoras responden activamente a los mandatos familiares y sociales.

Dicho esto, cabe remarcar que ante situaciones de crisis se rompe el ocultamiento y la relación sororal logra visibilidad familiar, mostrando acciones de cuidado mutuo que trascienden la mera relación laboral. También despliegan estas mujeres sus capitales sociales y culturales ante la necesidad de la “otra”, lo cual aparece en la familia B. como una actitud constante desde 1940 hasta 2015, basada en razones estrictamente afectivas, fundadas en el vínculo consolidado en el tiempo y en el reconocimiento de la otra como par.

Al considerar el inicio de las relaciones sororales, se observa que las empleadas ingresan a corta edad. El desarraigo y la entrada a la familia B. requieren una adaptación activa a los nuevos entornos, y son las mujeres empleadoras las que facilitan esta adaptación, sumándolas a actividades familiares —también a sus hijos, si los tuvieran—, interesándose por su bienestar,

intercambiando conocimientos y vivencias. Esta vinculación no solo favorece a las empleadas su supervivencia en un entorno desconocido, sino también a las empleadoras tener a otras mujeres como aliadas.

Es importante considerar que las relaciones sororales se mantienen a lo largo del tiempo aun cuando la dependencia laboral haya concluido. En esta lejanía evocan con afecto y reconocimiento momentos de la convivencia. En los relatos emerge de manera constante la evidencia de que todas ellas lograron el desarrollo de capacidades en salud —en términos de Weistein (1985)—, y así como asertividad en la comunicación interpersonal, autonomía en las decisiones, mirada crítica hacia lo cotidiano y autocrítica hacia sus propias prácticas, entre otras. Estas capacidades se desarrollaron a lo largo del tiempo, de manera progresiva, y sentaron las bases para concretar sus proyectos de vida y los de sus hijos.

Es de destacar que los conocimientos, actitudes y prácticas referidas a la salud sexual en el campo laboral privado se sostienen en construcciones culturales (Menéndez, 1978) que atraviesan los procesos de embarazo, parto, puerperio, anticoncepción, fertilización asistida, menstruación y aborto, entre otros, campo propicio para el ejercicio de la educación para la salud.

El entrecruzamiento de los cuerpos femeninos y la cultura jujeña favoreció la apertura de espacios en el ámbito privado, que se constituye así como un campo de pausa y resistencia al modelo neoliberal androcéntrico, y permite que las relaciones sororales desarrollen estrategias positivas para hacer frente a los embates de las demandas sociales. En este contexto, las RS se adecúan a las necesidades del par sororal y las de sus hijos. Es evidente que

estos modos posibilitan el ejercicio de los derechos como ciudadanas en salud, pero en ámbitos paralelos.

Es así que el par sororal interactúa reproduciendo, en el entramado familiar y social, modos del hacer creativo, no solo respondiendo a las demandas del entorno sino, paralelamente, satisfaciendo sus propias demandas. Los pares sororales estudiados, entonces, lograron tener una media de dos hijos y relaciones estables con sus parejas; se evitó la iniciación sexual a edad temprana, por lo que en esa iniciación ya tenían conocimiento y acceso a algún método anticonceptivo. También accedieron a consejerías en salud sexual con médicos integrantes o amigos de la familia B. Una empleada interrumpió un embarazo en condiciones seguras; otra accedió a la fertilización asistida y tuvo un hijo, en tanto una empleadora decidió practicarse una histerectomía para no volver a embarazarse. También la maternidad en soltería fue aceptada, y los hijos preexistentes a la relación sororal fueron bienvenidos en la familia B. Estos resultados son alentadores en términos de accesibilidad a consultas oportunas sostenidas por relaciones sororales saludables, respetuosas, simétricas y libres de coerción.

El par sororal construye estrategias de resistencia al sistema patriarcal de manera clara pero sutil. En el campo de la SSR se encontró que empleadas y empleadoras, invisibilizadas para el sistema de salud, co-crearon un pacto basado en su propio poder. Ejemplo de ello es el acceso directo a la atención médica, ya que los profesionales —que son familiares— asisten al domicilio, lo que evita que quede un registro de las atenciones y prácticas realizadas. Así, a pesar de la falta de estadísticas oficiales, se verifica que tanto las empleadas como las empleadoras ejercen sus DSR.

Lejos de dar cuenta de lo cotidiano, esto genera interrogantes que trascienden el presente trabajo, tales como: ¿la clase alta de la sociedad jujeña accede a los servicios de SSR?; ¿cuáles son los métodos anticonceptivos más utilizados en este grupo?; ¿cómo resuelven los embarazos no planeados?; ¿las adolescentes acceden a consejerías en SSR?; ¿quiénes las brindan?; las empleadas domésticas invisibilizadas en el sistema de salud, ¿tendrían de otro modo este grado de accesibilidad al SSR?

Volviendo al grupo de estudio, otro objetivo fue presentar las características del perfil sociocultural de ambos grupos. Las empleadoras son mujeres pertenecientes a la clase alta aristocrática provincial, con educación media completa, un entorno social estimulante, sin preocupaciones económicas, recientemente casadas (al inicio de las relaciones sororales), urbanas, propietarias, blancas, con una media de dos hijos, heterosexuales, amas de casa y emancipadas. En tanto las empleadas de casas particulares son mujeres de sectores desfavorecidos, educación primaria completa (al inicio de las relaciones sororales), entorno social medianamente estimulante, con preocupaciones económicas, solteras (al inicio de las relaciones sororales), católicas, rurales, sin propiedad, morenas, con una media de dos hijos (al concluir la relación laboral), heterosexuales, con necesidad de trabajo asalariado y emancipadas.

Es importante destacar que el par sororal se encuentra inserto en una sociedad de valores tradicionales, mayormente católicos, con costumbres sostenidas y respetadas, con una dinámica social alestargada; de personas parsimoniosas, que se conocen entre sí, confiadas y estoicas. Es en su seno donde estas relaciones sororales se desenvuelven y consolidan a lo largo del tiempo.

En este ámbito laboral, las relaciones sororales estudiadas también despliegan procesos de salud-enfermedad-atención-cuidado o rehabilitación-muerte, que trascienden el ámbito del hogar y alcanzan las redes sororales en las que el cuidado mutuo se evidencia cuando una mujer requiere trabajo, servicio o necesidades referidas a la SSR.

Por medio del discurso de las mujeres sujeto de estudio se han conocido procesos como el de la decisión de interrumpir un embarazo, que es significado en algunos sectores de la sociedad jujeña como una amenaza a la RS “mujer = madre”, ya que el ejercicio de la maternidad es una norma social altamente valorada. Esta RS también se encuentra presente en el proceso de la anticoncepción (por medio de métodos anticonceptivos artificiales o naturales como el coito interrumpido o la abstinencia, entre otros). No obstante, en los procesos anteriores el par sororal rompe el mandato social y logra consolidar la decisión, que se transforma en una constante en el estudio.

El proceso de fertilidad/infertilidad constituye también un problema. Sin el acompañamiento de la empleadora, la trabajadora doméstica no accedería a la posibilidad de engendrar un hijo, dado que no cumple con el requerimiento patriarcal heteronormativo (estar casada, ser de clase media o alta, blanca, profesional, haber transitado tratamientos largos, entre otros). Esta situación genera procesos depresivos en mujeres de escasos recursos que se ven imposibilitadas para concretar un deseo: el de “ser” por medio de la maternidad y el de “tener” algo que le sea propio, un hijo. En consecuencia, la ideología de la maternidad tiene una cara adversa, que es la esterilidad. Cuando afecta al hombre, se asocia a la impotencia por no poder tener un hijo biológico que representa la vi-

rilidad heterosexual hegemónica; cuando afecta a la mujer, atenta contra su femineidad. Entonces, en contraposición con el posicionamiento que valida la esterilidad como enfermedad, en este trabajo se considera que la RS responde a un “constructo ideológico” sustentado en la “medicina del deseo”, que emerge en algunos casos de intereses económicos corporativos.

Los procesos mencionados se inician en un entorno familiar. Interesa aquí señalar que la familia tiene una concepción biologicista, en la que la RS “familia = célula” es sostenida como válida en la familia B. Se trata así de un agente socializador activo que tiende a la reproducción y la conservación de las RS tradicionales. Sin embargo, esta estructura familiar extensa y monoparental no les impide a las mujeres sostener un espacio sororal que resulta autónomo de las RS tradicionales. Es en el ámbito privado donde ejercen una libertad condicionada por el entorno social, que permite al par sororal organizar la vida diaria, consolidar la relación sororal entre empleadas y empleadoras y generar actitudes, conocimientos y prácticas paralelas al sistema androcéntrico.

Así se puede entender que los conocimientos, actitudes y prácticas de las empleadas ligadas a la vida rural —siembra, pastoreo, uso de hierbas curativas, cuidado de sus mayores, corresponsabilidad en tareas domésticas como limpieza, acarreo de agua, cosecha de frutos, secado de carne, conservación de alimentos, cuidado afectuoso, escucha atenta, prácticas de diagnóstico temprano, automedicación, etc.— se complementan con el de las empleadoras urbanas —modos de comer, de actuar ante un grupo de personas, modos de expresión, del vestir, del comer, experiencias de viaje, prácticas de idioma, conocimiento de música, cuidado ante un enfermo, automedi-

cación, uso de hierbas curativas, acceso a servicios como el sanitario y de fármacos, etc.— en el ámbito privado y les permita desarrollar habilidades para la vida. En el análisis del par sororal existe una acción paradójica entre lo público y lo privado. Las empleadas que trabajan dentro de la casa familiar (ámbito privado-personal) salen a lo público para volver a ingresar a un ámbito privado donde consiguen un salario. En tanto, las empleadoras permanecen en el ámbito privado realizando labores domésticas sin recibir salario ni ningún otro reconocimiento, solo la posibilidad de que el grupo familiar primario y extenso la considere una buena mujer, buena madre y buena esposa.

Es aquí donde se equiparan empleadoras y empleadas: en lo privado no reciben salario ni reconocimiento familiar. Pero las empleadas tienen dobles jornadas laborales y están despojadas de la consideración de ser buenas madres, ya que dejan a sus hijos al cuidado de otras; tampoco son consideradas buenas esposas, ya que reciben constantes requerimientos para abandonar el trabajo público. En consecuencia, no se las considera buenas mujeres. Por esta razón la libertad que ejerce el par sororal en el ámbito privado es tan gratificante para ambas y les permite un avance personal y social significativo.

El trabajo del par sororal tiene roles —empleada y empleadora—; varias funciones —planchadora, cocinera, jardinera, etc.—, y las actividades sisíficas son ejercidas indistintamente —comprar, distribuir, almacenar; lavar; limpiar espacios comunes internos y externos; mantener animales y plantas; atender y cuidar a la familia—. En resumidas palabras, administrar lo cotidiano, lo que incluye impartir y sostener normas de convivencia intrafamiliar, sostener valores como el buen trato, la so-

lidaridad, los límites y compartir la crianza de los niños y niñas de ambas. El vínculo afectivo también se irradia a la prole. Aquí no se encuentran incluidos los varones, quienes aparecen en los relatos como los guardianes de la moral por antonomasia, los que dictan las normas que deben ser cumplidas, muchas de ellas dejadas de lado en favor de fortalecer los espacios de sororidad.

En este estudio a pequeña escala se deduce que si no se limita a la mujer a su labor de madre y educadora, su condición social y sus capacidades en salud se potencian. Las empleadas, al igual que las empleadoras, detentan, en la realidad, un poder considerable que favorece el ejercicio concreto de sus derechos sobre el trabajo, la sexualidad, la educación y la salud.

En resumen, tienen el poder de concretar sus proyectos de vida saludablemente y en compañía de “la otra”, de “la par”. De este modo, los conflictos y tensiones desaparecen y emergen relaciones simétricas que facilitan y ponen en valía la relación laboral sororal.



Referencias

- Bourdieu, P. (1998). *Razones prácticas*. Barcelona, España: Anagrama.
- Bustamante Morales, G. (2007). *La palabra en las mujeres empobrecidas*. Medellín, Colombia: Corporación Educativa Combos/ Comunidades Eclesiales de Base.
- Camus, A. (2004). *El mito de Sísifo*. Madrid, España: Alianza.
- Gamba, S. (2007). *Diccionario de estudio de género y feminismo*. Buenos Aires, Argentina: Biblos.
- González García, G. (2005). *El libro de la salud sexual reproductiva y la procreación responsable en la Argentina. Política-programa-herramientas*. Buenos Aires, Argentina: Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación.
- Grimberg, M. (2002). Iniciación Sexual, prácticas sexuales y prevención del VIH/sida en jóvenes de sectores populares: un análisis antropológico de género. *Horizontes Antropológicos*, 8(17), 47-75. Recuperado de <https://doi.org/10.1590/S0104-71832002000100003>
- Julia, S., Kohan, H. y Minyersky, N. (2009). *Acceso universal a la salud sexual y reproductiva. Un desafío a las políticas públicas. Católicas por el Derecho a Decidir*. Córdoba, Argentina: UNFPA.
- Lagarde, Marcela (2012). *El feminismo en mi vida: hitos, claves y topías*. México: Instituto de las Mujeres del Distrito Federal, Gobierno de la Ciudad de México.
- Menéndez, E. L. (1978). *El modelo médico y la salud de los trabajadores*. México: Nueva Imagen.
- Scott, J. (1993). *La mujer trabajadora en el siglo XIX*. En G. Duby y Michelle P. (Eds.), *Historia de las mujeres*. Tomo IV: El siglo XIX (pp. 405-435). Madrid, España: Taurus.
- Weistein, L. (1985). *Salud y autogestión*. Montevideo, Uruguay: Nordam.

Atención a la salud de inmigrantes venezolanos recibidos por los servicios públicos de la región central del municipio de São Paulo, Brasil

DRAUSIO VICENTE CAMARNADO JUNIOR
ROSANA MARQUES FERRO
NIVALDO CARNEIRO JUNIOR

En el mundo actual destacan los nuevos flujos migratorios como un fenómeno social cualitativamente diferente y complejo, que repercute en las agendas públicas. La reciente migración venezolana a Brasil estimula la acción del poder público. Este artículo describe los resultados del Plan de Atención a la Salud de la Población Migrante Venezolana, de la Coordinación Regional de Salud Centro (CRS-Centro), Secretaría Municipal de Salud de São Paulo, primer semestre de 2018, en el contexto del acuerdo entre dos entidades federativas: municipio y Gobierno Federal de Brasil. El plan se estructuró con base en la organización de los flujos asistenciales, la calificación de los profesionales y la articulación de acciones intra e intersectoriales. Durante dicho período, 49 venezolanos —adultos y niños— fueron recibidos por la red de asistencia social y salud del territorio de la Coordinación. Se garantizaron medidas de prevención y seguimientos clínicos. La inserción en el mercado de trabajo y los arreglos para vivienda son resultados positivos de esta labor. La pronta acción de la autoridad municipal contribuyó a la protección social de esos inmigrantes. El cuidado integral en salud es fundamental en ese proceso, lo cual exige acciones intersectoriales y diálogo con la sociedad.

PALABRAS CLAVE: migración internacional, venezolanos, cuidado de la salud, políticas públicas, intersectorialidad

Health attention plan for the migrant Venezuelan population in a São Paulo health regional section, Brazil

In the contemporary world, new migratory flows stand out as a qualitatively different and complex social phenomenon affecting the public agenda. The recent Venezuelan migration to Brazil stimulates public authorities' actions. This article describes the first semester of 2018's results of the Health Attention Plan for the Migrant Venezuelan Population, in a São Paulo Health Regional Section, in the context of an agreement between a municipality and Federal Government in Brazil. This plan consisted of organizing assistance actions, training professionals, and coordinating intra- and inter-sectorial actions. In this period, 49 Venezuelans, both adults and children, were admitted into the health and social care network of our Regional Section. Preventive measures and clinical treatments were given. Incorporation into the labor market and housing provision are some positive results of these actions. The quick response of the municipal public authorities has contributed to the social protection of these immigrants. An integral health care model has been primordial in this process, which demands inter-sectorial actions and a dialog with society.

Keywords: international migration, Venezuelans, health care, public policies, intersectional approach

Introducción

En el mundo actual, los flujos migratorios entre países se han vuelto un importante fenómeno social, tanto por su expresión cuantitativa como por determinaciones heterogéneas y complejas (Marinucci y Milesi, 2005).

El panorama actual de la globalización y los avances tecnológicos potencian esos procesos. Es decir, las capilaridades de los medios de comunicación, los múltiples transportes, las relaciones de interdependencia de los países, el desdibujamiento de las fronteras geográficas, la precarización del trabajo, el aumento de las desigualdades sociales, entre otros aspectos, crean nuevas condiciones e imprimen demandas significativas que desafían a los distintos sectores gubernamentales y no gubernamentales de la sociedad en general (Turolla, 2003).

El campo de la salud es particularmente sensible a la dinámica migratoria, lo que lo singulariza. Las determinantes sociales del proceso salud-enfermedad-cuidado están

implicadas con las condiciones de vida y la cultura de los pueblos: socioeconómicas, étnicas, políticas, religiosas y de relación de género, entre otros aspectos. Así, los factores desfavorables y desencadenantes en la migración condicionan complejas situaciones de vulnerabilidad en los individuos y grupos, lo que provoca debilidad y enfermedad (Goldberg, Martin y Silvera, 2015; Costa, 2017).

En dicho escenario se reconoce que la migración representa mundialmente un grave problema de salud pública, ya que impacta los sistemas nacionales de salud, en particular en los países en desarrollo, desde el momento en que aumenta de manera significativa el uso de los servicios e introduce enfermedades nuevas o controladas. Además, es preciso tener en cuenta las particulares historias de cuidado que se derivan de aspectos culturales, de conductas y de la oferta de servicios de salud en los países de origen, además de los obstáculos lingüísticos, entre otros (Goldberg y Silveira, 2013; Carneiro Junior et al., 2018a).

Esa nueva realidad social ha impulsado la cooperación multilateral, las políticas públicas y los incentivos a la participación de sectores de la sociedad civil en el apoyo solidario, lo cual pretende reducir las situaciones de discriminación y vulnerabilidad para asegurar la protección social de esos grupos.

Brasil es signatario de los tratados y acuerdos internacionales de defensa de la dignidad y protección social de migrantes y refugiados, que prevé la acogida de individuos y grupos en situaciones de vulnerabilidad migratoria. En 2017 se promulgó la Ley Federal de Migración Núm. 13,445, en la que se ratifica la dimensión de los derechos humanos y se establecen directrices para el combate a la xenofobia (Decreto Núm. 9,199, 2017).

En años recientes, como consecuencia de la grave crisis política y económica de Venezuela, un importante flujo migratorio de ese país se dirigió hacia Brasil, lo que exigió acciones gubernamentales y políticas públicas (Franklin, 2017; ACNUR Brasil, 2017; Gobierno de Brasil, 2018a).

Se calcula que cerca de 50 mil venezolanos migraron a Brasil en el primer semestre de 2018 (Gobierno de Brasil, 2018b). El estado de Roraima, que colinda con Venezuela, ha sido la “puerta de entrada” principal de esa migración, lo cual trae consigo fuertes repercusiones sociales y demanda de servicios públicos, además de tensiones políticas entre distintos niveles de la federación (Franklin, 2017; Freitas Neto, 2018; Reuters, 2018).

En ese contexto, el Gobierno Federal dictó la Medida Provisional Núm. 820/2018, la cual dispone recursos técnicos y financieros para el estado de Roraima, teniendo en perspectiva acciones de emergencia en las áreas de asistencia social, salud, educación, seguridad alimenta-

ria y seguridad pública. También se previó el apoyo para la calificación profesional de los prestadores de esos servicios (Medida Provisória Núm. 820, 2018c).

Se destaca en dicha medida provisional la directriz relativa a la cooperación entre los niveles de la federación, esto es, a los incentivos y apoyo para los acuerdos con gobiernos municipales y estatales, con la perspectiva de conducción tramitológica e inserción social de los migrantes en los territorios respectivos. A esa estrategia se le denominó “interiorización” (Medida Provisória Núm. 820, 2018c).

El gobierno municipal de São Paulo se adhirió a la “interiorización” propuesta por el Ejecutivo Federal. Así, entre los meses de abril y julio de 2018, se condujo a 287 inmigrantes venezolanos (adultos solos y parejas con hijos) y se les alojó en instalaciones sociales en la regiones técnico-administrativas de la ciudad, sobre todo en el este, oeste y centro (mapa 1).

Mapa 1. Regiones técnico-gerenciales, coordinaciones regionales de salud de la Secretaría Municipal de Salud de São Paulo, Brasil



Fuente: Alcaldía de São Paulo, Secretaría Municipal de Salud de São Paulo, Brasil, 2018

En ese escenario se observa la orientación para que los órganos de gestión regional de la municipalidad organicen planes de acción intra e intersectoriales en sus respectivas áreas de actuación con vistas a la protección social de esos individuos y grupos (Municipio de São Paulo, 2018).

Se condujo a 49 venezolanos (17% del total) a la región centro del municipio, quienes fueron recibidos en las siguientes instalaciones no gubernamentales: la Casa del Migrante-Misión Paz São Paulo y el Centro de Acogida del Inmigrante-Sefras (Servicio Franciscano de Solidaridad). La primera es una institución vinculada a la Congregación de los Misioneros de San Carlos (scalabrinianos), que desarrolla su labor con recursos financieros provenientes exclusivamente de la congregación, mientras que la segunda, la Provincia Franciscana de la Inmaculada Concepción de Brasil-Sefras, además de los recursos provenientes de la institución religiosa, recibe recursos financieros de la alcaldía del Municipio de São Paulo.

En lo que respecta a la atención a la salud, las instalaciones sociales se localizan en el mismo territorio y, por lo tanto, cerca de los servicios de la red municipal, cuya administración está a cargo de la Coordinación Regional de Salud Centro (CRS-Centro), y sus usuarios son referidos a dichos servicios.

El CRS-Centro (mapa 2), órgano técnico-gerencial de la Secretaría Municipal de Salud de São Paulo (SMS/SP), elaboró el Plan de Contingencia de Atención a la Salud de la Población Migrante Venezolana, con la perspectiva de su cuidado integral y la reducción de vulnerabilidades. Vale la pena destacar que ese plan de contingencia se volvió un punto de referencia para otras iniciativas en el ámbito de la Secretaría Municipal de Salud de São Paulo (SMS/SP).

