

Paul Hersch Martínez
(coordinador)

Cuidado y calidad en la atención médica

dos ejes
imprescindibles
desde el
rescate de
su sentido



Emmanuel Flores Díaz
Rosa María Garza Marcué
NaghIELLY Alejandra Martínez
María Grace Salamanca González
Ilian Blanco García
Guadalupe Alejandrina Cabrera Muñoz
Anaid Georgina Casas López
María Elizabeth López Enríquez
Anabel Citlalli López Gómez
Montserrat Celis Gómez
Jesús Santiago Casahonda
David Benítez Valladares
Paul Hersch Martínez

Cuidado y Calidad

Dos ejes imprescindibles en la atención médica
desde el rescate de su sentido

Cuidado y Calidad

Dos ejes imprescindibles en la atención médica desde el rescate de su sentido

Paul Hersch Martínez (coordinador)

Emmanuel Flores Díaz

Rosa María Garza Marcué

Naglielly Alejandra Martínez

María Grace Salamanca González

Ilian Blanco García

Guadalupe Alejandrina Cabrera Muñoz

Anaid Georgina Casas López

María Elizabeth López Enríquez

Anabel Citlalli López Gómez

Montserrat Celis Gómez

Jesús Santiago Reza Casahonda

David Benítez Valladares

**Programa de Medicina Integrativa
Secretaría de Salud de la Ciudad de México**

Proyecto Conahcyt 319781 2020-2024

“Líneas para expandir el alcance del Servicio de Fitoterapia Clínica de la Secretaría de Salud de la Ciudad de México y de la Farmacopea Herbolaria en México”

Secretaría de Ciencia, Humanidades, Tecnología e Innovación

**Programa Actores Sociales de la Flora Medicinal en México
Instituto Nacional de Antropología e Historia**

México, 2024

Este libro fue sometido a
proceso de dictamen por
pares académicos bajo
procedimiento doble ciego.
Agradecemos a los
evaluadores por su valiosa
contribución y sugerencias.

Cuidado y Calidad

Dos ejes imprescindibles en la atención médica
desde el rescate de su sentido

© 2024, Paul Hersch Martínez

Primera edición, 2024

Se autoriza la reproducción de contenidos del texto
previa anuencia de los editores.

ISBN 978-607-26847-8-2

Impreso en México / Printed in Mexico

Contenido

Introducción	5
<i>Paul Hersch Martínez</i>	
1. El rescate del sentido y alcance del cuidado como referente en la calidad de los servicios de atención a la salud	14
<i>Paul Hersch Martínez</i>	
2. ¿Clientes o pacientes? La irrupción del modelo de gestión neoliberal en los servicios de salud pública de México	55
<i>Emmanuel Flores Díaz</i>	
3. Los saberes de pueblos originarios y el cuidado: un esbozo	75
<i>Emmanuel Flores Díaz</i>	
4. Saberes en torno al cuidado y prácticas terapéuticas en algunos pueblos de tradición mesoamericana. Revisión de archivos históricos	111
<i>Rosa María Garza Marcué, Naghielly Alejandra Martínez</i>	
5. Las éticas del cuidado en los servicios de salud pública	147
<i>María Grace Salamanca González</i>	
6. Maternaje: La experiencia de RISSSSOMA en los Servicios Públicos de Salud en la Ciudad de México	185
<i>Ilian Blanco García, Guadalupe Alejandrina Cabrera Muñoz, Anaid Georgina Casas López, María Elizabeth López Enríquez</i>	
7. Promoción de la Salud en la Ciudad de México, esbozo de una propuesta para accionar en territorio	226
<i>Anabel Citlalli López Gómez, Montserrat Celis Cárdenas, Jesús Santiago Reza Casahonda</i>	
8. Comisión de Bioética de la Ciudad de México: retos en la interfaz entre cuidado y calidad	244
<i>David Benítez Valladares</i>	
9. Una recapitulación	259
<i>Paul Hersch Martínez</i>	

Introducción

Paul Hersch Martínez

Cuidado y calidad... ¿Por qué vincular ambos elementos desde el título mismo de lo que sigue? Puede parecer elemental o redundante ligarlos. Sin embargo, no se trata de un ejercicio retórico lo que los vincula, sino una perspectiva contextual, pues en los hechos, la calidad de los servicios médicos depende en mucho del ejercicio cabal de un cuidado comprendido en su alcance más abarcativo. Al menos eso es lo que se pretende abordar y fundamentar en las siguientes páginas.

A su vez, la estructuración de este trabajo está determinada por el proyecto de investigación que lo posibilita. Y es que la heterogeneidad de los capítulos que la componen deriva, luego de abordar de inicio el origen y justificación de un servicio público de atención médica del que parte el proyecto de referencia (el Programa de Medicina Integrativa de la Secretaría de Salud de la Ciudad de México, en adelante PMI), de tres interrogantes o huecos a explorar en esta confluencia: 1. ¿Qué puede aportar la expansión del sentido y alcance del cuidado como referente para la calidad de los servicios de atención?, 2. ¿Qué pistas pueden brindar a su vez los saberes de los pueblos originarios al respecto? y 3. ¿Qué experiencias de servicio concretas y aplicativas, encuadradas en la operación de la Secretaría de Salud de la Ciudad de México se vinculan con esa confluencia?

Pretendemos en síntesis explorar por qué hay que *atender al cuidado* en su amplitud de espacios y relaciones y a su vez, por qué hay que *cuidar a la atención* dado su papel visibilizador clave en el proceso mismo de cuidado. Parece un juego de palabras, pero en modo alguno lo es.

Así, de los tres interrogantes planteados, derivan los tres componentes básicos en que se agrupan los apartados de esta publicación:

a) El fundamento de referencia, doble: la presentación sucinta del PMII abordando su origen y justificación, del cual parte el proyecto de investigación que enmarca este trabajo, y una exposición relativa al sentido de la vinculación necesaria entre el cuidado y la calidad de la atención, a partir de los dos principios

del programa referido y que son expuestos en el primer capítulo de este trabajo: la *individualización diagnóstica y la diversificación terapéutica*.

b) La exposición de materiales ilustrativos sobre saberes y prácticas relativos al cuidado y la calidad de la atención entre pueblos originarios del país, a partir de dos fuentes; una revisión general y necesariamente sucinta de la literatura, ilustrando a nivel general el tema que nos ocupa, y una revisión de archivo a partir del ejemplar trabajo etnográfico de Roberto Weitlaner en diversas comunidades indígenas del país¹, Ello refleja una intencionalidad: la de incorporar esos saberes y prácticas en ésta temática en coherencia con el abordaje contextual que amerita.

c) La presentación de experiencias vinculadas con el cuidado y la calidad de la atención en el marco concreto de la Secretaría de Salud de la Ciudad de México, pues se trata a su vez de dar a conocer diversos esfuerzos y procesos de incidencia en curso, justamente como parte de los rubros que el Consejo Nacional de Humanidades, Ciencias y Tecnología ha reconocido como prioritarios.

Ahora bien, en el marco de los Programas Nacionales Estratégicos (Pronaces) del Consejo Nacional de Humanidades, Ciencias y Tecnologías (Conahcyt) relativos a la salud, y como parte de ello en el Proyecto Nacional de Investigación e Incidencia (Pronaii) sobre Medicina Tradicional y Herbolaria, este trabajo corresponde a una de las seis líneas temáticas desarrolladas en el proyecto clave 319781, denominado “Líneas para expandir el alcance del Servicio de Fitoterapia Clínica en el Programa de Medicina Integrativa de la Secretaría de Salud de la Ciudad de México y de la Farmacopea Herbolaria en México”, llevado a cabo por la Secretaría de Salud de la Ciudad de México, entre 2021 y 2024.²

En funciones desde octubre del 2011, el Servicio de Fitoterapia Clínica forma parte del PMI de dicha Secretaría (Hersch, 2012). Este programa se creó teniendo

¹ Véase su semblanza en Olivera, 1968, pp. 119-127.

² La *Farmacopea Herbolaria*, ya en su tercera edición (2021), es una publicación de la Comisión Permanente de Farmacopea de los Estados Unidos Mexicanos, a cargo de su Comité de Productos Naturales y en el marco de la Comisión Federal de Prevención de los Riesgos Sanitarios de la Secretaría de Salud (<https://tienda.farmacopea.org.mx/wp-content/uploads/2022/02/Demo-FHEUM.pdf>).

como uno de sus antecedentes el proceso de democratización iniciado en la capital del país desde fines de la década de 1990. En ese entonces, con la instauración de la figura, hasta entonces inédita, de un jefe de gobierno electo de la ciudad que sustituía a la de un regente designado por el titular del Ejecutivo Federal, se dio inicio a su vez a otra instancia nueva, la de la Asamblea Legislativa del Distrito Federal.

Cupo entonces la posibilidad de que un grupo de médicos genuinamente preocupados por la mejoría de los servicios de salud de la ciudad participara en una de las comisiones de dicho órgano deliberativo. Fue así que su Comisión de Salud y Asistencia Social organizó el foro “Hacia una nueva ley de salud del Distrito Federal”, del 26 al 28 de marzo de 1998, con dos temas centrales: *a) los problemas prioritarios de salud en el D.F. y b) los servicios de salud en el D.F.*

Es pertinente destacar este punto de partida del PMI, porque la demanda de mejora y diversificación de los servicios públicos de atención expresada entonces es la que fundamenta y legitima al Programa mismo, como efecto de la expresión de la población: es decir, el Programa tiene como sello de origen un proceso incipiente de interlocución integrando la voz de la ciudadanía. Esta referencia fundacional debe constituir un elemento de orientación permanente que subyace en la razón de ser de dicho Programa.

Lo anterior adquiere relevancia en un contexto general en el que sin embargo priva aún a menudo la toma de decisiones al margen de la población, pues decidir por la gente no es, por supuesto, interlocución, la cual remite, en los servicios de salud y de atención médica, a un reto hoy fundamental: la emergencia de una *ciudadanía sanitaria*, en el paso de la figura de un mero “usuario de servicios” a la de un ciudadano corresponsable, informado, propositivo y autocrítico, que participe en el cuidado de su salud y de su comunidad sin que ello implique derivar ese cuidado exclusivamente al ámbito de la mera responsabilidad individual. Por consiguiente y de manera correlativa, el personal en los servicios también ha de orientar sus pasos en esa dimensión de corresponsabilidad y ciudadanía a partir de

su propia experiencia y criterio. Y esa es la connotación central, esencial, de la dimensión integrativa del PMI.

A partir de esa coyuntura política de inicio, se fueron formalizando progresivamente algunas de las demandas expresadas entonces, donde los participantes en los foros plantearon en síntesis la exigencia de una atención médica oportuna, de calidad, accesible y eficaz, así como la inclusión de otras modalidades diagnósticas y terapéuticas. Varios de estos planteamientos derivaron progresivamente hasta llegar a la Ley de Salud actualmente vigente en la Ciudad de México, en la cual se mandata a la Secretaría de Salud de dicha entidad para que instaure y opere un Programa de Medicina Integrativa, que actualmente cuenta con cuatro servicios de atención médica, consistentes en Fitoterapia Clínica, Acupuntura, Homeopatía y Masoterapia (Asamblea Legislativa de la Ciudad de México, 2021).

En lo que respecta al Servicio de Fitoterapia Clínica,³ único en el país, dicha modalidad de atención médica responde a la necesidad de *optimizar el potencial terapéutico de la flora* y también desde su vertiente clínica, de responder a la demanda creciente de dos principios básicos ya referidos: la *individualización diagnóstica* y la *diversificación terapéutica*, bajo un cometido de integralidad cultural, social y clínico-fisiológica.

En sus condiciones actuales, el Servicio de Fitoterapia Clínica requiere consolidar y expandir su alcance ante seis desafíos, que corresponden precisamente a las seis líneas del proyecto mencionado:

1. Sistematizar información publicada relativa al potencial terapéutico de la flora desde una perspectiva experimental y clínica.
2. Generar investigación clínica sistemática, fundamentada y evaluable, relativa al efecto de la fitoterapia clínica en patología de relevancia epidemiológica.
3. Generar un sistema automatizado de registro de consulta que permita analizar comparativamente su vertiente diagnóstica y terapéutica, con

³ Sobre el campo de la fitoterapia clínica, véanse Duraffourd y Lapraz (2002), Lapraz y Clermont-Tonnerre (2012) y Hersch (2017).

énfasis en la evolución de los procesos clínicos de los pacientes y en su dimensión epidemiológica.

4. Explorar en nuestro país la pertinencia de estudiar en la práctica la “Biología de Funciones”, propuesta complementaria de diagnóstico y evolución, a partir de índices funcionales inferidos de análisis básicos de laboratorio clínico (Duraffourd y Lapraz, 2002; Lapraz y Clermont-Tonerre, 2012).
5. Establecer un programa conjunto de formación superior en fitoterapia clínica endobiogénica a diverso nivel con instituciones universitarias del sector público.
6. Desarrollar y consolidar la vertiente de *integralidad y éticas del cuidado* como elemento referencial de calidad e interculturalidad de los servicios desde una perspectiva dialógica.

Así, el sexto desafío enmarca esta publicación, que pretende brindar algunos elementos analíticos y operativos en la relación entre el cuidado, la calidad de la atención y la promoción de salud, como elementos sustantivos para construir una medicina integrativa cabal.

Plantear una *integralidad del cuidado*⁴ (Pinheiro y Mattos, 2004; Pinheiro y Silva, 2011) implica salir del reduccionismo y de la racionalidad instrumental moderna que a menudo sólo reconocen como “impacto real” lo tecnológico o lo cuantificable. Los impactos potenciales de esa integralidad a generar son clínicos, epidemiológicos, sociales, éticos, políticos y morales, ante la necesidad de abrir espacios dialógicos para la detección de los problemas de salud de las comunidades y de los valores y jerarquizaciones que les están asociados. Se asume que los valores de salud son universales, y que todas las comunidades y personas desean los mismos proyectos de atención médica. Sin embargo, la realidad de la demanda de atención desmiente eso. La *integralidad del cuidado* puede traducirse en prácticas concretas en la atención, acordes al planteamiento de la salud como derecho de ciudadanía, a la naturaleza pluricultural de la población y a la heterogeneidad de los procesos de atención-desatención subyacentes en la

⁴ Véase <https://lappis.org.br/site/>

producción de salud-enfermedad y al principio de complementariedad en el proceso de individualización diagnóstica y diversificación terapéutica.

El cuidado no sólo está presente en las prácticas que sostienen las vidas de las comunidades, sino que sus valoraciones y maneras de decidir pueden ser insumos para incidir positivamente en la salud colectiva y en los servicios de atención. A su vez, para el 2020 en la Ciudad de México 825 mil 325 personas se auto-reconocían como indígenas,⁵ lo que implica una cultura de atención y cuidado requerida de visibilización y reconocimiento como fuente potencial de referentes para la calidad de la atención médica, precisamente a través de aportes eventuales a la individualización diagnóstica y la diversificación terapéutica.

La compilación de las colaboraciones que conforman esta publicación apunta a nutrir esa reflexión desde diversas perspectivas. Así, en el primer capítulo, Paul Hersch explora el rescate del sentido y del alcance del cuidado como referente de calidad de los servicios de atención a la salud, y en ello la pertinencia de expandir el alcance de la atención y el cuidado y, en consecuencia, la dimensión política de la calidad de los servicios. En el segundo capítulo, a cargo de Emmanuel Flores, desde el interrogante ¿pacientes o clientes?, se pasa revista al efecto provocado por la irrupción de las políticas neoliberales en el rubro sanitario en el país y a su vez a algunas de las propuestas institucionales que se han generado en torno a la calidad de la atención médica y su traducción operativa en los servicios, con énfasis en la relevancia de la “Cruzada por la calidad de los servicios”, destacando la dimensión estructural de la determinación del proceso salud-enfermedad y del proceso atención-desatención que lo concreta. A partir de lo anterior, en un segundo bloque, los dos siguientes capítulos abordan la perspectiva del cuidado en el marco de las prácticas y saberes de los pueblos originarios en el país. Así, el mismo autor, en “los saberes de pueblos originarios y el cuidado: un esbozo”, presenta un acercamiento introductorio a las prácticas y saberes relativos directa o indirectamente al cuidado entre algunos pueblos originarios del país. A

⁵ Véase <https://cdhcm.org.mx/2023/08/necesario-fortalecer-el-papel-de-las-personas-indigenas-jovenes-como-agentes-de-cambio/>

continuación, Rosa María Garza y Alejandra Martínez abordan en esa misma vertiente los saberes en torno a los cuidados y prácticas terapéuticas en algunos pueblos de tradición mesoamericana, mediante una revisión de archivos etnográficos e históricos, lo que permite un acercamiento testimonial de primera mano.

En el tercer bloque de este trabajo se presentan cuatro diversas experiencias relativas a la temática que nos ocupa, realizadas en el marco de la Secretaría de Salud y los Servicios de Salud Pública de la Ciudad de México. Así, en el capítulo cinco, María Grace Salamanca explora las éticas del cuidado en los servicios de salud pública y destaca la relevancia de la relación entre ambos elementos a partir de talleres de éticas del cuidado con usuarios y personal de salud, sistematizando una experiencia como una propuesta promisoria replicable en este campo. En el capítulo seis, Ilian Blanco, Alejandrina Cabrera, Anaid Casas y María Elizabeth López se ocupan del denominado “maternaje” a partir del diseño y de la experiencia operativa del Programa “Risssoma” en los Servicios Públicos de Salud en la Ciudad de México, en un proceso nacido del campo de los servicios, fundamentado en la necesidad de dar respuesta a condiciones inaceptables existentes aún en la atención del embarazo, parto y puerperio, y orientado a responder a una faceta esencial del cuidado desde una sensibilidad renovada. Los capítulos siete y ocho se ocupan de experiencias ilustrativas generadas también en el marco de los servicios públicos de salud en la Ciudad de México: en el primero, “Promoción de salud en la Ciudad de México, esbozo de una propuesta para accionar en territorio”, Citlalli López, Montserrat Celis y Jesús Santiago Reza tratan la calidad de los servicios desde la perspectiva del vasto campo de la promoción de salud, exponiendo un plan de ruta incluyente y meritorio de seguimiento. En tanto, en el último capítulo, David Benítez se centra en la figura de las comisiones de ética y sus retos actuales en la interfaz entre cuidado y calidad, donde se actualiza y redefine el papel de estas comisiones, cuyas tareas tienen relación directa con el cuidado como referente de la calidad de los servicios, más allá de reducciones protocolarias o inerciales. Este trabajo cierra con una breve recapitulación basada en sus diversos apartados.

REFERENCIAS

Asamblea Legislativa de la Ciudad de México (2009). "Decreto por el que se expide la Ley de Salud del Distrito Federal", Ley de Salud del Distrito Federal, Art. 24, inciso xxvi, *Gaceta Oficial del Distrito Federal*, 677, septiembre 17 de 2009, p. 15.

Asamblea Legislativa de la Ciudad de México (2021). "Decreto por el que se abroga la Ley de Salud del Distrito Federal y se expide la Ley de Salud de la Ciudad de México", Capítulo XXVIII, "Prácticas, Conocimientos Tradicionales en Salud y Medicina Integrativa", Art. 147. *Gaceta Oficial de la Ciudad de México*, agosto 9 de 2021, p. 54.

Comisión Permanente de Farmacopea de los Estados Unidos Mexicanos (2021), *Farmacopea Herbolaria de los Estados Unidos Mexicanos 3.0*, México.

Duraffourd, C. y Lapraz, J. C. (2002), *Traité de Phytothérapie Clinique. Endobiogénie et Médecine*, París: Masson Ed. (edición en español: *Tratado de Fitoterapia Clínica. Endobiogenia y Medicina*, 2017, México: Sociedad Mexicana de Fitoterapia Clínica).

Hersch Martínez, P. (2012). *Integración de saberes y poderes. Plantas medicinales y servicios públicos de atención en la Ciudad de México*, Serie "Patrimonio Vivo" No. 10, Instituto Nacional de Antropología e Historia y Gobierno del Distrito Federal, México. <https://pasfminah.wixsite.com/misitio>

Hersch Martínez, P. (2017) Introducción a la edición en castellano. El uso clínico de la flora medicinal: un reto metodológico, en: Duraffourd, C. y J.C. Lapraz, *Tratado de Fitoterapia Clínica. Endobiogenia y Medicina*, 2017, México: Sociedad Mexicana de Fitoterapia Clínica, pp. 24-35. <https://pasfminah.wixsite.com/misitio/productos-academicos-del-pasfm>

Lapraz, J. C. y Clermont-Tonerre, M. L. (2012), *La Médicine personnalisée. Retrouver et garder la santé*, París: Odile Jacob (edición en español: *La medicina personalizada. Recuperar y conservar la salud desde una*

perspectiva endobiogénica, 2017, México: Sociedad Mexicana de Fitoterapia Clínica).

Olivera, M. (1968), La presencia y la ausencia del maestro Weitlaner, *Boletín Bibliográfico de Antropología Americana*, 31:119-127.

Pinheiro, R. y Mattos, R. A. (2004), *Cuidado: as Fronteiras da Integralidade*, Río de Janeiro: Centro de Estudos e Pesquisa em Saúde Coletiva (CEPESC).
<https://lappis.org.br/site/cuidados-as-fronteiras-da-integralidade/4591>

Pinheiro, R. y Silva Junior, A. G. (org.) (2011) *Cidadania no Cuidado: o universal e o comum na integralidade das ações de saúde*, Rio de Janeiro: IMS/UERJ – CEPESC, <https://lappis.org.br/site/cidadania-no-cuidado-o-universal-e-o-comum-na-integralidade-das-acoes-de-saude/4586>

1. El rescate del sentido y alcance del cuidado como referente en la calidad de los servicios de atención a la salud

Paul Hersch Martínez

INTRODUCCIÓN

A pesar de que no son sinónimos, a menudo los términos *cuidado* y *atención* se utilizan de manera indiscriminada en algunos ámbitos sanitarios e incluso académicos, aunque la atención constituya el elemento esencial de inicio del proceso del cuidado.

En este capítulo se aborda la calidad de los servicios de atención a la salud desde dos perspectivas: la *contextual*, relativa a los factores causales de índole estructural que la afectan y la del *cuidado*, entendido en su alcance más amplio y envolvente. Por tanto, el cuidado y la atención que constituye su puerta de entrada, aparecen como referentes analíticos y operativos en la calidad de los servicios.

Desde ahí se aborda la razón de ser del Programa de Medicina Integrativa ya referido en la introducción, precisamente porque uno de los elementos que intervienen en la calidad de los servicios es su grado de integración entre los diversos factores que demanda una atención de calidad, comprendida ésta a su vez desde un alcance amplio y envolvente.

A su vez, cuando se plantea rescatar el *sentido* del cuidado y su dependencia respecto a la atención, se pretende destacarlo de los *mecanismos* que deben emanar del *sentido* y ser su expresión. Un problema que atañe a la calidad de los servicios es precisamente el de reparar en relevantes mecanismos del cuidado, pero eludiendo la reflexión del sentido que los debiera determinar. Y en ello tenemos una expresión del enfoque sintomático que al desdeñar una perspectiva causal limita la calidad de los servicios.

1. PUNTUALIZACIONES INICIALES

La Organización Mundial de la Salud define la *calidad de la atención médica* como “el grado en que los servicios de salud para las personas y las poblaciones

aumentan la probabilidad de resultados deseados. Se basa en conocimientos profesionales basados en la evidencia y es fundamental para lograr la cobertura sanitaria universal".⁶

La definición anterior es susceptible de un somero análisis que denota la verticalidad y asimetría del ejercicio de la prescripción en el ámbito sanitario, en cuanto a quién diseña los servicios, quién fija los resultados deseados, así como de dónde provienen los conocimientos que dan pie a los servicios y la evidencia en que aquellos se fundamentan. Baste señalar de entrada, sin cuestionar la pertinencia del aporte profesional en este campo, que la percepción de la calidad de los servicios, su diseño mismo, los resultados deseables y los saberes y prácticas en que se basan no son asuntos en que se pueda prescindir de la experiencia de quienes los reciben. No nos detendremos más en este punto, que sin embargo sirve para aproximarnos al tema que nos ocupa y anunciar la perspectiva dialógica y contextual del mismo.