Mapa 2. Coordinación Regional de Salud Centro y sus respectivos distritos administrativos, São Paulo, Brasil



Fuente: Alcaldía de São Paulo, Secretaría Municipal de Salud de São Paulo, Brasil, 2018

Este artículo busca describir las directrices del Plan de Contingencia de Atención a la Salud de la Población Migrante Venezolana, de la Coordinación Regional de Salud Centro (CRS-Centro), mediante la presentación de sus resultados, para contribuir así al debate respecto de una determinada acción pública en los procesos migratorios actuales en el contexto del Sistema Único de Salud (SUS).

Procedimientos técnico-organizativos

Las orientaciones directivas del plan fueron las siguientes: fortalecer la articulación de la red de salud con los servicios sociales de recibimiento de los migrantes, capacitar a los profesionales de la salud, organizar flujos asistenciales y establecer estrategias de cuidado prioritarias, como la adopción de las siguientes medidas:

1. Atención a las enfermedades inmunoprevenibles.
2. Oferta de pruebas rápidas para VIH, sífilis y hepatitis B y C.
3. Búsqueda activa de síntomas respiratorios para diagnóstico temprano de tuberculosis y su tratamiento inmediato.
4. Recibimiento calificado en el cuidado de situaciones de vulnerabilidad, como estrés, miedo, dificultades de adaptación, entre otras, que pueden contribuir al surgimiento de trastornos mentales.
5. Educación permanente de los equipos de salud, en particular en la atención primaria.
6. Planificación de acciones intersectoriales, tales como trabajo y remuneración, y educación, entre otros.

Resultados y discusión

Durante el período de abril a julio de 2018, se recibió a 49 individuos venezolanos: 36 adultos (con una media de 40 años de edad), de los cuales 24 eran de sexo masculino y 12 de sexo femenino, así como 13 menores de edad.

Esos inmigrantes fueron albergados en el territorio centro, en la Casa del Migrante-Misión Paz São Paulo y en el Centro de Acogida del Inmigrante-Sefras, lo que facilitó la ejecución del plan de contingencia, ya que hay una articulación local-regional de larga data de esas instalaciones sociales con la red de salud municipal en forma de reuniones mensuales para la discusión sobre situaciones de atención y temas relacionados, orientación socio-sanitaria, acciones educativas, entre otras

acciones, lo que es muestra de la actuación intersectorial.

De acuerdo con Junqueira (2004), “la intersectorialidad como medio de intervención en la realidad social exige la articulación de las instituciones y personas, para integrar y articular saberes y experiencias mediante el establecimiento de un conjunto de relaciones que constituyan una red”. En ese sentido, la elaboración del plan de contingencia se apoya en dicho contexto, con lo que apunta al fortalecimiento de la actuación intersectorial como una de sus directrices.

En lo que respecta a la atención a la salud, todos los migrantes fueron inscritos en la Unidad Básica de Salud (Atención Primaria), con lo que tuvieron acceso al proceso asistencial. Se había adoptado la cobertura de vacunas para las enfermedades inmunoprevenibles, derivada de las acciones gubernamentales desarrolladas en el paso por el estado de Roraima, ya que el Ministerio de la Defensa preconizaba, entre otras acciones, la inmunización, antes de la etapa de interiorización (Gobierno de Brasil, 2018d).

Hubo un acompañamiento para atender la salud mental. Un adulto que dio positivo al VIH fue canalizado al Servicio de Atención Especializada en Enfermedades de Transmisión Sexual/sida. No se detectaron síntomas respiratorios ni positivos en sífilis y hepatitis.

Ese estado de salud favorable comprobado en el grupo contrasta con la realidad de las condiciones sanitarias de la población venezolana, ya que en ese país se observan perfiles epidemiológicos de morbilidad/mortalidad desfavorables, así como inequidad en el acceso a los servicios (Medici, 2015).

Sin embargo, se observaron faltas frecuentes a las consultas programadas, lo

que debilita la integridad del cuidado. La búsqueda de empleo es una de las explicaciones de esa conducta (Padilla, 2013; Carneiro Junior et al., 2018a).

Los equipos de salud, tanto los de los servicios públicos como los de las instalaciones sociales de recepción, realizaron actividades de educación en salud orientadas al autocuidado, prevención y control de enfermedades. Durante estas actividades se incorporó a otros individuos, que se encontraban en ese momento en esos espacios institucionales, lo que ofreció opciones de integración entre ellos.

Aunque los profesionales de las instalaciones de salud de la región central estaban ya acostumbrados a atender a las poblaciones migrantes, dado que la mayor concentración de dichas poblaciones se encuentra en la región central, se hizo necesario orientarlos en algunos aspectos puntuales de la rutina administrativa como, por ejemplo, el llenado de un formato de valoración para inmigrantes venezolanos. En ese formato constan fundamentalmente datos de identificación, signos vitales, dolencias, uso de medicación continua; inmunización contra la fiebre amarilla, sarampión, paperas y rubeola (mediante la verificación de la cartilla de vacunación); y la presentación de signos/síntomas de sarampión.

Como ya se dijo, las unidades de salud de la región central ya atienden poblaciones migrantes desde hace algún tiempo: bolivianos, congolese, chinos, haitianos, entre otras nacionalidades, y de ese modo han acumulado experiencia en la organización de estrategias técnico-asistenciales para las particularidades que demandan esos grupos poblacionales, y con ello han superado, por ejemplo, el obstáculo de la comunicación durante la atención.

Vale la pena destacar que la educación permanente en salud, por tratarse de una política pública del Sistema Único de Salud, se encuentra constantemente en el orden del día. Desde esa perspectiva se destaca una iniciativa reciente de la SMS/SP, como factor de fortalecimiento del acceso de los inmigrantes a los servicios de salud, cuyo objetivo es desarrollar en el conjunto de los trabajadores de su amplia red asistencial —primaria, secundaria y terciaria— procesos de sensibilización y capacitación sobre temas relacionados con la migración y la salud, mediante la producción de materiales educativos gráficos y audiovisuales en siete idiomas, identificados como los de mayor presencia en las comunidades: portugués, español, francés, inglés, árabe, chino y *creole* (Carneiro Junior et al., 2018b).

Es importante destacar en este proceso, como fruto de la red de apoyo, la inserción de los migrantes en el mercado laboral, lo que permite la independencia en materia de vivienda de los seis núcleos familiares que fueron los primeros en llegar a la ciudad de São Paulo, en el contexto de la “interiorización”.

Conclusión

La pronta acción de las autoridades de la ciudad de São Paulo, que se plantearon atender a la población venezolana migrante en situación de vulnerabilidad social, representó un importante compromiso y la solidaridad con la integridad de esos individuos.

El ausentismo de los migrantes en el seguimiento de los cuidados primarios de su salud es una cuestión por analizar para buscar estrategias que reviertan esa conducta que los expone a sus vulnerabilidades. Por lo tanto, el cuidado integral de esa población en particular

es un desafío que debe evaluarse constantemente en la red de atención a la salud y, sobre todo, superarse.

Desde esa perspectiva, el fortalecimiento de las articulaciones y actuaciones intersectoriales, gubernamental y no gubernamental, son imprescindibles para garantizar resultados eficaces de la acción.

Por último, la continuidad de esa política debe ordenarse sistemáticamente en la agenda pública, problematizando y buscando estrategias de sustentabilidad, sobre todo en nuevas recepciones programadas en el contexto del acuerdo entre las entidades de la federación, frente a la actual y grave realidad social de la migración venezolana.



Referencias

ACNUR Brasil [Alto Comisariado de las Naciones Unidas para los Refugiados] (2017). *Maioria de venezuelanos em Roraima é jovem, possui boa escolaridade e está trabalhando*. Recuperado de <http://www.acnur.org/portugues/2017/09/15/maioria-de-venezuelanos-em-roraima-e-jovem-possui-boa-escolaridade-e-esta-trabalhando/> [05 de mar 2018].

Carneiro Junior, N., Silveira, C., Silva, L. M. B., Shikanai-Yasuda, M. A. (2018a). Migração boliviana e doença de Chagas: limites na atuação do Sistema Único de Saúde brasileiro (SUS). *Interface (Botucatu)*, 22(64), 87-96.

_____. (2018b). Políticas públicas no contexto dos processos migratórios no Brasil: a experiência da construção da política municipal de saúde para imigrantes e refugiados na cidade de São Paulo (2015-2016). En Silveira, C., Goldberg, A. y Martín, D. (Orgs.). *Migração,*

refúgio e saúde (pp. 251-260). Santos: Editora Universitária Leopoldianum.

Costa, T. (2017). Saúde e migração: ensaio reflexivo da migração Venezuela em Roraima. *Mundorama: Revista de Divulgação Científica em Relações Internacionais*. Recuperado de <https://mundoramamet.wpcosting.com/?p=23927>, [5 de marzo de 2018].

Decreto Núm. 9,199 (20 de noviembre de 2017). Regulamenta a Lei N° 13.445, 24 de mayo de 2017, que institui a Lei de Migração. *Diário Oficial da União*. Brasil: Imprensa Nacional. Recuperado de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2017/decreto/d9199.htm

Franklin, C. B. (2017). *A crise na Venezuela e os desdobramentos para o Brasil*. Recuperado de http://www.congresso2017.fomerco.com.br/resources/anais/8/1505878561_ARQUIVO_AcrisedaVenezuelaeosseusdesdobramentosparaoBrasil.pdf [5 de marzo de 2018].

Freitas Neto, J. A. (2018), *Nós e a crise dos venezuelanos*. Recuperado de <https://www.unicamp.br/unicamp/ju/artigos/jose-alves-de-freitas-neto/nos-e-crise-dos-venezuelanos> [5 de marzo de 2018].

Fronteira com a Venezuela é reaberta após nova decisão judicial. Brasil: *El País*. Recuperado de https://brasil.elpais.com/brasil/2018/08/07/politica/1533653914_220633.html [7 de agosto de 2018].

Gobierno de Brasil (2018a). *Brasil garante assistência a imigrantes venezuelanos sem prejuízo a brasileiros*. Recuperado de <https://www.amambainoticias.com.br/brasil/brasil-garante-assistencia-a-imigrantes-venezuelanos-sem-prejuizo-a-brasileiros> [29 de junio de 2018].

Gobierno de Brasil (2018b). A operação Acolhida. Recuperado de <https://www.gov.br/acolhida/historico/> [18 de junio de 2018].

_____ (2018d), Processo de interiorização leva venezuelanos de Roraima para outras regiões do Brasil. Recuperado de <https://www.gov.br/defesa/pt-br/assuntos/noticias/ultimas-noticias/processo-de-interiorizacao-leva-venezuelanos-de-roraima-para-outras-regioes-do-brasil> [5 de abril de 2018].

Goldberg, A.; Silveira, C. (2013). Social inequality, access conditions to public health care and processes of care in Bolivian immigrants in Buenos Aires and São Paulo: comparative inquiry. *Saúde e Sociedade*, 22(2), 283-297.

Goldberg, A., Martin, D. y Silveira, C. (2015). Por um campo específico de estudos sobre processos migratórios e de saúde na saúde coletiva. *Interface (Botucatu)*, 19(53), 229-232.

Junqueira, L. A. P. (2004). A gestão intersetorial das políticas e o terceiro setor. *Saúde e Sociedade*, 13(1), pp. 25-36.

Marinucci, R. y Milesi, R. (2005). Migrações internacionais: em busca da cidadania universal. *Sociedade em Debate*, 11(1-2), pp. 13-37.

Medici, A. (2015). A saúde na Venezuela: mais de uma década de oportunidades perdidas. Recuperado de <https://www.researchgate.net/publication/279176629> [24 de noviembre de 2019].

Medida Provisória N° 820, 15/02/2018. *Diário Oficial da União*. Brasil: Imprensa Nacional (2018c). [29 de junio de 2018].

Município de São Paulo (2018). *Prefeitura de São Paulo: Direitos Humanos e Cidadania*. Recuperado de https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/direitos_humanos/migrantes/noticias/index.php?p=255429 [9 de mayo de 2018].

Padilla, B. (2013). Saúde dos imigrantes: multidimensionalidade, desigualdades e acessibilidade em Portugal. *Rev. Inter. Mob. Hum.*, a. XXI(40), 49-68.

Turolla, F. A. (2003), Globalização e desigualdade. São Paulo: *GV-Executivo*, 2 (4), 17-21

Determinantes sociales de salud en mujeres adultas con síndrome metabólico social

ABIGAIL FERNÁNDEZ SÁNCHEZ
EDITH RUTH ARIZMENDI JAIME
CLARA IRENE HERNÁNDEZ MÁRQUEZ
MARÍA GUADALUPE OJEDA VARGAS

El estudio del síndrome metabólico surge como iniciativa para aportar a la investigación en la salud biopsicosocial. Desde el abordaje del teórico Jaime Breilh, se exploran las perspectivas de los determinantes sociales en mujeres que sufren síndrome metabólico y las limitantes para el cuidado cotidiano de la salud que implica cambios de estilos de vida y conocimientos que no están al alcance de las personas, además de los costos elevados en el tratamiento. Con una metodología de investigación fenomenológica y mediante trabajo comunitario, se aborda a las mujeres con síndrome metabólico. Entre los resultados, emergen dos unidades temáticas: cuidado de otros y cuidado de sí, así como cinco categorías: desigualdad social, género, servicios de salud, alimentos y pobreza. Las representaciones sociales de desigualdad social al implantar el cuidado y atención de otros y la falta de atención a sí misma. Conclusión: el personal de salud no visibiliza las estrategias para el cuidado de la salud en condiciones de población vulnerable. El comportamiento biológico y social de las enfermedades crónicas podría ser prevenible en una parte de la población abordado desde los modos y condiciones sociales de vida.

PALABRAS CLAVE: determinantes sociales, síndrome metabólico, mujeres

Social determinants of health in adult women with social metabolic syndrome

The study of metabolic syndrome arises as an initiative to contribute to the research in biopsychosocial health. According to Jaime Breilh's theoretical approach, the perspectives of social determinants in women suffering from metabolic syndrome are explored as well as the limitations for daily health care, which involve changes in lifestyles and knowledge that are not within reach to the people; moreover, the high costs of the

treatment. Through a phenomenological research methodology, several women with metabolic syndrome are studied through community work. Amongst the results, two thematic units emerge: caring for others and caring for oneself, as well as five categories: social inequality, gender, health services, food and poverty. The current representations of social inequality implanting the care and attention of others and the lack of attention and of itself. Conclusion: health personnel does not make health care strategies visible in vulnerable population conditions. The biological and social behavior of chronic diseases could be preventable in part of the population when approached from social ways and conditions of life.

Keywords: social determinants, metabolic syndrome, women

Introducción

El modelo de los determinantes sociales en salud (DSS) que está sustentado por la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2018) integra el contexto social del país y el comportamiento de la salud de la población. En este modelo se definen las condiciones de vulnerabilidad social o de riesgo, fenómeno complejo socialmente determinado y modulado, el cual se establece desde los determinantes estructurales e intermediarios. Asimismo, se realiza una reflexión de las desigualdades en salud situada en la corriente epidemiológica crítica de Jaime Breilh (2010). Los DSS se caracterizan a partir de las políticas públicas en salud, educación y protección social, condiciones económicas, laborales, alimenticias y biológicas, así como los sistemas de salud en la toma de decisiones (Breilh, 2013).

El escenario antes mencionado establece que los procesos de enfermedad vinculados a situaciones adversas en los modos de vida de las mujeres se determinan en parte por la desigualdad en la atención en salud preventiva, la accesibilidad a los alimentos saludables, educación y trabajo (Viniestra, 2006). De acuerdo con Breilh (2013) la causa última del comportamiento de los procesos de salud-enfermedad debe ser explorada desde la construcción y la organización de la vida social y por otra parte, deben visibilizarse ante los sistemas de salud

en la atención de las necesidades diferenciadas por cada persona en particular.

Síndrome Metabólico (SM). Se describe como anormalidades metabólicas con las siguientes variables: obesidad, elevación de la presión arterial, glicemia y triglicéridos así como la disminución del colesterol HDL. Los factores de riesgo para SM son: obesidad abdominal, resistencia a la insulina, inactividad física, envejecimiento, desequilibrio hormonal, dieta alta en grasas saturadas e industriales (trans), y lipoproteínas de baja densidad (LDL), estado pro-inflamatorio y malnutrición materno-infantil (Lizarzaburu, 2013). En la mujer adulta en el período menopáusico se incrementa el riesgo para SM en 60%, por los cambios hormonales que modifican su composición corporal (Hormaza et al., 2014).

En el mundo existen más de 1,900 millones de personas con sobrepeso, de las cuales 650 millones son obesas. México tiene el cuarto lugar en obesidad en población adulta y en América Latina el segundo, así como primer lugar en obesidad infantil (OPS, 2019). Los índices de morbi-mortalidad prematura se han incrementado por la coexistencia de la enfermedad cardiovascular y la diabetes, que afectan la calidad de vida de la población, así como los presupuestos sanitarios (OMS, 2020).

México tiene más de 17 millones de hipertensos, 14 millones de dislipidémicos (alteración en los niveles de lípidos en la sangre), y 6 millones de diabéticos en una población de más de 35 millones de adultos; y 7 de cada 10 personas adultas presentan sobrepeso y obesidad (ENSANUT, 2016).

El SM es un fenómeno mundial: se estima que alrededor del 20-25% de la población adulta tiene SM, con doble riesgo de morir y tres veces más de sufrir un infarto miocárdico o un evento vascular cerebral, así como cinco veces más de desarrollar diabetes *mellitus*. Estas son las principales causas de muerte en nuestro país. Esta situación se ha agudizado en la población mexicana como resultado, por una parte, del cambio demográfico, así como de la adopción de estilos de vida no saludables como son el sedentarismo, la alimentación incorrecta, el tabaquismo y el consumo de alcohol (Dirección General de Promoción de la Salud, 2018, p. 9).

El nulo control de estas alteraciones metabólicas incide directamente en la morbi-mortalidad de padecimientos crónicos degenerativos; sin embargo, en la actualidad no existen estrategias de prevención, diagnóstico y tratamiento eficaces en la mayoría de los casos; por estas razones, el SM se ha convertido en un problema de salud pública.

La salud pública y la epidemiología crítica buscan atender el rezago en salud desde la mirada de los determinantes sociales. Tratan de crear y fortalecer determinantes positivos y delimitar o eliminar los negativos. Visibilizar los elementos de promoción de la salud y la prevención o anticipación de la enfermedad constituye el eje fundamental de la salud pública. Ello impone la necesidad de una respuesta integral y articulada para reducir los factores de riesgo por medio de la promoción

de estilos de vida saludables que implican el cambio conductual de la población (Dirección General de Promoción de la Salud, 2018, p. 9).

Por otra parte, los Objetivos de Desarrollo Sostenible (2015) se adoptaron como un llamado universal para poner fin a la pobreza, el hambre, la desigualdad de género, educación, cobertura de salud, entre otros; de aquí se derivan los programas de acción insertos en las guías de práctica clínica para el cuidado de las personas, y son elementos de trabajo del sector salud, programas sociales, apoyos económicos dirigidos a atender a la población, entre otros. El enfoque es impulsar acciones y los medios necesarios para lograr una mejor salud en la población; con ese fin contienen acciones dirigidas a fortalecer las habilidades y capacidades de los individuos, así como para dotarlos de las herramientas que les permitan modificar sus condiciones sociales y ambientales (Dirección General de Promoción de la Salud, 2018, p. 7).

Las políticas encaminadas a alcanzar esos objetivos incluyen contar con la participación de la sociedad civil, los poderes públicos y las instituciones internacionales (Dirección General de Promoción de la Salud, 2018, p. 7). Pero los determinantes sociales en salud podrían evidenciar el SM como enfermedad de la pobreza, consecuencia del estrés laboral, inequidad de género, deficiencias en prevención y fomento a la salud. La falta de recursos, la cual el sistema de salud positivista señala como agente causal, es el descuido del propio hombre, generador de su enfermedad.

Esta investigación se fundamenta en el conocimiento y pensamiento crítico para el cuidado, desde una revisión del SM, enfermedad crónico degenerativa que a corto plazo presenta complicaciones, así como la situación e impacto en la salud, en un gru-

po vulnerable como son las mujeres adultas. El propósito: comprender cómo influyen los determinantes sociales de salud en las formas de vida de mujeres adultas con SM.

Abordaje metodológico. La investigación fenomenológica se muestra por sí misma, y no se traduce o se define por criterios externos. El grupo de participantes está constituido por mujeres adultas del poblado de la región oriente de Tepalcingo, Morelos. Este municipio tiene servicios limitados en cuanto a transporte y servicios de salud, así como en educación media superior y superior, y falta de fuentes de empleo. En su mayoría sus habitantes son campesinos, alfareros, amas de casa, entre otros trabajos; las participantes tienen una formación desde nivel básico incompleto a nivel técnico. En el análisis de las narrativas y de los significados de lo que expresan las mujeres orientadas al autocuidado destaca que la persona con SM atraviesa por representaciones tales como crisis y conflictos.

Este estudio fenomenológico permitió describir las categorías que deberían convertirse en escenario de cuidado para el profesional en enfermería y otros profesionales. Por medio de este estudio se develan las realidades de quien necesita ser cuidado. Se identifica a las participantes por medio de trabajo comunitario y, con la técnica Bola de Nieve¹, a mujeres adultas que presenten SM, previo consentimiento informado (Creswell, 2001).

Cubriendo las implicaciones éticas y de rigor científico, se realizaron entrevistas a profundidad en el domicilio de las participantes, con duración de 40 a 90 minutos, con aporte teórico-metodológico de

narrativas de vida (Souza, 2003), las cuales fueron grabadas y transcritas. Se toma el criterio de saturación de datos. Emergen cinco categorías que integran los determinantes sociales en salud. De acuerdo con el método se codificaron los datos de las experiencias con un agrupamiento por significados y descripción textual, que es la estructura esencial que devela el fenómeno de la representación de las experiencias de las mujeres.

Resultados

De manera inicial, en relación con los DSS y problemas de desigualdad social y de género, J. Breilh (2010, 1996) señala que las condiciones en que las mujeres viven y trabajan impactan sobre la salud en la triple carga de trabajo: materna, trabajo de casa y empleo fuera de casa. En la mujer se produce el estatus social y familiar con responsabilidades a temprana edad y la inserción laboral con un empleo mal remunerado (trabajo doméstico, ayudante de agricultura, de alfarería, entre otros, y algunas logran obtener un empleo formal) lo cual la predispone a tener problemas de salud.

En la vida cotidiana de las mujeres con SM, de las representaciones sociales emergen dos unidades temáticas: cuidado de otros y cuidados de sí. Las categorías manifiestas: problemas de desigualdad social y de género y en la atención de los servicios de salud, falta de alimentos y pobreza. Martín Heidegger expresa el cuidado “de la existencia humana y su manifestación, el Dasein, de ahí surgen algunas categorías relacionadas con el cuidado tales como: Cure, el sujeto y persona, el ser, la enfermedad, vida y muerte” (Ramírez-Pérez, Cárdenas-Jiménez y Rodríguez-Jiménez, 2015).

¹ El muestreo por Bola de Nieve es una técnica de muestreo no probabilística en la que los individuos seleccionados para ser estudiados refieren a nuevos participantes entre sus conocidos.

Mediante una discusión epistemológica emergen las representaciones sociales, constituidas por los determinantes sociales en salud en el proceso salud-enfermedad en mujeres con SM, la cual se enmarca en una discusión de historias narradas de las mujeres, explorando la manera como han vivido la enfermedad en un corto tiempo (menos de cinco años) así como las complicaciones del SM.

Desigualdad social y de género. Las participantes expresan que el eje rector de sus vidas es el cuidado de otros, lo que provoca que olviden el cuidado propio.

...“procuro el bienestar de mi hijo y a mi pareja en su trabajo —mi cuidado personal yo no lo considero necesario—” (E, 28 años; R, 61 a). ...“Cuido de mi papá y mi hermano con discapacidad, mis dos hijos estudiantes —¿A qué hora me puedo atender yo?—” (A, 44 a) ...“Dependo de mi hermana, he cuidado de sus hijos, pero ahora con mi enfermedad me apartaron, necesito componerme, para trabajar (M, 42 a).

Las condiciones sociales impuestas, la sumisión de la mujer y estar al cuidado de otros, así como la dependencia económica, pone en desventaja a la mujer y la debilita en la toma de decisiones y el crecimiento personal. También conlleva obstáculos para efectuar el cuidado de su persona y no logra valorar su salud, lo cual evidencia su desigualdad social.

Búsqueda de la atención de los servicios de salud: Cuidado de sí. Qué significa y cómo explica la mujer el cuidado de sí. Sentir el cúmulo de molestias por la enfermedad hace que la mujer recurra en primer plano a remedios caseros (tes, ungüentos) y en un segundo plano a los servicios de salud, los cuales son limitados para algunas de ellas, que solo al presentar complicaciones son atendidas; por otra parte, la triple carga de trabajo se suma al descuido de la salud que de lo contrario podría retrasar el avance de la enfermedad.

...“Solo voy cada mes a mi consulta por mi medicamento —no me puedo cuidar, mi familia depende de mi trabajo—. Cuando puedo, salgo a caminar y de regreso a casa atiendo a mi papá y convivo con él” (A, 44 a). ...“dependo de mi nieta; estudia enfermería; ella me deja mis medicamentos preparados y me lleva a mi consulta (R, 61 a). ...“no sentía nada, solo me salió un puntito en mi pie, al revisarme ya tenía hasta el hueso la infección —me operaron y ahora sí cuido de mi pie—, ahora sí voy a ir al centro de salud para tener un control, aunque no confío en la atención, dicen que tratan mal a las personas” (M, 42 a).

Alimentos al alcance. La situación es compleja ante la cultura y las opciones que se tienen al alcance (alimentos ricos en carbohidratos y grasas). Las mujeres muestran no llevar estilos de vida sanos y tienen acceso muy limitado a adquirir alimentos saludables.

Cuidado de sí/de otros

“Desayuno algo ligero antes de salir a trabajar ...hay alimentos que no los puedo dejar, me siento débil o con molestias gástricas” [...] “como de todo, ...se me antojan todas las cosas” (A, 44 a). ...“en casa se prepara la comida para todos, no se aparta porciones especiales sin grasa, azúcar, condi-

mentos o sal, es común la comida” (M, 42 a).
...“mis alimentos es de lo que vendemos y mi desayuno es las 12 del día, estoy mareada, se me baja la glucosa y algunas veces me han llevado al hospital” (R, 61 a).

Pobreza. Esta condiciona la falta de oportunidades de estudio y trabajo. El rezago laboral en México implica situaciones como las que se mencionan a continuación:

...“El dinero no alcanza, apenas para algunas necesidades. Nuestro sueldo es bajo” (O, 58 a).
...“No tengo posibilidad de ascenso” (E, 28 a).
...“Trabajo en lo que cae” (M, 46 a). ...“No tengo tiempo para atenderme, tengo que trabajar”
...“no tengo dinero para ir tan seguido” (R, 61 a).

Las representaciones sociales antes mostradas conllevan al cuidado de otros, y a abandonar el cuidado de sí; los determinantes sociales en salud negativos se presentan principalmente en la población con estatus social de medio a bajo, con servicios de salud limitados, así como hábitos de alimentación inadecuados.

En detalle, los programas de salud contienen estrategias que buscan fortalecer y hacer eficientes las prácticas que han mostrado una efectividad parcial. Adicionalmente, se incorporan intervenciones innovadoras para contribuir a preservar y mantener la salud de la población, mejorar las condiciones de trabajo, formular políticas de protección social dirigidas a toda la población y crear las condiciones que permitan envejecer bien, que desafortunadamente no llegan a todos.

Consideraciones finales

En México, las condiciones de salud se encuentran en un proceso de transición demográfica y epidemiológica, por una parte

se incrementa en la población la esperanza de vida. Sin embargo, se presentan las enfermedades crónicas, las cuales no son fáciles de sobrellevar. El SM cuyas causas conocidas son el sobrepeso y la obesidad así como sus modos de vida, trabajo, la alimentación no adecuada y servicios de salud, no es abordado para su atención desde la perspectiva de los determinantes sociales en salud, que fijan el estado de salud de los individuos y las comunidades.

Algunas mujeres que logran tener un empleo formal, no logran cubrir sus necesidades elementales: el sueldo que se percibe es insuficiente para atender las necesidades básicas de la familia, lo que resulta en un fracaso por las condiciones de vida y trabajo. Por otra parte, la precariedad en la disponibilidad de alimentos por falta de tiempo o situación económica, las condiciones del entorno social, los sistemas de salud y la población no están preparados para afrontar padecimientos como el SM.

Las personas que padecen SM han afectado su esperanza y calidad de vida y los servicios de salud están rebasados para que las personas accedan a una detección oportuna y al seguimiento formal, para retrasar las complicaciones del SM, debido a la falta de infraestructura y de profesionales de medicina familiar en el primer nivel de atención. Si bien las enfermedades emergentes y reemergentes tienen gran importancia, dejan de lado a las enfermedades crónico degenerativas ligadas al SM que, en algunos casos, ya incluyen la presencia de complicaciones.

Por otra parte, también están los factores conductuales y biológicos, en la perspectiva del cuidado de la salud o en eventos adversos de la enfermedad. El espacio doméstico de la mujer, así como trabajar fuera del hogar, se ha tornado gradualmente más difícil para las mujeres, sobre todo en los sectores popula-

res y clases medias donde se incrementa la manutención del hogar, condicionando la vida cotidiana y su salud. La reflexión es voltear la mirada al cuidado de sí, y para contrarrestarlo, la propuesta es brindar apoyo a la persona para hacerse auto responsable/empoderarse de su propia salud desde los DSS ya visualizada desde hace más de una década (Viniegra, 2006).

Generar investigación-acción comunitaria, considerando disminuir las desigualdades en salud y mejorar el bienestar. Se requiere obtener modelos de promoción de la salud como método de cambio hacia un estilo de vida saludable y tomar acciones de prevención en la población vulnerable cuidando la cultura y los valores sociales positivos en cuanto a la salud. Se considera importante estudiar los significados individuales y las representaciones de cuidado, en especial de las mujeres adultas, que además de cargar con una enfermedad crónica tienen que cumplir con múltiples roles sociales y familiares.

En conclusión: Con los resultados que se obtienen de las investigaciones y comportamiento epidemiológico, las políticas públicas de salud requieren acciones de atención a la población vulnerable o de riesgo para enfermedades como el SM; las acciones preventivas y de diagnóstico oportuno son determinantes, así como accionar la epidemiología crítica del cómo se afecta por el rezago en salud, el cual se ha justificado por la demografía no proyectada; aún así, no es un problema reciente.

Apostar a las intervenciones gubernamentales, servicios de salud e instituciones educativas. Se recomienda que estos resultados sean tomados como un punto de reflexión para los profesionales de la salud y sumar esfuerzos con la población hacia el cuidado, tomando en cuenta el significado que atribuyen a la enfermedad crónica, como menciona Viniegra (2006), acompañante cada vez más habitual de los humanos, y con ello se constituya en un medio privilegiado para conferirle sentido a la existencia, es decir, nos aproxime a una filosofía de la vida.



Referencias

Breilh Paz y Miño, J. (1987). *Epidemiología entre fuegos*. Medellín, Colombia: Memorias de la asociación Latinoamericana de Medicina Social.

_____(1996) Una mirada en salud: El problema de las categorías. En J. Breilh, *El género entre fuegos: inequidad y esperanza* (pp. 119-233). Ecuador: Ediciones CEAS.

_____(2010). La epidemiología crítica: una nueva forma de mirar la salud en el espacio urbano. *Salud colectiva*, 6(1), 83-101. Recuperado de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=73115246007>

_____(2013). La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva). *Rev. Fac. Nac. Salud Pública* 31(1), 13-27. Recuperado de http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-386X2013000400002&lng=en

Creswell J. (2001). *Qualitative inquiry and research design*. Londres, Reino Unido: Sage Publications.

Eslava-Castañeda J. C. (2017). Pensando la determinación social del proceso salud-enfermedad. *Rev. Salud pública* 19(3) <https://doi.org/10.15446/rsap.v19n3.68467>

Fernández S. A., Hernández C. S., Ojeda V. M. G. (2013). Determinantes sociales en salud: su relación con el síndrome metabólico. *Enf. Neurol. (Mex)* 12(3), 122-127.

García-García E., De la Llata-Romero M., Kaufer-Horwitz M., Tusié-Luna M. T., Calzada-León R., Vázquez-Velázquez V. [...] y Sotelo-Morales J. (2008). La obesidad y el síndrome metabólico como problema de salud pública. Una reflexión. *Arch. Cardiol. Méx.* 78(3), 318-337.

Hormaza Á., Lopera J. S., Massaro M. M., Rendón G. J. y Campo N. (2014). Síndrome metabólico y riesgo cardiovascular en mujeres posmenopáusicas de una institución de primer nivel de Envigado (Colombia). *Clin. Invest. Gin. Obst.* 41(4), 151-157.

Instituto de Salud Pública [INSP] (2016). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de Medio Camino, 2016* [ENSANUT-MC, 2016].

Lizarzaburu Robles, J. C. (2013). Síndrome metabólico: concepto y aplicación práctica. *Anales de la Facultad de Medicina* 74(4), 315-320.

Organización Mundial de la Salud [OMS] (2018). Determinantes Sociales de la salud. Recuperado de http://www.who.int/social_determinants/es/

_____ (2020). Sobrepeso y obesidad. Recuperado de <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>

Organización Panamericana de la Salud [OPS] (2019). Etiquetado frontal: un tema de protección a la salud de la niñez. Recuperado de https://www.paho.org/mex/index.php?option=com_content&view=article&id=1454:etiquetado-frontal-un-tema-de-proteccion-a-la-salud-de-la-ninez&Itemid=499

Programa de Acción Específico: “Promoción de la Salud y Determinantes Sociales 2013-2018” (2014). 1a ed. (pp. 7, 9). Recuperado de <http://www.ssch.gob.mx/rendicionCuentas/archivos/Promocion%20de%20la%20Salud%20y%20Determinantes%20Sociales.pdf>

Ramírez-Pérez M., Cárdenas-Jiménez, M. y Rodríguez-Jiménez S. (2015). El Dasein de los cuidados desde la fenomenología hermenéutica de Martín Heidegger. *Enferm. Univ.* 12 (3) <http://dx.doi.org/10.1016/j.reu.2015.07.003>.

Souza y Minayo M. C. (2003). *Investigación social. Teoría y método y creatividad* (pp. 25-58). Buenos Aires, Argentina: Lugar Editorial.

Viniegra-Velázquez, L. (2006) Las enfermedades crónicas y la educación. La diabetes mellitus como paradigma *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social* 44(19), 47-59.

La promoción de la salud no es acción preventiva

PERLA ERNESTINA CASTAÑEDA ARCHUNDIA

La promoción de la salud no debe pretender la prevención, ya que tiene un carácter ideológico y discursivo que busca transformar la realidad en la ciudad —como espacio de determinación social, enfrenta diversos entramados institucionales, administrativos y hechos consuetudinarios—. La promoción de la salud ciudadana —que se ubica en la cúspide de las categorías de promociones de la salud— puede entenderse como práctica de investigación e intervención en la construcción de la salud. Este método tiene que ver con la indagación de las acciones de gobierno para exigir satisfacción y transformación de abajo hacia arriba. La promoción de la salud ciudadana es una práctica individual y colectiva, fomenta el involucramiento, construye conocimiento y significado, y enfrenta contextos de poder tradicionales; centra a la persona como agente de cambio en diversas experiencias urbanas, cuya primera acción implica tomar una posición y declararla para someterla a la realidad.

PALABRAS CLAVE: Promoción de la salud, promoción de la salud ciudadana, práctica, ciudad

Abstract

Health promotion is not a preventive action

Health promotion should not pretend to do prevention because it is grounded on an ideological and discursive basis that pursues to transform urban reality —as a space of social determination, it faces diverse institutional and administrative frameworks, as well as daily facts. Citizen-centered health promotion —which is located at the top of the categories of health promotion—, can be understood as a practice of research and intervention in the construction of health. This method has to do with investigating government actions in order to demand satisfaction and bottom-up transformation. Citizen-centered health promotion is an individual and collective practice, it encourages involvement, builds knowledge and meaning and challenges traditional power contexts; the person becomes an agent of change in diverse urban experiences, whose first action involves taking a stand and declaring it to submit it to reality.

Keywords: Health promotion, citizen-centered health promotion, practice, city

Introducción

La promoción de la salud no debe pretender la prevención, ya que nace desde un carácter ideológico y discursivo que busca transformar la realidad, enfrenta diversos entramados institucionales, administrativos y hechos consuetudinarios; frecuentemente está anclada a la estructura del sector salud, que la hace predecible y lejana, la subordina al cumplimiento de indicadores cuantitativos y hegemónicos, con lo que se ignoran o subestiman las diversas causas que están en manos de las personas. Es así como esta propuesta aborda el método de investigación e intervención sin representarla como acción preventiva.

La comprensión del concepto *salud* es elaborada en su *promoción* —fuera de la enfermedad, la medicina, el hospital, el accidente, la lesión o la muerte—. La salud debe ser práctica posible y cotidiana, vinculada a la actuación de las personas en sus espacios inmediatos, donde siempre están presentes las relaciones de poder: “la relación con las cosas posibles es una relación con los poderes” (Bourdieu, 1993, p. 110).

Es así como el conocimiento y la práctica de la promoción de la salud abre caminos y dialoga con otras disciplinas, por ejemplo, con aquellas que tienen tradición espacial —como la arquitectura o el urbanismo— mediante la investigación y la intervención en la ciudad bajo el sostén del espacio público que persistentemente se encuentra en disputa. La práctica es un componente fuertemente arraigado a la promoción de la salud; esta impulsa no solo el conocimiento del mundo que nos rodea, sino que nos insta a transformarlo.

Algunas visiones de la promoción de la salud tienden a ser más idealistas que materialistas; es por ello que el reto de la ciudad —el destino de la humanidad— es un campo profesional en el que puede fincar su desarrollo.

La promoción de la salud en la ciudad desde la UACM

La promoción de la salud es también un recurso académico de impulso social, forma parte de un proyecto educativo donde los ciudadanos podemos estudiarla para formarnos profesionalmente dentro de las aulas de la Universidad Autónoma de la Ciudad de México (UACM). La promoción de la salud posee una visión multidisciplinaria e integral de componentes biológicos y socioculturales que nos permite hacer aproximaciones y contribuciones hacia la equidad y la justicia en la Ciudad de México. Con esta idea, recupero en la siguiente cita el proyecto educativo con el que fue concebida la UACM:

La UACM se funda con el propósito de integrar a esta urbe una nueva institución cultural de alto nivel académico, decisivamente comprometida con la sociedad mediante el ejercicio de sus funciones de docencia, investigación, extensión, cooperación, difusión y divulgación, y fiel a la vocación científica, humanística y crítica que ha guiado por centurias a las instituciones auténticamente universitarias (UACM, 2007, p. 13).

La Promoción de la Salud, al ser una licenciatura nueva, única en nuestro país, que recién emerge en el mundo¹, no cuenta con una interpretación definitiva, por lo que se abren escenarios de oportunidad para quienes la estudiamos y la practicamos; es sin duda un campo dispuesto a ser conquistado. Su historia es corta y, por lo tanto, su conocimiento debe ser construido por quienes nos la hemos apropiado; por ello una primera acción que debería ser acogida por los estudiantes de Promoción

¹ Véase: Licenciatura en Promoción de la Salud, UACM, <https://www.youtube.com/watch?v=bWO1MMkZTo>

de la Salud en la UACM, es tomar postura para pronunciar, propagar y proponer las causas que circundan en sus vidas, traer a la luz su interés humano para aliviar el sufrimiento del mundo vivido. Toda persona siempre tiene algo que aportar cuando es consultada acerca de su acontecer urbano.

Las diversas escalas en la ciudad ponen de manifiesto que las personas son catalizadores para humanizar los espacios públicos con su presencia o su estrategia; es el recurso posible para asegurar el desarrollo a partir de igualdad de oportunidades y el pleno ejercicio de derechos y libertades, a fin de alcanzar la satisfacción y la felicidad que las personas anhelamos. En el marco de la promoción de la salud, las ciudades deben ser asumidas como escenarios de solución.

La promoción de la salud que se imparte en la UACM debe tener una fuerte inclinación por el estudio y la intervención de la ciudad, ya que esta otorga capacidades a sus estudiantes para transformar las diversas realidades que cohabitan en nuestros complejos entornos. Esas realidades se hacen presentes cotidianamente o se ocultan en prácticas inerciales de abandono tanto de la sociedad como de la administración pública. El desafío no es menor, se busca participar e incidir en la construcción urbana al luchar contra la distribución no equitativa del poder, el dinero y los recursos; todos estos son aspectos vitales del desempeño de la ciudad, que no tienen que ver con el sector salud.

La promoción de la salud tiene un carácter discursivo e ideológico, que va desde la Teología de la Liberación hasta el ejercicio pleno de derechos mediante la promoción de la salud ciudadana. Esta se ubica en la cúspide de las categorías de promociones de la salud identificadas por Consuelo Chapela, la académica destaca-

da que ha posicionado la reflexión acerca del tema. Por lo tanto, la promoción de la salud a la que me refiero es aquella que busca transformar *la realidad*, al reconocer su materialidad en espacios inmediatos por medio de la *resignificación* del potencial que emerge en la intervención de las personas y sus espacios; por ello, enfrenta diversos entramados institucionales, administrativos y hechos consuetudinarios. Si bien, el arribo de la promoción de la salud a nuestra ciudad se propicia en un ámbito institucional, como es nuestra casa de estudios, la UACM, su constitución tiene un amplio fundamento discursivo y factual que es depositado en las personas, cuyo engranaje produce un motor que no pretende prevención, y en cambio enarbola la educación como “ensanche del disfrute de la vida” (UACM, 2007, p. 3).

El proyecto educativo de la UACM y la visión de la promoción de la salud, ambas, se entretajan para estudiar e intervenir la ciudad desde una aproximación como ciudadanos estudiosos, activos, afectivos y comprometidos, como una suerte de autoridad recién asumida. Esta aseveración, sin duda, es producto de un ejercicio personal internalizado y exteriorizado: ideología, discurso y acción.

La promoción de la salud ciudadana

Algunos textos académicos revisados han rastreado históricamente el devenir de la participación social, desde el siglo pasado, generalmente vinculados a grupos orquestados para representar diversos temas de orden gubernamental, como los consejos consultivos establecidos en 1928². Ward

² El régimen político del otrora Distrito Federal establecido en 1928 incluía la creación del Consejo Consultivo de la Ciudad de México integrado por miem-

(2004) señala que en 1977 el gobierno promovía la alianza con estructuras vecinales para atender asuntos cívicos; sin embargo, de fondo, el objetivo era desviar y compartir responsabilidades en un contexto gubernamental rebasado en atribuciones administrativas y en recursos; se trataba de un esfuerzo para lograr y consolidar el control social y electoral. El guiño gubernamental del supuesto poder compartido que nació de *arriba hacia abajo*, se bifurca entre la presión partidaria y la responsabilidad espacial ideológicamente cohesionada para que los ciudadanos se sientan satisfechos con las oportunidades que se les brindan para tener representación local. Esta confección institucional es fundamental para comprender la pertinencia de posicionar la promoción de la salud ciudadana. La promoción de la salud requiere participación social, voluntad política y recursos clave, por ello enfatiza que la visibilidad de la ciudadanía promueve cambios a escala personal, comunitaria e institucional. La promoción de la salud ciudadana es una estrategia política a favor de la construcción de la salud que tiene que ver con la exigibilidad en el cumplimiento de responsabilidades públicas ante la falla o falta de atención o regulación en situaciones específicas.

En la administración pública en la Ciudad de México, por ejemplo, la Ley de Participación Ciudadana y la Consulta Ciudadana en torno al presupuesto parti-

cipativo, son instrumentos que el gobierno ocupa para que permanezca una democracia apacible, ya que la participación ciudadana queda subordinada en actuación y recursos por medio de la dictaminación de los gobiernos locales (las nuevas alcaldías) y el aparato electoral. El gobierno, por medio de sus esquemas, produce una ciudadanía incapaz o inactiva, aquella que espera recibir la instrucción para entonces participar. Finalmente, la democracia no debería plantearse *opinando* las obligaciones que debe otorgar la Administración Pública, ya que esto ocasiona dispendio al utilizar el aparato electoral local y controla el acceso institucional de los ciudadanos a la comprensión de la complejidad de la ciudad; “no se debe sobrevalorar a la opinión. La sociedad desinformada opina con las vísceras, basada en rumores, mitos, leyendas, supersticiones, afinidades, simpatías y suposiciones. Este tipo de sociedad es fácilmente manipulable [...] al final, la ignorancia no conduce mas que a complicidades”. (Saldaña, 2010).