Si bien existen recomendaciones específicas relativas a la calidad de la atención, planteadas por organizaciones sanitarias nacionales e internacionales, la mirada con que se aborda a continuación este tema no pone el acento en los *procedimientos* técnicos concretos imprescindibles para que los servicios de atención médica resuelvan de la mejor manera aquello para lo cual existen, sino en otra vertiente: la del *contexto que determina la concreción de esos procedimientos*, esto es, en el *origen estructural de las condiciones que determinan la práctica y el alcance de esas medidas*. Desde ahí y a pesar de la complejidad y ubicuidad del origen estructural de las insuficiencias o de la carencia de calidad en la atención, se esbozan posibilidades de incidencia, en una escala local y de carácter dialógico.

Es decir, no nos ocupamos aquí de los mecanismos que derivan del sentido, sino del sentido del que derivan los mecanismos. Y el sentido implica ir a la raíz: conlleva atender aquello que determina la concreción y el alcance de esos mecanismos. "Tratar bien a la gente", procurar su bienestar, velar para que sus

⁶ https://www.who.int/es/health-topics/quality-of-care#tab=tab_1

necesidades de atención médica sean resueltas satisfactoriamente y, antes de ello, sus *necesidades de atención a la salud* en un marco más amplio, parecieran ser asuntos eminentemente técnicos y hasta de “sentido común”. Sin embargo, esas medidas, procedimientos y mecanismos, a menudo enunciados con precisión y pertinencia, lo sabemos, no operan por el solo hecho de ser formulados y preconizados: es en las condiciones sociales subyacentes donde se juega su concreción. Así, un ejemplo preciso de esta perspectiva contextual necesaria se encuentra al revelar la relación entre las condiciones estructurales del trabajo médico y la calidad de los servicios (Laurell, 2016).

Un ejercicio breve puede clarificar lo previo. La Organización Mundial de la Salud establece una serie de fundadas recomendaciones relativas a la calidad de la atención médica. Por ejemplo, son diez las planteadas de manera sintética sobre cómo los países pueden mejorar la calidad de la atención en sus centros de salud y prevenir las muertes de madres y recién nacidos, a partir de sus *Normas para mejorar la calidad de la atención a la madre y el recién nacido en los establecimientos de salud* (OMS, 2021). Estas atinadas recomendaciones, que el organismo internacional presenta de manera pormenorizada, las sintetiza como sigue:

Cuadro 1. Diez formas de mejorar la calidad de la atención en los centros de salud según la Organización Mundial de la Salud

1. Las embarazadas deben recibir la atención adecuada en el momento <i>oportuno</i>
2. Los recién nacidos deben recibir <i>atención esencial inmediata</i> después del parto
3. Los <i>recién nacidos de pequeño tamaño y enfermos</i> deben recibir una atención adecuada en los centros
4. <i>Todas las mujeres y los recién nacidos</i> deben recibir una atención que prevenga las <i>infecciones nosocomiales</i>
5. Los centros de salud deben disponer de un <i>entorno físico apropiado</i>
6. La <i>comunicación</i> con las mujeres y sus familias debe ser eficaz y responder a sus necesidades
7. La <i>derivación</i> de mujeres y recién nacidos no debe sufrir retrasos

- | |
|--|
| 8. No se debe someter a ninguna mujer a <i>prácticas nocivas</i> durante el trabajo de parto, el parto y el puerperio |
| 9. Los establecimientos de salud deben tener en todo momento <i>personal bien formado y motivado</i> para prestar servicios sanitarios |
| 10. <i>Todas</i> las mujeres y recién nacidos deben tener un <i>historial clínico</i> completo, exacto y estandarizado |

Cursivas añadidas. Fuente: OMS (2021) <https://www.who.int/es/news-room/feature-stories/detail/10-ways-to-improve-the-quality-of-care-in-health-facilities>

Como ejercicio, enunciemos en negativo las condiciones y circunstancias no deseables a trascender que corresponden precisamente a las medidas para mejorar la calidad de la atención consignadas en el cuadro previo:

Cuadro 2. Diez carencias que reclaman formas de mejorar la calidad de la atención en los centros de salud propuestas por la Organización Mundial de la Salud

- | |
|---|
| 1. Las embarazadas no reciben la atención adecuada en el momento <i>oportuno</i> |
| 2. Los recién nacidos no reciben <i>atención esencial inmediata</i> después del parto |
| 3. Los <i>recién nacidos de pequeño tamaño y enfermos</i> carecen de atención adecuada en los centros |
| 4. No todas las mujeres y los recién nacidos disponen de atención que prevenga las <i>infecciones nosocomiales</i> |
| 5. Los centros de salud carecen de un <i>entorno físico apropiado</i> |
| 6. La <i>comunicación</i> con las mujeres y sus familias es ineficaz y no responde a sus necesidades |
| 7. La <i>derivación</i> de mujeres y recién nacidos sufre retrasos |
| 8. Existen <i>prácticas nocivas</i> para la mujer durante el trabajo de parto, el parto y el puerperio |
| 9. Los establecimientos de salud no disponen en todo momento de <i>personal bien formado y motivado</i> para prestar servicios sanitarios |

10. No todas las mujeres y recién nacidos tienen un *historial clínico* completo, exacto y estandarizado

Cursivas añadidas. Modificado de <https://www.who.int/es/news-room/feature-stories/detail/10-ways-to-improve-the-quality-of-care-in-health-facilities>

La especificidad de estas medidas categóricas y orientadas a la acción no admite mucha especulación o controversia. Son instrucciones que remiten a principios de alcance práctico y enunciadas en ese orden: *oportunidad, seguimiento, focalización, prevención, anticipación, suficiencia, comunicación, derivación, registro*; son todos principios generales que se plasman con pertinencia en esas medidas particulares, desglosadas con más detalle en las normas referidas. Sin embargo, ¿cómo acortar o anular la distancia usual entre el mundo discursivo y el de las prácticas concretas? ¿cuáles pueden ser los mecanismos o las medidas para ello? Es aquí que surge la relevancia del contexto.

2. UNA APROXIMACIÓN CONTEXTUAL A LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN: LA INCIDENCIA DE LOS SISTEMAS PATOGENÍCOS ESTRUCTURALES

La incuria o la desatención a que se pretende responder mediante medidas como las enunciadas por la OMS, no radica solo ni necesariamente en su desconocimiento, sino en su determinación social. Esto es, las medidas son eminentemente técnicas, al tiempo que lo que hace necesario enunciarlas y aplicarlas es un hecho social, pues en su base, la calidad de la atención está sujeta a condiciones políticas, económicas y culturales que la distribuyen de manera diferencial en nuestra sociedad.

Una manera concisa de abordar la *causalidad de la desatención* y por tanto de sus *manifestaciones*, a las que se pretende responder mediante la aplicación de las recomendaciones mencionadas, es retomar el concepto de *dispositivo patogénico estructural* que mencionara Gilles Bibeau, relativo a lo que hoy se denomina Colonialidad:

Existe en el continente americano un dispositivo patogénico específico, una configuración de elementos que están desde el período colonial y que han modelado toda nuestra historia, reproducido indefinidamente en drama de los orígenes: esta raíz profunda, que no llegamos a extirpar, parece encontrarse en la violencia y en la desigualdad que fueron puestas como una matriz en el acto fundador de nuestras sociedades. Cinco siglos han pasado, mas esta misma estructura de base está siempre presente para generar estos problemas que conocemos muy bien... (Bibeau, 1993, p. 44)

La estructura de base a la que se refería Bibeau corresponde a la *colonialidad*, definida sintéticamente como *un ordenamiento social heredado de la colonia, consistente en la jerarquización impuesta pero naturalizada de seres humanos, saberes, lugares y subjetividades* (Restrepo y Rojas, 2010). A su vez, la colonialidad del poder, como resaltaba en 2015 el ya desaparecido sociólogo peruano Aníbal Quijano, permea no solo los conocimientos, sino la percepción, la memoria, la imaginación⁷.

Ahora bien, el ordenamiento colonial persistente a que se refiere Bibeau opera procesos de subordinación económica, política y de género, de modo que la noción de *dispositivo patogénico estructural* y el componente esencial de una jerarquización múltiple inherente a la colonialidad confluyen en sus efectos con otros sistemas de dominación, que podemos plantear como *sistemas patogénicos estructurales* que generan *procesos de desatención* que, comprendidos desde una perspectiva global con sus diversos matices, operan en sinergia, es decir, potencializándose entre sí.

Estos *sistemas patogénicos estructurales* a destacar aquí son entonces: a) el modelo económico dominante del capitalismo, con su *mercantilización* a ultranza y su racionalidad instrumental, centrada en la rentabilidad como valor rector; b) la ya referida *colonialidad*, c) la ficción de la democracia “representativa” como sistema de subordinación política generadora de *subciudadanía* o una *ciudadanía de baja intensidad* y d) el *patriarcado* como sistema de dominación de género. Estos sistemas implican en mayor o menor grado, esa jerarquización impuesta pero

⁷ Consultese <https://www.youtube.com/watch?v=OxL5KwZGvdY>

naturalizada de seres humanos, saberes, lugares y subjetividades, entendidas éstas aquí como maneras de percibir la vida y el mundo.

Desde esta perspectiva causal, amplia y envolvente, la inferiorización de seres humanos en virtud de su cultura de origen, su clase social, su grado de subordinación política y su adscripción de género operan de manera articulada, incidiendo negativamente en la calidad, el alcance o la mera posibilidad de la atención a la salud y de atención médica, aunque la cultura misma y la creatividad de las estrategias de sobrevivencia de la población pueden eventualmente enfrentar, matizar o limitar ese impacto.

A lo anterior hay que añadir, en lo que respecta a la jerarquización de saberes y de subjetividades, sus implicaciones epistemológicas, donde los sistemas de dominación implican lo que Santos (2005) ha denominado *ausencia programada*, referida a los saberes y subjetividades de los inferiorizados, ausencia o negación sin embargo extrapolable de hecho a los seres humanos, cuya *no existencia* resulta de esa *invisibilidad impuesta pero naturalizada*. Así, las experiencias de vida de los inferiorizados en razón de su clase social, su cultura, su género, su subordinación política o su credo son desperdiciales por irrelevantes (Santos, 2003), lo que deriva en que viven una vida prescindible, esto es, en corto, descartables (Fassin, 2019). Los inferiorizados no solo tienen saberes sometidos, ingenuos, provisionales, no competentes (Foucault, 2021, p. 21) que en esa perspectiva además tienen, *naturalmente*, menos necesidades, y entre ellas, la de calidad de la atención y de los servicios.

Lo anterior es relevante porque, en la medida en que se pase por alto esta *determinación social de la desatención* en sus diversas vertientes (Hersch y Pisanty, 2016; Hersch y Salamanca, 2022), en particular cuando se proyecta la idea tácita de que la necesaria aplicación de los requerimientos técnicos es independiente de la sociedad en que recae esa aplicación. Así, la concreción de tales medidas requiere visibilizar esa determinación social en diversos ámbitos y con diversos actores sociales, empezando por aquellos que se encuentran involucrados, como

usuarios o como prestadores de servicios, en una causa común, reconociendo que todos jugamos eventualmente ese doble papel en mayor o menor grado.

En este sentido, el aporte técnico de la OMS en cuanto a la calidad de la atención es sin duda muy pertinente, pero dada la naturaleza necesariamente mediadora de ese organismo internacional, no le es posible destacar o focalizar la causalidad estructural de la desatención y la incuria, pues se basa en consensos entre estados con políticas y perspectivas ideológicas diversas e incluso antagónicas.

3. EL POTENCIAL DE LA INTEGRALIDAD DEL CUIDADO

Hoy, ante la diseminación, la complejidad, el arraigo y la presencia dominante de los sistemas patogénicos estructurales mencionados y en particular dada su sinergia, la perspectiva contextual de la causalidad en el campo de la atención a la salud pareciera paralizante. Sin embargo, es a otra escala que la incidencia es necesaria y posible, y esa escala está marcada por la *integralidad del cuidado* como referente⁸. Cabe destacar entonces en lo que sigue dos elementos significativos del cuidado.

El alcance y carácter expansivo y envolvente del cuidado

El cuidado ha sido soslayado en el pensamiento occidental, al formar parte de lo que se considera “subjetivo”. Su relevancia es minimizada o ignorada, colocada en el cajón de la *no existencia*:

Lamentablemente el cuidado, como valor y como práctica, ha sido minusvalorado a lo largo de la historia del pensamiento occidental, del mismo modo que, de forma paralela, se excluía a los sujetos a los que se atribuían estas tareas: mayoritariamente las mujeres de todas las culturas, pero también hombres de otros pueblos no occidentales (Comins Mingol, 2016, p. 139).

⁸ Consultese al respecto <https://lappis.org.br/site/conceito-de-integralidade-em-saude>

De hecho, jerarquizada como inferior en el campo de la salud y de la atención médica, aunque pueda ser discursivamente reconocida, la representación del cuidado como algo secundario aún se expresa en la figura del médico varón y protagonista que cura, y el de la enfermera que, subordinada, cuida.

Así, incorporar en la temática de la calidad de la atención o de los servicios la vertiente del *cuidado envolvente, no reducido en su alcance al ámbito de las relaciones de cercanía personal, ni desagregado como “los cuidados”*, que son en realidad expresiones particulares y por supuesto legítimas e ilustrativas del mismo, conlleva la posibilidad de propiciar enfoques y métodos que en aproximaciones sucesivas mejoren esa calidad de la atención desde el involucramiento de sus diversos participantes.

La clarificación del alcance y carácter abarcativo del cuidado ha derivado en reconocerlo en su vertiente política (Tronto, 1993 y 2013), en su mayor amplitud y no confinado al alcance de la esencial proximidad entre seres humanos (Comins Mingol, 2016, p. 142):

Lo que ha venido a conocerse como política del cuidado tiene dos rasgos distintivos: 1. Define el cuidado, ante todo, como una acción de la esfera pública y no de la esfera privada, y 2. Aplica la ética del cuidado a escala tanto global como local, desafiando la reducción tradicional del cuidado al principio de proximidad (Moragues y Morgan, 2013, p. 115).

De hecho, Tronto destaca que *el proceso del cuidado conforma nuestra práctica ciudadana y que los diversos elementos o fases del cuidado no deben restringirse a su objeto inmediato* (1993, pp. 167-168). El cuidado como concepto político permea las relaciones de poder en nuestra sociedad y la intersección entre clase social, etnia y género (pp. 168-169).

A su vez, bajo el término de *cuidadanía* o *CUIDadanía* se abordan otros alcances de la dimensión política del cuidado como práctica emancipadora, donde desde una mirada amplia e integral se pretende visibilizar su poder en todos los ámbitos sociales, buscando “sociedades más cuidadas, autónomas y democráticas” y considerando al concepto de ciudadanía como históricamente patriarcal (García González, 2021) o en el marco de la relación entre Estado y *cuidadanía*, ésta

remitiría a la participación gubernamental como elemento del cuidado social (Leiva-Gómez, 2015) o como referente de propuestas de atención a la salud, por ejemplo, al considerar al parto planificado en domicilio como una práctica de *cuidadanía*, modelo social, político y jurídico que se organiza desde las prácticas del cuidado (Greco et al 2019).

Los componentes del cuidado y el papel crítico de la atención en ese marco

Fisher y Tronto identificaron cuatro elementos éticos del cuidado: la *atención*, la *competencia*, la *responsabilidad* y la *disposición* (Tronto, 1993, p. 127). Estos elementos se pueden ubicar a su vez como fases de un proceso que requieren articularse en un todo en aras de garantizar la integridad del cuidado (1993, p. 136). En este punto, lo que se pretende destacar aquí es que uno de esos componentes del cuidado así planteado es clave en el arranque del proceso, es desencadenante, y es la *atención*, entendida como *visibilización de una necesidad*. Y es que aquello que no se percibe, identifica o visibiliza simplemente no existe. Sin la atención, el proceso del cuidado no se desencadena porque carece de objeto. *El papel crítico de la atención respecto a visibilizar las condiciones que demandan incidencia, implica no solo reconocer el papel causal de esos sistemas patogénicos estructurales, sino los procesos a través de los cuales se genera precisamente desatención a diverso nivel.*

Ahora bien, *si la atención es el primer paso del proceso del cuidado* (Tronto, 2013, p. 127), así como es preciso *cuidar al que cuida*, también resulta necesario *atender a la atención* en su trascendencia, desencadenante imprescindible del cuidado. No es un juego de palabras: siendo tan determinante la *atención* respecto al cuidado que desata y a la calidad en que se traduce, resulta pertinente remitirnos a los aportes de Simone Weil al respecto (Arnau y Martínez Gallardo, 2021; Zaretsky, 2021, pp. 47-64), cuando afirmaba que *la atención es la forma más rara y pura de generosidad* (Weil, 2022 [1950], p. 142).

Esta relevancia crítica de la atención, destacada por Weil, cobra actualidad cuando nos percatamos de la presión insidiosa, que por cooptarla ejercen de manera creciente las plataformas en las redes sociales, transformando a los sujetos en objetos mercadológicos (Silva et al., 2023, p. 8), cuya atención es clave para orientar el consumo. La disputa mercantil por capturar la atención mediante distracciones impuestas en estos medios hoy tan tecnológicamente potenciados, tiene un efecto nocivo al sustraer del individuo aquello que desencadena el proceso de cuidado: la atención.⁹ Este hecho cobra aún más relevancia desde una perspectiva amplia y envolvente de la atención y del cuidado.

4. EL PAPEL DETERMINANTE DE LA ATENCIÓN Y SU PROCURA

En una acotación que hace el ya referido Aníbal Quijano, cuando los europeos llegaron al continente que luego fue denominado por ellos como América, no se preguntaron *quiénes eran* esos extraños nativos, sino *qué eran*, si eran animales o si acaso tenían alma¹⁰. Y es que el problema primero de salud, del que nacen otros muchos problemas, es el de *no existir para otros*, el de ser jerarquizados como inferiores, insignificantes, desecharables, es decir no merecedores, precisamente, de atención.

Tradicionalmente, en las ceremonias de graduación de las enfermeras, se realizaba un acto simbólico elocuente: el encendido de la pequeña lámpara que portaban las egresadas, a partir de la flama que les acercaba con su lámpara la enfermera que había sido su maestra. Era la transmisión de un compromiso ciertamente luminoso: el del *cuidado*, representado en la imagen de la enfermera que transita por la sala de un hospital en la oscuridad, a fin de velar por quienes se

⁹ Esto remite a reflexiones actuales como las de Byung-Chul Han (2022) sobre la digitalización y la crisis de la democracia, no exentas de controversia. Véanse por ejemplo la reseña crítica de Vila (2024) (<https://doi.org/10.4185/rlcs-2024-2169>) y la síntesis de Claudio Álvarez Terán (2022) <https://www.youtube.com/watch?v=vgsf2ZUVf4A>).

¹⁰ Consultese <https://www.youtube.com/watch?v=OxL5KwZGvdY>

encuentran a su cargo, es decir, el ejercicio del estar pendiente, de *pender*, de estar volcado hacia una situación no resuelta. Y son situaciones no resueltas las que demandan atención, en muy diversas circunstancias y escenarios de acuerdo con la sociedad y la cultura en que se desempeñan. En ese marco de diversidad, las situaciones no resueltas que comprometen a la salud conforman la demanda y la materia de trabajo de los servicios públicos de atención médica. Así, el ejercicio de atender aparece como una clave, referida a esos servicios y a quienes los brindan y reciben.

La figura de una ventanilla de “atención al público” ejemplifica la relevancia capital de *atender*, aunque ello no implica necesariamente *resolver*, porque la atención en sí a menudo no es suficiente. Pero es ya mucho, porque implica visibilizar, *dar su lugar y escucha* a alguien que solicita o necesita algo. Es el paso entre la *no existencia*, la desatención, la indiferencia, la *ausencia programada* de las personas, y su aparición como entes vivos, como seres humanos. Porque hay mujeres y hombres que no son reconocidos como tales en sus necesidades y capacidades, en sus sentimientos y aportes, y este reconocimiento está distribuido diferencialmente por razones de clase, de cultura, de género, de credo, etc.

Así, el papel determinante de la atención y del cuidado estriba también en su alcance político y en la necesidad de una política expresa del cuidado, entendido en su contexto más amplio: el de la esfera pública y también planetaria. En ese marco se plantea la figura de una *ciudadanía cuidadora* que es a su vez ecológica (Tronto, 1994, p. 178; Comins Mingol, 2016, p. 142). La ciudadanía sería entonces el proceso a través del cual los ciudadanos y ciudadanas, desde la procura misma de su sensibilidad, se comprometen e involucran en procesos de cuidado:

Pensar el cuidado en su forma más amplia y pública, como una forma en que una sociedad asigna responsabilidades, ofrece una oportunidad sustantiva para reabrir el sistema político cerrado y su juego a las verdaderas preocupaciones de los ciudadanos [...] Ser ciudadano en una democracia es cuidar a los ciudadanos y cuidar a la democracia en sí misma. A esta práctica la llamo “cuidar con”. La ciudadanía, como el cuidado, es tanto una expresión de apoyo (como cuando el gobierno brinda apoyo a quienes necesitan atención) como una carga: la carga de ayudar a mantener y preservar las instituciones políticas y la comunidad. De hecho, para participar en este tipo

de cuidado democrático, se requiere que los ciudadanos piensen detenidamente sobre sus responsabilidades hacia sí mismos y hacia los demás. Y requiere que la gente piense en la política no simplemente como una contienda electoral, sino como una actividad colectiva en la que se guía a la nación hacia adelante en el tiempo (Tronto, 2013, pp. x-xi).

El cuidado es más que un acto individual o una virtud al lado de otras (Comins Mingol, 2016); a través de esta redefinición de la ciudadanía, la perspectiva política envolvente del cuidado permea positivamente y enriquece el sentido de la promoción de la salud y de la calidad de los servicios:

Si hemos visto que una *contribución del cuidado en la construcción de una nueva ciudadanía* era la de partir de un *sujeto relacional*, la segunda contribución tendrá que ver con la *motivación de ese sujeto para participar de la vida pública*. La participación requiere de una motivación, y un importante factor motivador es la preocupación por el bienestar de los seres humanos, la conservación de la naturaleza y el reconocimiento de nuestras capacidades para ser agentes de cambio. La marginación y restricción del valor del cuidado a la esfera privada ha provocado nefastas consecuencias para la esfera pública. La falta de implicación, de compromiso, de motivación, de sentimiento de responsabilidad por lo que nos rodea, son los más claros síntomas de este fenómeno. De ahí la importancia de reivindicar el cuidar para reconstruir los fundamentos de una ciudadanía participativa (Comins Mingol, 2016, p. 144; cursivas añadidas).

Partiendo a su vez del aporte de Boff, quien plantea que al actual *tiempo de crisis* hay que anteponer el *tiempo del cuidado* (2002), Comins Mingol señala:

En una época de crisis y, por tanto, de reformulación de paradigmas, el cuidado puede colaborar en una crítica radical y una reformulación de la democracia. El cuidado, con sus dos atributos de aumentar nuestra responsabilidad y nuestro sentido de interconexión, es la clave para un sistema democrático participativo. Y sobre todo clave para una ciudadanía consciente de sus esferas de responsabilidad y sus múltiples posibilidades de acción ciudadana cotidiana, individual o colectiva, para el bienestar de los más necesitados y el sostenimiento de la naturaleza (2016, p. 144).

5. EL PROGRAMA DE MEDICINA INTEGRATIVA EN LA CONFLUENCIA DEL CUIDADO Y LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN

Cuando tu única herramienta es un martillo, todo problema parece un clavo...

Victoria Maizes (2009)

Corresponde ahora focalizar al Programa de Medicina Integrativa (en adelante PMI) de la Secretaría de Salud de la Ciudad de México, ya referido en el apartado introductorio de esta publicación. Dicho Programa se generó a partir de un proceso de auscultación a la población sobre la salud y la atención médica, realizado en el marco de los trabajos realizados por la primera Asamblea Legislativa del entonces Distrito Federal en 1998. A partir de las demandas surgidas en dicho proceso, se fueron llevando a cabo, entre el año 2000 y el 2008, cambios paulatinos en la Ley de Salud del Distrito Federal, hasta que en 2009 ésta fijó formalmente a la Secretaría del ramo en esa circunscripción, el mandato de:

Desarrollar e implementar un programa de medicina integrativa, en el que se incluya lo relacionado a la homeopatía, herbolaria, quiropráctica, acupuntura y naturopatía, entre otros, que tenga como propósitos su integración y ofrecimiento en las unidades de atención a su cargo, el fomento a su conocimiento y práctica adecuada, así como la vigilancia de su uso terapéutico apropiado y seguro (Gaceta Oficial del Distrito Federal, 2009).

Este mandato fue refrendado recientemente en la Ley de Salud de la Ciudad de México, emitida en agosto de 2021 en los siguientes términos:

Artículo 147. Corresponde a la Secretaría, en coordinación con Servicios de Salud Pública de la Ciudad de México, desarrollar e implementar un programa de medicina integrativa, en el que se incluya el uso de la fitoterapia, homeopatía y acupuntura, herbolaria, quiropráctica y naturopatía entre otros, en las unidades de atención médica a su cargo, así como promover la enseñanza e investigación en la materia (Gaceta Oficial de la Ciudad de México 2021).¹¹

¹¹ De hecho, en esa misma ley se adscriben a dicho Programa diversas tareas relativas a las prácticas y saberes respecto a la cultura y tradiciones de los pueblos originarios en el campo de la salud y la atención, aunque sin abandonar aun en parte su verticalismo: *Artículo 148. La Secretaría,*

Es decir, el Programa provino de una demanda de la población y no de una iniciativa gubernamental por sí misma, de una exigencia sintetizable en una atención médica accesible y de calidad, con ambos parámetros clave: el primero, esencialmente político, en términos de equidad, y el segundo, coherente con dos principios clásicos, correlativos y eminentemente operativos: el de la **individualización diagnóstica** y, a partir de ello, el de la **diversificación terapéutica**. En corto, ambos principios médicos, en sucesión y estrechamente ligados entre sí, no son nuevos en México: implican partir de la caracterización personalizada del paciente para entonces adecuar las medidas de diverso tipo que su especificidad requiere¹².

En contraste con el discurso biomédico dominante en los servicios de atención, el marco explícito de todo ese proceso, por su origen y sus componentes, bien puede sintetizarse bajo un postulado que pareciera obvio, pero que resulta esencial subrayar como eje orientativo: el de que *la democracia es buena para la salud* (Benach y Muntaner, 2005, p. 115).

La figura 2, utilizada de hecho en la capacitación de los médicos del PMI, expresa la reducción diagnóstica y terapéutica que constituye la antítesis de ambos postulados relativos a la calidad de los servicios de atención médica:

Figura 2. Sacrificio de la individualización diagnóstica y de la diversificación terapéutica. Promoción comercial de la “Gastrocura Mayo”, México, 1934.

a través del programa de medicina integrativa deberá: I. Fomentar la recuperación y valoración de las prácticas y conocimientos de la cultura y tradiciones de los pueblos, barrios originarios y comunidades indígenas habitantes, relacionados a la protección, prevención y fomento a la salud; II. Establecer programas de capacitación y aplicación de las prácticas y conocimientos en salud, de la cultura y tradiciones de los pueblos, barrios originarios y comunidades indígenas habitantes; III. Supervisar la aplicación de las prácticas y conocimientos en salud, de la cultura y tradiciones de los pueblos, barrios originarios y comunidades indígenas habitantes; IV. Impulsar, con el apoyo de la Secretaría de Educación, la investigación científica de las prácticas y conocimientos en salud de la cultura y tradiciones de los pueblos, barrios originarios y comunidades indígenas, y V. Definir, con la participación de los pueblos, barrios originarios y comunidades indígenas habitantes, los programas de salud dirigidos a ellos mismos (Gaceta Oficial de la Ciudad de México, Núm. 657, agosto 9, 2021, pag. 54).

¹² Véase Hersch Martínez (2000, pp. 116, 181, 187-8, 213-4, 225, 251-2, 263). Ambos principios fueron planteados por autores mexicanos como Bulman y Cervantes Alba en 1926 y 1941 respectivamente, Mayoral Pardo en 1946 y 1955, o franceses como Manquat en 1927.



Fuente: Anuncio publicitario en la revista *Medicina*, octubre de 1934, 230, p. iv, México,

Como se puede apreciar, el anuncio de ese remedio en una revista médica mexicana de la primera mitad del siglo pasado, presenta de manera caricaturizada dos planos de reducción en el ejercicio clínico y por tanto dos retos, relativos a la calidad de los servicios de atención médica e incluso extrapolable al ámbito de la salud pública. El paciente se reduce a un estómago desprovisto no sólo de ser humano y de sociedad, sino de irrigación sanguínea e inervación, y la terapéutica se restringe a la aplicación de un polvo negro vertido en el cardias de ese estómago, en un acto a cargo de una especie de cirujano químico aséptico. El médico no requiere “contaminarse” con los elementos relationales inherentes al proceso que atiende. La descontextualización es múltiple: fisiológica, clínica y social.

Cabe aquí entonces reflexionar sobre la *calidad de la exigencia* de una atención médica apropiada y accesible, lo que no es un asunto banal. Y es que reconociendo en ello una gradación, no es lo mismo la exigencia reactiva o inercial asociada al burocratismo, a la dependencia, al clientelismo, la mercantilización y la subciudadanía, que la exigencia que proviene del ejercicio pleno de la ciudadanía y de la corresponsabilidad inherente a ella. Se trata de requerimientos de una naturaleza cualitativa diferente.

Reconocer la gradación entre esos dos extremos que parecen abstractos entre la inercia y el involucramiento, pero que se expresan al fin y al cabo en comportamientos comunes de la vida cotidiana es fundamental, porque pone de relieve, como referente necesario, la construcción de esa ciudadanía en el plano de la integralidad. De ahí se deriva la necesidad de explorar lo que puede ser esa “integración” e “integralidad” en el marco de los servicios de atención, cuando se plantea un programa de “medicina integrativa”.¹³

Principios y perspectivas del Programa de Medicina Integrativa

Partiendo de que los principios demandan precisiones y éstas, a su vez, una toma de posición, ¿a qué nos referimos con el término de “medicina integrativa” y a qué se pretende responder con esa propuesta? Y en un análisis contextual, ¿cómo se puede dimensionar dicha propuesta, aún en su escala actual tan pequeña en el marco de los servicios de salud pública de la ciudad de México y ante el problemático momento actual del país?

Retornando al origen del PMI, la exigencia se hizo manifiesta, cuando a propósito de las consultas públicas mencionadas se generaron condiciones propicias, abriendo un resquicio para una genuina participación social y remitiendo a la calidad y accesibilidad de los servicios. Sin embargo, en una perspectiva de conjunto, esa exigencia, reactiva pero inusual, abarca ciertamente la calidad y oportunidad de los servicios médicos pero apunta a ir más allá, y en ese sentido cabe enmarcarla en la determinación social de esos servicios cuando constituyen una expresión de la estructuración por clases sociales y del ordenamiento social de la colonialidad a ella asociada y ya mencionada antes (Restrepo y Rojas, 2010).

¹³ En cuanto a la integralidad, de acuerdo con Paim (2008) y Pinheiro y Mattos (2001), una atención de calidad a la salud implica observar el principio de integralidad, es decir, las diversas dimensiones y niveles de complejidad de los problemas de salud de las personas, familias y comunidades. La valoración de la integralidad en el conjunto de prácticas de un sistema y de sus profesionales de salud está asociada a la racionalidad de ese sistema y operada por sus trabajadores (Silva et al., pp. 3-4). A su vez, si el paradigma biomédico de carácter materialista/mecanicista concibe formas de pensar y actuar centradas en la enfermedad, teniendo a la tecnología y al complejo médico-industrial como bases de sustentación, en contraste, el paradigma vitalista contempla precisamente la integralidad, junto con la promoción y la prevención como factores que generan salud, aliados al equilibrio y la armonía (Nascimento, 2013; Silva, 2023, p. 4).

Este es el marco de la *ausencia programada* que denota cómo los saberes jerarquizados como inferiores son producidos como inexistentes (Santos, 2005) al estar adscritos a conjuntos sociales jerarquizados a su vez como inferiores, pues en su origen, la ausencia programada de saberes remite a la ausencia programada de quienes viven esos saberes. Y ello, para el caso que nos ocupa, se manifiesta en el campo de los servicios médicos a través de la infantilización de los usuarios y la descalificación o la franca no-existencia de sus saberes en torno a la salud y el cuidado, en la mercantilización de los bienes y servicios, en la estandarización de los pacientes y de los trabajadores, en el soslayo o la franca banalización de la dimensión emocional y afectiva de los involucrados (Sedano, 2017), así como en la invisibilización de todo el conjunto de implicaciones del cuidado como elemento toral para la salud (Tronto, 1993).

De la necesidad de superar esa jerarquización múltiple y patogénica proviene el imperativo de resignificar la ya referida “integralidad” cuando se habla precisamente de un Programa de Medicina Integrativa, pues ante la preponderancia de un abordaje biomédico atomizador y reduccionista (Dossey, 1986; Laurell, 1994), surge la necesidad de preguntarnos ¿qué se ha de integrar? ¿con qué fin? ¿qué es o no es integrable? ¿integrar en la práctica diversas modalidades de atención médica? ¿realizar una integración epistemológica? ¿una integración en qué planos, en qué escalas, con qué implicaciones y alcances? ¿integración de la población y de los trabajadores del sistema? ¿en qué términos y condiciones?

Es en este plano que se requiere explorar qué aproximaciones pueden ser articulables en esa integralidad y cuáles son las priorizaciones inherentes a ello, pues ante cometidos como el de la integración de técnicas, de sistemas y saberes, lo conducente es plantear la integración de los sujetos mismos y de los colectivos sociales implicables en dicho proceso.

Se plantea aquí entonces que la exigencia de origen del PMI, expresada en particular a través de un proceso de participación social, deriva potencialmente en la construcción de una *ciudadanía sanitaria* a concretarse, por consiguiente, en la emergencia de pacientes y de trabajadores auto-responsables, no infantilizados ni

auto-infantilizados. De ahí que lo “integrativo” de la propuesta no radique en una mera yuxtaposición en el uso de “hierbitas”, “chochos” o “agujas” y tampoco en el culto a lo exótico o a la exclusividad como ofertas novedosas y rentables en la consulta privada, en una liga ineludible con la mercantilización de esa exclusividad, sino en una perspectiva contextual en el abordaje de los pacientes, lo que demanda replantear la calidad de los servicios, la promoción de salud, la atención, la docencia y la investigación.

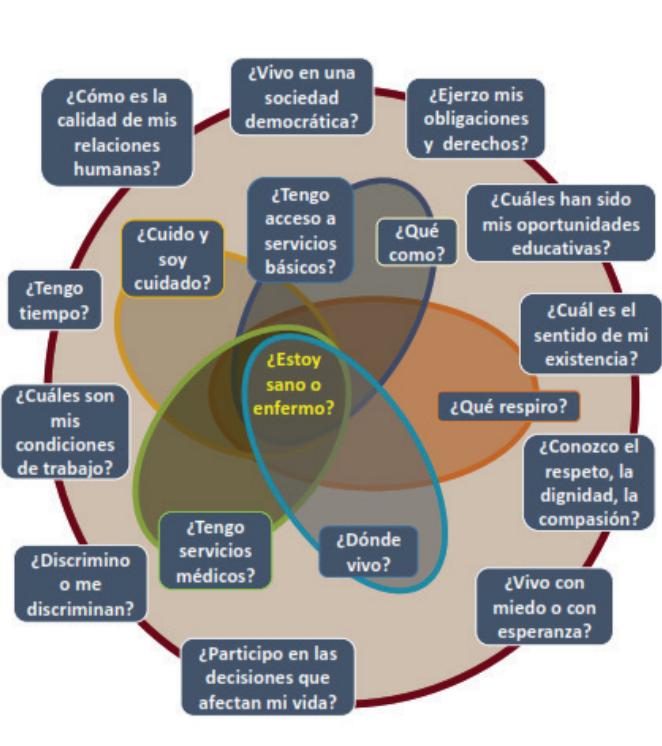
Desde esta óptica, el eje de la integralidad es *pensar y operar los servicios en función de la población*, comprendido en este conjunto a los diversos actores sociales del sistema de salud. Lo que integra es entonces la calidad de la exigencia de estos actores sociales en su conjunto y, por tanto, la *calidad de ciudadanía* que se pretende como subyacente en todo el proceso. En este marco, la población es el eje primordial de integración, no las técnicas ni las disciplinas en sí.

Sin embargo, esta perspectiva contextual implica por fuerza reconocer la diversidad de planos de atención que parten de ubicar al paciente en ámbitos progresivamente envolventes,¹⁴ donde su propia individualidad se encuentra enmarcada o potencialmente enmarcada en una unidad familiar, en un barrio, en una ciudad, en una entidad federativa, hasta llegar a un ámbito global, planetario. Y esta no es una ocurrencia, sino el efecto a su vez de un ejercicio de ubicación frente a la crisis ambiental global en que nos encontramos actualmente. Por tanto, siendo que en el individuo confluyen diversas vertientes (la propiamente biológica y fisiológica, la sociocultural, la emocional y afectiva, la política, etc.) en una dinámica relational a permanencia, una “medicina integrativa” lo será en la medida en que responda a la multidimensionalidad del individuo o no lo será, lo que remite precisamente a un reto esencial para la biomedicina y los sistemas de atención actual y que puede plantearse a su vez para cualquier modalidad de medicina, que es la articulación de diversas medidas preventivas, diagnósticas y terapéuticas,

¹⁴ El término de “paciente” asignado al enfermo en la consulta no proviene de la paciencia de la que a menudo carece, sino del término “padeciente”. La diferenciación entre la enfermedad y el padecer fue uno de los elementos esenciales surgidos de los trabajos del Seminario “La Medicina del Hombre en su Totalidad”, impulsado por el Dr. Fernando Martínez Cortés en el Hospital General de la Ciudad de México a partir de la década de los años setenta del siglo pasado (Vargas, 1991, pp. 3-6).

tanto en su condición biológica estructural (genética, anatómica) y funcional (fisiológica), como en su dimensión sociocultural y política, ambiental, afectiva y emocional y otras (figura 3).

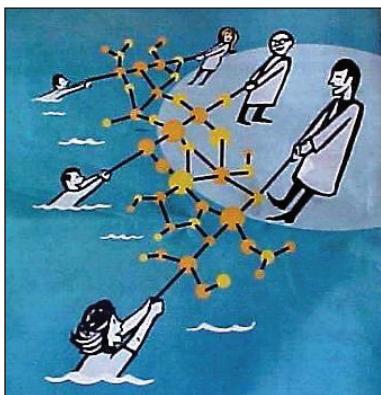
Figura 3. Multidimensionalidad de la persona y de su condición de salud



Fuente: elaboración propia

Por contraposición, otro recurso gráfico ilustrativo permite de nuevo clarificar el otro polo (figura 4): la atomización reduccionista, que tiene expresiones actualizadas en la publicidad de los medicamentos noventa años después, poniendo de relieve la condición subordinada y pasiva que imprime su sello (y su molde) a la figura del padeciente, del votante, del consumidor y del subciudadano, y donde el verdadero protagonista del acto médico es la mercancía farmacéutica:

Figura 4. Subordinación de padecientes y médicos desde la publicidad de la farmacoterapia dominante



Fuente: Anuncio publicitario, en *Salud*, suplemento del diario *El País*, 14 de abril de 2007, p. 40, Madrid.

El personaje principal es en este caso la molécula en el marco de la farmacoterapia dominante, donde la centralidad colocada en el recurso medicamentoso (Lebrun, 1993) coloca en un lejano segundo plano a quienes se aferran a él al prescribirlo y al recibirlo; este ordenamiento reduccionista, sin embargo, no es privativo de los fármacos sin que necesariamente se altere la subordinación: ese espacio de primacía puede también ser ocupado en la representación que nos ocupa por una planta medicinal, por una preparación homeopática o por una aguja, o hasta por una combinación de las tres o más.

Y como parte de ese mismo ordenamiento que proyecta también la primacía de un objeto terapéutico de carácter mercantil, la reducción del padeciente se establece en el marco de un modelo económico que va más allá, pues como afirma Santos:

La reducción del bienestar material basado en el consumo de bienes disponibles en el mercado, deja de lado muchas dimensiones esenciales del florecimiento humano (espiritualidad, asistencia, solidaridad, valores éticos) (2016, pp. 204-205).

6. PROPUESTAS DE UNA MEDICINA INTEGRATIVA Y DE INTEGRALIDAD DEL CUIDADO EN OTROS ÁMBITOS

Bajo el término de “medicina integrativa” se han generado diversas propuestas fuera de nuestro país que cabe ponderar someramente por su pertinencia en varios de sus componentes. Un proceso de interés es la conformación desde 1999 en los Estados Unidos de un “Consorcio de centros académicos de salud para la medicina integrativa”, generado inicialmente por ocho universidades (Kligler et al., 2004), justo en los mismos años en que se realizaron los foros ya referidos de consulta sobre salud y atención médica en la ciudad de México por iniciativa de su primera Asamblea Legislativa.

La evolución de dicho agrupamiento de instituciones de formación superior en torno al tema de una “medicina integrativa”, refleja la creciente importancia conferida a esa propuesta: la cantidad de instancias participantes adscritas a ese grupo pasó a 23 en 2004 y luego a 42 para 2009 (Maizes et al., 2009). Este proceso ha derivado en postulados y componentes programáticos precisos que tienen una naturaleza referencial, aunque existen algunas diferencias relevantes respecto a la propuesta del PMI en nuestro país.

Un elemento destacable en la reflexión sobre una “medicina integrativa” por parte del consorcio de centros académicos referido, es la amplitud de lo que se plantea como tal, reflejando el marco académico-educativo en que se ha generado. No se reduce así a recurrir a terapéuticas no convencionales asociadas al enfoque biomédico dominante, sino que se postula como un *nuevo sistema de atención* que plantea y fundamenta, a nivel de la formación médica, la importancia de ciertos valores, conocimientos, actitudes y habilidades considerados como esenciales para ese planteamiento. Los aportes se han concretado en principios, como los explicitados por Maizes y colaboradores, sintetizados en el cuadro siguiente:

Cuadro 3. Algunos principios de la “Medicina Integrativa”

1. El paciente y el médico son socios en el proceso de sanación
2. Todos los factores que influyen en la salud, el bienestar y la enfermedad se toman en consideración, incluyendo la mente, el espíritu y la comunidad, así como el cuerpo
3. El uso apropiado tanto de los métodos convencionales como alternativos facilita la respuesta corporal innata de sanación
4. Las intervenciones efectivas naturales y menos invasivas debe utilizarse siempre que sea posible
5. Una buena medicina se basa en una buena ciencia. Se orienta a inquirir y está abierta a nuevos paradigmas
6. En términos definitivos, el paciente debe decidir cómo proceder basado en valores, creencias y en la evidencia disponible
7. Al lado del concepto de tratamiento, conceptos más amplios como la promoción de salud y la prevención de la enfermedad son capitales
8. Los practicantes de la medicina integrativa deben ejemplificar sus principios en sí mismos y comprometerse a procesos de auto-exploración y auto-desarrollo

Fuente: Centro de Medicina Integrativa de la Universidad de Arizona (Maizes et al., 2009, p. 6)

Relacionados con lo anterior, otros elementos referenciales planteados para una medicina integrativa son la relevancia del cuidado centrado en el paciente, el empoderamiento y automanejo de los pacientes, un cambio conductual y comunicativo, la continuidad del cuidado, el trabajo de equipos de atención orientados a la salud y la importancia de generar propuestas de investigación a partir de la sistematización de impactos (Bell et al., 2002; Mayzes et al., 2009).

A su vez, entre los requerimientos destacados para la concreción de una medicina integrativa se encuentra reconocer que su alcance implica un cambio de sistema, así como la focalización en procesos preventivos y de promoción de la salud y la emergencia de nuevos modelos que provean atención. De no menor importancia es la incorporación de la autoatención a dichos modelos (Kligler et al., 2004, p. 526).

Todo lo anterior da cuenta, de manera muy somera, de aportes que por su pertinencia deben de ser tomados en cuenta en el impulso del Programa de

Medicina Integrativa de los servicios públicos de salud de la ciudad de México, advirtiendo sin embargo ciertas características esenciales de nuestra realidad epidemiológica, cultural, económica y política, que demanda respuestas y propuestas que aprovechen otros desarrollos, pero que también trasciendan la imitación y respondan a nuestras particularidades sociales y epidemiológicas.

En ese sentido, desde América Latina, otro referente de importancia es el de la denominada integralidad del cuidado, tal como se ha desarrollado en Brasil. El término de integralidad es una noción polisémica planteada como un referente de la atención médica para la construcción de un sistema de salud más justo y solidario (Pinheiro y Mattos, 2004), reconociendo: a) la superación del reduccionismo en sus diversos escenarios, b) el reconocimiento de los sujetos como tales en esos escenarios y c) la apertura para el diálogo; así, la integralidad del cuidado constituye un referente orientativo en las políticas de salud, en la organización de los servicios y también en la buena práctica de los profesionales de ese campo (Pinheiro y Mattos, 2004).

Es importante destacar que en el origen de este planteamiento también aparece centralmente la demanda de atención a conjuntos de población y de individuos diferencialmente vulnerables, que proviene de la vulnerabilidad social y ambiental en que se encuentran (Luz 2008, p. 11).

En ese marco, la integralidad remite al cuidado como elemento estratégico hoy en debate en el ámbito de la salud colectiva (Pinheira y Mattos, 2004). En ese marco, resulta fundamental la participación decisoria de los actores sociales involucrados (padecientes y trabajadores sanitarios) así, la experiencia misma de la población en cuanto a la atención y la producción de saberes relacionados con ello. Lo anterior apela a la formulación y ejecución de políticas más justas y solidarias en salud y en el campo de la ciencia y la tecnología (Pinheiro y Mattos, 2004. p. 8).

Ahora bien, ¿cómo se concreta ese referente de integralidad del cuidado en la práctica? A través de generar *plataformas de interlocución* (Hersch y Sedano, 2013, p. 7) entendidas como espacios dialógicos compartidos por “usuarios” y prestadores de servicios en la operación cotidiana de los mismos, a través de su

desmercantilización, democratización y descolonización (Santos, 2006), precisando en qué sentido y cómo se pueden manifestar de manera concreta esos procesos en el ámbito de la salud y la atención. Por ejemplo, cuáles son en concreto las expresiones y consecuencias propicias para la salud, inherentes a no mercantilizar los servicios e insumos; a democratizar el acceso a los mismos y a colocar como referente a la salud como derecho ciudadano, o a identificar, en cuanto a la descolonización de los servicios, el impacto positivo de la lucha contra la discriminación y la exclusión en sus diversas manifestaciones.

Los programas de salud pública bajo premisas dialógicas demandan la participación decisoria de la población (Hersch, 1992). En ese marco es que cobran relevancia crítica las representaciones y prácticas de esa población que están involucradas en los procesos de atención, y con ello los saberes locales en juego, lo que contrasta con la descalificación e invisibilización usual de esos saberes y recursos como parte de la ausencia programada (Santos, 2005) inherente a una perspectiva monológica de la salud pública y de la atención médica. Una medicina integrativa demanda abordar las políticas y mecanismos necesarios para *trascender esa ausencia programada en el campo de la salud y el cuidado*, y ello empieza por generar condiciones dialógicas que permitan la escucha y la deliberación.

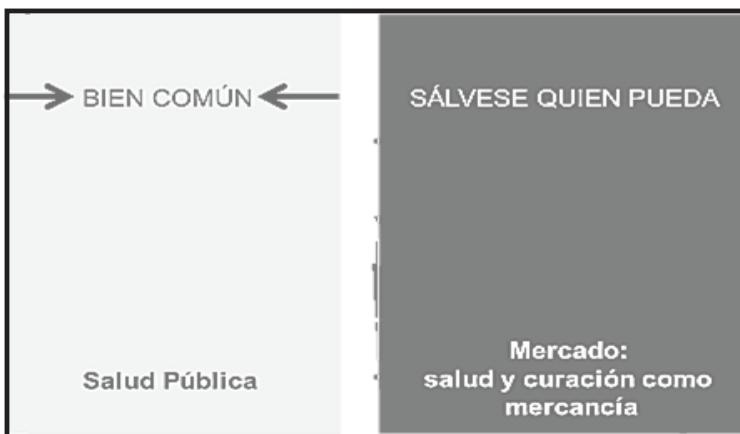
Relevancia de la pluralidad terapéutica en los servicios médicos

No es una novedad reconocer que es inimaginable concebir una sociedad buena y justa que no coloque a la salud y al acceso igualitario a la salud como asuntos fundamentales. Y tampoco, siguiendo ese razonamiento, reconocer que la defensa de la salud y de la vida constituye un derecho de ciudadanía de todos los seres humanos y no sólo de algunos de ellos.