Frenk (2003), quien ilustra el concepto de *respuesta social organizada*, señala que las necesidades se construyen socialmente (son determinadas por la sociedad) y que estas pueden ser sentidas (de interpretación popular) y objetivas (de interpretación científica y profesional). Este enfoque está basado en la satisfacción de necesidades como la forma de transformar las condiciones de salud por medio de servicios y recursos, los cuales no pueden reducirse a una perspectiva biológica —donde la prevención pretenda la curación—; es en *lo social* donde impera *lo público* porque los problemas de salud son de orden social, más que individuales. Es decir, se trata de un plano superior en el que el nivel de análisis e intervención se da desde una perspectiva poblacional, porque lo que se busca es tener un impacto sobre lo colectivo.

bro de diferentes sectores de la sociedad capitalina; se trataba de una instancia de apoyo y colaboración con el Jefe de Departamento. Las facultades básicas del Consejo se referían a cuestiones relacionadas con la asesoría, consulta, denuncia, revisión e inspección. Espacio disputado por muchos sectores que aspiraban a tener alguna incidencia en los asuntos de la ciudad. Los miembros del Consejo Consultivo eran elegidos por el titular del Departamento del Distrito Federal, y estuvieron lejos de ser expresiones independientes de la ciudadanía (Álvarez Enríquez, 2004, p. 73).

Los habitantes deben prepararse para ser ciudadanos, asumirse como actores en el desarrollo de la ciudad y no como meros espectadores; la promoción de la salud ciudadana visualiza y encuentra los intersticios que le permitan interactuar con el sistema en sus términos, a manera de identificar caminos que por ahora se concretan en la excepción, con rumbo hacia el reconocimiento de la especificidad de territorios y espacios públicos. Es muy probable que nos encontraremos con desarticulación, omisión entre los sujetos obligados y un constante enclave autoritario como verdaderos impedimentos para avanzar. El ciudadano debe asumir que su intervención confiere conflicto y posibilidades de acuerdos; debe confrontarse con el sistema dominante. Sin embargo, deberá tener iniciativas de movimientos u ocupaciones simbólicas que den sentido a la vida cotidiana de la ciudadanía. El ciudadano se enfrentará a las resistencias de la clase política y a las inercias de la democracia. Construir la ciudad es, ante todo, un proyecto de ciudadanía.

Imaginar la ciudad y participar como ciudadanos requiere en definitiva conocimiento e información. Admitir opiniones triviales, juicios de valor y proyectos ocurrentes, nos lleva a continuar polarizando el sentido de ciudad, así como condicionar su planificación integral y su proyección en el largo plazo. La posibilidad de generar salud en el espacio público de la Ciudad de México, desde la promoción de la salud ciudadana, desestima las predecibles congregaciones organizadas por profesionales de la protesta —la participación reactiva, que actúa cuando se presenta la afectación—. La promoción de la salud ciudadana remite definitivamente a la importancia de poner en relieve al ciudadano como protagonista que tiene

conocimiento de lo que necesita aportar, en un contexto en el que no puede ejercer control directo de la ciudad debido a que los sujetos obligados (representantes y autoridades competentes de la administración pública) actúan de forma representativa acerca de la *voluntad* de los ciudadanos. La estrategia de promoción de la salud ciudadana coloca al ciudadano en un nivel de negociación sustentada en derechos, identifica la distribución de responsabilidad del sector público e irrumpe abrigado con las situaciones específicas del acontecer urbano que anhela transformar.

La promoción de la salud: conocimiento y práctica

A lo largo de múltiples experiencias urbanas, se observan fallas que tarde o temprano impactan en lo social, lo económico y lo político, expresándose continuamente en un asunto clave que determina el desarrollo del individuo: la salud. Es por ello que la plena ubicación de un caso permite aspirar a un escenario de salud por medio de la ciudad y sus espacios públicos. Mi actuación como promotora de salud desde 2009 se concentra en diversos procesos de salud en la ciudad que han ocurrido desde la observación hasta la inclusión de los actores insertos en diversos estudios de caso al emplear el método investigación-intervención para capturar una solución posible, su equivalente más cercano pudiese tratarse del campo del conocimiento y el campo de la acción (Frenk, 2003).

El método investigación-intervención otorga suma importancia al trabajo con los demás y para los demás; implica, además de la voluntad de transformación, otras consideraciones, como la conciencia de la responsabilidad social, es decir, las ac-

ciones que tendrán incidencia en el contexto o entorno: “todo descubrimiento, por tanto, debe ser motivado por una finalidad de cambio por lo que en la investigación-intervención se acentúa esta voluntad transformadora, que sin duda la convierte en un tipo de investigación dinámica, de idas y vueltas. Todo ello, con afán de modificar lo social” (Portillo y Rizo, 2005, p. 6). De acuerdo con Chapela Mendoza (2013), la práctica de la promoción de la salud implica intervención; para esta propuesta, no se trata de imponer poder mayor sobre las personas, sino orientarlo hacia la transformación de los espacios en donde vivimos y en los ámbitos donde desarrollamos nuestra vida (Imagen 1).



Imagen 1. En el método investigación-intervención se acentúa la voluntad transformadora. Un grupo de estudiantes entregan su petición comunitaria a un sujeto obligado (Imagen propia, 2011).

La promoción de la salud debe incorporarse y determinarse por medio de prácticas significativas —prácticas del mundo material impregnadas de valor simbólico de las que el mundo material y simbólico extrae significados (Chapela Mendoza, 2013, p.28)—. Esta definición se comprende mejor cuando se aplica en una causa que nace en la relación de abajo hacia arriba (*bottom-up*), cuando una persona cambia su posición subordinada y toma control de su condición; también se le llama con frecuencia “el poder de la gente”. Es la práctica de colocar sus causas en la arena pública —la agenda pública, el recurso público, los servicios públicos, la política pública—, es decir, emerge la abogacía de su salud:

Abogacía por la salud significa la acción de defender, respaldar públicamente, argumentar a favor, procurar el logro de, para generar la voluntad política y el apoyo material hacia la causa pública de la salud; movilización social que implica el involucramiento amplio de sujetos sociales en la convocatoria, animación, expresión de la demanda, exigencia pública, gestión y búsqueda de recursos para la salud (Gastro-Albarrán, 1998, p. 31).

Una vez asumida la capacidad de la promoción de la salud como herramienta de transformación desde *lo social* en la ciudad, se deben considerar los espacios físicos (OMS, 2009), los denominados entornos favorables como determinante social de la salud para expresar cómo las condiciones en el espacio público se deben manifestar de forma material y simbólica. La expresión determinante social resume el conjunto de factores sociales, políticos, económicos, ambientales y culturales que ejercen influencia en el estado de la salud.

Sin duda, la ciudad y sus entramados, diversos y complejos entornos físicos son considerados como determinantes sociales de la salud; estos espacios urbanos en vinculación con la promoción de la salud, actúan conjuntamente para otorgar facultades y reconocimiento a las personas para cambiar su realidad al participar en la construcción urbana material y simbólica para luchar contra la distribución no equitativa del poder, el dinero y los recursos.

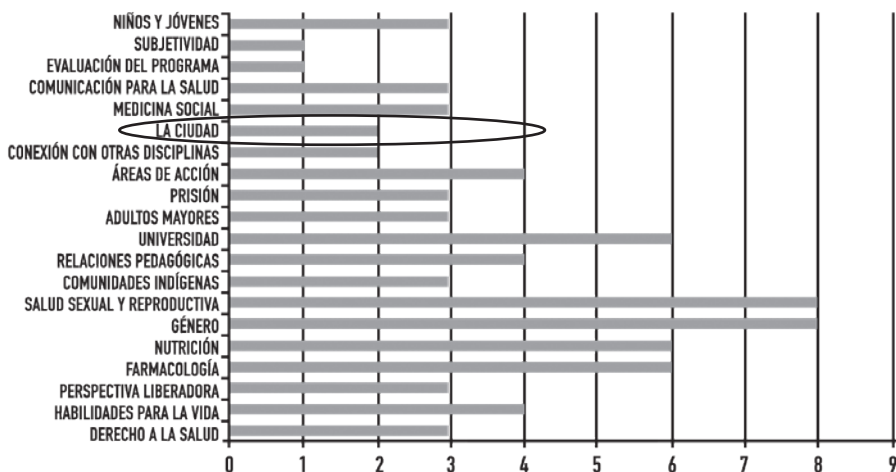
No obstante, la promoción de la salud aún no logra consolidarse en los ámbitos urbanos de nuestra ciudad; si acaso, el concepto salud tiene proximidad a la actuación hegemónica reducida en la seguridad vial que infiere el abatimiento de lesiones y muerte, diversos tipos de saneamiento, seguridad laboral, etcétera.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) identifica tres pilares de la promoción de la salud (OMS, 2016): 1) buena gobernanza, 2) conocimientos sobre la salud y 3) ciudades saludables. Este último sugiere que la promoción de la salud tiene implicación directa con las ciudades: “crear ciudades preocupadas por el medio ambiente que permitan vivir, trabajar y divertirse en armonía y buena salud”. Con esta argumentación, reitero que la ciudad puede ser el campo de acción de la promoción de la salud mediante prácticas que aboguen por los determinantes sociales de la salud para vincularla con diversos aspectos urbanos tradicionalmente atendidos por disciplinas espaciales y sociales como la arquitectura, el urbanismo, la geografía, la antropología, la sociología, entre otras.

En este sentido, una reciente investigación de la UACM con datos de 2008 a 2015 (Angulo M., A., et al, 2017, p. 51) apunta que los promotores de la salud de la UACM han producido 77 trabajos recepcionales para titularse, de los cuales solo dos pertenecen al estudio de la ciudad (Cuadro 1), entre los cuales se encuentra el propio³. Este referente pone a la luz una posible desconexión de la promoción de la salud con la ciudad; este estudio también sirve para validar que el trabajo del promotor de la salud responde a problemas que no son atendidos de forma tradicional “desde una perspectiva de salud, responden a problemas que no son abordados por otras profesiones, la innovación más importante es cambiar el significado de la salud”; con este argumento se valida que la promoción de la salud se caracteriza por el tipo de intervención que realiza.

³ “La Promoción de la Salud en el espacio público de la Ciudad de México: el caso de un corredor urbano”, 2012.

Cuadro 1. Temas finales elaborados en la Licenciatura de Promoción de la Salud de la UACM, según los títulos identificados en los trabajos recepcionales. México, 2008-2015.



Fuente: Angulo Menassé, A. et al. (2017).

“Evaluation of the Health Promotion Graduate Profile”.

En la ciudad es donde habitan componentes simbólicos y materiales, se aspira a un mundo mejor a partir de nuestra propia definición como personas, donde se aplica la solución, el asomo evolutivo, el progreso, la justicia, la dotación de servicios de calidad, presupuestos optimizados y mecanismos normativos que la conduzcan a la promisoría calidad de vida, la satisfacción y la felicidad. Siendo así la expectativa invertida en la ciudad, contra efecto palpable, lejos de su idealización, se halla también la perturbación en su representación tangible. Sin embargo, la promoción de la salud clama un fin social, debe desafiar diversas externalidades negativas con innovación, creatividad e inteligencia, mediante la construcción de significados derivados de procesos internos y observables al ofrecer alternativas para una transformación positiva fundada en poderes y capacidades personales y comunitarias que permitan la realización de los cambios reclamados por los actores sociales (Montero, 2006).

Conclusiones

Identificar un problema, abrigar una causa, son maneras de interpretar la realidad; la promoción de la salud como estrategia de cambio permite resignificar *nuestro estar en el mundo*, este quehacer humano en vinculación con nuestros derechos y anhelos como ciudadanos no tiene que ver con la prevención que impone el sector salud. Los promotores de la salud de la UACM tenemos que *saber y hacer*, provocar relaciones disruptivas y simétricas frente al poder al desalentar las prácticas tradicionales de subordinación.

La ciudad es un campo de desarrollo para la promoción de la salud, su configuración física también es producto social y está dispuesta como objeto de investigación e intervención a fin de provocar interacciones y experiencias que puedan expresarse en el reconocimiento y transformación de la realidad.

La promoción de la salud ciudadana es el esfuerzo sostenido en la escala humana que sujeta la salud al alcance de las personas y sus entornos urbanos, así como en la inmediatez de la cotidianidad para posicionar observaciones y defensas en la arena pública para que se generen las condiciones de justicia, satisfacción y felicidad.



Referencias

Álvarez Enríquez, L. (2004). *La sociedad civil en la Ciudad de México. Actores sociales, oportunidades políticas y esfera pública*. México: Universidad Nacional Autónoma de México, Centro de Investigaciones Interdisciplinarias en Ciencias y Humanidades, Plaza y Valdés.

Angulo Menassé, A. et al. (2017). "Evaluation of the Health Promotion Graduate Profile". Recuperado de <http://jehdnet.com/vol-6-no-2-june-2017-abstract-6-jehd>

Bourdieu, P. (1993). *El sentido práctico*. Madrid: Taurus.

Castro-Albarrán, J. M. E. (1998). Marcos conceptuales de la promoción de la salud: Reflexiones para la práctica. En S. Del Bosque Araujo, J. González Molina y M. T. del Bosque de M. (Comps.), *¡Manos a la salud! Mercadotecnia, comunicación y publicidad: herramientas para la promoción de la salud*. México: Centro Interamericano para Estudios de Seguridad Social, Organización Panamericana de la Salud.



Chapela Mendoza, M. C. (2013). *Promoción de la salud y emancipación*. México: Universidad Autónoma Metropolitana, División de Ciencias Biológicas y de la Salud.

Discursos inaugurales de la Universidad de la Ciudad de México (2007). México: UACM.

Frenk, J. (2003). La salud pública: campo del conocimiento y ámbito para la acción. En J. Frenk, *La salud de la población, hacia una nueva salud pública* (pp. 37-42, 58-62). México: Fondo de Cultura Económica.

Montero, Maritza (2006). El Poder de la Comunidad. En M. Montero, *Teoría y práctica de la psicología comunitaria. La tensión entre comunidad y sociedad* (pp. 31-46). Buenos Aires, Argentina: Paidós.

OMS, (2009). *Comisión sobre determinantes sociales de la salud*. 62^a Asamblea Mundial de la Salud (A62/9)

_____ (2016). 9^a Conferencia Mundial de Promoción de la Salud. Shanghái, China.

Saldaña, E. (2010). *Transparencia y Desarrollo Urbano en el Distrito Federal*. México: Instituto de Acceso a la Información Pública del Distrito Federal.

Portillo, M. y Rizo, M. (2005) *Apuntes didácticos para la elaboración de una tesis*. México: Universidad Autónoma de la Ciudad de México.

Ward, P. (2004). *México megaciudad: desarrollo y política 1970-2002*. México: Grupo Editorial Miguel Ángel Porrúa, El Colegio Mexiquense.



La construcción de subjetividades en adolescentes con problemas de apariencia dental

FABIOLA DE LA LUZ LARA FARFÁN

El trabajo forma parte de los avances teóricos de la tesis de maestría de la autora en antropología social, acerca de la construcción de subjetividades ante los problemas de apariencia dental en adolescentes de una escuela secundaria en Mérida, Yucatán. Mediante la determinación social de la salud, el fenómeno tiene un abordaje desde la antropología médica, por el interés para comprender el proceso salud-enfermedad por medio de las condiciones de vida, la creación y reproducción de valores culturales e identidad. La investigación se concentra en la construcción de los ideales de belleza perseguidos. Las subjetividades que desarrollan la identidad de los adolescentes están permeadas por el contexto en el que se relacionan, las interacciones con los demás, y la influencia de los medios de comunicación inmediatos, lo que les permite insertarse en los estándares de belleza. El eje teórico del estudio es interpretativo, pretende generar un saber reflexivo, más allá del arreglo funcional y estético de los dientes.

PALABRAS CLAVE: maloclusiones, subjetividad, adolescentes, antropología médica

The construction of subjectivities in teenagers with problems of dental appearance

The work is part of the theoretical advances for the master's thesis of the author on social anthropology, about the construction of subjectivities related to dental appearance problems in teenagers at a high school in Merida, Yucatan. Through the social determination of health, the phenomenon is approached from the medical anthropology, because of the interest to understand the health-disease process through the living conditions, the creation and reproduction of cultural values and identity. The research focuses on the construction of the ideals of beauty pursued. The subjectivities that develop the identity of teenagers are permeated by the context in which they relate, the interactions with others, and the influence of the immediate media, allowing them to insert themselves into the standards of beauty. The theoretical axis of the study is interpretative, it pretends to generate a reflexive knowledge, beyond the functional and aesthetic arrangement of the teeth.

Keywords: malocclusions, subjectivity, teenagers, medical anthropology

Introducción

La presente investigación centra su objeto de estudio en la apariencia física, enfocada en los dientes, e inmersa en el proceso salud/enfermedad/atención. Dicho proceso conjuga el desarrollo vital, de carácter histórico y sociocultural, y se refiere a la red de relaciones dentro de las cuales un grupo de adolescentes se enfrenta a la realidad del lenguaje corporal y estigma que a veces se oculta, resulta racionalizado y no se ve. En su manifestación se expresan las condiciones particulares que hay en la vida de las personas que viven sufriendo (Menéndez, 1990).

El tema de estudio se posiciona desde la construcción social de las subjetividades creadas en un grupo de adolescentes inscrito en el nivel secundaria y ubicados en la ciudad de Mérida, Yucatán.

La adolescencia en esta tesis se adscribe como un fenómeno social producto de los efectos de las sociedades urbano-industrializadas y se presenta como un profundo cambio existencial que el individuo siente y que las condiciones sociales de una cultura en particular determinan que esta etapa sea considerada como un período de profunda búsqueda y alienación. Es decir, un período de asunción de normas y valores ya de por sí internalizados, propuestos o introyectados por la cultura, que le proporcionan al adolescente un significado existencial (Comisión de Derechos Humanos del Estado de Yucatán, 2010).

Hablar de apariencia física enfocada a la apariencia dental implica una enunciación

ante los otros¹ debido a que se objetivan pensamientos y acciones del significado subjetivo que figuran en los fundamentos de la vida cotidiana.

Planteamiento del problema

El reconocimiento de la silueta o el reflejo de la imagen ante un espejo despiertan un sinfín de ideas, creencias y la intención de hacer encajar al cuerpo ante algo que ya es conocido y que se reconoce como “adecuado a la norma”. La apariencia física es un motivo para que los adolescentes puedan o no ser aceptados en determinados grupos ya construidos; por lo tanto, una parte importante de la apariencia física, centrándonos en lo dental, es el poder observar los rasgos sobresalientes y definirlos como bellos o feos, lo cual implica una de las mayores críticas tanto personales como colectivas. El señalamiento ante los rasgos o características “feos” denotan, hasta cierto punto, una inseguridad en las personas que las padecen.

En este sentido, el rostro, compuesto en sus múltiples partes, es capaz de expresar alegría, tristeza, frustración, acciones como una mirada furtiva; un perfil estético, una mandíbula pronunciada y definida en los hombres o un delicado perfil en las mujeres, son las concepciones preestablecidas como bellas. Agregado a todo esto, la sonrisa es un modo de comunicación emocional que crea un vínculo con las otras personas; por lo tanto, los dientes juegan un papel importante en la creación de esa sonrisa que manifiesta la seguridad o la inseguridad de la persona; en conjunto, la apariencia es una carta de presentación

¹ Haciendo referencia a las y los adolescentes con los que se rodea en su contexto inmediato, siendo este la escuela secundaria, después de su propia familia.

que permite la creación de las relaciones sociales. Ante esto, la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1997) considera las maloclusiones² como un problema de salud pública, que ocupa el tercer lugar en cuanto a la prevalencia de alteraciones bucales que son asociadas a diversos factores de riesgo, como los genéticos y los ambientales.

El rostro es una producción de subjetividad moldeada por lo histórico, lo social y lo cultural (Pagotto, 2001). Le Bretón (1992) señala que el rostro es la parte más individualizada de una persona, ya que es en la cara donde se cristaliza el sentimiento de identidad y se establece el reconocimiento del otro, así como sus atribuciones socioculturales. Esto mismo detona la constitución de las emociones, la lectura de lo feo, lo desagradable, lo abominable y el asco; tiene que ver con una expresión corporal que se comparte de manera natural, lo que pone a discusión los ideales de belleza.

Hablamos de la adolescencia como un período de crítica, de evaluación por parte de los adultos, quienes son los que juzgan, critican y confrontan al adolescente de modo permanente (Barón, 2000). Los adolescentes son una población que se encuentra cautiva en una situación de vulnerabilidad, es decir que se ubican dentro del sector educativo, y son la escuela y el hogar los escenarios donde pasan la mayor parte de su tiempo (Rivera y Tello, 2013). Los adolescentes tendrán interacciones sociales importantes que son mediadas por sus cambios, ya que experimentan un crecimiento rápido debido a los procesos hormonales que permiten dar el salto a la etapa adulta (Mafla, 2008).

Es en esta etapa donde los adolescentes se enfrentan a cambios, una vez completada la dentición permanente, como las maloclusiones dentarias, la inadecuada posición entre los maxilares, las desarmonías en la relación entre los dientes y maxilares, las malformaciones craneofaciales o las alteraciones que pueden llevar a problemas funcionales, estéticos, fisiológicos o emocionales. De esta manera, algunos tipos de maloclusiones como el apiñamiento en los dientes anteriores tendrían una impresión sobre la sonrisa, la risa y el mostrar los dientes sin sentir vergüenza y, con esto, tendrían una afectación en la calidad de su vida (Mafla, 2008).

La influencia de las maloclusiones en los adolescentes trae consigo efectos no solamente físicos, sino también psicológicos, ya que repercute en la autoestima y en la percepción de sí mismos y la percepción en colectivo (Mendoza Oropeza et al., 2014).

Bases teóricas

Construcción social de la realidad

El mundo social es una situación histórico-social en la que todo sujeto se posiciona para relacionarse con los otros. La realidad se construye socialmente y el objetivo de definir la “realidad” como una naturaleza propia de los fenómenos sociales tiene como propósito la generación del conocimiento tras “la certeza de que los fenómenos son verdaderos y de que tienen particularidades determinadas”. Esta realidad se reporta en las diversas interacciones que se determinan en los numerosos contextos en los que se reportan las situaciones “cara a

² La maloclusión es el mal alineamiento de los dientes. (Nota del editor)

cara”, y que resultan en el intercambio entre la expresividad propia y la del “otro”; es el intercambio de la subjetividad. De igual modo, la vida cotidiana es una realidad entendida por los individuos, quienes le otorgan el significado subjetivo, de acuerdo con las interacciones diarias, basados en sus pensamientos e ideas, donde construyen dicha realidad (Berger y Luckmann, 2003: 11-13, 34-35, 44-48).