En ese marco es que se retoma como un imperativo actual el de desmercantilizar la vida personal, social, política y cultural (Santos, 2016, p. 204). Por consiguiente, cualquier propuesta de diversidad terapéutica puede encuadrarse en dos ámbitos contrastables, que al final determinan sus alcances e incluso su naturaleza misma, pues una cosa es plantear una “medicina integrativa” en el marco del bien común y de la accesibilidad universal a los servicios de salud, y otra es

plantearla en el ámbito del mercado, donde la salud y la curación constituyen objetos de consumo, sintetizable bajo el lema del “Sálvese quien pueda” (figura 5).

Figura 5. Dos contextos contrastantes y determinantes de una “medicina integrativa”



Fuente: elaboración propia.

Así, la incorporación de diversas modalidades de atención en los servicios de salud de la capital de la República implica rescatarlas y adecuarlas para el sector público, de tal forma que dejen de estar circunscritas al ámbito exclusivo de aquellos que las pueden pagar, y así brindar condiciones apropiadas para la investigación, objetivando sus efectos y alcances.

En la búsqueda de soluciones a los problemas prioritarios de salud, el referente de la integralidad esbozado, requiere partir de una perspectiva epidemiológica incluyente que reconoce como operadores de la determinación social de los problemas de salud a procesos como la subciudadanía y la falta de democracia, el patriarcado, la impunidad, el racismo, el machismo, la degradación ambiental, de ahí que la integralidad se inscriba como referente en la lucha por un sistema de salud universal, democrático, accesible, compasivo y de calidad.

En cuanto a una perspectiva clínica de integralidad, los dos cometidos referenciales en términos de atención médica ya referidos son la individualización diagnóstica y la diversificación terapéutica, con el primero como elemento

determinante del segundo. A su vez, en términos más específicos, un eje de integralidad en el abordaje de los pacientes implica: a) una perspectiva dialógica al interior del mismo equipo de trabajo; b) la integración de la terapéutica a un ejercicio diagnóstico riguroso; c) la integración de la perspectiva vivencial del personal de salud y de los usuarios de los servicios respecto a su operación; d) la integración de todos los involucrados en una promoción contextual del cuidado y la salud y e) la articulación, a su vez, del PMI a la estructura y lineamientos de los servicios de salud y atención al seno de la misma institución.

La Medicina Integrativa se plantea como un modelo sistémico de atención que va más allá de la inclusión de diversas modalidades médicas o de la yuxtaposición de sus diversas técnicas y recursos, aunque el alcance del término varía en otros países y contextos desde esa concepción a otras más incluyentes (Bell et al., 2022; Coulter, 2003; Kligler et al., 2004; Maizes et al., 2009; Wang y Xiong, 2012). Así, el carácter definitorio de la medicina integrativa que se postula en el PMI implica la armonización de diversos planos de integración, como se presenta en el cuadro siguiente:

Cuadro 4. Planos de integración a considerar en el Programa de Medicina Integrativa

1. Integración de los pacientes y del personal médico y paramédico en un esquema dialógico de co-responsabilidad y promoción de salud y del cuidado en sus diversos ámbitos.
2. Integración del servicio, la investigación y la docencia
3. Integración, en el trabajo clínico y en su registro, de los diversos ámbitos esenciales para la atención y la salud, incluyendo la dinámica socioeconómica, ambiental, cultural, afectivo-emocional y de género de pacientes y personal
4. Integración de la dimensión ciudadana de los pacientes y del personal en procesos genuinos de participación social esenciales para la atención y la salud
5. Integración de la dinámica familiar como referente analítico y operativo imprescindible
6. Integración de los saberes de la población relativos a la atención y la salud, tanto en su realidad aplicativa actual como en su potencial
7. Integración, como principios rectores, de la individualización diagnóstica, la diversificación terapéutica y la ética e integralidad del cuidado

- | |
|--|
| 8. Integración entre diversos niveles y opciones de atención médica al interior de los servicios de salud de la Ciudad de México |
| 9. Integración de la autoatención y la realidad de la medicina doméstica |

Cualquier propuesta relativa a la diversificación terapéutica en el ámbito de la salud pública requiere procesos de reflexión y divulgación que precisen sus alcances y sensibilicen a la población, al personal de salud y a las dependencias oficiales en torno a su sentido, que no es el de promover terapéuticas aisladas y postuladas como fines en sí mismas, sino articuladas a procesos diagnósticos y subordinadas como medios para la atención de los pacientes.

En síntesis:

1. Una “medicina integrativa” lo ha de ser no sólo ni principalmente por incorporar diversas escuelas de pensamiento médico, sino en esencia por integrar a los pacientes y a las colectividades de manera genuinamente participativa y co-responsable en los sistemas de atención,
2. Necesitamos reconocer como referente básico para cualquier iniciativa de medicina integrativa la ética e integralidad del cuidado.
3. En cualquier propuesta clínica integral, la diversificación terapéutica es un cometido que tiene su origen y sentido en un proceso aún más determinante, que es el de la individualización diagnóstica, entendida como el reconocimiento de los diversos niveles de especificidad del ser humano que entran en juego en su salud y su atención.
4. Estas precisiones implican la adecuación de los servicios a la población que los hace posibles y no a la inversa.

7. CÓMO SE TRADUCE LO ANTERIOR EN UNA PROPUESTA OPERATIVA

Desde una perspectiva contextual de la calidad de la atención, emerge la relevancia de la participación social que a nivel local y en ámbitos territoriales circunscritos, en diversos espacios de gestión y organización (gobiernos municipales y cabildos, movimientos sociales, núcleos agrarios y sus instancias comunales y ejidales,

espacios escolares, organizaciones vecinales) constituye una manera de hacer frente a la determinación social de la desatención. Es decir, con un alcance más específico y localizado, *los procesos de participación de los agentes y movimientos sociales constituyen una vía promisoria para redefinir el sentido de la atención.*

Aún cuando la determinación social del daño evitable desata los efectos negativos de la desatención y de la precarización de la atención, no implica necesariamente una parálisis ante su magnitud o su complejidad. Los resquicios para una incidencia viable están ahí, a la espera de iniciativas dialógicas todas, nacidas desde la contundencia de lo vivencial. Didier Fassin aporta ejemplos concretos a partir de las experiencias ilustrativas de pacientes con VIH SIDA en Sudáfrica (2019). Fue precisamente la experiencia del sufrimiento que conlleva la precariedad y la desatención que surge en algunas circunstancias una participación investida por un sólido compromiso, aun en casos en que la persona conoce que su propia situación de desahucio es inevitable.

Estas experiencias están en el seno de nuestra sociedad y un ejemplo actual de ello es el caso de las madres que buscan a sus familiares desaparecidos. La vivencia dolorosa despierta un compromiso vital.

En cuanto a la figura de las comisiones o comités de salud en el marco de movimientos y organizaciones sociales, se trata de instancias que pueden dar cauce a la participación social orientada a la atención y al cuidado redefinido como envolvente: es decir, a su integralidad, cuyo reto es el de salir de una perspectiva reduccionista y atomizadora.

El ejemplo de algunas experiencias llevadas a cabo en América Latina permite además armonizar términos y prácticas hermanables en un mismo marco amplio. Por ejemplo, cuando se habla y escribe de una *medicina narrativa*, hay una correspondencia con la dimensión o la vertiente dialógica de la integralidad del cuidado, donde la escucha y la palabra tienen un papel esencial. No habrá calidad de los servicios en ausencia de procesos de monitoreo participativo de los mismos y de procedimientos permanentes de consulta.

La pertinencia referencial de las prácticas y saberes de los pueblos originarios es también manifiesta en este campo. La denominada “medicina tradicional y herbolaria” ha sido abordada a menudo en un esquema etnográfico que llega a desagregar elementos diversos en torno al ciclo de vida de los pueblos e individuos, y en el campo de la salud y la enfermedad coloca el foco en elementos esenciales, en sus expertos locales, en los procedimientos y recursos inherentes a los procesos diagnósticos y terapéuticos, en la vertiente ritual y simbólica, pero muy poco en el cuidado como referente en sí mismo, aunque sea constitutivo en aquello que se explora. Esas prácticas y saberes en torno al cuidado constituyen un insumo esencial para los sistemas de salud en una sociedad incluyente.

El cuidado y la calidad de la atención son asuntos no sólo políticos, sino expresiones culturales poderosas que participan en la determinación social de la salud y la enfermedad. Nuestra civilización reduccionista, nuestra modernidad ya obsoleta pero igualmente fraccionaria y atomizadora, centrada en lo sintomático y en la descontextualización, pasan por alto estos elementos invisibilizados de la cultura de los pueblos.

Ahora bien, la *atención médica* no es por supuesto sinónimo de *atención a la salud*. La segunda enmarca a la primera. La enfermología dominante en la biomedicina (Granda, 2000) hace que estos términos se lleguen a manejar indiscriminadamente, pero es necesario reconocer no solo que la atención médica forma parte de la atención a la salud cuando ésta se afecta. Es necesario recuperar al cuidado como referencial en términos de salud y también de ciudadanía, en particular cuando se está postulando con tino a la salud como derecho de ciudadanía, precisamente porque, redefinido en su alcance envolvente y político, resulta clave para la concreción de ese principio.

Esta clarificación permite entonces retomar a la calidad de la atención y de los servicios de salud como un elemento clave, dinamizador, de reflexión y de incidencia en ese proceso de construcción de ciudadanía cuidadora de la vida.

La enfermedad o el accidente demandan a quien lo sufre la búsqueda de una respuesta concreta. Este imperativo es el de la resolución del problema inmediato y

tangible. Sin embargo, la salud no es un incidente, sino un proceso abarcativo y de armonización. La reacción natural de buscar la sobrevivencia ante el daño o el riesgo de sufrirlo es sin embargo capitalizada en términos económicos y políticos, de tal forma que incluso el riesgo de esa afectación es también instrumentable al convertirse la seguridad en una mercancía. El costo brutal de la pandemia ejemplificó esta situación. La necesidad apremiante de responder ante la gravedad de la virosis incierta generó sin embargo en muchos casos una respuesta ejemplar. Ahora viene el momento del cuidado como práctica política y como una vía para construir ciudadanía democrática (Tronto, 1993, p. 172). En ese sentido, cabe recordar que la calidad de los servicios de atención depende directamente de la calidad de los procesos de participación social.

La escucha, la palabra, el diálogo construyen una ciudadanía cuidadora. En las prácticas y saberes de salud existentes en la población, entre los “usuarios de los servicios” también hay un papel referencial, así como lo hay en ciertas prácticas y saberes acumulados por los trabajadores de las instituciones que se han de rescatar, en todas ellas involucrados diversos elementos de la calidad, el cuidado y la promoción de salud.

Un común denominador y una dirección compartida: Algunas experiencias referenciales en la atención, el cuidado y la calidad de los servicios

Cabe destacar algunas experiencias operativas en torno a la resignificación del cuidado vinculable con la calidad de la atención. Una de ellas remite al potencial de la denominada medicina narrativa, que implica la valoración práctica de la escucha y la palabra como dispositivos de humanización del cuidado (Silva *et al.*, 2023). Esta perspectiva pretende dar respuesta al conflicto existente entre la narrativa de la enfermedad por parte de los profesionales de la salud, y la experiencia de la misma por parte de los propios pacientes:

En lugar de movilizar al encuentro de ambas narrativas, la práctica vigente reduce la experiencia del sufrimiento narrada por los pacientes a una reformulación de esa narrativa en un diagnóstico. En esta perspectiva, se instala en la práctica de los profesionales de la salud una verdadera falta de

comunicación con sus pacientes y un distanciamiento respecto al deber ancestral de la relación de cura (Silva et al., 2023, p. 4).

Vélez y Lima (2019) destacan a su vez cómo el discurso biomédico que se desarrolla bajo una visión fragmentada de la salud, se centra en una idea de la persona atomizada:

[quienes] sufren de alguna enfermedad, como seres con órganos aislados, imperfectos o con una falla que puede arreglarse en ocasiones y en otras no [resultan] desprovistos de emociones, sentimientos, de redes sociales, sin más historia que la historia clínica (Herazo 2014, p. 26).

Y es que, como afirma Lifshitz respecto a lo que fundamenta el movimiento de una “Medicina narrativa” o “Medicina Basada en Narraciones”:

ya no se trata de registrar una historia clínica sino una historia de vida, ya no solo ponderar el padecimiento actual sino todas las percepciones que suscita, ya no seguir el cartabón rígido, sino extenderse a la amplitud que exige la necesidad de expresarse [...] se suele dar poco valor a las percepciones del paciente en torno a su enfermedad, cómo la ha vivido, cómo la siente y cómo la interpreta (2011, p. 105).

En este sentido, la medicina narrativa implica reivindicar lo subjetivo y dar valor a la anécdota (Lifshitz, 2011), en procesos dialógicos de incidencia para la calidad de los servicios, derivando en experiencias replicables:

Por medio de la comprensión del otro y de su narrativa, el profesional de salud puede, con humildad, aprender a ofrecer cuidado genuino y compasivo, recordándose quién es el que está cuidando y por qué ese cuidado es valioso (Charon 2001, en Silva et al., 2023, p. 3).

También en esta vinculación entre calidad de los servicios y el cuidado resignificado, en el cometido de humanizar las prácticas a través de la narrativa, resulta sugerente una experiencia hospitalaria llevada a cabo e incrementada a partir de la pandemia de covid-19, donde se conformó al interior de la institución un grupo de “Cuidados Humanizados”, con medidas de organización del hospital y los servicios e incorporando reflexiones grupales en talleres y estrategias para resolver de manera dialógica problemas complejos inherentes a las visitas, el aislamiento y los cuidados del final de la vida. Los autores comparten los aportes técnicos de los

enfoques con las vivencias emocionales recogidas en múltiples relatos, incluyendo descripciones rigurosas (Carballeira et al., 2021).¹⁵

A su vez, una amplia gama de experiencias relacionadas con la integralidad del cuidado, la promoción de salud y la calidad de los servicios ha sido desarrollada por el grupo de trabajo LAPPIS (Labórtatorio de pesquisas sobre prácticas de integralidade em saúde) en la Universidad Estatal de Río de Janeiro. Este grupo de trabajo (<https://lappis.org.br/site/>) resulta referencial por sus aportes analíticos y operativos (Pinheiro et al., 2001, 2004, 2011, etc).

En ese mismo sentido, con la instauración en Brasil del Sistema Único de Salud (SUS) durante el primer gobierno de Lula da Silva, se impulsó una Política Nacional de Humanización (PNH), entendida como “la valoración de la dimensión subjetiva y social en todas las prácticas de atención y gestión, fortaleciendo y estimulando procesos integradores y promotores de compromisos y de responsabilización”; dicha política se basó en tres principios estructurantes: a) la afirmación del *protagonismo de los sujetos y de los colectivos*, b) la *inseparabilidad entre la atención y la gestión*, y c) la *transversalidad de las relaciones*. Teniendo en cuenta la consolidación de la política *en todos los puntos de la línea del cuidado de un individuo dentro de la red de salud*, se destaca como fundamental el reconocer *el papel de la APS como puerta de entrada del sistema de salud y su legítima capacidad de gestión y coordinación del cuidado* (Brasil 2013, p. 21; Silva et al. 2023, p. 5).

Un ejemplo de este abordaje se encuentra en el “Manual del (la) gestor (a) del Sistema Único de Salud”, actualmente en su segunda edición (2019), surgido de

¹⁵ Al respecto, se señala que “Humanizar la práctica médica es un desafío aún mal definido para la comunidad interesada en temas de la salud. La dinámica de la medicina contemporánea en el mundo ha llevado a una atención despersonalizada, la ausencia o debilidad de los médicos de cabecera o de familia, tiempos breves de atención, cambios en la autoridad y valoración de la profesión médica y de los diferentes profesionales de la salud. Todos estos aspectos y muchos otros componentes adicionales agravantes que se relacionan con nuestro sistema de salud, las reducidas remuneraciones, el sobre empleo, la descentralización. Hay dos ámbitos claves en el aspecto humano de la profesión que exigen un cambio: *la relación médico-pacientes-familiares*, muy criticada por sus múltiples carencias, y *la crisis existencial de los profesionales de la salud* que lleva al desgaste, el síndrome de *burnout* (profesional quemado) y hasta el suicidio” (Carballeira et al., 2021, p. 7, cursivas añadidas)

la demanda de secretarios y secretarias municipales de salud de las cinco regiones del país, destacando:

...tres elementos conceptuales y prácticos, considerados de fundamental importancia, para entender la gestión diaria del SUS municipal: 1) énfasis en la planificación, con el uso de instrumentos para la organización de acciones y servicios de salud, en particular, redes de salud y cuidado de la salud; 2) calificación de equipos de salud mediante estrategias de educación permanente y ampliación del conocimiento de la fuerza laboral y 3) participación de los usuarios en diferentes espacios de trabajo en la toma de decisiones sobre la gestión de políticas, ya sea como asesores o como segmentos organizados de luchas sociales (COSEMS-RJ, LAPPIS/IMS/UERJ 2019, pp. 9-10).

La figura de dicho gestor resulta clave al afirmarse en un plano político, ético y técnico, cuyo desglose se explicita en el mencionado Manual¹⁶.

COLOFÓN

Luego de pasar revista al cuidado en su alcance abarcativo y envolvente, a su integralidad y su carácter político, de fundamentar y ponderar el papel clave de la atención y de su procura, enmarcada como el primer componente del proceso del cuidado, así como de explorar su determinación social, la calidad de los servicios

¹⁶ "En cuanto al aspecto técnico, es necesario que el gestor del SUS pueda articular conocimientos y prácticas de gestión para cumplir con sus funciones, que requerirán un conjunto de conocimientos, habilidades y experiencias en el área de administración pública, gobernanza, planificación y atención de salud para la implementación de políticas de salud. En cuanto al aspecto ético, se refiere a *la razón pública de ser Gestor del SUS*, cuya responsabilidad surge como requisito de una acción que es necesariamente colectiva y pública, comprometida con *el fomento, ejercicio y cultivo de una ética de defensa y afirmación de la vida en sociedad*. En ese sentido, presupone la comprensión de que el Estado brasileño, como Estado republicano, debe priorizar los derechos fundamentales y *no admitir que el interés privado prevalezca sobre el interés público* y, por lo tanto, sus acciones deben estar guiadas por la ética, atendiendo a la necesaria división y el equilibrio entre poderes. La Constitución Federal de 1988, conocida como "Constitución Ciudadana", es una clara revelación del pacto federativo brasileño, consolidado en medio de la redemocratización de la política del país. Fue un hito decisivo, ya que por primera vez se cubrió el sector salud de manera clara y efectiva, como se indicó en el artículo 196: "La salud es un derecho de todos y un deber del Estado, garantizado a través de políticas, cuestiones sociales y económicas que tienen como objetivo reducir el riesgo de enfermedades y otros problemas de salud [...] El desafío es *interactuar con la pluralidad de grupos y actores sociales demandantes de políticas de salud, y quienes construyen y viven esta Sistema*. Para ello, identificamos que el gestor del SUS es el *mediador en diferentes planos y espacios* donde es necesario desarrollar la capacidad de redactar un entendimiento de sus responsabilidades y corresponsabilidad de quienes comparten sus acciones. En este sentido, son un imperativo para el Gestor del SUS *las actividades de mediación diarias* con el fin de mantener un diálogo permanente con los diferentes actores sociales e instancias de negociación y acuerdo, ya sea en el nivel central del sistema, o con el equipo que te apoya" (2019, pp. 17 y 19, cursivas añadidas).

resulta orientada a un horizonte mucho más trascendente que el de la deseable pero descontextualizada “productividad” a la que se le llega a reducir eventualmente en las instituciones.

Ello, sin embargo, desde la puntualización esencial de la salud como un derecho de ciudadanía, reclama precisamente ciudadanos, y retornando al inicio, reclama el aporte del cuidado en su alcance político y en experiencias dialógicas concretas. Reclama plataformas de interlocución. Siempre es momento, desde el bien común, de ponderar y reconocer experiencias que, actualizadas y potenciadas, ameritan seguimiento.

REFERENCIAS

- Álvarez Terán, C. (8 de mayo de 2022). *Infocracia. Byung-Chul Han*, Youtube.
<https://www.youtube.com/watch?v=vgsf2ZUVf4A>.
- Bell, I. R., Caspi, O., Schwartz, G., Grant, K., Gaudet, T., Richener, D., Maizes, V. y A. Weil (2002). Integrative Medicine and Systemic Outcomes Research. *Archives of Internal Medicine*, 162, 133-140.
- Brasil, Ministério da Saúde (2013). *Cadernos de Atenção Básica*. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Acolhimento à demanda espontânea. Ministério de Saúde.
- Arnau, J. y Martínez Gallardo, A. (2021). Cultura de la atención en Simone Weil. *Cuadernos Hispanoamericanos*, 848, 110-135
<https://cuadernoshispanoamericanos.com/cultura-de-la-atencion-en-simone-weil/>
- Benach, J. y Muntaner, C. (2005). *Aprender a mirar la salud. Cómo la desigualdad social daña nuestra salud*. Ediciones de intervención cultural/El viejo topo.
- Bibeau, G. (1993). ¿Hay una enfermedad en las américa? Otro camino de la antropología médica para nuestro tiempo (pp. 41-70). En C. Pinzón, R.

Suárez y G. Garay (eds.). *Cultura y salud en la Construcción de las Américas*. Instituto Colombiano de Antropología,

Boff, L. (2002). *El cuidado esencial. Ética de lo humano, compasión por la Tierra*. Trotta.

Bulman, F. (1926), Procederes terapéuticos, *Gaceta Médica de México*, 57: 36.

Carballeira, B., Andreatta, P., Saad, Y., Ríos, E., Majewski, C., Roussel, P., ... & Tajer, C. (2021). *De la medicina narrativa a los cuidados humanizados: El hospital El Cruce en pandemia*. Universidad Nacional Arturo Jauretche, <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1396480>

Carballeira, B., Andreatta, P. y Saad, Y. (2021). Talleres de medicina narrativa durante la pandemia (pp. 109-120). En *De la medicina narrativa a los cuidados humanizados: El hospital El Cruce en pandemia*. Universidad Nacional Arturo Jauretche. <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1396480>

Cervantes Alba, S. (1941a), Inconvenientes y mal uso de las medicinas de patente, *Acción Médica* 63: 25, 27 y 30,

_____ (1941b), Inconvenientes y mal uso de las medicinas de patente, *Acción Médica* 64: 28-30.

Comins Mingol, I. (2016). La filosofía del cuidado de la tierra como ecosofía. *Daimon. Revista internacional de filosofía*, 67, 133-148.

COSEMS-RJ, LAPPIS/IMS/UERJ (orgs), (2019). *Manual do(a) Gestor(a) Municipal do SUS: “Diálogos no Cotidiano”*, Río de Janeiro: CEPESC/IMS/UERJ, 2^a ed. <https://lappis.org.br/site/manual-doa-gestora-municipal-do-sus-dialogos-no-cotidiano-2a-edicao/7831>

Coulter, B. (2003). Integration and paradigm clash. The practical difficulties of integrative Medicine. En P. Tovey, G. Easthope, y J. Adams (eds), *Mainstreaming, Complementary and Alternative Medicine. Studies in Social Context*. Routledge.

- Charon, R. (2001). The patient-phisician relationship. Narrative medicine: a model for empathy, reflection, profession, and trust. *Journal of the American Medical Association*, 286(15), 1897-1902.
- Dossey, L. (1986), *Tiempo, espacio y medicina*. Kairós.
- Fassin, D. (2019). *Por una repolitización del mundo: las vidas descartables como desafío del siglo XXI*. Siglo XXI Editores.
- Foucault, M. (2021). *Genealogía del racismo*. La Plata: Altamira.
- García González, L. M. (2021). *CUIdadanía, una posibilidad de reconstruir el cuidado como un acto político*. Tesis doctoral, Universidad Nacional de Colombia.
- Granda, E. (2000). La salud pública y las metáforas sobre la vida. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 18(2), 83-100.
- Greco, L. R., Böschemeier, A. G. E., Abbatizzi, M., Osorio, V., Ricco, R. y F. Saraceno (2019). El Parto Planificado en Domicilio (PPD) como práctica de ciudadanía: relevamiento cuali-cuantitativo de experiencias en Argentina (2000-2018). *Cadernos de Gênero e Diversidade*, 5(4), 252-273.
- Han, B.C. (2022). *Infocracia. La digitalización y la crisis de la democracia*. Taurus.
- Hersch Martínez, P. (1992). Participación social en salud: espacios y actores determinantes en su impulso, *Salud Pública de México*, 34: 678-688.
- Hersch Martínez, P. (2000). *I Plantas medicinales: relato de una posibilidad confiscada. El estatuto de la flora en la biomedicina mexicana*. Instituto Nacional de Antropología e Historia, México.
<https://pasfminah.wixsite.com/misitio>
- Hersch Martínez, P. (2012). *Integración de saberes y poderes. Plantas medicinales y servicios públicos de atención en la Ciudad de México*. Serie Patrimonio Vivo, No. 10, 112 pp., INAH y Gobierno del Distrito Federal, México.
<https://pasfminah.wixsite.com/misitio>.

Hersch Martínez, P. y Sedano Díaz, A. C. (2013). Las comisiones de salud como espacios dialógicos de relevancia para la epidemiología sociocultural. Ejemplos de caso en comunidades de Guerrero y Oaxaca. *Oxtotitlán. Itinerancias Antropológicas*, 7(12), pp. 5-13.

Hersch Martínez, P. y J. Pisanty (2016). Desnutrición crónica en escolares: itinerarios de desatención nutricional y programas oficiales en comunidades indígenas de Guerrero, México", *Salud Colectiva*. 12(4): 551-573, en: <http://revistas.unla.edu.ar/saludcolectiva/article/view/917/1102>

Hersch Martínez, P. y M.G. Salamanca González (2022). El cuidado y los procesos de atención-desatención como referentes analíticos y operativos para la salud colectiva, *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*. 40(1):e345191. doi: <https://doi.org/10.17533/udea.rfnsp. e345191>

Kligler, B. et al. (2004). Core Competencies in Integrative Medicine for Medical School Curricula: A Proposal, *Academic Medicine*, 79(6):521-531.

Laurell, A. C. (1994). Sobre la concepción biológica y social del proceso salud-enfermedad (pp. 1-12). En M. I. Rodríguez (coord). *Lo biológico y lo social. Su articulación en la formación del personal de salud*. Organización Panamericana de la Salud.

Laurell, A. C. (2016). La muerte de la clínica y el malestar del médico. *Revista Argentina de Medicina*, 4(9), 25-27.

Lebrun, J. P. (1993). *De la Maladie Médicale*. De Boeck Université.

Leiva-Gómez, S. (2015). Organización social del cuidado en Bolivia y Chile: Estado y ciudadanía. *Revista Austral de Ciencias Sociales*, (28), 61-81.

Lifshitz, A. (2011). Medicina, literatura y medicina narrativa. *Medicina Interna de México*, 27(2), 105-106. <https://www.medicgraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=29122>

Luz, M. T. (2004). Fragilidade Social e Busca de Cuidado na Sociedade Civil de Hoje (pp. 11-22). En R. Pinheiro y R. A. Mattos (coords). *Cuidado as*

Fronteiras da Integralidade. Centro de Estudos e Pesquisa em Saúde Coletiva (CEPESC).

Maizes, V., Rakel, D. y Niemic, C. (2009). Integrative medicine and patient-centered care. *IOM Summit on Integrative Medicine and the Health of the Public*, 35 pp.

Manquat, A. (1927), *Compendio de terapéutica*, Barcelona: Salvat.

Mayoral Pardo, D. (1946), *Nociones de terapéutica y farmacodinamia*, México: talleres Gráficos de la Nación.

_____ (1955), ¿Qué espera el enfermo de su médico?, *Acción Médica*, 189: 8-9.

Moragues, A. y Morgan, K. (2013). El horizonte ético alimentario: la política del cuidado. *Papeles de Relaciones Ecosociales y Cambio Global*, 121, 113-127.

Nascimento, M. C. (2013). A categoria racionalidade médica e uma nova epistemologia em saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*, 18(12), 3595-3604.

Organización Mundial de la Salud. (2021). *Normas para mejorar la calidad de la atención a los recién nacidos enfermos o de pequeño tamaño en los establecimientos de salud*. <https://iris.who.int/handle/10665/341557>.

Paim, J. S. (2008). Modelos de atenção à saúde no Brasil (pp. 547-573). En Giovanela, L., Escorrel, S., Lobato, L. V. C., Noronha, J. C. y Carvalho, A. I. (orgs). *Políticas e sistema de saúde no Brasil*. Fiocruz,.

Pinheiro, R. y Mattos, A. R. (orgs) (2001). *Os sentidos da integralidad na atenção e no cuidado à saúde*. Ed. IMS/UERJ/Cepesc/Abrasco.

Pinheiro, R. y Mattos, R. A. (2004a). *Cuidado: as Fronteiras da Integralidade*. Centro de Estudos e Pesquisa em Saúde Coletiva (CEPESC) <https://lappis.org.br/site/cuidados-as-fronteiras-da-integralidade/4591>

Pinheiro, R. y Mattos, R. A. (2004b). Cuidado e Integralidade: Vida, Conhecimento, Saúde e Educação (pp. 7-9). En Pinheiro, R. y Mattos, R. A. (coords),

Cuidado: as Fronteiras da Integralidade. Centro de Estudos e Pesquisa em Saúde Coletiva (CEPESC).

_____ y A. G. Silva Junior (org.) (2011). *Cidadania no Cuidado: o universal e o comum na integralidade das ações de saúde*, Rio de Janeiro: IMS/UERJ – CEPESC, <https://lappis.org.br/site/cidadania-no-cuidado-o-universal-e-o-comum-na-integralidade-das-acoes-de-saude/4586>

Restrepo, E. y Rojas, A. (2010). *Inflexión decolonial: fuentes, conceptos y cuestionamientos*. Universidad del Cauca.

Santos, B. D. S. (2003). *Crítica de la razón indolente: contra el desperdicio de la experiencia* (Vol. 1). Desclée de Brouwer.

Santos, B. D. S. (2005). *El milenio huérfano. Ensayos para una nueva cultura política*. Trotta.

Santos, B. D. S. (2016). *La difícil democracia: Una mirada desde la periferia europea*. Akal.

Sedano Díaz, A. C. (2017). *La dimensión afectiva emocional en la participación social para la salud. Recapitulación de una experiencia en San Luis Acatlán, México, del 2010 al 2015* (Tesis de maestría). UFRO, Temuco, Chile.

Silva, A. F., Mendonça, M. O. L., Silva, R. C. F., Correia, I. B. (2023). Entre ouvidos e palavras: um ensaio sobre medicina narrativa, redes sociais e humanização na Atenção Primária à Saúde. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação* (Botucatu), 27. e220467.

<https://www.scielosp.org/article/icse/2023.v27/e220467/pt/>

Tronto, J. (1993). *Moral Boundaries: A political argument for an ethic of care*. Routledge.

Tronto, J. (2013). *Caring democracy: Markets, equality, and justice*. NYU Press.

Vargas, L. A. (1991). Una mirada antropológica a la enfermedad y el padecer, *Gaceta Médica de México*, 127(1), 3-6.

- Vélez Arango, A. L. y Lima Rodríguez, J. S. (2019). Hacia una concepción positiva de la salud. Una visión a partir del “enfoque de las capacidades”, *Cuadernos del CENDES* (Caracas), 3^a época, 36(101), 25-51.
- Vila, M. P. (2024). La engañosa idea de la infocracia. *Revista Latina de Comunicación Social*, 82, 1-2. (<https://doi.org/10.4185/rilcs-2024-2169>)
- Villa-Vélez, L. (2020). Educación para la salud y justicia basada en el enfoque de las capacidades: una oportunidad para el desarrollo de la salud pública, *Ciência e Saúde Coletiva*, 25(4), 1539-1546.
- Wang J. y Xiong, X. (2012). Current Situation and Perspectives of Clinical Study in Integrative Medicine in China. *Evidence Based Complementary and Alternative Medicine*, Vol. 12. 268542.
- Weil, S. (2022). La agonía de una civilización y otros escritos de Marsella. Trotta.

2. ¿Clientes o pacientes? La irrupción del modelo de gestión neoliberal en los servicios de salud pública de México

Emmanuel Flores Díaz

INTRODUCCIÓN

En el marco de una creciente tendencia a la liberalización de los sistemas de salud globales, a principios de milenio fue presentado el Informe sobre la salud en el mundo 2000 (Organización Mundial de la Salud/OMS, 2000). En dicho documento se plantean indicadores e instrumentos que sirvieran para evaluar qué aspectos del sistema de salud de un país son funcionales y cuáles no, para así mejorar su desempeño.

El documento define qué es un sistema de salud y cuáles deben ser sus funciones. En este sentido, un sistema de salud incluye a todos los actores, instituciones y recursos cuya misión debe ser la de mejorar la salud de la población.

Esto incluye a las instituciones que ofrecen servicios de salud personales (prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación), y otros menos directos, que incluyen las políticas públicas intersectoriales, como la legislación en temas de salud, tránsito y movilidad, medio ambiente, etc. Los sistemas de salud incluyen a los sectores industriales dedicados a proveer recursos e infraestructuras necesarios para atender a la población, pero también a las instituciones dedicadas a formar capital humano, o a desarrollar ciencia y tecnología. Los gobiernos, asumiendo la rectoría de sus sistemas de salud, deben fijar regulaciones, implementarlas y monitorearlas, así como garantizar la igualdad de las condiciones entre todos los actores que participan en el sistema. Se sostiene que un sistema de salud eficiente abona a otros intereses sociales, como el de mejorar el nivel educativo o el ingreso medio de las personas (Murray y Evans, 2003).

La labor de todo sistema de salud se resume en tres objetivos: *mejorar la salud de la población, garantizar la protección financiera contra los costes de la enfermedad, y ofrecer un trato adecuado a los usuarios de los servicios de salud*.

Se ha planteado así que los países deben buscar la manera de garantizar el acceso universal a los servicios de salud, y que los costos y aportaciones financieras sean asumidos de forma equitativa o paritaria para cada contribuyente (OMS 2000, p. 9).

En este sentido, uno de los principales aspectos en los que deberían trabajar los gobiernos para mejorar la salud y la calidad de vida de la población **es la equidad**. Es decir, se deben reducir las desigualdades en salud. Esto equivale a mejorar la manera en la que las personas interactúan con el sistema de salud: en el cómo son tratados y el entorno que los recibe. Esto es lo que define a la capacidad de respuesta del sistema de salud. Otro aspecto importante para mantener la equidad radica en la financiación de los servicios de salud, lo que incide en que las personas no se empobrezcan demasiado en su trayectoria de atención. La **cobertura** se define como la posibilidad de que las personas accedan a los servicios que necesitan. Su efectividad o calidad consiste en que se acceda al servicio de manera oportuna, y que su acción (calidad) de como resultado un beneficio para la salud. La **eficiencia de un sistema de salud** se basa en la relación entre la consecución de los objetivos planteados y los recursos utilizados para alcanzarlos, de modo que la población pueda acceder a una mejor calidad de vida.

De acuerdo con la OMS (2019), un sistema de salud de calidad basa su gestión y servicios en conocimientos profesionales sustentados científicamente. Esto debería garantizar su eficacia. Además, la atención debe ser segura, evitando empeorar la salud de los usuarios y/o atentar contra su dignidad. En otras palabras, los servicios de salud deben centrarse en las personas, lo que significa que la atención debe considerar las preferencias, necesidades y valores “individuales” (OMS, 2019). En ese mismo sentido, se plantea que una característica para una atención de calidad es la respuesta oportuna, reduciendo los tiempos de espera, o evitando demoras perjudiciales para la salud de los usuarios. Además, la atención debe ser equitativa, sin importar género, etnia, procedencia o situación económica. Por último, es fundamental que la atención sea integral, permitiendo que las personas accedan a una amplia gama de servicios de salud a lo largo de sus vidas (OMS, 2019).

En ese mismo marco aparece el concepto de **cobertura efectiva**. La cobertura efectiva se refiere a cómo los sistemas de salud impactan en la población. Sin embargo, esta cobertura puede verse limitada por diversos factores, como el desarrollo tecnológico insuficiente, la falta de acceso a instalaciones, personal médico o medicamentos, barreras financieras, desencuentros culturales entre los servicios prestados y la percepción negativa de los usuarios. Además, la mala calidad de los servicios también puede afectar esa cobertura efectiva (Murray y Evans, 2003, p. 11).

El informe suscitó polémicas y discusión entre políticos y académicos. Una vertiente importante de las críticas se centró en que en el informe de la OMS subyace una agenda neoliberal, pues respalda la introducción de mecanismos de privatización y libre mercado en la gestión de la salud (Fernández-Díaz, 2001, p. 454). Uno de los supuestos del informe es que se deben asumir criterios de costo-beneficio a la hora de gestionar la oferta de servicios, la descentralización y la autonomía de las unidades asistenciales y la colaboración público-privada, con una mayor participación de proveedores privados en la oferta de servicios, una mayor exposición de las instituciones prestadoras de servicio al mercado y por consiguiente a la competencia y la racionalidad costo-efectividad). En el informe de la OMS se sugiere que los proveedores privados son un componente fundamental de los sistemas de salud, capaces de mitigar las carencias de las instituciones públicas, por lo que convendría que el Estado impulse el mercado sanitario y regule la competencia (OMS, 2000, p. 9). Así mismo, en el informe se asume que las personas que acuden a los servicios médicos, públicos y/o privados son esencialmente consumidores, por lo que la atención y la salud pueden concebirse directa o indirectamente como bienes y servicios del mercado:

La persona que busca atención sanitaria es, desde luego, un consumidor --del mismo modo que lo es con respecto a todos los otros bienes y servicios--y también puede ser un coproductor de su salud, si adopta buenos hábitos de alimentación, higiene y ejercicio, y acate las instrucciones sobre el uso de medicamentos u otras recomendaciones de los profesionales sanitarios. Pero la persona es también el objeto físico al cual se dirige toda esa atención (OMS, 2000, p. 4).

De este modo, generar un trato digno debería estar íntimamente ligado a satisfacer las expectativas de los ahora “usuarios” en cuanto a garantías básicas del trato digno (respeto de su autonomía y dignidad como ser humano), y en aspectos que sitúan a las personas como clientes de un sistema de salud, teniéndose que garantizar la posibilidad de elegir entre prestadores de servicios, reducción de tiempos de espera, etc. (Fernández Díaz, 2001, p. 454).

Estas directrices de evaluación de la calidad que la OMS fueron recibidas en México con beneplácito. En México el interés institucional por evaluar la calidad de la atención a la salud se remonta hacia finales de la década de los años cincuenta, época en la que el IMSS implementa sus primeras auditorías médicas (CONAPO, 2004, p. 199; Chévez, 2007, p. 12). Sin embargo, éstas se han convertido en metas para organizar desde finales de 1980 y principios de los 2000, años a partir de los cuales se invirtieron esfuerzos significativos para medir el desempeño del sistema de salud, empleando los estándares presentados por la OMS, como la Encuesta Nacional de Evaluación del Desempeño (Secretaría de Salud, 2002; Frenk y Ruelas, 2005, p. s2). Estos mecanismos fueron implementados en un contexto de adopción y consolidación del modelo neoliberal en las políticas y la administración pública, con impacto en la experiencia y las condiciones que enfrenta la población al interactuar con los sistemas de salud.

EL CONTEXTO: NEOLIBERALIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD

Según Laurell (1999), la crisis financiera de 1982 impulsó al gobierno federal a buscar apoyo financiero del FMI y el Departamento del Tesoro de los EE. UU. Este apoyo se condicionó a la adopción de ajustes estructurales, lo que obligó al gobierno mexicano a planificar una serie de reformas a las leyes e instituciones de seguridad social, incluidos los servicios de salud, con lo que se buscó inhibir la participación estatal en la provisión de servicios de seguridad social, asistencia y atención a la salud. Esto condujo a una pronunciada austeridad que afectó el funcionamiento de las instituciones encargadas de proveer estos beneficios, con lo cual disminuyó su calidad de sus servicios. Ante esto, se introdujeron argumentos que justificaban la

apertura al sector privado para que gestionara estos servicios, argumentando que esos mecanismos mejorarían la calidad y la gestión de los recursos.

Laurell (2013) distingue en este sentido dos etapas características a la hora de abordar la historia del reordenamiento del sector salud en México y América Latina. La primera etapa inicia en la década de 1990, con la implantación de reformas de liberalización y privatización influidas por el Banco Mundial (1993), a través de un documento titulado “Invertir en Salud”. Uno de sus postulados implícitos era el de fortalecer el mercado de la salud a costa del debilitamiento del Estado de Bienestar. Para esto se buscó limitar su papel como proveedor de bienes y servicios y separar estas funciones de la administración del presupuesto y de su papel como regulador (Laurell, 2013, p. 25). Este organismo aconsejaba literalmente reducir el gasto público en establecimientos de nivel terciario, y en uno de sus apartados (“promover la diversidad y la competencia”) recomienda la competencia entre proveedores públicos y privados en la provisión de servicios clínicos o insumos médicos, como medicamentos. Así mismo, sugieren la creación de esquemas de aseguramiento público o privado para cubrir las necesidades de los sectores más vulnerables (Banco Mundial, 1993, p. 6).

En México, estos postulados se pusieron en marcha con la aprobación de la Ley del Seguro Social en 1995. Esto supuso la introducción mecanismos de administración empresarial en la gestión pública, y se fomentó la competencia entre instancias del sector público y las privadas (Laurell, 1999, p. 197). Otro de los inconvenientes de esta reforma fue la privatización de los fondos de retiro y su condicionamiento al tipo de régimen en que el individuo se encuentre cotizando. Otra consecuencia fue la profundización del acceso diferenciado al sistema de salud y la focalización de la asistencia social en los sectores comprobadamente más vulnerables. La cobertura sanitaria, por su parte se verá reducida debido a la definición de paquetes de cobertura claramente definidos, estableciéndose una cobertura mínima para los sectores no cubiertos por instituciones se seguro públicas o privadas. También se fundó el “Fondo Solidario de Salud”, cuya función será la de gestionar el presupuesto y transferir fondos a instancias públicas o privadas (Laurell, 1999, p. 152).

La segunda etapa descrita por Laurell (2013) se caracteriza por la focalización de la asistencia estatal a los sectores vulnerables y por el mayor énfasis en los seguros universales. Se llega a la conclusión de que la principal vía de acceso universal a la salud debe ser el aseguramiento, equiparando la cobertura con la derechohabiencia, ya sea pública o privada (Laurell 1999, p. 26; Secretaría de Salud, 2019, p. 18).

Entre 2003 y 2004 se aprobó una reforma a la Ley General de Salud, creando el Sistema de Protección Social en Salud, lo que dio paso a un sistema de cobertura médica financiado con dinero público y en menor medida mediante cuotas de los usuarios. Se creó el Seguro Popular, que otorgaba a sus usuarios un paquete básico de servicios y tratamientos cubiertos (López-Arellano y Jarillo-Soto, 2017). Este servicio estaba destinado a las personas no afiliadas a otra institución como el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), Petróleos Mexicanos o la Secretaría de la Defensa Nacional.

El Seguro Popular ofrecía un paquete de atención básico a la población no afiliada a los servicios de seguridad social, lo que sin embargo generó serias limitantes en cuanto a su cobertura. La afiliación a este servicio suponía la realización de un estudio socioeconómico con el que se determinaba la contribución que el usuario debía pagar como condición del aseguramiento. Los montos variaban en función de los ingresos percibidos, aunque la mayor parte del financiamiento debía ser cubierto por las entidades federativas a través de los sistemas de salud estatales. Por otro lado, se separó la función de administración fiscal y financiera del sistema de salud pública del de la atención, creándose distintas instancias para cubrir cada función (Tamez y Eibenschutz, 2008).

El proceso de neo-liberalización del sistema de salud mexicano recuerda al caso chileno, pues culminó con la creación de un estado subsidiario. Este cede sus funciones como garante del bien común, alegando la ineficiencia en su rectoría de los asuntos públicos y bajo el supuesto “poder reparador del libre mercado”. En este sentido, el Estado dirige sus esfuerzos a subsidiar un modelo que privilegia la voluntad individual y la mercantilización de la salud. En el aspecto institucional, se

buscó la fragmentación de las instituciones y la concentración de la asistencia social en los grupos más vulnerables. Como punta de lanza ideológica, se promueve así la libertad individual, entendida fundamentalmente como la facultad personal de emprender y consolidarse económicoamente (Merino Jara, 2021, p. 119).

Un objetivo de las reformas neoliberales al sistema de salud fue el de aumentar el peso del sector empresarial, tanto en el mercado como en la administración pública, como gestor y prestador de servicios subsidiados. Esto se pudo observar en el modelo hospitalario mixto, en el cual el Estado toma en renta infraestructuras pertenecientes a empresas privadas, como hospitales, o en ese mismo marco contrata proveedores de ambulancias, medicinas y equipos médicos (Pérez, Negreros y Jiménez, 2022).

Por su parte, el IMSS, el ISSSTE y las otras instituciones de seguridad social, aunque siguieron existiendo, en la práctica el sistema de salud opera con una segmentación de la sociedad basada en el acceso desigual a los servicios. Las personas con empleos formales en el Estado o en empresas podían ser asegurados por el IMSS o el ISSSTE. En cambio, los trabajadores del sector informal podían ser cubiertos por los sistemas estatales (Tamez y Eibenschutz, 2008).

Según López Arellano y Jarillo (2017), con la creación de Seguro Popular se introdujo efectivamente la atención sanitaria, pero en el campo del consumo, aleñando los mercados de atención. Los usuarios se conciben como beneficiarios o clientes de un seguro médico diferenciado. Por otro lado, mercantilizar el sistema de salud implica la búsqueda de la rentabilidad. En este caso, lo más rentable es la atención individual y curativa, en detrimento de las acciones sobre los determinantes sociales de la salud y el acceso equitativo a los servicios de salud. Algo similar ocurrió con las pensiones de retiro, cuya gestión fue dada a empresas privadas, y se condicionaron los fondos a las aportaciones realizadas por los trabajadores. La inversión realizada por los trabajadores era vulnerable a la oscilación de los tipos de interés en el mercado (Pérez, Negreros y Jiménez, 2022, p. 9). Además, podemos agregar que este sistema dejó fuera a miles de personas en el sector no fiscalizado de la economía.

A nivel de la atención, esto supuso que los sectores más vulnerables no tuvieran un acceso integral a los servicios médicos esenciales, pues el “paquete de servicios básicos” se limitó a determinados servicios, no basados en las necesidades reales de sus usuarios. Por ejemplo, Tamez y Eibenschutz (2008) refieren que inicialmente el “Seguro Popular” cubría 78 padecimientos, relación que fue ampliada dos veces, hasta reconocer más de 225 tipos de intervención. Sin embargo, varias de las que se presentaron como adiciones, en realidad referían a modalidades de un mismo tipo de enfermedad. Aunado a esto, la cobertura descartaba diversos tipos de cáncer, enfermedades o accidentes cardiovasculares, accidentes y otras causas relevantes de morbimortalidad en el país. Tampoco cubrían a la persona si su padecimiento empeoraba y éste no estaba considerado en el seguro, o si se prolongaba más allá del tiempo de cobertura en caso de hospitalización (Tamez y Eibenschutz, 2008, p. 142). Esto genera desprotección, encareciendo la atención médica.