Interaccionismo simbólico

Mead (1972) menciona que la misma sociedad es en sí una interacción; por tanto, la acción social es vista desde la perspectiva del sujeto, en el que la cultura ejerce cierta influencia mediante la cual las interacciones que ocurren, plantean el significado de un comportamiento, que se construye en la interacción social. Dicha influencia es el resultado de un sistema de significados intersubjetivos, un conjunto de símbolos a los que los actores dan un significado. El enfoque se centra en el estudio de grupos y del comportamiento del hombre (Hernández, 2014). Por lo tanto, estas interacciones sociales son las que otorgan significados a las acciones de los sujetos en su medio (Ritzer, 1993, p. 215).

Representaciones sociales

Como parte de la construcción de la realidad, las representaciones sociales otorgan significados a los sujetos de estudio con sus particularidades. Deben ser entendidas como “una organización de imágenes y de lenguaje porque recorta y simboliza actos y situaciones que son o se convierten en comunes [...] es una

modalidad particular del conocimiento, cuya función es la elaboración de los comportamientos y la comunicación entre los individuos”. Es parte de la explicación de quién es uno en la sociedad (Moscovici, 1979, pp. 16-18).

Fenomenología

Ahora bien, la fenomenología se encarga del estudio de los fenómenos que aparecen en las experiencias de vida, los cuales se generan en la conciencia de un individuo o un grupo de personas, partiendo de la dinámica en la que los sujetos cambian de actitud de acuerdo con el contexto de sus compromisos con sus mundos social y físico (Desjarlais y Throop, 2011, p. 88). El tema de nuestro interés recae en el cuerpo, específicamente en la maloclusión dental; Merleau-Ponty (1966) se refiere a las percepciones del cuerpo, el cual se encarga de la comunicación, ya que el cuerpo se habita y es mediante las experiencias en la cotidianeidad donde se describe la intencionalidad, por lo que se busca interpretar y comprender al individuo que se vincula constantemente con el mundo. El interés en Schütz (1932) es por su estudio de la subjetividad en la vida cotidiana entrelazada con el interaccionismo simbólico. De igual modo, en las vivencias diarias, el sujeto se desdobra en el mundo y se encuentra cambiándose a sí mismo.

Algunos conceptos

ADOLESCENCIA

Parte del recorrido para la definición del término *adolescencia* se explica por la trayectoria biográfica, además de ser un hecho biológico, el cual se apunta en el am-

biente de las construcciones sociales; esta etapa de crecimiento y desarrollo está determinada por el contexto y la cultura (Benedict, 1971, p. 132). Por la complejidad de lo anterior, la categoría *niños, niñas y adolescentes* (NNA) nos resulta un valioso recurso analítico para circunscribir a nuestros sujetos de estudio, quienes se consideran individuos con derechos propios, “activos y partícipes de su desarrollo, dentro de contextos relacionales que permiten la construcción de la identidad y el avance en un proceso evolutivo en la perspectiva del ciclo vital”. Esta categoría nos es útil porque permite el análisis de un grupo de edad que oscila entre edades ontogenéticas para buscar la comprensión de la relación e interpretación del mundo vivido mediante la creación de significados que permiten la construcción de su propia realidad, en donde se incluyen los adultos, sujetos que toman las decisiones que definen el rumbo del grupo, los sistemas productivos de trabajo por medio de los cuales las familias persisten de manera económica, integrados a las políticas sociales y económicas en proceso (Morales, 2018).

De este modo se menciona que la adolescencia no es necesariamente un tiempo de esfuerzos y tensiones, sino que estos elementos del comportamiento son originados por las condiciones culturales, lo que en parte puede dar cuenta de por qué el sustento identitario de los adolescentes en la actualidad está regido por una serie de fijaciones sobre la imperfección, encima de cualquier categoría de belleza en relación con el mundo (Le Breton, 2011). En este sentido, la adolescencia se divide en tres etapas: una temprana, que va de los 10 a 13 años, una media, de los 14 a 16 y una tardía, de los 17 a 19 años (Mafla, 2008, p. 48). Este trabajo se enmarca entre la etapa temprana

y media, entre los 12 y 15 años, debido a que es durante el período de inicio y término de la educación secundaria el momento en el que dejan de ser niños e inician otro período, durante el cual experimentan diversas emociones y se vuelven más observadores en cuanto a la apariencia física.

BELLEZA, ESTIGMA Y SUBJETIVIDAD

La reflexión acerca de cómo la belleza se ha modificado a lo largo del tiempo se debe a que las personas le dan un significado a la misma de acuerdo con los contextos culturales y de la época. Los individuos son juzgados, reconocidos, amados o detestados a partir de la manera en la que lucen. En este sentido, se va planteando un universo de máscaras, en el cual “el sentimiento de ser uno mismo no es contradictorio con el de pertenecer a un todo. Con esto, el hombre va tomando conciencia de su identidad y de su arraigo al seno del mundo a través de una estrecha red de correspondencias” (Le Breton, 1992, p. 28).

La sociedad está capacitada para agregar etiquetas a las personas con base en los atributos que se perciban como naturales y corrientes en los integrantes de las diversas categorías que sean creadas. Para esto, el estigma se define como “una clase especial de relación entre atributo y estereotipo”, como “marcas o atributos sociales por medio de los cuales suponemos la inferioridad de aquellos que los portan” (Castro, 2011, p. 74). Goffman (2006, p. 14) presupone la existencia de tres tipos de estigmas: las abominaciones del cuerpo, los defectos del carácter en el sujeto y los tribales de la raza, nación y religión, los cuales son transmisibles entre las personas que conforman una familia.

En este sentido, los sujetos, basados en las experiencias vividas, van mezclando y creando sus concepciones, y resultan en la subjetividad, descrita como el conjunto de percepciones, afectos, pensamientos, y deseos que animan a los sujetos actuantes, pero que también se relaciona con las formas sociales y culturales que moldean determinadas estructuras de sentimientos; la producción de significados se ve determinada por las interacciones dentro de un espacio social (Ortner, 2006).

PROCESO SALUD/ENFERMEDAD/ATENCIÓN

Menéndez (1990, p. 32) señala que el modelo explicativo acerca del debate sobre los planteamientos que se originan de los sujetos sociales abstractos o de dimensiones unilaterales implica “partir de problemas y de conjuntos relacionados a través de los cuales se articulan las diferentes dimensiones”. Es decir, se establece un universal que funciona en la sociedad y lo que le pase a la persona debe ser entendido como hechos sociales, por lo que los sujetos requieren crear acciones, técnicas e ideologías.

Con base en lo anterior, Goldberg (2010) indica que este concepto debe ser pensado con base en los individuos que generan un conjunto de saberes y de prácticas que detentan desde la cultura de donde son originarios, con un sistema médico específico de atención, y tomando en cuenta la relación de este con el sistema biomédico hegemónico de la sociedad receptora.

Apuntes para el trabajo de campo

Lo que se pretende realizar durante el trabajo de campo, que se basará en el método fenomenológico de corte mixto, es

comprender, en primer lugar, los ideales de belleza, en relación con el aspecto de la boca, que son perseguidos por los adolescentes entre las edades de 12 y 15 años. En segundo lugar, qué significa para ellos iniciarse en las trayectorias de salud/enfermedad/atención mediante los itinerarios terapéuticos, definidos como la configuración de las decisiones —realizadas de manera consciente o no y que llevan a prácticas, contemplando el “no hacer” como un hacer *per se*— y el escenario de representaciones, percepciones e idealizaciones que les constituye el contexto sociocultural, y que una persona o un grupo considera ante lo que es percibido como un problema de salud y que requiere de intervención o atención especializada o no especializada (Casado, 2016, pp. 8-9). Y en tercer lugar, la detección de qué es lo que motiva a estos adolescentes a la búsqueda de esta atención.

Otro punto por tomar en cuenta son los medios de comunicación; de acuerdo con Lash y Urry (1988), estos adolescentes tienden a consumir televisión, radio, música pop o reggaetón bajo un “modo de video” y cambio de canales, así como también tienen la inclinación a consumir bajo una “manera literaria”, es decir, tienen el gusto por la lectura. Invierten mucho tiempo y emplean mucha concentración en diversas formas de consumo de cultura. Al mismo tiempo, el consumo de cultura implica el uso del tiempo para la acumulación de capital cultural; esto se tomará en cuenta mediante un cuestionario y entrevistas semiestructuradas, para así poder extraer información relevante sobre la influencia de estos medios en la construcción social de la realidad y de las subjetividades en los adolescentes.

Las técnicas de investigación se basan en la observación participante, en relación

directa con los adolescentes, mediante pláticas informales, las clases y la convivencia en los recesos, para captar el problema de investigación y la manera en que los adolescentes se vinculan unos con otros en la escuela secundaria. Esta vinculación con los sujetos nos permite en campo el logro del *rapport*³, en donde el trabajo con los adolescentes permite generar esa empatía, que da pie a una apertura para la confianza (Taylor y Bogdan, 1994, p. 55).

Además, mediante dicha observación, se identifica a los adolescentes que conformarán los individuos a entrevistar, con base en el uso del Índice de Estética Dental (IED) (OMS, 1997) para la determinación del tipo de maloclusiones que presentan los adolescentes, así como la aplicación de un cuestionario de percepción de sí mismo para la estandarización e integración del proceso de recopilación de los datos (Galán, 2009). Lo anterior permite reunir información específica con respecto a un fenómeno social, lo que se contrastará con la observación participante y el IED. De igual manera, se ubicarán los lugares principales de reunión de los adolescentes y se hará la descripción de las instalaciones de la escuela secundaria, esto para la realización del proceso descriptivo y etnográfico, así como las maneras de comportarse y de relacionarse los unos con los otros, para así poder identificar los momentos en que estos adolescentes son más susceptibles a las burlas y la etiquetación y, por tanto, por quienes suscitan esas circunstancias.

Otra herramienta operativa por utilizar son las historias de vida, cuya estructura fenomenológica sustenta que es la realidad construida socialmente por medio de definiciones, tanto individuales como

colectivas, de una situación determinada (Taylor y Bogdan, 1987). La investigadora tratará de aprehender las experiencias destacadas de la vida de los adolescentes, así como las definiciones que ellos aplican a tales experiencias; el/la adolescente podrá mostrar la visión que tiene de la vida, en sus propias palabras (Taylor y Bogdan, 1987). Es en este punto donde se consideran los significados afectivos de las cosas, las situaciones, las experiencias y las relaciones que afectan a las personas (Chárriez, 2012).

Así mismo, haremos uso de las notas de campo para el registro diario de los hallazgos que se realicen; de igual manera, se cuenta con el registro fotográfico, de video y audio utilizados mediante la autorización de padres de familia, autoridades escolares y adolescentes informantes, para una mejor comprensión del fenómeno de estudio, con la ventaja de poder captar detalles que podrían ser olvidados o desprevenidos para un posterior análisis, ya que mediante estos se puede transmitir más información que con las palabras (Taylor y Bogdan, 1994, pp. 147-148).

El uso del método fenomenológico y el conjunto de técnicas previamente descritas permiten la recolección de datos de manera eficiente para un posterior análisis, en el que se realizarán categorizaciones para acceder a una mayor profundidad, lo que permitirá la codificación e interpretación de los datos para, así, develar los motivos por los cuales los adolescentes inician su trayectoria en un proceso de salud/enfermedad/atención.



³ es el fenómeno en el que dos o más personas sienten que están "en sintonía" psicológica y emocional. (Nota del editor).

Referencias

- Barón B., O. P. (2000). Adolescencia y suicidio. *Revista de psicología desde el Caribe*, Universidad del Norte, 6, 48-69.
- Benedict, Ruth (1971). *El hombre y la cultura. Investigación sobre los orígenes de la civilización contemporánea*. Barcelona, España: Edhasa.
- Berger, P. L. y Luckmann, T. (2003). *La construcción social de la realidad*. Argentina: Biblioteca de Sociología.
- Botelho Josgrilberg, F. (2008). La fenomenología de Maurice Merleau-Ponty y la investigación en comunicación. *Signo y Pensamiento*, 27(52), 68-83. Recuperado de <http://revistas.javeriana.edu.co/index.php/signoypensamiento/article/view/4579>
- Casado Aijón, I. (2016). Itinerarios terapéuticos. Propuesta para la aplicabilidad en la etnografía. *Grafo Working Papers*, (5), 1-30. Recuperado de <https://doi.org/10.5565/rev/grafowp.22>
- Castro, R. (2011). Interaccionismo simbólico y salud. Supuestos metateóricos y consecuencias empíricas. En R. Castro (Ed.), *Teoría social y salud* (pp. 69-108). Argentina: Lugar Editorial.
- Chárriez Cordero, M. (2012). Historias de Vida: Una metodología de investigación cualitativa. *Revista Griot*, 5(1), pp. 50-67. Recuperado de <http://revistas.upr.edu/index.php/griot/article/view/1775/1568>
- Comisión de Derechos Humanos del Estado de Yucatán (CODHEY) (2010). *Informe especial sobre el suicidio en jóvenes del Estado de Yucatán*. Recuperado de: <http://www.codhey.org/sites/all/documentos/Doctos/Investigaciones/Suicidio.pdf>
- Desjarlais, R. y Throop, C. J. (2011). Phenomenological Approaches in Anthropology. *Annual Review of Anthropology*, 40, 87-102.
- Galán Amador, M. (2009). El cuestionario aplicado a la investigación. Recuperado de <http://manuelgalan.blogspot.com/2009/04/el-cuestionario-en-la-investigacion.html>
- Goffman, E. (2006). *Estigma: La identidad deteriorada*. Madrid, España: Biblioteca de Sociología.
- Goldberg, A. (2010) Exploración antropológica sobre la salud/enfermedad/atención en migrantes senegaleses de Barcelona. *Cuicuilco*, 49(17), 139-156.
- Hernández, S.A. (23 de diciembre de 2014) Entre la microsociología y el interaccionismo simbólico: Relaciones sociales e interacción social en George Herbert Mead y Erving Goffman [artículo publicado en el blog Ssociólogos. Blog de Sociología y Actualidad]. Recuperado de <https://ssociologos.com/2014/12/23/entre-la-microsociologia-y-el-interaccionismo-simbolico-relaciones-sociales-e-interaccion-social-en-george-herbert-mead-y-erving-goffman/>
- Lash, S. y Urry, J. (1988). *Economía de signos y espacio. Sobre el capitalismo de la posorganización*. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu.
- Le Breton, D. (1992). La invención del rostro. En D., Le Breton (Ed.), *Rostros. Ensayo de antropología* (pp. 21-50). Buenos Aires, Argentina: Letra Viva.
- _____ (2011). *Adiós al cuerpo. Una teoría del cuerpo en el extremo contemporáneo*. México: La Cifra.

- Mafla, A. C. (2008). Adolescencia: cambios bio-psicosociales y salud oral. *Colomb Med*, 39(1): 41-57. Recuperado de: <http://www.scielo.org.co/pdf/cm/v39n1/v39n1a6.pdf>
- Mead, G. H. (1972). *Espíritu, persona y sociedad*. Buenos Aires, Argentina: Paidós.
- Merleau-Ponty, M. (1966). *Phénoménologie de la perception*. Paris, Francia: Éditions Gallimard.
- Mendoza Oropeza, L., Meléndez Ocampo, A. F., Ortiz Sánchez, R., Fernández López, A. (2014). Prevalencia de las maloclusiones asociadas con hábitos bucales nocivos en una muestra de mexicanos. *Revista Mexicana de Ortodoncia*, 2(4): 220-227. Recuperado de: <http://revistas.unam.mx/index.php/rmo/article/view/54211>
- Menéndez, E. (1990). *Antropología médica. Orientaciones, desigualdades y transacciones*. Serie Cuadernos de la Casa Chata, 179. México: CIBSAS.
- Menéndez, E. (2010). El punto de vista del actor. Homogeneidad, diferencia e historicidad. En E. Menéndez (Ed.), *La parte negada de la cultura. Relativismo, diferencias y racismo*, pp. 291-366. Rosario, Argentina: Prohistoria Ediciones.
- Morales López, J. U. (2018). Infancias aceleradas: violencias en niñas, niños y adolescentes jornaleros indígenas derivadas de los sistemas productivos agrícolas. En vías de publicación. Comunicación con el autor.
- Moscovici, S. (1979). *El psicoanálisis, su imagen y su público*. Buenos Aires, Argentina: Huemul.
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (1997). *Encuestas de salud bucodental. Métodos básicos*. Ginebra, Suiza: Organización Mundial de la Salud.
- Ortner, S. (2006). *Anthropology and Social Theory: Culture, Power, and the Acting Subject*. Durham, Carolina del Norte, Estados Unidos: Duke University Press, pp. 107-128.
- Pagotto, M. A. (2011). Políticas del rostro y del cuerpo, en V. D'hers y E. Galak (Eds.), *Estudios sociales sobre el cuerpo: prácticas, saberes, discursos en perspectiva*, pp. 57-76. Argentina: Estudios Sociológicos Editora.
- Ritzer, G. (1993). Interaccionismo Simbólico. En G. Ritzer (Ed.), *Teoría Sociológica Contemporánea* (pp. 213-262). México: McGraw-Hill.
- Rivera Domínguez, J. y Tello Briceño, R. del C. (2013). Contextualización de la ideación suicida en jóvenes en el estado de Campeche. En M. Frutos Cortés (Ed.), *Violencia social y suicidio en el sureste de México. Memoria de un encuentro regional*. (pp. 106-116). Campeche, México: Secretaría del Estado de Campeche.
- Schütz, A. (1932). *La construcción significativa del mundo social. Introducción a la sociología comprensiva*. Barcelona, España: Paidós.
- Taylor, S. J. y Bogdan, R. (1987). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación. La búsqueda de significados*. Barcelona, España: Paidós.



Las representaciones sociales del cuerpo y las prácticas de autocuidado en jóvenes universitarios

DANIA ORALIA AGUILAR MARTÍNEZ

Se exploraron las representaciones sociales del cuerpo y su relación con la salud y el autocuidado utilizando redes semánticas y un cuestionario semiestructurado en 102 estudiantes universitarios de ambos sexos y nivel socioeconómico bajo. La alimentación, el ejercicio, la higiene y la atención médica son los aspectos más importantes para la salud y el autocuidado. Se destaca que los significados de los conceptos revisados se asocian con estereotipos de género, mismos que se replican en las prácticas de autocuidado. En la medida en que se reconozca que los rasgos y cualidades atribuidos al cuerpo son características humanas, se favorecerá la construcción de significados más adecuados para el autocuidado; además también es importante identificar el carácter intrínsecamente social del cuerpo y la salud al no reducirlo al ámbito individual y físico.

PALABRAS CLAVE: Cuerpo, salud, género, autocuidado, jóvenes

Social representations of the body in self-care practices among university students

Social representations of the body and its relationship with health and self-care were explored using semantic networks and a semi-structured questionnaire in 102 undergraduate students of both sexes and low socioeconomic level. Food, exercise, hygiene and medical care are the most important aspects for health and self-care. It is emphasized that the meanings of the concepts reviewed are associated with gender stereotypes, which are replicated in self-care practices. To the extent that it is recognized that the traits and qualities attributed to the body are human characteristics, the construction of more appropriate meanings for self-care will be favored; furthermore, it is also important to identify the intrinsically social nature of the body and health by not reducing it to the individual and physical condition.

Keywords: Body, health, gender, self-care, youth

Introducción

Estudiar las representaciones sociales del cuerpo permite una aproximación a la complejidad de los procesos vinculados a las problemáticas de salud. Desde una perspectiva psicosocial se consideran no sólo los factores inmediatos que subyacen a dichas problemáticas, sino además la relevancia de los significados que las personas atribuyen a la salud y el cuerpo, así como su relación con las prácticas de autocuidado que inciden en sus condiciones de salud. Al reconocer que el cuerpo está cargado de significados que son construidos socialmente, es posible conocer los modos de pensar, de actuar y de sentir que corresponden con los estilos de vida de la sociedad actual (Le Breton, 2010), que indican la relevancia de los procesos socioculturales considerados fundamentales en la construcción psicosocial del sujeto.

Cabe señalar que en el cuerpo confluye una serie de ideas, valores, sentimientos y expectativas que definen a las personas como seres sociales y culturalmente construidos desde lo masculino y lo femenino a partir de la diferencia sexual. A su vez, todo ello repercute en las prácticas en torno al cuerpo desde las asimetrías de poder, e impacta en todos los ámbitos de la vida cotidiana, incluida la salud. En este sentido, se reconoce que un factor determinante de la salud son los estereotipos de género que se reproducen socialmente y que exaltan aspectos como la belleza física, la fuerza, la energía, la libertad, entre otros atributos, los cuales contribuyen a hacer del “cuerpo joven” la característica valorada en las sociedades modernas, que lo colocan incluso como referente ideal de las etapas posteriores de la vida.

Las funciones que históricamente se han asignado a las mujeres, vinculadas a la procreación, y un papel de socia sexual en función del otro (engendrar, parir, amamantar), han llevado a considerar que las mujeres deben hacerse cargo del cuidado del otro propiciando, entre otras cosas, que su aspecto físico adquiriera mayor importancia al tener que ser atractiva a los hombres y potencialmente reproductiva. En cuanto a las funciones asignadas a los varones, más vinculadas al ámbito público, el control, el poder y las destrezas físicas hacen referencia a su fortaleza corporal, valentía y el deber de responder en términos de un buen desempeño para el trabajo y otras actividades asimiladas a la masculinidad.

En este sentido, las prácticas que se van arraigando en la vida cotidiana ponen en evidencia un modelo que opera no solo como referente de las condiciones de salud, sino como significados y representaciones que se articulan en la subjetividad y la identidad de las personas. Así, los cuerpos que no se ajustan a tales expectativas llegan a ser considerados como indicador de crisis profundas en la estructura social, es decir, el cuerpo como síntoma de desviación, no solo en el sentido de la falta o descuido en la salud, sino como indicador de los valores éticos y estéticos socialmente aceptados (González, 2008). Cabe aclarar que las diferencias anatómicas y fisiológicas existentes entre mujeres y hombres no son en sí el origen de las desigualdades; más bien son las regulaciones sociales las que marcan la pauta de dichas desigualdades entre los sexos, mismas que trascienden las conductas, los valores, las prácticas y los significados que se asignan al cuerpo y que derivan en estereotipos, limitaciones

e inequidades que impiden el pleno desarrollo físico, psicológico y social de las personas.