Pese a ello, el gobierno de México desarrolló un discurso de “cobertura universal y equidad de la atención”, soslayando el impacto en la economía de muchos de los supuestos “beneficiarios”. Así, según datos obtenidos a partir de la Encuesta Nacional de Evaluación del Desempeño, durante el último trimestre de 2002, en México cerca de 900,000 hogares tuvieron gastos superiores al 30% de sus ingresos por motivos de salud. Esto implica un sacrificio importante que aumenta el riesgo de empobrecimiento. Una expresión de ello es el sostenido incremento en el endeudamiento de las familias en condición precaria, motivado en buena parte precisamente por esos gastos catastróficos ante la falta de cobertura (Hersch y Rodríguez, 2017). Los principales rubros de gasto fueron la atención ambulatoria, la hospitalización y los medicamentos, siendo éstos últimos el rubro de gasto que más afectó a estos hogares vulnerables (Pérez-Rico, Sesma-Vázquez y Puentes Rosas, 2005).

Según la evaluación, los hogares no asegurados son más susceptibles de incurrir en un gasto catastrófico (de entre el 30 y el 70% del ingreso), sobre todo en medicamentos. Aunque también existen hogares asegurados que caen en gastos catastróficos, pues sus malas experiencias con los servicios públicos (tiempos de

espera altos, falta de medicamentos, etc.) los orillan a buscar atención en instancias privadas. Según los analistas, la vulnerabilidad de estos hogares podría ser mitigada por un sistema de cobertura universal que proporcionase los medicamentos necesarios de forma gratuita y de calidad. Por otro lado, incluso un gasto inferior al 30% de los ingresos puede empobrecer a una familia, por lo que las cifras pueden ocultar una mayor prevalencia de condiciones de precariedad en la población (Pérez, Sesma y Puentes, 2005: s45).

Dicha situación persiste hasta nuestros días. El CONEVAL (2022, p. 25) muestra que hasta un 50% de los usuarios afiliados a las instituciones de salud, por uno u otro motivo, acaban realizando algún desembolso. En México una familia puede verse forzada a cubrir poco más del 90% del costo de la atención de uno de sus miembros (Mariscal, Zamora y Torres, 2016 p. 136), lo que se puede ver agravado dada la transición epidemiológica que atraviesa la población, cada vez más propensa a padecimientos crónicos. Por consiguiente y en la práctica, el aseguramiento por parte de alguna institución no garantiza la protección ante potenciales riesgos de gasto catastróficos. Este riesgo de desembolso se incrementó entre 2016 y 2018, alcanzando un punto crítico en 2020, quizás acentuado por la emergencia sanitaria desencadenada a raíz de la pandemia por el SARS-COVID 19.

Otro rubro por señalar es la desinversión pública en el Sistema de Salud. Según Mariscal, Zamora y Torres (2016), para el 2013 nuestro país invertía el equivalente al 6.2% del PIB en salud. Otros países menos poblados que México, pero con mejores resultados en salud, destinaron más del 9% de su PIB. Según el CESOP (2017), en esa época el gasto público equivalía al 3% del total del PIB, mientras que los gastos privados lo superaban con un 3.2%. El tipo y monto de la inversión que México realizaba era insuficiente para reducir el riesgo de que los sectores más vulnerables tuvieran gastos catastróficos, e incluso el gasto público en salud se contrajo en los años siguientes. Por otro lado, parte del gasto público está mal enfocado, habiendo por ejemplo partidas de gasto no justificadas en publicidad sin que se tenga certeza de su impacto; a su vez, la segmentación del sistema implica la duplicidad de funciones y gastos (CESOP, 2017, p. 16). Otro

factor que contribuye a la segmentación de la atención es la diversidad operativa y presupuestaria con la que operan las instituciones. Esto hace que algunas instituciones puedan de invertir en la calidad de la atención más que otras, por lo que en la práctica algunos sectores poblacionales acceden a mejores servicios que otros (Lutz, 2023, p. 30).

Si bien una fuerte inversión del gasto público en el sistema de salud no necesariamente garantiza la mejora de la calidad de la vida de la población, lo cierto es que en nuestro país ha habido desinversión en el sector, lo que ha contribuido a precarizar las condiciones de atención y trabajo dentro de los servicios públicos de atención públicos. El estancamiento del gasto público repercute en el número de médicos disponibles, habiendo un promedio de 1.8 médicos por cada 1000 habitantes, pese a que de que la referencia de la OCDE es de 3.5 médicos por cada 1000 habitantes (Pérez, Negreros y Jiménez, 2022). Los médicos también pueden verse afectados por las condiciones de flexibilización del trabajo, haciendo que muchas personas deban tener más de un empleo, o que cuenten con prestaciones sociales mínimas. Las personas que trabajan en el sector privado son las que se ven más afectadas, aunque quienes trabajan en el sector público enfrentan condiciones de precariedad como salarios bajos. Por otro lado, el sistema público no ha mostrado capacidad para integrar a todos los egresados de carreras médicas (Montañez-Hernández *et al.*, 2022).

EL PROBLEMA DE LA SATISFACCIÓN FRENTE AL TRATO ADECUADO

De acuerdo a Chévez (2007), en la década de los noventa, al tenor del debilitamiento del estado benefactor y la introducción de directrices neoliberales en los sistemas de salud, se comenzaron a implementar teorías y metodologías de administración de empresas para evaluar y garantizar la calidad de la atención. Uno de los indicadores adoptados para medir la calidad de los servicios de atención fue la “satisfacción del paciente”. Una de las consecuencias de esta adopción fue retirar del foco aspectos estructurales relacionados con el estado de salud de la población. En cambio, las evaluaciones de calidad dan mayor peso a los aspectos subjetivos del desempeño, que no son tampoco en absoluto desdeñables y que también están

sujetos a esa determinación. También cobran peso aspectos técnicos, como la eficiencia de los servicios y el estado de las instalaciones (OMS 2000, p. 49; Frenk, 2002; Chévez, 2007, p. 11).

A partir de la década de los 90's, el gobierno de México comenzó a interesarse por medir la percepción de la calidad de los servicios de salud y su mejora. Entre los años 1994 y 2000 se realizaron dos ediciones de la Encuesta Nacional de Satisfacción con los Servicios de Salud, cuyos resultados mostraron el deterioro en la percepción que la población encuestada tenía respecto a las instancias de salud y el trato que recibían de ellas. Esto impulsó al gobierno federal a implementar una serie de iniciativas para mejorar tanto la calidad de los servicios como la percepción de los usuarios (Frenk, 2002). Esto desembocó en la creación del Programa Nacional de Salud 2001-2006, en el que se incluyó la "Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud". A grandes rasgos, sus objetivos eran mejorar la calidad de la atención de todas las instancias de atención, mitigando las desigualdades en la experiencia que ofrecen las distintas instituciones, y en general, garantizar un trato digno a los usuarios de los servicios de salud. Para esto se definieron metas y mecanismos para evaluar el desempeño (Frenk 2002).

Para medir la calidad de los servicios se recurre a la "satisfacción del paciente" o a la medición de la aprobación de los rubros del "trato adecuado." La satisfacción del paciente se refiere a la percepción de las experiencias de atención clínica. Esto involucra a los aspectos médicos y los no médicos. En otras palabras, la *satisfacción del paciente* es un concepto más amplio que el de *trato adecuado*. Por su parte, este último término engloba a los aspectos considerados como no médicos de la interacción entre los prestadores de servicios y los usuarios (Secretaría de Salud, 2001, p. 4). Esto busca abarcar toda la experiencia reciente del usuario con el sistema. Es decir, una trayectoria que involucra el trato recibido por el personal administrativo, técnicos, médicos y enfermeros. En este marco, los elementos constitutivos del trato adecuado son los siguientes:

Atención pronta: que la atención no esté precedida por un tiempo de espera que provoque molestias o daños a la salud.

De acuerdo con la Comisión Nacional de Evaluación del Desempeño (CONEVAL, 2022), en México, uno de los principales problemas con los servicios de salud es que a menudo se sigue requiriendo una espera de semanas o meses para obtener una cita, y cuando se obtiene, con seguridad los usuarios se verán obligados a soportar largas horas de espera. Así, en los hechos se pretende, de manera insensata, que la evolución natural de la patología se aadecue a las inercias o carencias institucionales en la impartición de servicios esenciales y oportunos. Esto fomenta el uso de servicios “alternativos”, poco regulados y precarios, como los consultorios anexos a farmacias. Otro problema es el tiempo de traslado y la distancia a los establecimientos de atención (CONEVAL, 2022).

Trato digno: que el trato recibido de parte del personal prestador de servicios no atente contra la dignidad de los usuarios o pacientes, o que sea incluso dañino.

Comunicación: que la información recibida por el paciente sea clara y precisa, y que el personal de salud esté dispuesto a resolver las dudas del paciente cuando éste las requiera. Por otro lado, se han hecho estudios en otros países (por ejemplo, Lorber, 1975) en los que se documenta cómo los médicos y enfermeras regulan la transmisión de información a los pacientes, con el fin de inhibir conductas que consideran problemáticas y controlar a los pacientes.

Según el Centro de Estudios Sociales y de Opinión Pública (2017), en México las encuestas arrojan calificaciones moderadas del trato recibido por el personal médico (63% de aprobación en el IMSS, 69% en el ISSSTE y 75% en los seguros estatales o Seguro Popular), de su profesionalidad (66% tanto en el IMSS como en el ISSSTE, 70% en el Seguro Popular) y de la información recibida (64% de aprobación en el IMSS, 65% ISSSTE y 74% en el Seguro Popular o los seguros Estatales). No obstante, aún hay brechas en las que se debería trabajar para mejorar estos aspectos de la relación médico-paciente. Cabe señalar que en un rubro aparte, la satisfacción con las instituciones presenta niveles de aprobación muy bajos: 38% en el IMSS, 41% en el ISSSTE y 47% en el Seguro Popular (CESOP, 2017).

Autonomía: el derecho de los usuarios de servicios a tomar decisiones informadas sobre su salud. Sin embargo, en nuestro país se ha documentado

ampliamente la violación a este principio, como lo ilustran los casos de esterilización forzada o inducida (Romero Zepeda y Ortega Marín, 2017) o la realización de procedimientos médicos sin fundamento, como se puede apreciar en la muy alta prevalencia de cesáreas innecesarias (Lamadrid, Suárez y González, 2021).

Respeto a la confidencialidad: que se respete la privacidad de la información que el usuario proporciona al sistema.

Acceso a redes de apoyo social: la posibilidad de que los pacientes mantengan comunicación y contacto con sus redes de apoyo personal (familiares, amigos, etc.) durante la atención, generalmente hospitalaria. Este aspecto es visto más como un tema de “satisfacción del cliente”, más que un reconocimiento al hecho de que en realidad, el aislamiento puede intensificar la afectación emocional y física de los pacientes, pasando por alto su necesidad esencial de acompañamiento.

Calidad de las instalaciones y servicios: que los espacios e infraestructuras en donde se atienda a las personas sean higiénicos y ofrezcan servicios de calidad (seguros y eficaces).

Capacidad de elección del servicio: la posibilidad de que el usuario sea libre de elegir a las personas o instituciones prestadoras de servicios. Algunos de estos rubros remiten a la noción de “soberanía del consumidor”. Por ejemplo, hemos de señalar que la libertad de elección está condicionada por el poder adquisitivo o incluso por la capacidad de endeudamiento de los usuarios (Merino Jara, 2021, p. 122).

En su resumen ejecutivo de 2001, la Secretaría de Salud señalaba que la aprobación de los componentes del trato adecuado en la atención ambulatoria y hospitalaria eran aceptables o relativamente altos (Puentes-Rosas, 2005).

Atención ambulatoria

Atención pronta	62.1%.
Trato digno	84%.
Calidad de la comunicación	78.7%.
Autonomía	83.9%.
Confidencialidad	89.8%.

Capacidad de elección del proveedor del servicio	76.7%.
Calidad de las instalaciones	74.4%

Atención hospitalaria

Atención pronta	88.1%
Trato digno	84%.
Calidad de la comunicación	83.2
Autonomía	77.7
Confidencialidad	87.8
Capacidad de elección del proveedor del servicio	73.5
Calidad de las instalaciones	76.9

Fuente: Síntesis Ejecutiva. Trato Adecuado en México: Respuesta a las Expectativas no Médicas de los Usuarios de Servicios de Salud. Secretaría de Salud, 2001.

En el documento se expresaba que los resultados podrían hacernos sobrevalorar la capacidad de respuesta del sistema. Aunque en este caso el tiempo de espera era el componente evaluado con peores resultados. Así, el documento señalaba la necesidad de trabajar para que el sistema fuese más oportuno y permitiera así la autonomía de los usuarios (Secretaría de Salud, 2001). Otras evaluaciones compararon el nivel de satisfacción ante el trato adecuado en las instituciones de salud públicas y privadas, manteniendo niveles de aprobación similares en todos los aspectos, aunque los servicios de salud privados presentaron mayores índices de aprobación (Puentes-Rosas, 2005).

Los datos han variado a lo largo del tiempo. Para 2016 algunos resultados mostraban lo que parece una pauperización de la percepción que las personas tenían de las instituciones de seguridad social. Por ejemplo, según el Sistema Nacional de Información Estadística y Geográfica (SNIEG, 2023) entre 2013 y 2019, el IMSS vio reducida la satisfacción de sus derechohabientes, pasando de un 52.7% de aprobación a un 43.8%; por su parte, el ISSSTE obtuvo una aprobación que pasó del 56.8% al 47.1%. El seguro popular a su vez disminuyó su aprobación del 54.9%

al 47.2% (SNIEG, 2023). Pero en otras evaluaciones previas, como la realizada por el CESOP (2017) el IMSS y el ISSSTE los usuarios señalaron altos niveles de insatisfacción en aspectos como la atención pronta (43% en el IMSS) y la saturación de los espacios (12% de aprobación en el IMSS y 20% en el ISSSTE). Un rubro añadido es la disponibilidad de medicamentos, en el cual ambas instituciones rozan el 50% de aprobación. Otros rubros que tienen altos niveles de desaprobación son la satisfacción con el servicio y la prevalencia de deficiencias no especificadas (CESOP, 2017, pp. 25-29).

Este modelo no ha estado exento de críticas. La primera de ellas es que la satisfacción es un concepto poco esclarecedor, que puede estar condicionado por distintos factores, como la escolaridad o el nivel socioeconómico. Por ello, se han hecho múltiples intentos para estandarizar los instrumentos de medición (Ortiz-, Muñoz y Torres, 2004). Los métodos e instrumentos de medición son generalmente cuantitativos, basados en preguntas cerradas de escala.

En nuestro país fueron adoptados los mecanismos y métodos planteados por organismos internacionales, pero de acuerdo a Gill y White (2009), estas iniciativas aun suscitan acalorados debates académicos sobre qué es la satisfacción y qué mecanismos deben emplearse para medirla, qué factores pueden sesgar los resultados, o si realmente miden la percepción del “usuario”, por citar algunos ejemplos (Gill y White, 2009, p. 14)..

En cuestiones metodológicas, los instrumentos empleados en México para medir la calidad han sido cuestionados por la falta de control respecto a la generación de datos, la susceptibilidad de las metodologías de ser seleccionadas o adaptadas para producir datos en función a los intereses de la administración en turno. Esto se relaciona con una falta de continuidad en la producción de datos, debido a la transición sexenal, lo que dificulta su comparabilidad y pone en cuestión su fiabilidad (Saturno-Hernández et al., 2017; Lutz, 2023, p. 36).

Por otro lado, la satisfacción del usuario no guarda una relación clara con el verdadero desempeño de los sistemas de salud. Es decir, no sirve necesariamente como indicador para medir las desigualdades en materia de salud que padece la población, ni la capacidad de respuesta del sistema (Murray, Kawabata y Valentine,

2001, p. 21). En resumen, vale la pena preguntarnos si deberíamos conformarnos con evaluaciones realizadas con herramientas de *marketing* que legitiman la mercantilización de la salud, cuando la calidad de la atención y el acceso efectivo a la atención son un asunto complejo y multidimensional.

CONCLUSIONES

Navarro (2001) señala acertadamente que estos modelos neoliberales de evaluación oscurecen otros problemas cuya resolución es fundamental, si se pretende mejorar la salud de la población de un país. Si bien no debemos menospreciar el papel que juegan los sistemas de atención para garantizar la calidad de vida de una nación, en realidad el peso que la OMS da a la atención medicalizada es excesivo cuando además no se ha demostrado que una fuerte inversión pública y/o privada en sanidad esté directamente relacionada con buenos niveles de salud, o cuanto menos, con la aprobación de sus “usuarios”. Si bien se considera que disminuir las tasas de morbimortalidad y elevar la esperanza de vida es deseable, lo cierto es que los indicadores que presumen muchas de las economías más desarrolladas se deben a las intervenciones sociales y económicas para mejorar en la calidad de vida en aspectos como seguridad, higiene, alimentación, y otros determinantes sociales (Navarro, 2001, p. 32).

Por el momento, nos queda claro que el sistema de atención en México, independientemente de la percepción que se tenga de él es aún poco accesible y no siempre garantiza la protección de la salud de la población, sea o no derechohabiente. A eso podríamos añadir la prevalencia de co-morbilidades y enfermedades que caracterizan a la población mexicana, como diabetes, obesidad, hipertensión y otras enfermedades cardíacas, por lo cual otros aspectos del sistema de salud no evaluables no se contemplan como indicadores del desempeño del sistema.

Por último, otra crítica que se ha abordado menos es el hecho de considerar los temas de dignidad, transmisión de información, y atención y los otros elementos del trato digno como “aspectos no médicos”, cuando éstos en realidad pueden ser esenciales para que la atención, tanto ambulatoria como hospitalaria, sea efectiva

y digna. Me remitiré a la descripción etnográfica realizada por Chévez (2007) en un hospital de segundo nivel en Cuernavaca, Morelos. Durante su recorrido por el hospital, la autora constata distintos momentos en los que el recorrido del paciente por las instalaciones y el trato que reciben del personal médico, administrativo e incluso de intendencia es irrespetuoso, la información que proporcionan es poco clara y la atención es lenta. Por otro lado, una parte de las instalaciones está descuidada. La demanda de los servicios del hospital es elevada, y como parte de la situación no se dispone de suficiente personal o de los recursos necesarios para ofrecerles la atención. Por otro lado, las interacciones entre “usuarios” y prestadores de servicios pueden ser incómodas u hostiles, como lo muestran las múltiples formas de violencia obstétrica que sufren las mujeres que necesitan ser atendidas en la sala de parto: agresiones verbales, invasión del espacio personal, esperas injustificadamente largas, desatención, aislamiento e inducción de decisiones no informadas. Esto es reproducido por distintos prestadores de servicios, desde médicos y enfermeras, hasta trabajadoras sociales o incluso personal de intendencia. Paradójicamente, Gill y White (2009) encontraron algunos estudios de satisfacción que sugieren una relación directa entre la adherencia al tratamiento y la calidad percibida del servicio y del personal administrativo.

La evaluación de los componentes de trato adecuado, más que una cuestión de satisfacción, es esencialmente un asunto de ciudadanía, y no basta con, por ejemplo, aumentar la inversión o incluso introducir mecanismos de mercado (cómo la competencia entre prestadores de servicios). Importa así no solo el qué se evalúa, sino *desde dónde, quién y para qué*. Son temas pertinentes de la agenda ciudadana, y por el momento, no hay evidencias que una gestión gerencial garantice su resolución.

REFERENCIAS

- Banco Mundial (1993). *Invertir en Salud*. Washington, D. C.: Banco Mundial.
- Centro de Estudios Sociales y de Opinión Pública-CESOP (2017). *La calidad de los servicios de salud en México*. México: Cámara de Diputados LXVIII Legislatura

Chévez Samayoa, V.A. (2007) *Trato Adecuado: De la experiencia hospitalaria a las propuestas para las instituciones formadoras de profesionales de la salud. Un estudio de caso en el Hospital General Dr. José G. Parres de Cuernavaca* (Tesis de Doctorado en Enseñanza Superior). Centro de Investigación y Docencia en Humanidades del Estado de Morelos.

CONAPO-Consejo Nacional de Población (2004). Programa de acción de la conferencia internacional sobre población y desarrollo 1994-2003. México: CONAPO. En: http://conapo.gob.mx/en/CONAPO/CIPD_1994_2003

CONEVAL- Comisión Nacional de Evaluación del Desempeño (2022). Evaluación Estratégica de Salud. Primer informe. CONEVAL. *INFORMES Y PUBLICACIONES*. En: https://www.coneval.org.mx/InformesPublicaciones/Paginas/Mosaicos/Evaluacion_Estrategica_de_Salud_informe_2022.aspx

Fernández Díaz, J.M. (2001). El informe de la Organización Mundial de la Salud 2000: un juego de ordenador políticamente incorrecto. *Gaceta Sanitaria*, 15(5), 453–460. Disponible en: [https://doi.org/10.1016/S0213-9111\(01\)71600-7](https://doi.org/10.1016/S0213-9111(01)71600-7).

Frenk Mora J. F. (2002). Acuerdo por el que la Secretaría de Salud da a conocer las Reglas de Operación específicas e Indicadores de gestión y evaluación de la cruzada nacional por la calidad de los servicios de salud. *Diario Oficial de la Federación*. En: https://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=735659&fecha=20/03/2002#gsc.tab=0

Frenk Mora, J.F. y E. Ruelas Barajas (2005). Medir para Mejorar el Desempeño del Sistema Mexicano de Salud. *Salud Pública de México*, 47(1), S1–S3. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/106/10609301.pdf>

Gill, L. y L. White (2009) A critical review of patient satisfaction. *Leadership in Health Services*, 22(1), 8–19. Disponible en: <https://doi.org/10.1108/17511870910927994>.

Hersch Martínez, P. y B. Rodríguez-Hernández (2017). Un marcador epidemiológico invisibilizado: el endeudamiento en una población afromexicana de Oaxaca. *Salud Pública de México*, 59(2), 193–201. <https://doi.org/10.21149/7841>.

Laurell, A.C. (1999) La reforma del Estado y la política social en México. *Nueva sociedad*, (164), 146–158.

Laurell, A.C. (2013) *Impacto del seguro popular en el sistema de salud mexicano*. Buenos Aires: CLACSO.

Lamadrid Figueroa, H., L. Suárez López, y D. González Hernández, (2021). La epidemia de cesáreas en México. En: Rivera Dommarco, J. A. T. Barrientos Gutiérrez y C. Oropeza Abúndez (eds.). *Síntesis sobre políticas de salud* (pp. 68-72). México: Instituto Nacional de Salud Pública. Disponible en:

https://insp.mx/assets/documents/webinars/2021/CISP_Epidemia_Cesareas.pdf.

- López-Arellano, O. y E.C. Jarillo-Soto, (2017). La reforma neoliberal de un sistema de salud: evidencia del caso mexicano, *Cadernos de Saúde Pública*, 33(supl. 2) 1-30. Disponible en: <https://www.scielo.br/j/csp/a/b95pV6Yzp3Jh3NQ7bPmVrJJ/?format=pdf>
- Lutz, B. (2023). *Etnografía de la espera en urgencias. Caso de los hospitales públicos de la Ciudad de México*. México: Universidad Autónoma Metropolitana.
- Lorber, J. (1975). Good patients and problem patients: Conformity and deviance in a general hospital. *Journal of Health and Social Behavior*, 16(2), 213–225
- Mariscal-Cancelada, M., B. Zamora-Suchiapa y J.R. Torres-Márquez (2016). Análisis del sistema de salud mexicano y su comparación con Costa Rica, Paraguay, Canadá, Gran Bretaña y Alemania. *Salud Jalisco*, 3(3), 133–142.
- Merino Jara, C. (2021). *Historia Social de la Salud. Chile 1960-2000*. Santiago de Chile: Universidad de Los Lagos.
- Montañez-Hernández, J.C. et al. (2022) Condiciones de empleo y precariedad laboral de los médicos de México: análisis basado en una encuesta nacional. *Cadernos de Saúde Pública*, 38(4), 1-15. Disponible en: <https://www.scielo.br/j/csp/a/QrSJCLwnwjBTQc3s9qV4HP/?lang=es>.
- Murray, C.J.L. y D. Evans (eds.) (2003). *Health systems performance assessment: debates, methods and empiricism*. Ginebra: WHO. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/9241562455>.
- Murray, C.J., K. Kawabata, N. y Valentine, (2001) People's experience versus people's expectations, *Health Affairs (Project Hope)*, 20(3), 21–24. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.20.3.21>.
- Navarro, V. (2001). Evaluación del informe sobre la salud en el mundo, 2000. *Gerencia y Políticas de Salud*, 1(1), 30-38. Disponible en: <https://revistas.javeriana.edu.co/index.php/gerepolsal/article/view/2908>.
- OMS-Organización Mundial de la Salud (2000). *Informe sobre la salud en el mundo: 2000: mejorar el desempeño de los sistemas de salud*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. Disponible en: <https://iris.who.int/handle/10665/42357>.
- (21 de julio de 2019). "Calidad de la atención, Temas de salud. Disponible en: <https://www.who.int/es/health-topics/quality-of-care>.
- Ortiz Espinosa, R.M., S. Muñoz Juárez, y E. Torres Carreño (2004). Satisfacción de los usuarios de 15 hospitales de Hidalgo, México. *Revista Española de Salud Pública*, 78(4), 527–537.

- Pérez Juárez, N., G.E. Negreros Amaya, y C.A. Jiménez Bandala (2022). Neoliberalismo y sus efectos en los servicios de salud pública: el caso de los trabajadores de la salud que enfrentan la pandemia de la covid-19. *Revista Internacional de Salarios Dignos* 4(1), 1-25. Disponible en: <https://repositorio.lasalle.mx/handle/lasalle/2440>.
- Pérez-Rico, R., S. Sesma-Vázquez, y E. Puentes Rosas (2005) Gastos catastróficos por motivos de salud en México: magnitud, distribución y determinantes, *Salud Pública de México*, 47(Extra 1), 37-46.
- Puentes-Rosas, E. (2005). Trato adecuado: respuesta del sistema mexicano de salud a las expectativas no médicas de sus usuarios, *Salud Pública de México*, 47 (supl. 1), 12-21. Disponible en: <https://saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/4684>.
- Saturno-Hernández, P.J. et al. (2017). 'Implementación de indicadores de calidad de la atención en hospitales públicos de tercer nivel en México', *Salud Pública de México*, 59(3), 227-235. Disponible en: <https://doi.org/10.21149/8228>.
- Romero Zepeda, H. y B.A. Ortega Marín (2017). Vulnerabilidad impuesta y violación sistemática a los derechos de las mujeres indígenas en México, *Revista Médica Electrónica*, 39(4), 933-946. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242017000400008
- Secretaría de Salud (2001). Trato Adecuado en México: Respuesta a las Expectativas no Médicas de los Usuarios de Servicios de Salud. Coordinación General de Planeación Estratégica y Dirección General de Información y Evaluación del Desempeño. En: <https://salud.gob.mx/unidades/evaluacion/publicaciones/tratoadecuado.pdf>
- _____ (2002). Encuesta Nacional de Evaluación del Desempeño. Evaluación del Desempeño – DGED. Disponible en: <https://salud.gob.mx/unidades/evaluacion/evaluacion/evaluacion.htm>.
- _____ (2019). Atención primaria de salud integral e integrada APS-I Mx: La Propuesta metodológica y operativa. México: Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud.
- SNIEG-Sistema Nacional de Información Estadística y Geográfica (2023). *Porcentaje de la población de 18 años y más satisfecha con los servicios de salud. Catálogo Nacional de Indicadores*. México: SNIEG. Disponible en: <https://www.snieg.mx/cni/escenario.aspx?idOrden=1.1&ind=6200032267&gen=12519&d=n>.
- Tamez González, S. y C. Eibenschutz (2008). El Seguro Popular de Salud en México: Pieza Clave de la Inequidad en Salud. *Rev. Salud Pública*. 10 (supl. 1), 133-145.

3. Los saberes de pueblos originarios y el cuidado: un esbozo

Emmanuel Flores Díaz

INTRODUCCIÓN

En este capítulo se busca brindar algunas precisiones sobre cómo entienden la salud, la enfermedad y el cuidado algunos pueblos originarios del centro y sur de México. Recientemente, la Secretaría de Salud de la Ciudad de México anunció su interés en ampliar su oferta de servicios con otras modalidades terapéuticas, como la atención integral del embarazo, el parto humanizado o la medicina integrativa (SEDESA, 2017, 2024). Estas prácticas se basan en una visión holística y respetuosa de la vida, que reconoce la diversidad cultural y la pluralidad de conocimientos y prácticas del cuidado a la salud presentes en nuestro país. Concretamente, se busca la reivindicación (que no idealización) de los saberes y prácticas de cuidado y atención a la salud emanados de la experiencia de vida de los pueblos indígenas. Pese a que desde hace varias décadas la OMS definió a la salud como un “estado de completo bienestar físico, mental y social”, en la práctica, los modelos de prevención y atención planteados por las instituciones se han enfocado sobre todo en sus aspectos fisiopatológicos, subdimensionando en la práctica a otros aspectos importantes, como el papel de las distintas desigualdades sociales en el papel de la configuración de los perfiles epidemiológicos específicos de cada sector o comunidad (Pasche, 2010). Normalmente los usuarios de servicios públicos y privados de salud son miembros tanto de una familia como de una comunidad, cuyo desenvolvimiento es influido por las condiciones sociales, económicas y políticas o incluso ecológicas de las regiones en donde viven. En este sentido, podríamos suponer que las políticas públicas en materia de prevención de enfermedades parten de una perspectiva individualista y normativa, desatendiendo el origen social de las condiciones de salud, lo cual incide directamente en las razones y maneras en las que los distintos miembros y grupos al interior de una sociedad atienden o ignoran sus problemas sanitarios. Además, en la práctica esto equivale a negar la deuda de los Estados en

la producción de condiciones para que las personas tengan garantías para vivir dignamente (Hersch y Salamanca, 2022).

En otras palabras, se debe atender el contexto social en el que surgen y se perpetúan las condiciones de atención o desatención (Hersch, 2013). Por eso sugerimos un acercamiento a las normas, valores y percepciones presentes en cada sector de la sociedad. Y a partir de esto, reflexionar sobre cómo los grupos sociales se desenvuelven a partir de sus propios saberes, desde donde definen qué es un riesgo a la salud, qué implica la presencia de un malestar y cómo y quiénes lo atienden.

El cuidado se inserta en el proceso salud-enfermedad y en el proceso atención-desatención que media necesariamente en el primero (Hersch y Pisanty, 2016), por lo que puede ser difícil distinguirlos conceptualmente. En ese marco, los individuos, enmarcados en su contexto social y ambiental, articulan los saberes y recursos de que disponen para resolver sus procesos de morbilidad. Normalmente se los analiza a partir de las trayectorias de atención, en las cuales se entrelazan las formas sociales de concebir los padecimientos, y el repertorio de recursos y estrategias terapéuticos y asistenciales disponibles, a los que se recurre para resolver los problemas de salud, de acuerdo a las condiciones del contexto (Osorio Carranza, 2001: 14). Por otro lado, el cuidado está presente en cada etapa de la vida, desde el apoyo al embarazo y la crianza de los infantes hasta la asistencia a una persona anciana, además de los episodios de enfermedad o incapacidad. Es así que se percibe en diversas acciones, desde la medicación, la curación, el aseo personal de la persona atendida, la procuración de alimentos, el trabajo doméstico y la provisión de afecto. En este sentido, el cuidado se distingue en el proceso de salud-enfermedad y atención-desatención porque implica un esfuerzo por humanizar al otro, integrándolo en un entramado de relaciones sociales.

Según Leticia Robles Silva (2007), hay tres tipos de acciones que caracterizan al cuidado relacionado con la salud: la atención de la enfermedad, el mantenimiento del hogar y la reivindicación biográfica. El primer tipo significa hacer accesibles a los pacientes las respuestas sociales disponibles para enfrentar sus

trastornos. Lo segundo se refiere a la construcción de un entorno propicio para el despliegue de las acciones de cuidado. El entorno primario de atención a la salud, y por ende de cuidado, es el del hogar y el grupo doméstico. Es en el hogar donde muchas veces se identifican los problemas de salud, donde se aplican las primeras atenciones o se decide que ruta de acción seguir. Finalmente, la reivindicación biográfica consiste en ayudar al enfermo a reconstruir su identidad o el sentido de la vida. Sobre esto último, la autora se refiere al hecho de que los enfermos (sobre todo los crónicos) pueden llegar a necesitar reconstruir la percepción que tienen de sí mismos y de su lugar en el mundo. Esto es fundamental para que el receptor del cuidado reconstruya su vida social y personal, llegando a lo que considero el punto definitorio del cuidado, Anderson (2022) señala en ese sentido su objetivo primordial: procurar que los individuos se aproximen al ideal de lo que debe ser una persona plena, competente y confiable, de acuerdo a la cosmovisión de la sociedad de adscripción.

El concepto de cuidado es polisémico, dadas implicaciones que surgen para las personas que participan en este tipo de relaciones, ya sea como cuidadores o como receptores de cuidado, como refiere Martín Palomo (2022):

- Cuidar se trata de un trabajo fundamental para mantener la continuidad y el bienestar de la vida en los aspectos espirituales, de salud, sociales, económicos de un grupo o sociedad.
- Las personas que llevan a cabo labores de cuidado desarrollan una serie de conocimientos y habilidades, muchas veces discretas y de baja visibilidad, pues con frecuencia son dadas por sentadas, es decir, naturalizadas.
- Alrededor del cuidado existe una dimensión moral-normativa, pues se educa y se espera que las o los cuidadores desarrollen un sentido del deber, responsabilidad, abnegación que compromete a los cuidadores, o gratitud, compromiso con el tratamiento o incluso sumisión a los cuidadores en el caso de las personas cuidadas. En el cuidado se expresan así relaciones de poder que prevalecen en el grupo social.

- La acción de cuidar implica el involucramiento emocional entre las y los cuidadores y las personas que reciben los cuidados. Durante el cuidado se crean escenarios en los que se llega a desarrollar la solidaridad, pero también la tensión y el conflicto. En estos escenarios se desarrolla toda una gama de emociones positivas, como el cariño, la compasión, la solidaridad, el apego o el respeto. Pero también se generan emociones y experiencias negativas: tristeza, frustración, desesperación, enojo o incluso rencor.

El cuidado también se ve afectado por las desigualdades de género, de clase social, de etnicidad, o de condición socioeconómica, entre otras. Por ejemplo, algunas personas pueden acceder a servicios de cuidado remunerados, o en su defecto, a servicios de cuidado provistos por los servicios de asistencia social. Pero otras personas dependen de su familia/grupo doméstico para acceder a los cuidados, o de otras personas allegadas, afianzando la lógica del don y la reciprocidad. Y, al menos en las sociedades contemporáneas, el cuidado es una actividad en la que todavía predomina el trabajo de las mujeres (García Guzmán, 2019).

Debido a esta y otras razones, el cuidado no es socialmente homogéneo. No obstante, en sociedades industrializadas como la nuestra se tiende a buscar estandarizar las prácticas de cuidado, particularmente promoviendo determinadas nociones de “estilo de vida saludable”, aunque no siempre se tienen en cuenta las desigualdades sociales y en particular la determinación social de esos “estilos de vida”, al pensar en programas de autocuidado y vida saludable, como si éstos fueran una cuestión enteramente individual, o circunscritos al ámbito privado del hogar.

De este modo, consideramos que el recorrido por los sentidos que tiene el cuidado en las comunidades indígenas es relevante para la propuesta de este libro, porque rescata una concepción más amplia del cuidado y la búsqueda de atención, *centrada en la restitución de la persona como miembro de una comunidad*, y en

algunos casos, rescatando *el sentido de dignidad humana*, lo cual es *imprescindible para recuperar el equilibrio homeostático*.¹⁷

LO INDÍGENA COMO MODELO

La sociedad mexicana está articulada en torno a la convivencia de múltiples realidades y expresiones culturales. Esto incluye distintos modos de entender y atender la salud y la enfermedad, es decir, implica un pluralismo médico, que también se refiere a la situación en la que los distintos grupos presentes en la sociedad desarrollan capacidades para utilizar conjuntamente, y en más de una forma, una posible solución o atención a los padecimientos (Menéndez, 1994). No obstante, los sistemas médicos no coexisten siempre de forma equitativa o tolerante. En la modernidad, el cuidado puede basarse en el cumplimiento de ciertas prescripciones dadas por las disciplinas biomédicas para prevenir o curar enfermedades, pues son éstas las que tienen preponderancia a la hora de definir cómo debemos cuidarnos. La medicina científica e institucionalizada, considerada como el modelo médico hegemónico (Menéndez, 1994), ha logrado posicionarse en el imaginario como la única forma viable o verdadera de entender la enfermedad, y por ende, de definir cómo hemos de cuidarnos. Las otras formas en general serían consideradas falsas, peligrosas, o en el mejor de los casos, insuficientemente respaldadas por evidencias científicas. Debemos recalcar que no se pretende menospreciar los aportes de la biomedicina, sino simplemente analizar y en algunos casos reivindicar la pluralidad de modos de atender y cuidar en un contexto altamente desigual como es el de la sociedad mexicana.

En su aspecto epidemiológico, los grupos indígenas han sido los sectores de la población más vulnerables, al presentar tasas elevadas de morbilidad por

¹⁷ Por ejemplo, en una de sus obras, Gonzalo Aguirre Beltrán (1986) describen la importancia de las emociones en la causalidad y resolución de los episodios de enfermedad de la siguiente manera: “El médico se identifica a tal grado con la afección del paciente que no sólo enfoca el problema de la dolencia con simpatía —contemplándola desde fuera—, sino con empatía —sintiéndola desde dentro—, comprometido beligerantemente en la situación emotiva, con parcialidad afectiva que lo conduce a participar en pendencias y disputas que ponen en peligro su vida y llegan a producir, en no pocas ocasiones, su muerte violenta. El enfermo y sus familiares, al confrontar el fenómeno de la enfermedad, experimentan una grave perturbación emocional. El modelo nativo les ofrece, como única causalidad de la dolencia, la operación de fuerzas irrationales que, por hallarse engranadas a las creencias mágico-religiosas, generan tremenda ansiedad” (Aguirre Beltrán, 1986, p. 331).

enfermedades infecciosas, o indicadores más altos de mortalidad infantil, materno-infantil, etc. (Pelcastre et al., 2020). Esto no debe sorprendernos, pues históricamente las comunidades indígenas y campesinas han carecido de acceso a los servicios de atención, además de la mala calidad de éstos. Otra cuestión presente en comunidades indígenas ha sido la subutilización de los servicios de salud (Sánchez Pérez et al., 2021).

A su vez, los grupos indígenas se caracterizan por disponer de saberes propios para atender a la salud, expresados en prácticas terapéuticas, a las que solemos denominar en su conjunto como “medicinas tradicionales”. Estos sistemas de atención a la salud condensan la experiencia histórica de los pueblos, pues implementan conceptos heredados de las cosmovisiones prehispánicas, y a la vez adoptan nuevos elementos provenientes de otros contextos. Debido a esto, la medicina tradicional es un elemento crucial para la identidad de las comunidades indígenas. La medicina tradicional se basa en la cosmovisión (sentido del mundo) y a partir de ello desarrolla complejos sistemas ideológicos y racionalidades que se articulan para integrar explicaciones y acciones ordenadas y específicas en pro del cuidado a la salud. A partir de ahora, iremos desglosándola y señalando su pertinencia para el sistema de cuidados, comenzando por lo que se considera una noción central, que sería la de *persona*.

UNA NOCIÓN CENTRAL

Si bien no queremos generar la idea de que las comunidades mesoamericanas son culturalmente homogéneas, varios autores han llegado a la conclusión de que los sistemas médicos tradicionales tienen elementos en común. Algunas de estos nos pueden servir como coordenadas que nos permitirían situar e identificar las prácticas de cuidado en comunidades indígenas.

La primera característica que queremos destacar es la centralidad de la noción de *equilibrio*. Esta noción remite a la complementariedad de todos los ámbitos de la vida, y la necesidad de los seres humanos de encajar en un orden cósmico predeterminado, más que de controlarlo. Según Fagetti (2011), el equilibrio es lo que caracteriza al concepto de salud entre las distintas tradiciones terapéuticas

indígenas en México, y de acuerdo con la autora, podríamos entenderlo de la siguiente manera:

Ésta [la salud] denota un equilibrio entre el bienestar físico, mental, emocional y espiritual, con una sensación de plenitud y unidad del ser, del individuo inmerso en una trama de relaciones con sus congéneres y el mundo circundante, donde moran las divinidades, los seres de la naturaleza, los difuntos, y en las que debe prevalecer la armonía, reciprocidad y equilibrio. (Fagetti, 2011, p. 151).

A grandes rasgos, esta noción ataña a un ideal de armonía que se busca mantener en la relación de cada persona con lo sobrenatural, donde se incluyen los espíritus, santos y divinidades que tienen potestad sobre la naturaleza, pero también con los demás miembros de la comunidad o de la familia, lo cual afecta el propio cuerpo y salud de las personas.

En general, en las comunidades indígenas se cree que las personas son libres para disfrutar la vida, siempre y cuando no caigan en excesos o en acciones que contravengan los intereses colectivos. A menudo las transgresiones a las normas, los conflictos y las tensiones conducen al desequilibrio, lo que puede abrir las puertas a la aparición de problemas de salud (López Austin, 2004, p. 300). Entonces, una de las principales premisas de las prácticas terapéuticas indígenas es la de devolver el equilibrio a la persona y su grupo, no solo a nivel fisiológico, sino a nivel espiritual (Báez, 2008).

En buena medida, la salud y la enfermedad en las cosmovisiones indígenas (al menos en las mesoamericanas) son concebidas como resultado de *la cualidad social* del ser humano. Es decir que, para entender cómo las personas cuidan unas de otras en los pueblos indígenas, debemos dejar claro que ante todo el individuo forma parte de un hogar, es miembro de una familia e idealmente aspira a ser miembro de su comunidad. Llegar a ser una *persona plena* en una comunidad indígena conlleva el cumplimiento de una trayectoria biográfica en la que la persona se ve inmersa en una *red de relaciones* de parentesco y de vecindad, a través de las cuales transita por una serie de roles y estatus que responden a las expectativas del colectivo. En primer lugar, las personas son clasificadas de acuerdo a su género

y su generación. Cada persona es parte de una parentela, formada por sus padres, abuelos, tíos, hermanos, hijos, nietos, sobrinos, cuñados o ahijados. Además de estos vínculos familiares, existen otros roles importantes: los cargos cívicos y religiosos. En muchas comunidades de herencia mesoamericana todavía se fomenta la participación en estas tareas. Esto permite que los individuos acumulen edad y experiencia en el servicio a la comunidad

Para explicar la importancia del aspecto comunitario, recurriré al concepto tzotzil de *Lekil Kuxlejal*, que se puede traducir como “buen vivir”, explicado desde la perspectiva de Miguel Sánchez Álvarez (2012), miembro de la comunidad de *Jok’Osik* en Chiapas. Según Miguel, *lekil kuxlejal* es un modo de vida o incluso una filosofía presente en los pueblos originarios, que consiste en buscar la *armonía* con uno mismo como individuo, con la comunidad, con la Madre Tierra (*ch’ul balamil*) y la naturaleza. Esta armonía se sustenta en distintos principios, como *Ko’ol ich’el ta muk’* que refiere a la *dignidad* de todos los seres, pues se reconoce que cada persona merece respeto y por tanto son merecedores de solidaridad. Esto incluye no sólo a los seres humanos, sino a todos los seres vivos y a la Madre Tierra. Ésta última es la que resguarda a la comunidad. La humanidad no es superior a la tierra, sólo es una pequeña parte del todo, y le debe respeto y veneración. Lo mismo sucede con otros elementos de la naturaleza presentes en el territorio.

Los integrantes de esta comunidad tzotzil sostienen que debe haber *complementariedad* entre todos los miembros del grupo. Esto se expresa en el *Ko’ol ambetel*, o *trabajo por partes iguales* entre miembros de la comunidad o de la familia. En la familia, los hombres y las mujeres trabajan ciñéndose a sus roles de género, claramente delimitados. Se busca lograr metas comunes. Los hombres y las mujeres son complementarios en tanto sean miembros de una familia o comunidad. Esto está relacionado con otros conceptos, como el *Komon k’elbali*, que expresa el *cuidado mutuo* entre los miembros de la comunidad, además de velar por los intereses de la comunidad misma. Ello incluye el respeto y la protección del territorio, sus montañas, aguas, animales, plantas y otros elementos presentes en el ecosistema, pues implica *cuidar a la comunidad* misma.

Otro principio del buen vivir es el *Komon k'uxumbail*, que se traduce como “estimarse mutuamente”. En la comunidad de Miguel, *mostrar estima equivale a colaborar con las personas, tejiendo redes de ayuda mutua*. Otra dimensión de este concepto es la *empatía*, sentir lo que el otro siente.

Todo esto se relaciona con el *Comon ts'unbajel*, principio que remite al *trabajo en común* –a nivel de familia, parentela, vecindad, allegados o comunidad– en las cuestiones fundamentales del trabajo agrícola y ganadero. Este trabajo ataña a todos los que se consideran parte de la comunidad, ya sean niños, niñas, hombres y mujeres de todas las edades. Aquellos que participan son los únicos con derecho al goce de los frutos del trabajo. Esta noción se asemeja a otro principio, denominado “*Ko'ol ambtel*”, que expresa la obligación de los miembros de la comunidad a *tomar parte en los trabajos comunitarios* que benefician a toda la comunidad, como las faenas (siembras colectivas, construcción y mantenimiento de las obras públicas, etc.) y en los sistemas de cargos cívico-religiosos. Esto es fundamental para mantener la unidad y cohesión de un pueblo.

Las nociones de buen vivir han inspirado los discursos de algunos líderes políticos latinoamericanos. Sin embargo, el proyecto del buen vivir como lo expresa Miguel enfrenta dificultades, dada la introducción de fuerzas modernizadoras expresadas en la implementación de nuevas doctrinas educativas, la capitalización del campo, el arribo de nuevas religiones y la migración. Según Miguel, estos cambios han propiciado la competencia entre sexos, la discordia, así como la degradación de los ecosistemas y la pérdida de las costumbres y tradiciones, y de saberes (Sánchez Álvarez, 2012). La enunciación y conceptualización puede ser una reacción ante los procesos de cambio y presiones externas que atraviesan las comunidades, precarizando sus condiciones de vida. No obstante, estos principios se han mantenido por generaciones en las comunidades.

Otras personas antes que Miguel hicieron conceptualizaciones similares. Por ejemplo, en Oaxaca surge el término de “comunalidad”, expresado por Floriberto Díaz, nacido en Santa María Tlahuilotepec Mixe, Oaxaca (Nava Morales, 2019). Según él, una comunidad indígena se caracteriza por: 1. Su reivindicación de un

espacio territorial; 2. La rememoración de un pasado compartido que se transmite oralmente de generación en generación; 3. Una lengua propia; 4. Una organización que define lo político, cultural, social, civil, económico y religioso y 5. Sus propios mecanismos de procuración y administración de justicia. A partir de estos elementos se plantea que la comunidad es un tejido de relaciones de las personas entre sí, así como de la gente con el espacio o la naturaleza. La tierra es considerada la Madre que da vida y comida a la comunidad, de la que no se es dueño en el sentido romano de propiedad o estado. Mantener una buena relación con la Madre Tierra consiste en perpetuar el trabajo agrícola y el de las ceremonias agrarias (Nava Morales, 2019).

En este sentido, ambos autores (Sánchez Álvarez, 2012; Nava Morales, 2019) coinciden en que relación entre la gente se fortalece con la cooperación con los miembros de la comunidad en los asuntos que atañen a todos, como los trabajos colectivos, el ejercicio de cargos cívicos, la celebración de las fiestas y ceremonias de la comunidad y el apego a las normas.