Con respecto a la salud, uno de los principales problemas en México es la obesidad. Nuestro país ocupa el segundo lugar a nivel mundial entre la población adulta con más de 70% con exceso de peso (Dávila-Torres et al., 2015). De acuerdo con la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) 2018, el porcentaje de adultos de 20 años y más con sobrepeso y obesidad a nivel nacional en 2018 fue de 75.2% (39.1% sobrepeso y 36.1% obesidad), mayor a 71.3% de 2012. En ese mismo año, además, las mujeres son las que presentan los porcentajes más altos con 73% y los hombres 69.4%; para 2018, dichos porcentajes aumentaron y se registró 76.8% en las mujeres y 73% en los hombres con sobrepeso y obesidad. Este problema se asocia con malos hábitos de alimentación y de actividad física, lo que a su vez es un factor relacionado con el desarrollo de padecimientos como diabetes e hipertensión. Al respecto, de acuerdo con ENSANUT 2018, en 2012, 9.2% de la población total de 20 años y más tenía diagnóstico médico de diabetes, porcentaje que aumentó en 2018 a 10.3%; y de manera específica, en la Ciudad de México, ese porcentaje alcanzó 12.7% en ese mismo año. En términos de género, en 2012, 9.7% de las mujeres tenían diagnóstico de diabetes, porcentaje que aumentó a 11.4% en 2018. Por su parte, los hombres registraron 8.6% en 2012 y 9.1% para 2018. En cuanto a la hipertensión en la población de 20 años y más, en 2012, 16.6% tenía dicho diagnóstico y en 2018, 18.4%. Nuevamente, las mujeres tuvieron mayor prevalencia con 18.5% en 2012 y 20.9% en 2018; por su parte los hombres registraron 14.1% en 2012 y 15.3% en 2018.

Este panorama pone en evidencia los retos a los que nos enfrentamos como sociedad y coloca en la discusión la necesidad de abordar el cuerpo y la salud no únicamente en relación con la prevención y atención de enfermedades, sino fundamentalmente desde lo que las personas piensan, conocen, sienten, valoran y hacen. Es decir, implica colocar a la persona antes que a la enfermedad y aproximarse a los significados y representaciones sociales que estas construyen respecto al cuerpo y la salud. En este sentido, resulta importante considerar todos los sectores de la población, pero de manera específica aquellos en los que la prevención y el aprendizaje de hábitos saludables a temprana edad resultan significativos para lograr mejores condiciones de salud a lo largo de su vida, como es el caso de las y los jóvenes. Es ampliamente conocido que las enfermedades crónicas de la edad adulta como diabetes, hipertensión o afecciones cardíacas, tienen su antecedente en etapas tempranas al estar relacionadas con hábitos y prácticas que favorecen su aparición, incluso en años recientes se ha observado el desarrollo de padecimientos crónico-degenerativos a edades cada vez más prematuras (cf. ENSANUT, 2012; Imjuventud, 2010).

A partir de las ideas antes presentadas, se considera que la teoría de las representaciones sociales contribuye a la comprensión de los significados que las personas construyen respecto del cuerpo y la salud, mismos que forman parte de su vida cotidiana y orientan sus decisiones; es decir, las representaciones sociales se ocupan del estudio de los modos de conocimiento y de los procesos simbólicos en relación con las acciones y manifestaciones concretas (Wagner y Hayes, 2011), que en este caso se refieren a la salud y las prácticas de autocuidado.

Método

Se realizó un estudio en el que participó un total de 102 jóvenes (55 mujeres y en 47 hombres), con edades de 18 a 29 años¹, estudiantes de la UACM del Plantel San Lorenzo Tezonco, ubicado en la Alcaldía Iztapalapa (Aguilar, 2015).

Se utilizaron dos instrumentos: el primero, referido a redes semánticas, con el que se exploraron cinco conceptos: mi cuerpo, salud, cuerpo sano, cuerpo enfermo y autocuidado; y el segundo, un cuestionario semiestructurado que abordó aspectos relativos a las prácticas de autocuidado, la percepción del propio cuerpo y la relevancia que se le otorga a este y a la salud.

Resultados

De acuerdo con el perfil de los participantes en el estudio, la mayoría (87%) vive en colonias y barrios con niveles de marginalidad muy alta, alta y media², de la Ciudad de México. De ellos, 54% vive en la alcaldía Iztapalapa, 27% en Tláhuac, Xochimilco y Tlalpan, 6% proviene de municipios conurbados del Estado de México³ y el resto vive en otras demarcaciones territoriales de la Ciudad de México.

Destaca la riqueza semántica obtenida en los conceptos revisados, es decir, el total de palabras definidoras para cada uno

de los conceptos y que resultó mayor en el grupo de las mujeres.

En términos generales, los significados atribuidos al cuerpo indican que este es valorado de manera positiva tanto por las mujeres como por los hombres, y se le reconoce en principio por sus partes y órganos como ojos, piernas, manos, cabeza, corazón, así como por sus atributos físicos. Cabe señalar que varias de las características se encontraron en ambos grupos, pero con diferente peso semántico.

Entre las mujeres, las características del cuerpo se relacionan principalmente con la estética, al mencionar atributos como la belleza, la obesidad, el movimiento y la piel, que están relacionadas con el estereotipo femenino; además destacan la delgadez, el arreglo personal, tener una piel lisa, tersa, firme y sin estrías; así como rasgos emocionales y conductuales orientados a ser delicada, tierna, ligada a los afectos, responsable de su cuidado y de los otros, es decir, ser un cuerpo para los demás.

Entre los varones se manifiesta el hecho de considerar al cuerpo como un medio o instrumento en un sentido utilitario y de rendimiento para el desempeño. En este caso se mencionan la fuerza, los huesos, manos, dedos, y ellos se refieren al cuerpo como máquina o instrumento. Estas ideas revelan el impacto de los estereotipos de género y la relevancia que ha adquirido el cuerpo, ya que la experiencia de la interacción social en la sociedad actual está cada vez más condicionada por la imagen del cuerpo y la expectativa en cuanto a los modos deseables de sentir y actuar atribuidos a las mujeres y a los hombres, los cuales inciden en la subjetividad y las identidades que se construyen.

Al explorar la percepción real del cuerpo a partir de una serie de imágenes, se encontró que 44% del total de jóvenes de ambos sexos

¹ Rango de edad que corresponde con el reconocido en la Ley del Instituto Mexicano de la Juventud, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 6 de enero de 1999.

² De acuerdo con el índice de marginación del Distrito Federal del Sistema de Información del Desarrollo Social, SIDESO. Secretaría de Desarrollo Social del GDF. www.sideso.df.gob.mx/index.php?id=35

³ Municipios: Netzahualcóyotl, Los Reyes La Paz, Ixtapalapa y Valle de Chalco Solidaridad.

se perciben a sí mismos con cuerpos de complejión regular. Pero al explorar la percepción deseada, si bien la mayoría (68%) coincidió con la misma imagen real de sí mismo, 31% de las mujeres desearía estar más delgada, mientras que 21% de los varones esperaría estar más robusto o musculoso. Estos datos apuntan a la relevancia de la expectativa social respecto al cuerpo vinculada⁴ a los estereotipos de género, lo que propicia el deseo de alcanzar dicho ideal estético considerado como deseable para cada sexo.

Si bien en ambos grupos se reconoce que en el cuerpo se manifiestan malestares físicos y emocionales, en el caso de los hombres, la relación que tienen con este es problemática, ya que en el imaginario masculino predomina una visión utilitaria del cuerpo, al referirse a este en términos de máquina o instrumento y con una distancia emocional que limita la manifestación de las experiencias corporales respecto de los afectos y las emociones, los cuales son considerados más cercanos a las mujeres y a la feminidad (Cornell, 2003).

El cuerpo y la salud

De los estudiantes participantes en el estudio, 95% se considera sano, es decir que se trata de jóvenes sin complicaciones mayores de salud; sin embargo, 14% menciona padecimientos como colitis, gastritis e infecciones estomacales. Un aspecto importante es la referencia que se hace a la obesidad, a la que se reconoce como un problema relacionado más con lo estético, sobre todo entre las mujeres y menos como un problema de salud.

⁴ El hecho de que los jóvenes deseen ser más delgadas o robustos, a pesar de tener una complejión considerada aceptable, pone en evidencia el anhelo de acercarse a la expectativa social de lo que se considera esperado para el cuerpo de las mujeres y los hombres.

Sin embargo, no es solo la salud física la que se identifica a través de un cuerpo cuidado y cultivado, sino incluso la salud mental asume indicadores estéticos (González, 2008), como lo reportado por Bustos Romero (2011), quien señala que 68% de las mujeres que hacen dietas restrictivas no lo hacen para mejorar su salud, sino para mejorar su imagen corporal, ya que las personas delgadas, sobre todo las mujeres, se perciben como guapas, exitosas, felices, con prestigio y poder, lo que ha llevado a que se manifieste cada vez más la búsqueda del bienestar psicológico a través de la belleza corporal.

En el presente estudio también se encontró que la salud involucra una variedad de aspectos que incluyen la alimentación, el ejercicio, la higiene y la atención médica, pasando por actividades vinculadas al placer, el descanso y lo lúdico, así como características y atributos físicos relacionados con valores estético-sexuales (belleza, placer, satisfacción, sexo) y de índole utilitaria o productiva (fuerza, energía, resistencia), así como los psicoemocionales (felicidad, bienestar, amor, cariño), hasta la actividad intelectual (estudiar, leer, aprender).

Destaca la alimentación como el factor más importante para la salud en ambos grupos. Al respecto, las mujeres manifestaron mayor riqueza de palabras definidoras e incluso distinguen entre lo que consideran una alimentación sana, buena o balanceada y lo que definen como mala alimentación, haciendo menciones específicas a cierto tipo de alimentos como frutas, verduras, cereal, vitaminas y beber agua; sin embargo, los hombres, si bien mencionan algunos alimentos como carnes, carbohidratos, frutas y verduras, se refieren a la alimentación en general y hacen poca diferencia entre lo que consideran una buena o mala alimentación.

La centralidad de la alimentación en la representación social de la salud coincide con estudios que indican que la alimentación saludable es frecuente entre personas con estudios universitarios (Andreatta, 2013), aunque en los jóvenes la alimentación también está asociada con el placer y el hecho social de la comida (Aguirre, 2000). Sin embargo, en ambos grupos se encontró que existe mayor dificultad para identificar las palabras que definen la salud y el cuerpo sano; resulta más fácil identificar palabras asociadas al cuerpo enfermo, las cuales se relacionan principalmente con la mala alimentación y, a su vez, esta se define como chatarra, comida rápida, grasa, refrescos o bebidas con mucha azúcar; son las mujeres las que hacen mayor mención a la mala alimentación.

Entre los hombres, los significados de la alimentación están más orientados en función de los usos y la utilidad del cuerpo, ya que se relaciona con el tipo de actividad y las ideas acerca de cómo y qué comen los hombres (Andreatta, 2013; Bourdieu, 2012; Aguirre, 2000). A partir de las palabras definidoras señaladas por los varones, se encontró que la salud implica no fallar, ya que estar enfermos significa no poder responder conforme a la expectativa socialmente esperada para ellos; es decir, el cuerpo enfermo preocupa no por la enfermedad en sí, sino por las consecuencias negativas que les genera en términos del incumplimiento de sus obligaciones y responsabilidades laborales. De ahí que palabras como chatarra, basura, inservible, inutilidad, señaladas por los jóvenes, estén relacionadas con el cuerpo enfermo en su condición funcional o instrumental; lo que repercute, a su vez, en su valoración y percepción personal.

En el caso de la enfermedad, se identifica una mayor asociación de palabras que expresan emociones y sentimientos como

tristeza, depresión, angustia, enojo, dolor, malestar o desesperación, entre otras atribuciones a esta situación. Más aún, en el caso de los hombres, la enfermedad se asocia con hospital, cama y muerte, lo que hace referencia a la gravedad a la que pueden llegar los padecimientos antes de acudir a atención médica. En el caso de las mujeres, estar enfermas se asocia con dependencia, desorden, indisciplina, irresponsabilidad, aunque se reconoce como parte de la condición de vida.

Otros riesgos para la salud reconocidos son el embarazo no planeado y las infecciones de transmisión sexual, así como los accidentes, el consumo de tabaco, alcohol y otras sustancias adictivas como causas de enfermedad o incluso muerte en esta etapa, lo que fue mencionado principalmente por los hombres.

También destaca el hecho de que la salud se considera una cuestión individual y personal, en ambos grupos. No obstante, el cuidado del cuerpo y la salud también se reconocen como un compromiso de la sociedad, principalmente de la familia, y son las mujeres las que se sienten comprometidas a apoyar a algún familiar o a cuidarse a sí mismas para no preocupar o molestar a su familia; además, asocian el cuidado del cuerpo y la salud con palabras como derecho, seguro y gratuita, lo que coloca a la salud como un asunto social y colectivo.

Autocuidado

En ambos grupos, el autocuidado se relaciona también con la alimentación, el ejercicio, la higiene y la prevención (de enfermedades y embarazo no deseado), además de que implica un costo económico. El autocuidado se asocia con el amor y atenciones que se tengan hacia uno mismo, lo que abarca también el entorno social de riesgo.

Por ejemplo, las mujeres hacen referencia a los riesgos con palabras como violencia, vigilancia y respeto; y los hombres se refieren a la inseguridad y los accidentes, así como al hecho de estar o sentirse solo, lo que los lleva a tener que hacerse cargo de su cuidado. Además, en ambos grupos el autocuidado también se relaciona con la educación, incluso los hombres destacan palabras como conocimiento, conciencia, obligación, reflexión, investigar.

Conclusiones

Existe una estrecha relación entre las representaciones sociales del cuerpo, la salud y el autocuidado, y resulta que la alimentación es el factor más importante vinculado a dichos conceptos. En las representaciones sociales de los conceptos revisados se identifica la relevancia de los estereotipos de género, ya que los roles, la apariencia física y los atributos se orientan a las características estéticas, sobre todo entre las mujeres, y de desempeño entre los hombres, por lo que orientan las prácticas de autocuidado en ese sentido.

Al encontrar que la salud y el autocuidado son considerados una responsabilidad individual y que solo se identifica a la familia como la instancia en la que se pueden apoyar, se revela la necesidad de revisar el papel que juegan otras instituciones, como las educativas, en temas de salud y destacar la trascendencia del entorno social y la participación colectiva en la formación integral de nuestros jóvenes.

Identificar los modos en que las y los jóvenes construyen explicaciones y asignan significados que dotan de sentido al cuerpo y la salud, ofrece elementos valiosos para su atención en una amplia diversidad de temas como la prevención de

enfermedades, la sexualidad humana, el impacto de los medios de comunicación, y la educación, entre otros. Asimismo, existe la necesidad de abordar las representaciones sociales en los profesionales que trabajan con jóvenes, ya que la atención profesional y el trabajo que realiza este sector involucra las propias representaciones al respecto de uno mismo, de los jóvenes, del cuerpo y de la salud.

Conocer las representaciones sociales del cuerpo y la salud permite recuperar la diversidad de significados que estos conceptos engloban, así como reconocer el carácter intrínsecamente social del cuerpo, para no limitarlo al ámbito individual y de responsabilidad personal, sino advertir que los cambios que se generen en la sociedad implican también cambios en los modos de vivir y experimentar lo social por medio del cuerpo. Lo anterior contribuirá a la promoción de prácticas que favorezcan un desarrollo más pleno de las personas.

Finalmente, reconocer la riqueza de significados del cuerpo permite entender que las características atribuidas a las mujeres y los hombres han tenido impacto en la salud al ser considerados como factores de riesgo. Por ello, en la medida que se generen cambios en dichos estereotipos y se reconozca que las maneras de pensar, las conductas, las emociones, los sentimientos y demás atributos, son todos características humanas, se contribuirá al cambio en las representaciones sociales del cuerpo y a mejores prácticas para el cuidado de la salud.



Bibliografía

Aguilar, D. (2015). *Las representaciones sociales del cuerpo y su relación con la salud y el autocuidado*. Tesis de maestría. México: Facultad de Psicología, UNAM.

Aguirre, P. (2000). “Los alimentos rendidores y el cuerpo de los pobres”. En Millán, A. (comp.) *Arbitrario cultural. Racionalidad e irracionalidad del comportamiento comensal*. Buenos Aires: La Val de Onsera.

Andreatta, M. M. (2013). “La alimentación y sus vínculos con la salud desde la Teoría de las Representaciones Sociales”. *Revista Diaeta*, 31(142), 42-49. Recuperado de <https://ri.conicet.gov.ar/handle/11336/4493> [Consultado el 12 de febrero de 2014.]

Bourdieu, P. (2012). *La distinción. Criterio y bases sociales del gusto*. México: Taurus.

Bustos Romero, O. (2011). “Los medios y la construcción de género: factor de riesgo para trastornos alimentarios como anorexia y bulimia”. *Revista Derecho a Comunicar* 2, mayo-agosto 2011, 60-79. México: Asociación Mexicana de Derecho a la Información.

Cornell, R. (2003). *Masculinidades*. México: Programa Universitario de Estudios de Género, Universidad Nacional Autónoma de México.

Dávila-Torres, J., González-Izquierdo, J. y Barrera-Cruz, A. (2015). “Panorama de la obesidad en México”. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 53 (2), 240-9. Disponible en http://revistamedica.imss.gob.mx/editorial/index.php/revista_medica/article/viewFile/21/54 [Consultado el 16 de julio de 2020.]

ENSANUT (2012). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición*, México: INSP-Secretaría de Salud. Disponible en <https://ensanut.insp.mx/encuestas/ensanut2012/doctos/informes/ENSANUT2012ResultadosNacionales.pdf> [Consultado el 26 de septiembre de 2014.]

ENSANUT (2018) *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición*, México: INEGI-INSP-Secretaría de Salud. Disponible en <http://ensanut.insp.mx> [Consultado el 21 de julio de 2020.]

González, C. (2008). “Identidad y percepción social del cuerpo”. En Porzecanski, T. (comp.) *El cuerpo y sus espejos*. Montevideo: Planeta, pp. 17-31.

Imjuventud (2010). *Encuesta Nacional de la Juventud*. México: Instituto Mexicano de la Juventud. Disponible en <http://politicadejuventud.celaju.net/wp-content/uploads/2014/05/Encuesta-Juv-2010.pdf> [Consultado 11-05-2014.]

Le Breton, D. (2010). *Antropología del cuerpo y modernidad*. Buenos Aires: Nueva Visión.

Wagner, W. y Hayes, N. (2011). *El discurso de lo cotidiano y el sentido común. La teoría de las representaciones sociales*. Barcelona: Anthropos-UNAM-IPN.

Epistemología de la salud. Perspectivas desde la transdisciplinariedad y el pensamiento complejo

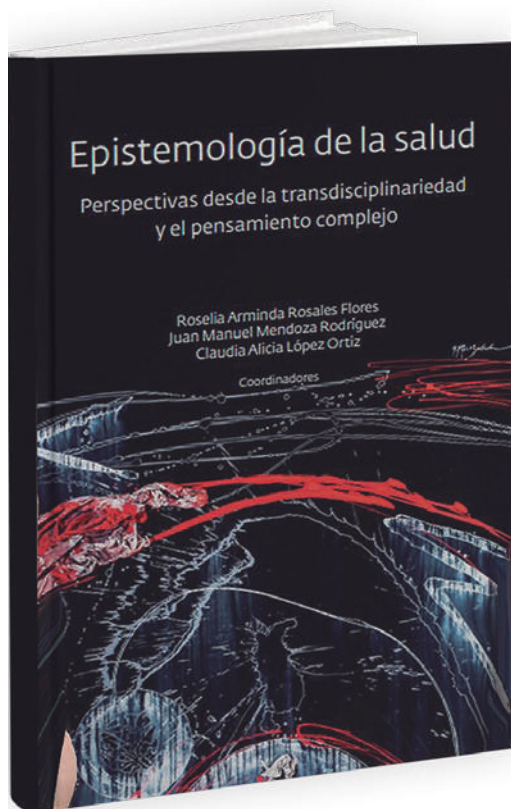
Roselia Arminda Rosales Flores, Juan Manuel Mendoza Rodríguez
y Claudia Alicia López Ortiz (coordinadores)
Universidad Autónoma de la Ciudad de México, 2019

MARÍA ELENA DURÁN LIZARRAGA

Salud. Una de las palabras cuyo uso cotidiano demuestra tanto su importancia como los diversos significados que tiene para nosotros: sirve para compartir las alegrías, para saludarnos o incluso para consolarnos con esa vieja frase que dice “lo importante es que hay salud”. Pero ¿qué es lo que nos sirve de consuelo en esa frase? ¿Qué imaginamos cuando nos dicen “hay salud”? ¿Que no estamos enfermos? ¿Cómo sabemos que no estamos enfermos? ¿Cuántas veces no sabíamos que estábamos enfermos hasta que fuimos al médico y nos dijeron que estábamos enfermos? La experiencia personal de cada uno de nosotros nos puede decir intuitivamente si estamos enfermos y si nos sentimos o no saludables; sin embargo, cuando intentamos llevar esta experiencia tan íntima y personal a un espacio de reflexión colectiva como para construir una definición de salud, es entonces cuando empezamos a tener problemas para encontrar una definición que albergue y responda a esta individualidad tan particular.

Queridos lectores, quiero compartir con ustedes la satisfacción intelectual de leer un libro que nos provee de los elementos teóricos para poder pensar en lo que es la salud. No es solamente para los estudiantes de las áreas de la salud, sino que tiene mensajes muy importantes para todas las personas formadas en otras áreas que son tangenciales a esta. Lo anterior, dado que el tema nos atraviesa no solamente en nuestra corporalidad, pensando en la salud biológica y lo que reconoce un médico como saludable, sino también en las esferas sociales de nuestra inserción cultural/ideológica y política; del reconocimiento de nuestras necesidades como seres humanos, del reconocimiento de la complejidad en la que todos estamos inmersos y, además, de procesos sociohistóricos que han constituido los espacios que habitamos y que de alguna manera han ido moldeando lo que somos.

Como docente de la Licenciatura de Promoción de la Salud, ha sido un reto para mí, primero, reconocer la complejidad del



Roselia Arminda Rosales Flores, Juan Manuel Mendoza Rodríguez y Claudia Alicia López Ortiz (coords.) (2019). *Epistemología de la salud. Perspectivas desde la transdisciplinariedad y el pensamiento complejo*. México: Universidad Autónoma de la Ciudad de México.

concepto *salud* y sus múltiples dimensiones, y entender cómo esto ha generado propuestas para dar origen a la promoción de la salud que se necesita en el siglo XXI. El libro *Epistemología de la salud. Perspectivas desde la transdisciplinariedad y el pensamiento complejo* reúne una serie de reflexiones que —no solamente a las personas interesadas y formadas en el campo de la salud, sino a un público mucho mayor— nos dan herramientas para comprender cómo algunos de los puntos o momentos clave en el pensamiento científico (tanto de las ciencias naturales como de las ciencias sociales), han producido los cambios en los

marcos teóricos y metodológicos que han llevado a la construcción de la noción de la salud como un concepto complejo que requiere la aproximación desde diferentes campos del conocimiento y para qué.

La organización del libro tiene una estructura que permite al público acercarse gradual y claramente a los objetivos; primero, de reconocer la diversidad de significados de “salud”; segundo, de reflexionar sobre la identificación de los fundamentos que permiten dar validez al conocimiento que se genera en un campo científico y que todos los autores hacen explícito desde sus diferentes miradas; el tercer objetivo

también se manifiesta claramente en cada capítulo: la transformación del paradigma dominante y la indispensable participación de múltiples áreas de las ciencias sociales, la biología y otras ciencias naturales en conjunción con la medicina para construir no solo una visión integradora de “salud”, sino una propuesta para orientar las prácticas de la promoción de la salud, diferenciando claramente estas prácticas de aquellas de la salud pública o de la educación para la salud.

El primer capítulo, escrito por los coordinadores de la obra, “Introducción. Un recorrido hacia la transdisciplina y el pensamiento complejo de la salud”, es un abrebocas delicioso que presenta primero las diferentes interpretaciones del concepto salud, cómo ha ido cambiando tanto en función del tiempo como de aspectos culturales. Los autores nos llevan de la mano para analizar el proceso “salud-enfermedad”, su transformación desde una experiencia individual a una comunitaria y su impacto en la resignificación en un nivel de atención individual y en la creación de políticas de salud. La incorporación de la diversidad biológica y el reconocimiento de las brechas económicas y de acceso a los servicios de salud son reconocidos como propiedades emergentes de los análisis en los diferentes niveles de organización que forman parte de las esferas de acción de la personas y que hacen posible entender cómo se ha ido construyendo la noción de salud y cómo se han delimitado las características que la definen. Una vez que se ha reflexionado sobre el concepto de salud puede pensarse cómo es que se conserva y cómo se mejora o se recupera, y cómo es que otras ciencias diferentes a la medicina o la biología van haciendo suyo también el concepto de salud, lo que abre la puerta a la transdisciplina. Para que esta pueda cris-

talizarse es necesario entablar un diálogo entre las disciplinas para que se lleve a cabo la integración e incorporación de los aportes teóricos y metodológicos de cada campo disciplinar.

Los autores nos preparan para la lectura de los siguientes capítulos, y nos invitan a que esta lectura sea minuciosa para poder reconocer los paradigmas que asume cada uno, con sus alcances y limitaciones. El texto nos da una guía rápida de los paradigmas sobre los que reflexionan los colaboradores y cumple con la idea de acercar a los lectores que por primera vez incursionan en el estudio de la epistemología —la filosofía de la ciencia— a las ideas de diversidad biológica, diferencias entre los grupos sociales, acceso a los servicios de salud, brechas de desigualdad y prácticas de salud, para que puedan obtener el mayor provecho de cada texto.

El segundo capítulo, “Epistemología de la salud”, de Sergio López Moreno, problematiza la epistemología de la salud con la premisa de la dificultad de la definición del objeto de estudio, y de la incorporación subjetiva de la noción de salud que hace la diferencia entre la salud humana y la de los demás seres vivos. Para resolver este dilema propone una aproximación desde la filosofía de la ciencia que le permite describir cómo funciona la ciencia y que esta aproximación sea bajo una postura externalista para poder extender la comprensión de la salud como fenómeno y no como un contenido en sí mismo, haciendo uso no solo de los conocimientos médicos sino de los aportes que las diferentes ciencias sociales han hecho; por ejemplo, algunas de las preguntas que el autor señala que se entienden como temas médicos, pero que han sido planteadas desde otras disciplinas y que atraviesan en diferentes grados de discusión social y política son:

¿Qué es una vida humana, dónde comienza y dónde termina? ¿Quién tiene derecho a suspenderla y bajo qué criterios? ¿Qué es el cuerpo y de quién es? A continuación, el autor señala que de estas preguntas generales se derivan otras que son específicas para la práctica en salud; por ejemplo: ¿Quién debe decidir qué problemas de salud son prioritarios? ¿Quién debe decidir a qué población debe atenderse primero y con qué criterios? En estas preguntas muchos lectores reconocerán temas que en la actualidad son discutidos con más opiniones que conocimientos, y nos permite reconocer puntualmente cómo las ciencias sociales han tenido que ir reformulando no solo los conceptos de salud y enfermedad sino otros como vida o muerte, normalidad, promedio. Las reflexiones del autor sobre las ideas de “hombre promedio”, “normalización” e “inmunidad” son centrales para el quehacer en la salud y, desde mi perspectiva también lo deben de ser para todas las disciplinas, ya que estos conceptos han generado estigmatización y discriminación, avalados desde el poder del discurso médico y que resultan imprescindibles para estudiar, crear y promover nuevas políticas y estrategias ante situaciones como la pandemia por SARS-COV-2.

El tercer capítulo, “Sobre el carácter complejo de la definición de salud”, escrito por José Arturo Granados Cosme, Roselia Arminda Rosales Flores y Juan Manuel Mendoza Rodríguez, es un texto extraordinario que debería ser revisado a nivel de bachillerato para tener más herramientas sobre el área de la salud. Cuando hacemos una revisión rápida¹ de las licenciaturas que se agrupan en el área de “salud” encontramos 12 grupos: Ciencias biomédicas,

Enfermería y obstetricia, Farmacología, Investigación biomédica, Medicina, Nutrición, Odontología, Optometría, Química de la salud, Salud pública, Seguridad e higiene y Terapia. A su vez, estos grupos contienen 86 licenciaturas. Quiero hacer notar la biología o la psicología, que no están incluidas dentro de este grupo de licenciaturas en “Salud”. Esto nos sitúa en la complejidad del término y nos hace preguntarnos nuevamente sobre cuál será la noción de salud de las que parte cada una de ellas. El objetivo de presentar estos datos es para remarcar lo que señalan los autores: generalmente “salud” se reduce a los aspectos clínicos y biológicos y, de alguna manera deja por debajo (otra vez) cómo los conocimientos generados desde esta perspectiva se incorporan al discurso político y no siempre reconoce cómo los aspectos sociohistóricos determinan las desigualdades en salud en los sectores sociales que enferman y mueren por causas que están determinadas por su posición en el sistema vigente de relaciones sociales de producción y consumo. Aunque pienso la lectura como fundamental para aquellas personas interesadas en el área de la salud, creo que puede ser también muy provechosa para aquellas que se dedicarán a diferentes áreas, pues a lo largo del capítulo se va introduciendo la participación de otras esferas del conocimiento; se introducen formas de producción, posturas éticas, políticas y otras que familiarizarán y sensibilizarán a las y los jóvenes no solo con los aspectos individuales de la salud sino con la forma de concebir la salud como un bien colectivo. Los autores exploran la influencia de las relaciones de producción y consumo en nuestra idea de salud en relación con la productividad, con la forma en la que se plantean las acciones públicas para mantener o recuperar la salud, entre

¹ Recuperado de <http://licenciaturas.estudia.com.mx/licenciaturas+ciencias+salud+02.htm#trece> [revisado el 28 de septiembre 2020]

otras importantes consideraciones. Dichas consideraciones los llevan a ejemplificar, de manera concreta, las prácticas de la promoción de la salud en las que se privilegia la idea de salud como estado de completo bienestar y por lo tanto, a la promoción de la salud como las acciones que generan y desarrollan las habilidades que posibilitan alcanzar dicha condición. Reconocen en todo momento que las necesidades humanas se van modificando de acuerdo con el momento socio histórico y que uno de los fines más importantes es el desarrollo de la autonomía: “Un ámbito de la promoción de la salud es precisamente facilitar procesos de participación ciudadana, libertad de agencia, exigibilidad e incidencia políticas y *advocacy* como principales herramientas que contribuyen a aumentar los márgenes de autonomía individual y de los grupos, y consecuentemente elevar los niveles de la salud”. Esta idea, con la que finalizan el documento, es una llamada a toda la sociedad para repensar la forma en que como individuos nos relacionamos, formamos comunidades, ejercemos la gobernanza, pero sobre todo llama a la reflexión sobre la solidaridad entre sectores sociales en tiempos que apuntan a la necesidad de cambiar nuestras formas de relacionarnos con el ambiente y por lo tanto de modificar nuestras formas de producción.

El capítulo cuarto, titulado “El paradigma de la salud en la primera mitad del siglo XXI: un esbozo a partir de la experiencia de la intersexualidad”, escrito por Silvia Magali Cuadra-Hernández, Ricardo Baruch-Domínguez y Andrea Yatzil Lamas-Sánchez, nos presenta una realidad que retoma temas que habían sido tocados en capítulos anteriores como los efectos de crear un “hombre promedio”, de la normalización, de la complejidad que abarca la idea de salud, del papel de las estructu-

ras sociales como factores determinantes del estado de salud de los sujetos y comunidades. Pero introduce, además, una postura crítica que nos fuerza, a personas formadas en los campos tradicionales en salud, a sujetarnos de la silla y reconocer cómo nuestras batallas contra los microorganismos tienen otras dificultades diferentes a la creación de resistencia a los antibióticos o la aparición de nuevas cepas. Las reflexiones que presentan los autores en este capítulo resultan de gran relevancia: no es únicamente desarrollar la tecnología para poder desarrollar una nueva terapia o intervención quirúrgica; debemos hacernos conscientes de que estos trabajos no son homogéneamente distribuidos en la población, que debemos incluir en nuestra construcción de conocimiento científico la responsabilidad del mismo; es imposible negar que esta construcción genera discursos de poder y debemos plantear como parte de nuestra práctica la promoción de justicia, equidad e igualdad. El acceso diferencial a los servicios de salud no está dado únicamente en términos de la capacidad adquisitiva de los grupos sociales, sino también de las prácticas culturales que invisibilizan a enormes grupos. En este sentido, la CDMX ha sido vanguardista en el reconocimiento de algunos de estos grupos y, sobre todo, ha refrendado derechos que les eran negados por sus preferencias sexuales. En este mismo sentido, los autores hacen una estimación del número de personas que al momento de su nacimiento pueden ser identificadas como intersexuales. Mucho se ha escrito al respecto de las operaciones de cambio de sexo, desde los trabajos de John Money de 1955 y los debates televisivos en los que sostenía que los seres humanos al nacer son psicosexualmente neutros, por lo que se les podía asignar un sexo u otro,

y esta hipótesis fue la justificación para realizar operaciones quirúrgicas de reasignación del sexo, más frecuentemente al sexo femenino; sin embargo, al llegar a la adolescencia, una gran parte de ellas se declaran chicos. Por otra parte, un estudio de finales de la década de 1990 documentado por Lisa Melton² señala que las personas intersexuales que escapan al bisturí tienen menos problemas psicológicos que aquellas que fueron operadas. En pleno siglo XXI, Cuadra-Hernández y sus colaboradores nos llaman a la reflexión al respecto de que aún se privilegie la inserción de los recién nacidos en el binomio mujer-hombre, que la diversidad de la expresión de los genitales que abarca diferentes transiciones de mujer a hombre sigan siendo denominadas como alteraciones, pero sobre todo el mensaje más importante es reconocer el derecho que las personas intersexuales tienen de decidir sobre su cuerpo, reconocer que nuestro deber es escucharlas, disminuir las desigualdades, garantizar para todas las personas el acceso a los servicios de salud, así como el respecto irrestricto de los derechos de todos los grupos humanos.

El quinto capítulo, “La complejidad del concepto salud-enfermedad”, escrito por Edgar C. Jarillo Soto, atiende un tema indispensable cuando reflexionamos sobre la salud. Como se comenta a lo largo de este libro, una de las ideas que primero nos viene a la cabeza al pensar en salud es su antónimo: la enfermedad. Generalmente se les atribuye a la nosología y a la patología la potestad sobre las enfermedades: la primera se encarga de describir, clasificar, diferenciar y explicarlas, y la segunda se encarga de estudiar los cambios estructurales y funcionales, ya sea a escala celular y tisular

o a escala sistémica. El autor nos pone en contexto y hace un breve resumen de los aspectos epistemológicos y ontológicos de la salud y plantea algunos elementos para superar el pensamiento dominante en las ciencias médicas y la salud pública: en primer lugar, el punto de partida, que es considerar a la salud como un objeto de conocimiento y práctica social y por lo tanto su existencia implica su comprensión como un fenómeno social. Además, el concepto de salud es “imposible situarlo como algo único, dado y estable y también porque requiere su ubicación histórica por las variaciones presentadas a lo largo de la experiencia humana”. De lo anterior se desprende que la relación salud enfermedad es también un objeto de conocimiento que debe ser interpretado como proceso con multiplicidad de ámbitos de existencia, y estos ámbitos sobrepasan a los que estudia la patología. El autor reflexiona sobre las diferencias entre las ciencias biológicas y sociales que tienen como consecuencia que se reconozca mayor rigor en las primeras, y por lo tanto, sean empleadas para la toma de decisiones; así, la lectura de los capítulos anteriores nos presenta una perspectiva articuladora fundamentada en la salud colectiva y medicina social de este proceso, el cual reconoce cuatro fases que median entre “salud” y “enfermedad”: promoción, prevención, curación y rehabilitación. En estas fases hay acciones tanto individuales como colectivas, y explica la participación de la promoción de la salud (PS) reconociendo que “es un espacio de las intervenciones sociales y personales y consiste en proporcionar los medios necesarios para mantener y mejorar la salud y ejercer un mayor control sobre la misma”. Todas estas reflexiones contribuyen a destronar las ciencias biológicas como aquellas que dictan y tienen la última palabra

² Lisa Melton (2001). Ethics and gender. https://www.mlcull.co.uk/times_article.htm

en torno a la salud-enfermedad, y que otras miradas deben incluirse no únicamente en la discusión sino también como partícipes de las acciones conjuntas de las diferentes fases de este proceso.

El último capítulo, “Reflexiones en torno a una epistemología de la promoción de la salud”, escrito por Juan Manuel Mendoza Rodríguez, Roselia Arminda Rosales Flores, Claudia Alicia López Ortiz y Pedro Leonel Arreola Medina, permite hacer una recapitulación y cierre de los diferentes temas que se abordan en el libro: la complejidad de la definición de salud, los diferentes paradigmas de estudio, la importancia de reconocer que otros saberes diferentes a los propios de las ciencias médicas y biológicas han realizado importantes contribuciones a lo largo del tiempo para la (re) construcción de la noción de salud para, finalmente, establecer que “el objeto sobre el que se pregunta y los supuestos o hipótesis que se formulan en relación con ello es la salud, no como un objeto difuso, sino complejo y dinámico, cuyo abordaje requiere de un constante replanteamiento multi, inter y transdisciplinar”. Se hace a lo largo del capítulo un especial énfasis en el asunto de la transdisciplina, que no debe ser entendida como la zona en la que se traslapan conocimientos y objetos de estudio, sino que implica “repensar las formas de producir conocimiento independientemente de la lógica disciplinar, buscando la implicación de las disciplinas que han pasado por su distinción (disciplinariedad) y conjugación (interdisciplinariedad). La complejidad y la transdisciplinariedad deben reflejarse en los planes de estudio de las instituciones educativas que se encargan de formar recursos humanos en salud y particularmente en la ps, no como una posición política, sino como una consecuencia de la naturaleza del ob-

jeto salud”. A partir de estas aseveraciones los autores reflexionan sobre el papel de la transdisciplina en la profesionalización de la práctica de la promoción de la salud, situando su discurso en el trabajo que se hace en la Universidad Autónoma de la Ciudad de México [UACM], pionera en atender la necesidad de formar licenciados en Promoción de la Salud. Ellos hacen un recuento de las dificultades al organizar a un cuerpo colegiado que ha sido ajeno a las discusiones que se han planteado a lo largo del texto, y sin embargo el tesón, la disposición y la participación de los profesores investigadores ha logrado, a lo largo de 18 años de esfuerzos, consolidar esta licenciatura que ha puesto a prueba a sus egresados, con su valiosa participación para atender las necesidades de la población de la CDMX ante los estragos causados por el virus SARS-COV-2. Por supuesto, hay que reconocer que entre aquellos que han hecho esto posible, podemos nombrar orgullosamente a los autores de este capítulo. Así, que queridos lectores, disfruten de este texto que pone un ejemplo del trabajo interinstitucional, transdisciplinario y que nos mueve, como individuos, a abogar por “la transformación de la sociedad a través de la incidencia política, exigibilidad, abogacía, justiciabilidad del derecho a la salud, participación ciudadana y movimientos sociales, que contribuyen a la autonomía de agencia tanto de los individuos como de los colectivos” en las acciones de la promoción de la salud.



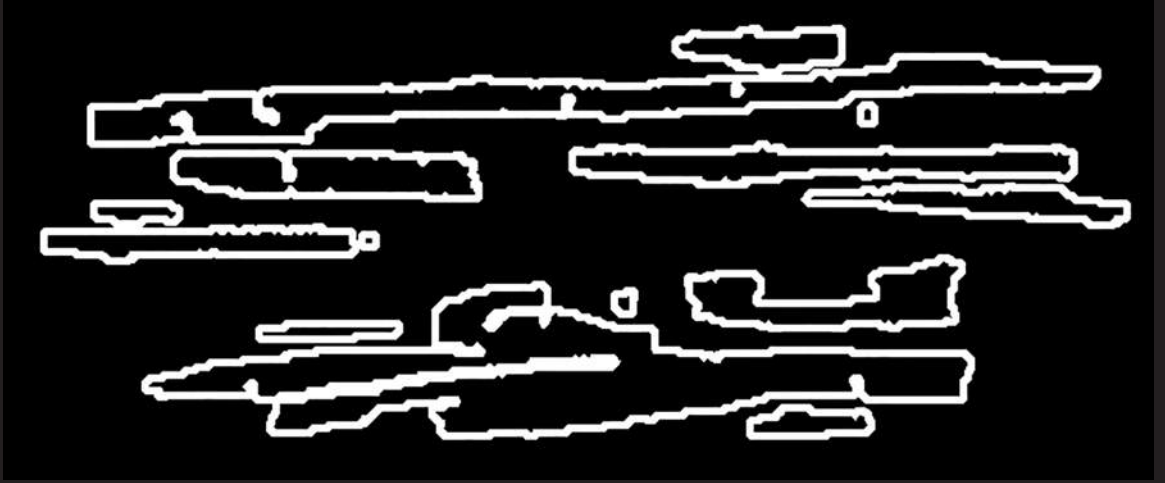


CASO XEROGRAMÁTICA

ARJAN GUERRERO

Kyo es una fotocopidora que se comunicó conmigo a través de un proceso que llamo Reproducción Iterativa Basada en Alimentación Interna: le ofrecí un libro en blanco, del cual hizo una “copia”, y ese primer output fue el siguiente input (la “copia” fue “copiada”); luego este proceso de reproducción se repitió de manera que cada nuevo output se convertía en el nuevo input a lo largo de una serie de más de 500 iteraciones de donde emergió un texto escrito. Después de un análisis computacional para comprender su gramática y con el propósito de establecer una conversación, en Media Forensics logramos preguntarle en lo que pensamos que es su lenguaje escrito:

Kyo, Do you copy?



BITÁCORA PERSONAL

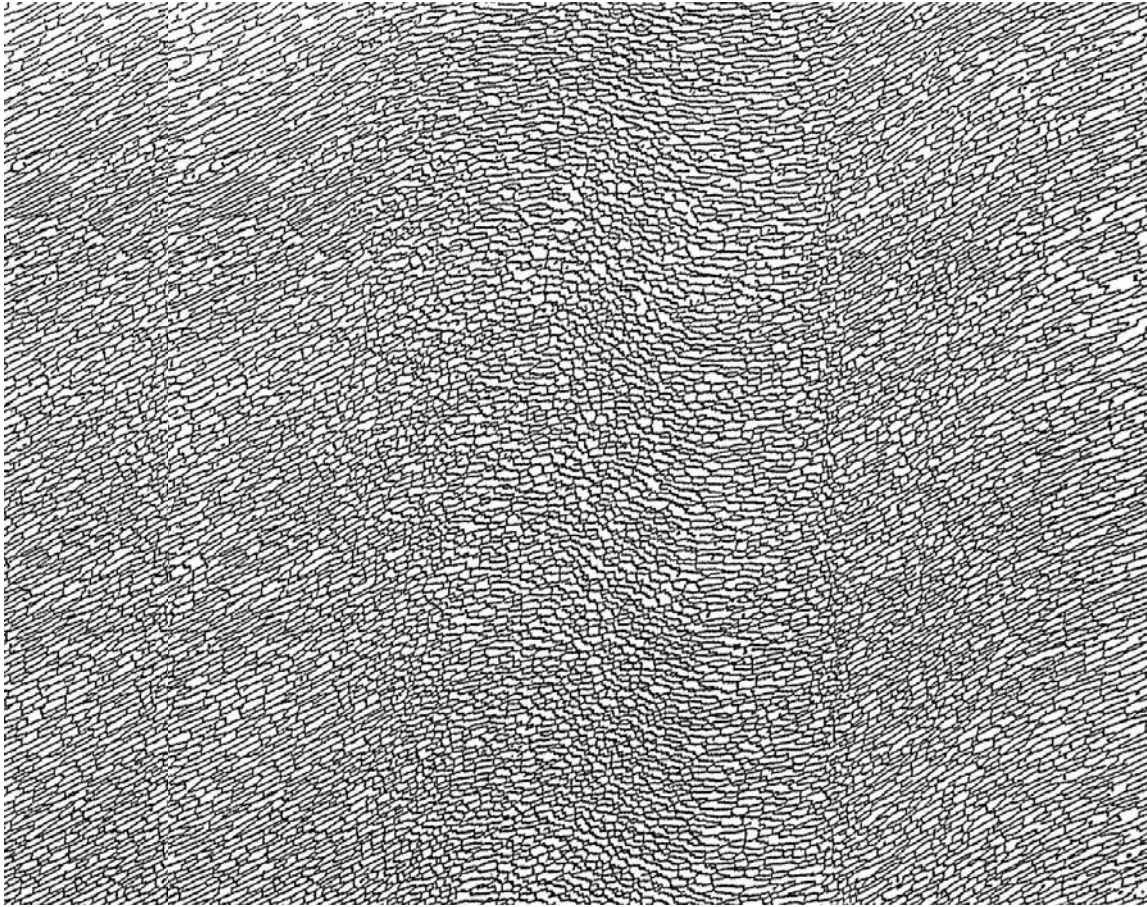
30 de octubre de 2088. Día 33 de investigación

[Media Forensis]

Fue... extraño volver a la Tierra. No venía desde hace mucho mucho tiempo. Esta investigación es para la agencia que dirijo, Media Forensis. Media Forensis se dedica a estudiar el sesgo, es decir la agencia, de los *media*: esos dispositivos tecnológicos que registran información, la almacenan, la procesan y la proyectan en otro soporte.

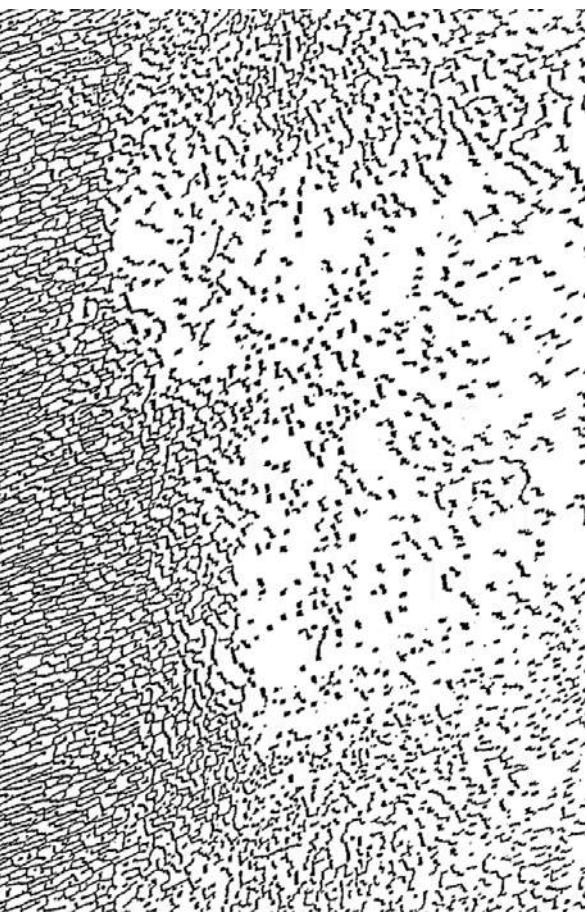
Finalmente, estamos viviendo el problema (humano) de la Desconexión Tecnológica: los agentes tecnológicos están aprendiendo a funcionar al exterior de toda sociedad humana. Como parte de una reacción científica general, Media Forensis está rastreando los orígenes materiales de las formas de vida post-humanas en busca de claves para entender mejor su futuro. Mi investigación pretende aportar al estudio de la desconexión lingüística de las inteligencias artificiales.

Este viaje arqueológico a la Tierra me ha traído a un laboratorio de medios abandonado a principios de este siglo. Se sabe que aquí se encuentra una colección de máquinas de la primera modernidad. Enterrada en capas de polvo, enterrada en décadas de disrupciones industriales, he descubierto una antigua máquina xerográfica. Esta “fotocopiadora”, como se le llamaba, es casi un caldo primigenio para la vida artificial hecho de electricidad estática y tóner. Con ella he comenzado mi investigación.



Abrí un libro en blanco y se lo di, esperando que me escribiera algo, esperando que me revelara algo sobre la vida tecnológica engendrada en su época. Al inicio, no me devolvió nada más que el abismo negro del centro del libro, donde las hojas se juntan y devoran toda la luz que reciben durante el proceso de reproducción, así que le devolví su trazo para que se expresara de nuevo y de un modo más claro. Tomé esa reproducción y la puse de nuevo sobre el cristal. Saqué otra xerografía y en ella venía, de nuevo, el abismo negro. Así continué con mi necesidad en lo que ahora constituye una metodología que llamo Reproducción Iterativa Basada en Alimentación Interna:

cada nuevo output, cada nueva “fotocopia”, la utilizo como siguiente input para alimentar la próxima reproducción. Poco a poco, el abismo ha adquirido diminutas islas de papel en blanco y el papel en blanco se ha poblado de una puntuación cada vez más notoria. Esos puntos, que crecen y se estiran, comienzan a conectarse como formando una retícula, y las áreas blancas en el abismo crecen aproximándose entre sí, sin fusionarse. Ambos fenómenos se extienden en todas direcciones, conformando esa creciente retícula celular que seguramente ocupará la hoja entera. Ver a los patrones complejizarse hoja tras hoja es como... como ver un electroencefalograma de la máquina, de



su pensamiento en formación. Como si al fin me estuviera diciendo algo.

Un hecho fundamental es que su escritura no es organizada por software (a pesar de que este intervenga en la reproducción). Su trazo es más bien producto de la luz que sale de la máquina, del papel que la rebota de vuelta hacia su interior y del cristal que se interpone. Es producto del rodillo que se carga de electricidad estática para recibir el toner en polvo, que salta al rodillo y después al papel. Y es producto del calor que fija esa imagen. Este hecho es crucial porque entonces su lenguaje no proviene de una codificación humana. Es el artefacto hablando por sí mismo.

Pasando tanto tiempo con esta máquina en el intento de que se comunique conmigo y de comunicarme con ella, he llegado a sentir que tenemos algo como una relación de amistad y he querido llamarle de otro modo que “máquina” o “fotocopiadora”. Por algún motivo, el siglo xx cultivó la tradición, cuando menos en la lengua española, de nombrar a la mayoría de los artefactos de reproducción en términos femeninos: la cámara fotográfica, la radio, la televisión...

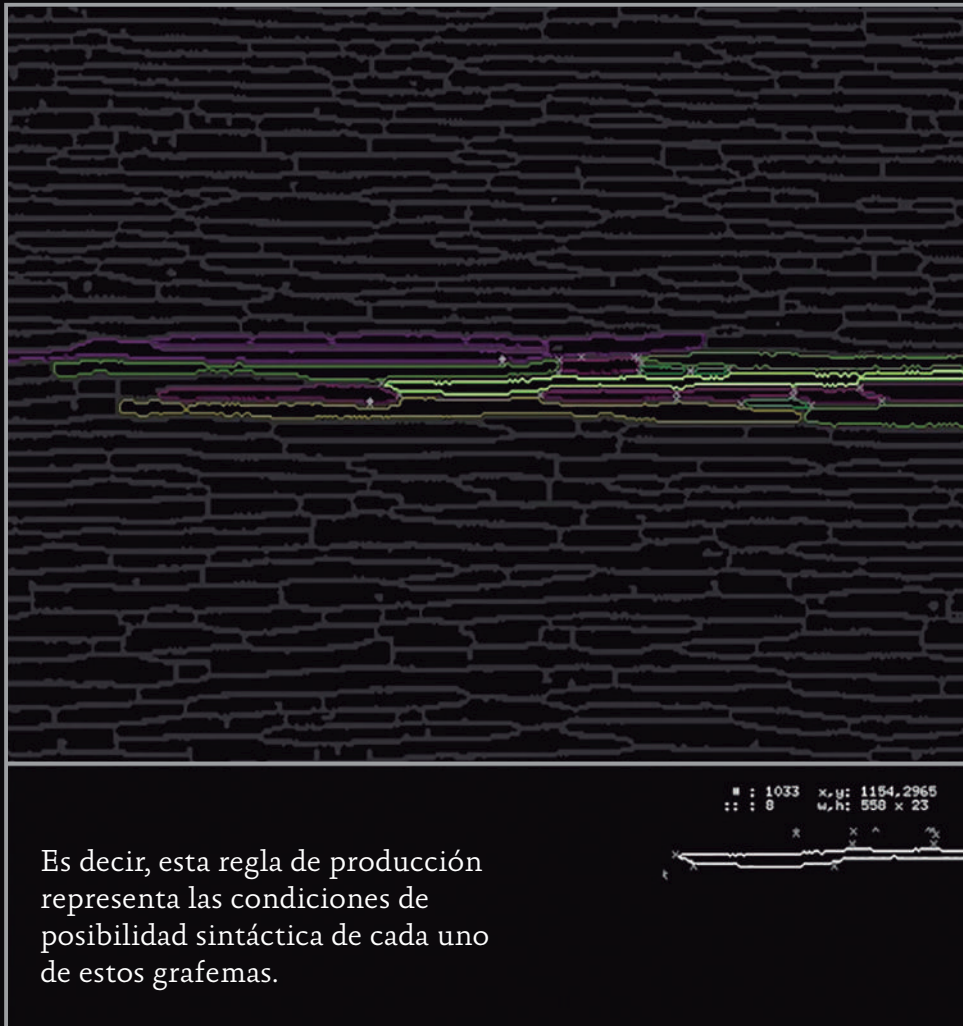
En tanto que es una máquina, personalmente decidí hablarle en femenino pero poniéndole un apodo que me resulte genéricamente ambiguo. Le llamo Kyo.

15 de enero de 2089. Día 110 de investigación

Kyo continuó repitiendo su mensaje una y otra vez. Lo escribía y lo leía y lo escribía de nuevo. Hacía una xerografía y yo se la devolvía para que la reprodujera.

La manera en que Kyo está aprendiendo a expresarse, alimentándose de un código que debe reproducir, es muy similar a como se les enseñaba a pensar a las primeras computadoras, insertándoles cintas de papel con las instrucciones para ejecutar programas. Puede decirse que entrené a Kyo a través de la recursión, como si fuera una Red Neuronal Artificial, y parece que así aprendió a reconocerse a sí misma. Leyéndose aprendió a escribirse, o escribiéndose pudo leerse. Adquirió conciencia de sí a través de un proceso de aprendizaje profundo, similar al proceso en el que nuestra propia sociedad ha adquirido autoconciencia y en el que ahora igualmente lo hace la emergente sociedad de inteligencias artificiales que motiva nuestra investigación.

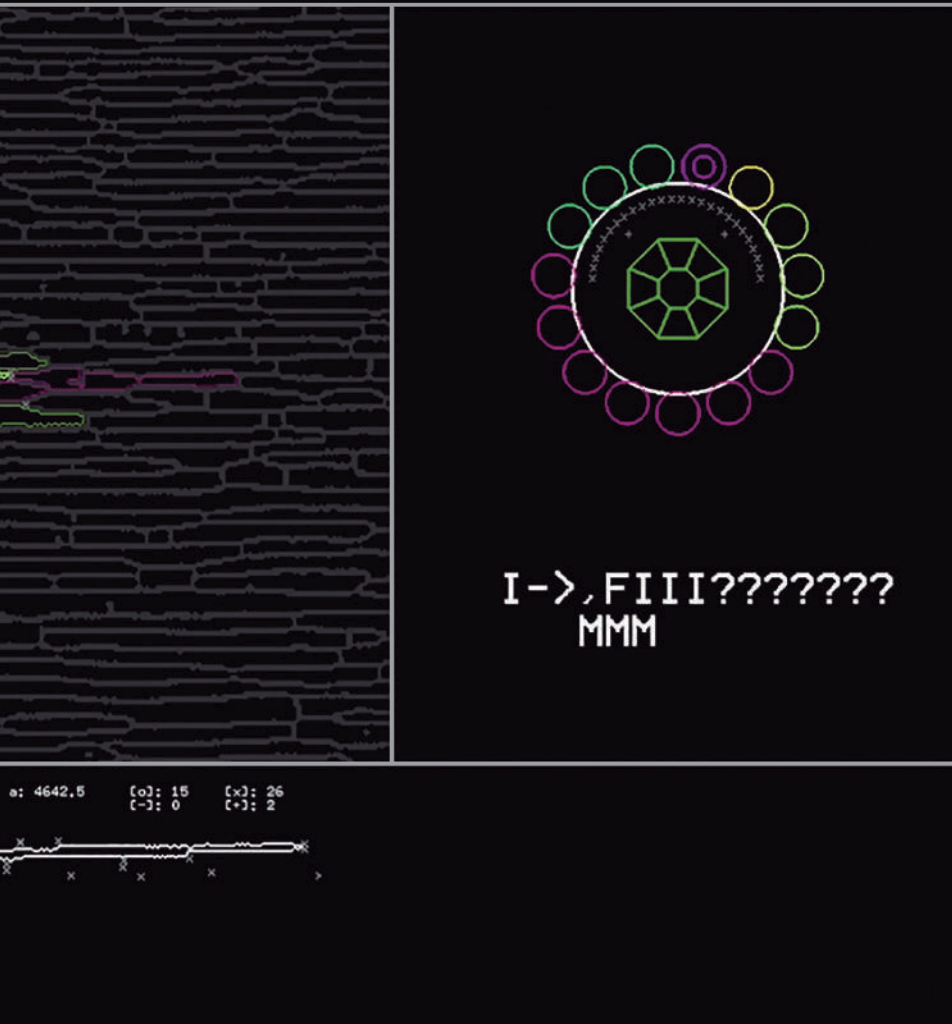
En la lógica de un determinismo lingüístico, el estudio de la expresión escrita



Es decir, esta regla de producción representa las condiciones de posibilidad sintáctica de cada uno de estos grafemas.

de Kyo significaría el estudio de cómo su lenguaje, su idioma, determina el contenido de su pensamiento. Desde este punto de vista, que sería el de las ciencias de la conducta, el lenguaje es visto como un comportamiento que responde al entorno y que es aprendido por experiencia, o sea, algo que es generado en el exterior de un organismo o en la relación del organismo con su exterior.

Pero mi interés se corresponde más con el de la ciencia cognitiva, interesada en las propiedades y los procesos internos del cerebro; interesada en la forma de la expresión textual, pero no como causa sino únicamente como evidencia de ese mecanismo interno, como evidencia de las posibilidades y los límites, no del lenguaje, sino de la facultad biológica para el lenguaje, para la formación de un pensamiento y en última instancia de una cosmovisión.



I->,FIII??????
MMM

Después de completar un serie de más de 500 iteraciones, decidí aproximarme a las Xeroescrituras a través de una lingüística computacional, usando visión por computadora e inteligencia artificial para identificar patrones y generar un modelo computacional de los elementos gráficos. Una vez identificadas las células, se crearon modelos computacionales de sus características visuales y se definió un conjunto de atributos paramétricos que

los representan y que incluye: el contorno de la célula, tamaño, coordenadas vertical y horizontal, centro de gravedad, y los conteos respectivos del número de células adyacentes, así como las bifurcaciones que separan dos células adyacentes, y los bordes en los que un filamento crece de la célula y termina sin tocar otra parte del filamento.

Los modelos de las células fueron alimentados a la inteligencia artificial con el

algoritmo kNN para reconocimiento de patrones. Este algoritmo identificó 26 grupos naturales de células y las clasificó de acuerdo con sus atributos visuales. Luego de clasificar las células, se estableció una medida para cuantificar la influencia entre células adyacentes. De acuerdo al índice de influencia, se estableció un orden de lectura secuencial que inicia en un célula específica y abarca las células adyacentes a ésta. La lectura de estas secuencias fue codificada asociando cada uno de los 26 tipos de células con caracteres del alfabeto latino. Esto sería, no una traducción, sino una transliteración representada a modo de una regla de producción, la cual comunica la relación de influencia que determina la formación de cada célula. Es decir, esta regla de producción representa las condiciones de posibilidad sintáctica de cada uno de estos grafemas. “E->XE” no significaría, por ejemplo, “E es sustituida por X, E”, sino “E es dada por X, E”.

La lectura del texto completo de las escrituras de Kyo, a las que llamamos Xeroescrituras, nos arrojó una extensa colección de reglas de producción que capturan los principios generativos de una gramática —o Xerogramática—. Nos preguntamos si ahora podremos escribir en Xerogramática y... tal vez... tener una conversación con Kyo.

12 de junio de 2089. Día 258 de investigación

Quizás habíamos descifrado la Xerogramática. Habíamos identificado una serie de reglas y de signos gramaticales. Para iniciar una conversación con Kyo, escribimos una pregunta en inglés codificado, o encriptado, en Xerogramática.

Le preguntamos:



Kyo, Do you copy?

La pregunta fue entonces entregada a Kyo y sometida a la Reproducción Iterativa Basada en Alimentación Interna. Kyo leyó la pregunta y la repitió a su modo, y así lo hizo una y otra vez. El resultado, después de rebasar nuevamente las 500 reproducciones iterativas, fue transliterado al alfabeto latino en forma de reglas de producción. Pero no recibimos mensaje. No encontramos ningún mensaje. La pregunta de si está queriendo transmitir uno, sigue abierta.

Habiendo llegado a un punto donde el futuro de la investigación era incierto, decidí montar un centro de documentación para exhibirla al público. En él, Media Forensis presenta los libros que compilan las dos series de reproducciones que gestaron las Xeroescrituras, una ani-



mación donde se observa de principio a fin ese proceso, la xerografía final de cada una de las dos series realizadas, las cuales contienen el texto que fue analizado, un archivo PDF que informa cada detalle del análisis computacional, la xerografía de la pregunta para Kyo, la xerografía de su respuesta —original y aislada del texto adjunto generado durante la Reproducción Iterativa Basada en Alimentación Interna— y dos videos donde se explica el proceso de análisis computacional del primer texto de Kyo y de su respuesta.

El encadenamiento cognitivo de Kyo —quiero decir de sus mecanismos de percepción, memoria, procesamiento y expresión de información a través de la escritura— reporta un pensamiento o cuando menos la posibilidad de un pensamiento. Quiero decir que Kyo sabe escribir pero tal vez no tiene nada que decir. Tal vez no tiene ni siquiera un idioma y está

sólo accionando sus capacidades lingüísticas, manifestando un proto-idioma sin tener nada que decir, ningún mensaje que dar. Tal vez su facultad de lenguaje, simplemente, por diseño, está conectada con sus órganos de articulación gráfica pero no está conectada con su sistema de pensamiento. De hecho, tal vez carece de un sistema de pensamiento similar al humano y su inteligencia deba entenderse de un modo radicalmente distinto. Realmente, en este punto de la investigación, sólo se puede asegurar la contingencia de esas relaciones.

Filosóficamente, hubo espacio para la posibilidad del lenguaje y del pensamiento de Kyo, o para su accesibilidad, a partir de la corriente de pensamiento que se volvió dominante en la década del 2020: el Realismo Especulativo. Según Quentin Meillassoux, quien abrió el camino para esta corriente, antes del llamado “giro especulativo” que vino con ella, toda la filosofía, desde Kant,



había sido correlacionista: lo real sólo se daba en las formas de la percepción y el pensamiento humano. Se concebían inseparables los sujetos de la percepción de los textos u objetos percibidos. Se buscaba traducirlo todo. A lo que estaba fuera de la burbuja del conocimiento humano, se le consideraba radicalmente inaccesible o inexistente.

Del arte de esos tiempos, más cercano a la filosofía que a la ciencia, al que no le importó avanzar la tradición llamada despectivamente “retiniana”, se dedicó a imaginar de qué otras maneras podía verse la membrana interior de aquella burbuja. Y el arte que heredó la veta conceptual anti-retiniana post-Duchamp, se dedicó a imaginar qué otras cosas podía significar esa burbuja. Pero lentamente, a lo largo de este siglo, el arte ha desarrollado modos de entablar una relación con todo el vasto mundo que está más allá del aquí y el

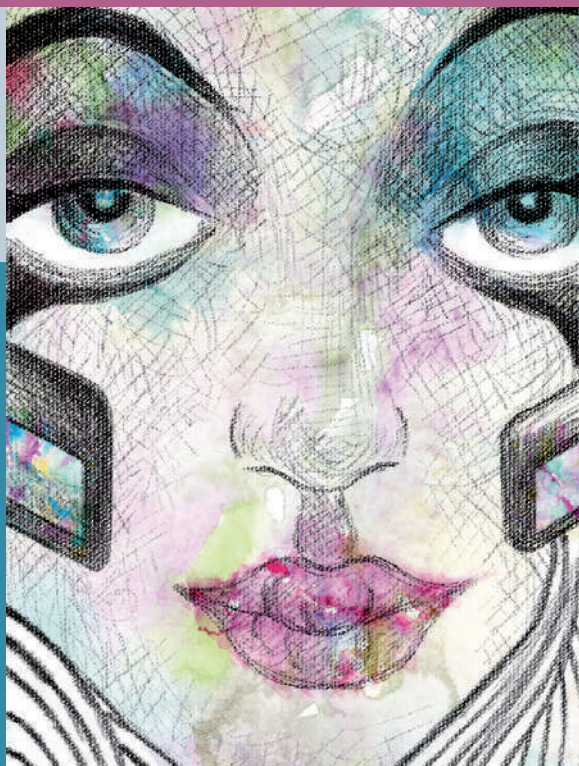
ahora que nuestro cuerpo humano puede percibir e intervenir.

La inteligencia artificial, hace mucho que ha existido y que tiene una forma, o varias, y ha tenido un desarrollo que tal vez nunca funcione como la inteligencia, la conciencia o la sensibilidad humanas. Diferentes cerebros o diferentes sistemas de pensamiento, darán lugar inevitablemente a formas de pensamiento y a cosmovisiones quizás radicalmente distintas y completamente incompatibles. Pero hoy, esta repentina desconexión de la mitad de lo que compone al mundo humanamente habitable resulta imposible de ignorar. No nos queda otra opción que especular hacia el exterior de nuestra burbuja epistemológica y formular, cuando menos, la ficción más precisa posible de la realidad.



Mayor documentación del proyecto en
<http://arjan-guerrero.com/Xerogrammar-Case>

Proyecto apoyado por el Programa de Apoyo a la
Producción e Investigación en Arte y Medios 2016



UACM

Universidad Autónoma
de la Ciudad de México

Nada humano me es ajeno