Un caso donde podemos ver cómo estos principios repercuten en el cuidado y la salud se encuentra en la obra de Calixta Guiteras Holmes (1965), donde describe la cosmovisión tzotzil a través de los relatos de don Manuel, un curandero y anciano principal de San Pedro Chenalhó, Chiapas. Según don Manuel y otros miembros de su comunidad tzotzil, el alma de una persona es un elemento central en su cosmovisión. Los tzotziles la conocen como *ch'ulel*. A través de éste, las personas están conectadas con otras personas, con las divinidades (el Dios judeocristiano, los santos, las deidades prehispánicas), animales y fuerzas de la naturaleza. Las divinidades son dueñas de los elementos que permiten que la vida rural sea posible, pues controlan la lluvia, el agua, la tierra, los cerros y lo que vive en ellos. Las deidades que controlan estos aspectos tienen el poder de castigar a los seres humanos enviándoles sequías, enfermedades, accidentes, y dañar el *ch'ulel*. El *ch'ulel*, que es una parte vulnerable del ser que puede ser atacada por las fuerzas del caos que habitan en el mundo, más allá del control del ser humano, causando enfermedad o muerte a la persona (Lunes Jiménez, 2011).

Para contentar a estos seres, las personas, además de guardar cierto respeto por las normas, tienen que llevar a cabo las celebraciones del calendario católico, pero también realizando rituales, ofrendas a las divinidades y rezos, y respetando los espacios sagrados, que están bajo el dominio mismo de las divinidades, como los cerros y las cuevas, o evitando los dominios de los seres mitológicos que se alimentan de las fuerzas vitales de cada ser humano. Pero lo más importante es que el mal se encuentra dentro del mismo ser humano, y al final de cuentas es su conducta la que debe ser regulada, a fin de evitar que las personas y sus familias caigan presas del caos, provocando enfermedades, hambruna, discordia y todo tipo de desgracias (Guiteras Holmes, 1965).

En la obra de Guiteras-Holmes se señala que para cuidarse de las fuerzas del mal y ganar el favor de los dioses, santos y espíritu de la naturaleza, los seres humanos deben adquirir sabiduría y *calor* (poder sobrenatural). Ambos se adquieren con la edad, la experiencia y el servicio a la comunidad, mediante el desempeño de distintos cargos, en los cuales las personas aprenden a relacionarse con las deidades mediante rituales, y a solidarizarse con otras personas. Esto les da el poder para proteger a sí mismos y a otras personas del mal, incluyendo en ello la capacidad de curar. En este sentido, las costumbres y normas sociales buscan regular la conducta de cada individuo para conservar la salud y garantizar la continuidad de la comunidad.

Ciertamente lo anterior es un ejemplo particular entre los tzotziles en la década de 1950, y no pretendemos que sea paradigmático, o que la cosmovisión y prácticas de los tzotziles sean las mismas de hace setenta años. Sin embargo, podríamos encontrar paralelismos y similitudes en otras épocas o grupos.

Otro concepto que podemos referir es el de *tequitl*, documentado por Catharine Good (2005) entre los nahuas del Alto Balsas, en el norte del estado de Guerrero. Esta palabra náhuatl puede traducirse como trabajo. Entre los nahuas, dar y recibir *tequitl* es el origen de toda relación social dentro de la comunidad. Las personas constantemente se benefician del trabajo de otros, al mismo tiempo que sirven a otros con su fuerza de trabajo. El trabajo está relacionado con otros

términos: *tlazhotla* y *tlacaiita*, que remiten al amor y el respeto, respectivamente. Para los nahuas, hablar de amor y respeto implica que las personas se sirven recíprocamente, mediante el intercambio de trabajo. En otras palabras, el amor y el respeto se relacionan íntimamente con la reciprocidad y la circulación del trabajo, es decir, mediante la ayuda mutua (Good, 2005).

Según Good (2005), otros dos conceptos importantes para los nahuas del Alto Balsas son *chicahualiztli* (fuerza) y *huapahua* (nutrir). El *chicahualiztli* refiere a la energía vital: la fortaleza física y espiritual que las personas necesitan para vivir. Al trabajar, las personas transmiten a otros su *chicahualiztli*, su fuerza, su energía vital. Cada cosa hecha por una persona contiene su fuerza. Esto no se limita al trabajo productivo, sino que también abarca al trabajo reproductivo. Aquí es donde entra el concepto de *huapahua*, que se usa en el contexto de la crianza. Al trabajar en la crianza de los infantes (alimentarlos, curarlos, asearlos, etc.), los adultos imprimen en ellos su fuerza, al mismo tiempo que lo integran dentro de la red local de reciprocidades, como deudores de un servicio que se les brindó. Cuidar o criar a un niño o niña implica trabajar para que se convierta en un miembro pleno de la familia y la comunidad (Good, 2005).

Esto no significa que la vida en una comunidad indígena sea utópica. Los conflictos interpersonales o intergrupales están a la orden del día, lo mismo que las transgresiones a las normas establecidas, lo cual es visto como el origen de males y enfermedades.

COMPONENTES DE LA PERSONA

Para comprender el funcionamiento de la salud y la enfermedad según los sistemas médicos indígenas, es importante conocer la noción de persona que se tiene en el grupo particular. Uno de los casos más estudiados es la noción de persona entre los antiguos nahuas. De acuerdo con López Austin (1996), en esta cosmovisión cada individuo es poseedor de esencias o componentes espirituales, los cuales se asientan en distintas zonas el cuerpo. Una de ellas es el 'tonalli', que se otorga al nacer, reside en la cabeza y conecta al individuo con lo sobrenatural; además determina su energía y personalidad. El *tonalli* se desprende del cuerpo de la

persona durante el sueño y transita entre el plano terrenal o el sobrenatural. Otro fragmento del ser es el '*teyolia*', elemento que conecta a la persona con el plano sobrenatural y que además es depositario de las emociones, situado en el corazón. Finalmente, el '*ihíyotl*', localizado en el hígado, simboliza el aliento vital concedido por las deidades (López Austin, 1996). Estos fragmentos de las personas son susceptibles de ser dañados o perdidos, con lo cual se desencadena la enfermedad o la muerte. Precisamente una de las causas de enfermedad más estudiadas desde el punto de la medicina tradicional refiere a la pérdida del tonal u otros elementos similares, ya sea por acción de un ser mitológico o de un brujo. Esto sigue siendo visible en algunas culturas (por ejemplo, Echeverría 2014).

Otra concepción ampliamente compartida por los pueblos mesoamericanos es la correspondencia entre el cuerpo humano y el cosmos. Según esta visión, el universo se estructura en tres niveles principales: el celestial, subdividido en trece cielos; el subterráneo, compuesto por nueve estratos y el terrenal, escenario del devenir humano. Este plano tiene forma de cuadrilátero, cuyos vértices delimitan el recorrido solar anual con los solsticios y equinoccios. El centro del cuadrilátero representa el cenit solar. Es ahí donde el cielo, la tierra y el inframundo se conectan. De manera similar, el cuerpo humano refleja esta estructura cósmica (el denominado "quincunce")¹⁸. El ombligo se considera el centro, mientras que los brazos y las piernas representan los vértices. Los médicos tradicionales, en sus prácticas rituales y curativas, buscan restablecer el orden interno del cuerpo según el modelo cósmico (Hersch y González Chévez 2011, pág. 158).

Hirose López (2003) plantea a su vez un caso de cómo algunos elementos similares cobran sentido en la vida de las comunidades originarias. Según este autor, los mayas de Yucatán sostienen que la vida humana debe fluir en sintonía con el movimiento cósmico para mantener o recuperar la salud (2003,

¹⁸ Se trata de una figura que bajo infinitas variantes se encuentra formada siempre por cuatro puntos unificados por un centro (Séjourné, 1992: 101). El hombre se concibe en el centro del cosmos, nacido en la culminación temporal del equilibrio de los cinco puntos del plano terrestre. El eje cósmico hace converger al centro terrestre: el sol en el cenit (o quinta dirección del universo con el centro del punto del observador heliaco, constituido por su ombligo) este punto de intersección permite la comunicación con el cielo y el inframundo (López Austin, 2004: 186; Tibon, 1981: 203 y 224) (véase Hersch Martínez y González Chévez, 2011: 156-159).

p. 124). El cuerpo es un reflejo del cosmos, pues está formado por los mismos materiales, y con una estructura semejante. Al igual que el cosmos, el cuerpo tiene una parte superior y otra inferior, cuatro rumbos y un centro (el ombligo). Según los mayas, el ser humano se relaciona con un entorno viviente, conformado por plantas, animales, minerales, espíritus, vientos y aires que conforman una unidad. La interrelación de todos estos elementos forma un orden equilibrado con el que las persona se encuentran interconectadas (2003, p. 21).

La mente, el cuerpo y el espíritu son un todo, los cuales deben estar en equilibrio entre un conjunto de fuerzas de carácter dual y contrapuesto (frío-calor, masculino-femenino, izquierda-derecha, etc.). El equilibrio puede verse afectado por fuerzas de diversa naturaleza: espiritual o divina, ecológica y humana. Para gozar de una buena salud, el ser humano debe cumplir sus ciclos biográficos (concepción, gestación, nacimiento, infancia, juventud, madurez, vejez y muerte), y asumir los roles sociales asociados a estas etapas. Además, las personas deben cumplir sus deberes relativos al cultivo de la tierra. Según Hiroze, sus informantes señalaron tener la obligación por parte de todo agricultor de realizar los rituales en honor de la madre tierra y otras deidades, o de cumplir ciertas disposiciones en el manejo de la tierra, el agua y las especies vivas. De lo contrario, los miembros de la familia y el patrimonio de la persona que no cumpla con sus obligaciones rituales pueden ser castigados por las divinidades, santos u otros personajes de la cosmovisión local.

Por último, hemos de señalar que en muchas cosmovisiones mesoamericanas se cree que los objetos, las enfermedades, los alimentos, los órganos, etc. tiene una cualidad que los distingue como “fríos” o “calientes”, ya sea de forma literal o metafórica (García-Hernández, et al. 2022). Así, algunas enfermedades reconocidas por la medicina tradicional implican la alteración de la naturaleza térmica del cuerpo o sus componentes. Por ejemplo, una persona puede enfermar por exponerse a una energía que enfriá su cuerpo. El tratamiento requerirá el uso de remedios considerados como calientes. Si bien ésta es una noción presente en varios grupos étnicos, lo que se considera frío o caliente varía de un

grupo a otro; incluso, al interior de una comunidad puede haber discrepancias sobre qué es frío o caliente (Zolla, 2009).

CAUSAS DE LA ENFERMEDAD

Según Eroza Solana (1996) en las comunidades indígenas mesoamericanas la enfermedad no se circunscribe únicamente a los procesos mórbidos como se entienden en el modelo biomédico, donde los genes y la fisiología de las personas, los agentes infecciosos y las condiciones ambientales son las causas principales. En cambio, para las comunidades indígenas, la enfermedad guarda relación con aspectos de la vida social y los fenómenos naturales y temporales, por lo cual la interpretación de las causas de un episodio de enfermedad remite a la forma particular de ver el mundo. En ese marco, las causas más recurrentes pueden ser las siguientes:

- Causas sociales: transgresiones a las normas sociales por parte de una persona, lo cual puede abarcar transgresiones sexuales, el incumplimiento de ciertas obligaciones con la comunidad, etc. La ofensa puede afectar a otras personas del grupo familiar del transgresor, como el/la cónyuge, los hermanos o los hijos. En otros casos, las personas pueden ser víctimas de brujería o del coraje de otra persona.
- Causas calendáricas: en el humor y suerte de una persona están fuertemente influenciados por su día de nacimiento, sumado con la estación o el momento del día en que nació, así como por la posición de los astros. Por otro lado, el calendario también desempeña un papel importante en los procesos rituales de sanación. Existen días y horarios considerados más propicios que otros para llevar a cabo prácticas y ceremonias curativas.
- Acción de agentes divinos: éstos pueden enojarse con las personas cuando no cumplen con las ofrendas o no cuidan los lugares sagrados. O pueden castigar a las personas de acuerdo a sus pecados. En épocas prehispánicas se creía que los dioses eran los principales causantes de la enfermedad, por lo que la medicina tenía un trasfondo marcadamente religioso, y el rol de médico se mezclaba con el de sacerdote (Aguirre Beltrán, 1991). Aunque parte de la

cosmología prehispánica ha perdido vigencia, podemos decir que muchos de sus conceptos se han integrado a las tradiciones religiosas y curativas traídas de otras partes del mundo. En este sentido, las prácticas curativas de la actualidad todavía tienen un trasfondo religioso y espiritual.

- Causas “naturales”: como el clima, el estado de los alimentos, microorganismos y lesiones (Eroza Solana, 1996, p. 20).

En este contexto, a las enfermedades no se les suele atribuir una única causa. Una persona puede enfermarse por hacer un coraje como resultado de un conflicto interpersonal, o puede dejar de comer debido a la tristeza, derivada de un cambio significativo en la vida. Solo que desde la perspectiva local, un síntoma como la falta de apetito y la tristeza pueden derivarse del extravío del *tonal*, producto de un “susto” atribuido a un trauma emocional grave, o provocado por la ira de una entidad sobrenatural, causada a su vez por una transgresión o por la naturaleza caprichosa de esas entidades. El curso de la enfermedad también puede verse influido por la etapa de vida que atraviesa la persona, su alimentación, etc. Por ejemplo, se cree que las embarazadas se ven particularmente afectadas por las variaciones calor-frío.

En resumen, las enfermedades frecuentemente son causadas por la forma en la que las personas se relacionan con sus semejantes. Los conflictos, envidias, violencias, incertidumbres o las faltas a la moral se suelen considerar como fuente de todo tipo de malestares. Por tanto, la cura también implica reestablecer el orden social y cultural dominante en la comunidad, buscando rescindir los equilibrios sociales que pueden verse conmocionados por las tensiones y conflictos, además de las enfermedades del cuerpo, así como racionalizar miedos, amenazas e incertidumbres. En el proceso de cuidado y atención de las enfermedades se generan lazos y se afianzan los vínculos entre los miembros de las comunidades (Menéndez 2021). La cura implica el uso de recursos materiales (comida, higiene, uso de terapias físicas, plantas medicinales, medicinas, etc.) y simbólicos (rituales,

prácticas adivinatorias, ensoñaciones, etc.), sin los cuales no se cree posible la resolución del episodio de enfermedad.

AYUDA MUTUA Y FORMACIÓN DE LAZOS COMO COMPONENTE FUNDAMENTAL DEL CUIDADO EN COMUNIDADES INDÍGENAS

En este apartado hablaremos de algunos padecimientos comunes en comunidades indígenas, rurales y ocasionalmente en sectores populares urbanos, en los que se aprecia una lógica distinta, no reconocida por la biomedicina, y cómo el apoyo mutuo entre pares condiciona la resolución de los problemas.

En muchas comunidades las mujeres, en su rol de madres, esposas, parientas, comadres o vecinas, suelen cumplir un rol fundamental en el nivel de autoatención propio del ámbito doméstico (González Chévez, 1996; Lorente, 2015; Moctezuma, 2020). Con el tiempo, las mujeres desarrollan sus propios mecanismos de atención, generando sus propias recetas, y acopiendo sus propios botiquines, que pueden incluir medicamentos de patente, plantas medicinales cultivadas en sus casas, aportadas por sus vecinas, o compradas. Así mismo, desarrollan sus propias maniobras de curación, entre las que se incluyen sobadas, tronaduras, masajes, uso de vendajes, y la preparación de remedios caseros (cocciones, infusiones, emplastos, baños, etc.). Estos conocimientos pueden ser transmitidos de mujer a mujer. En este nivel todavía nos referimos a una medicina doméstica, muchas veces influida por la cosmovisión tradicional (González Chévez, 1996). En última instancia, se recurrirá a un especialista, ya sea alguien de la misma comunidad, o un profesional certificado.

Un ejemplo muy común en el que se observa este despliegue de recursos y saberes es en la cura del empacho mediante tronaduras. El empacho es una enfermedad no reconocida por la biomedicina, aunque es una afección ampliamente referida en nuestro país. De acuerdo con González Chévez (1996), esta enfermedad consiste en una indigestión o sensación de pesadez en el estómago, producto de un alimento que “queda pegado” al intestino. Esta es una enfermedad típica de la infancia. Los síntomas más frecuentes incluyen vómitos, dolores abdominales, fiebre y diarrea. Las personas que saben curar el empacho identifican diversos tipos

y rutas de atención para cada caso. Aunque en general, para curarlo se administran emplastos abdominales, tés de plantas medicinales, como hierbabuena (*Menta piperita*), epazote (*Dysphania ambrosioides*), prodigiosa (*Brickellia cavanillesii*), o guayaba (*Psidium guajava*), valorados entre las personas por sus efectos antiespasmódicos o antibacterianos; también se administran purgantes elaborados con aceites de cocina o ricino y a menudo se lleva a cabo la “tronadura del empacho”, que puede ser realizada por mujeres del entorno inmediato del paciente, como su madre, alguna parienta o vecina capacitada. En caso de que la enfermedad persista, se puede consultar a una curandera especializada en la atención del embarazo y cuidados al infante (González Chévez, 1996).

Por otro lado, un episodio de enfermedad puede ser un momento clave para estrechar o establecer otros vínculos. Por ejemplo, Lorente (2015) documenta que entre los nahuas de la sierra de Texcoco se da una enfermedad a la que llaman *Tulixihut* o Tiricia. Este es un padecimiento que afecta el estado de ánimo de los niños. Las causas suelen encontrarse en las tensiones o cambios que ocurren al interior de la familia, como el nacimiento de otro niño. Esto produce el desplazamiento del afecto de los miembros de la familia hacia los niños más pequeños, por ejemplo. En su concepción anatómica, este padecimiento involucra el debilitamiento del corazón, la cabeza y el torrente sanguíneo, y el enfriamiento del cuerpo, según la concepción nahua local de frío-calor.

El tratamiento se administra en casa por los miembros de la familia, sin que necesariamente se recurre a especialistas tradicionales. Primero, los padres llevan al infante al centro del solar y le untan las cenizas del fogón, y luego lo bañan con la esperanza de que ello elimine las impurezas que lo dañan. Si no basta para eliminar por completo la enfermedad, se recurre a una *madrina de Tiricia* (Lorente Fernández, 2015). Se elige a una mujer del pueblo, conocida por haber desarrollado un carácter enérgico debido a su estilo de vida, gracias a lo cual cuenta con el potencial de corregir los desajustes térmicos del menor. Su labor consiste en comprar y vestir al paciente con ropa de color rojo al niño y lo lleva a la iglesia, donde el cura lo bendecirá y lo mojará con agua bendita y le coloca una cinta roja

en la muñeca, que será un amuleto. El rojo en la terapéutica y cosmovisión nahua tiene propiedades que permiten al niño recuperar calor por pérdida o debilitamiento de su espíritu. Este color representa el calor (Lorente Fernández, 2015).

El autor describe que después de vestir de rojo al niño y llevarlo a misa, se le organiza una pequeña ceremonia o fiesta, y se invita a un grupo de niños de edad similar. Su rol consiste en realizar una dinámica en la que se rodean al niño decaído, mientras tratan de animarlo y hacerlo reír. Con esto se demuestra el afecto al niño enfermo, lo que finalmente lo lleva a recuperarse del padecimiento. Por nuestra parte, podríamos sugerir que esto puede fomentar en el infante un sentido de pertenencia a la comunidad, ya que se le enseña a relacionarse con otros niños y adultos, además de que aprende los referentes simbólicos y culturales de su colectividad. Asu vez, con ello inferimos que se les enseña que como personas están vinculados a ella a través de los lazos forjados a través de los dones y rituales recibidos, los cuales un día tendrá que corresponder con solidaridad.

LOS DESAJUSTES EN LAS RELACIONES INTERPERSONALES Y LA TRANSFORMACIÓN DE LA VIDA SOCIAL, CAUSAS FRECUENTES DE ENFERMEDAD

Hemos tratado de señalar que cuando una persona daña algún vínculo paternal o fraternal, o cuando no cumple con sus obligaciones socialmente, puede provocar alguna enfermedad. Por ejemplo, Bartoli (2005) documenta un padecimiento entre los habitantes de comunidad nahua de Temalac (municipio de Atenango del Río, en el norte del estado de Guerrero), ocasionado por una perturbación en la relación entre las madres y sus hijos adultos. Ello se presenta cuando los hijos comienzan a formar sus propios hogares o emigran, y con ello expresan coraje y desobedecen a sus madres, lo cual les produce una tristeza profunda o depresión. El malestar de la madre ante estos hechos hace que su hijo deje de comer, se debilite y sienta dolores en todo el cuerpo. Para curar esta enfermedad no se recurre a médicos tradicionales o profesionales, sino que es la madre misma quien se encarga de atender esta afección. El tratamiento consiste en bañar al hijo con la saliva de la madre, “temprano por la mañana, en ayunas, cuatro veces, el jueves y el viernes” (Bartoli, 2005, p. 90).

Los cambios sociales que incrementan la pobreza y la desigualdad al interior de las comunidades han orillado a muchas personas a modificar significativamente sus relaciones con el territorio y con sus semejantes, lo cual puede ser identificado como detonante de malestar. Por ejemplo, Boyer (2012) constata la transformación de una entidad nosológica entre los tzotziles de los Altos de Chiapas. De acuerdo con las nociones de fisiología popular, se cree que existe un órgano llamado *me'vinik* que, se dice, se encuentra en la zona posterior del ombligo. Este órgano late como si fuera un corazón, y puede ser percibido mediante el tacto.

Las personas pueden enfermarse si este órgano se mueve de su lugar, dando lugar a un padecimiento que los tzotziles identifican con el nombre del órgano, aunque también la denominan simplemente como alteración (Boyer, 2012, p. 141). Según la autora, el *me'vinik* puede salirse de su sitio si las personas realizan trabajo en exceso, si sufren caídas o si ejecutan movimientos bruscos. No obstante, las principales causas de esta alteración se asocian a percances en las relaciones interpersonales: recibir regaños, sentir vergüenza, enojarse, o por tener conflictos conyugales. También puede ser ocasionado por la acción de malos aires (espíritus de la naturaleza) y embrujos, o por el alcoholismo.

Los síntomas principales son la sensación de pulsaciones en el área abdominal, como si “una bola subiera y bajara”, ocasionando dolor. En ocasiones se asocia a esta enfermedad con la pérdida del apetito, vómitos, palidez o fiebre, taquicardias, dificultades para respirar, fatiga constante, hasta producir una sensación de debilidad lo suficientemente grave como para impedir que la persona camine. Según la autora, las personas aquejadas de *me'vinik* acuden a buscar atención en los centros de salud. Normalmente, los médicos profesionales tratan este síndrome como si fuera una colitis o gastritis. El *me'vinik* ya es un padecimiento reconocido y estigmatizado en los centros de salud, pues los médicos y enfermeras lo relacionan con la malnutrición y problemas gastrointestinales, resultantes de la pobreza y falta de educación en materia alimentaria, lo cual ocasiona problemas de desnutrición. La autora señala que en los centros de salud se suelen recetar medicamentos para gastritis o colitis, pero debido a la carencia de éstos, las

personas recurren a preparaciones hechas con hierbas medicinales. Anteriormente se llamaba a las parteras-sobadoras para que colocaran al *me'vinik* al lugar que le corresponde (Boyer, 2012).

Según la autora, sus informantes señalan que el padecimiento de *me'vinik* aparece en un contexto en el que las condiciones sociales de subsistencia se vuelven más conflictivas y precarias: la milpa, antes eje de la vida, es ahora para muchos solo una actividad complementaria en términos económicos, pues por la monetización de la vida y la precariedad laboral se ven obligados a trabajar más para satisfacer sus necesidades. Esto genera la necesidad de que las personas salgan de sus comunidades para trabajar, además de que han aparecido nuevos movimientos religiosos y nuevas aspiraciones que exacerbán la diferenciación social. A su vez, esto contribuye a incrementar la frecuencia e intensidad de los conflictos interpersonales. Ciertamente, los nuevos ritmos de vida dificultan que las personas se alimenten adecuadamente, mientras que los cambios en las formas de socialización dañan sus ánimos, lo que les provoca enojo o tristeza, y subsecuentemente pérdida de apetito, o una sensación en la que la comida no sacia. En un punto, la autora señala que algunas de sus informantes perciben al *me'vinik* como una condición crónica. En este sentido, la autora concluye que este padecimiento refleja la dificultad que tienen las personas para adaptarse a los cambios, y la mayor conciencia de la vulnerabilidad y precariedad (Boyer, 2012, p. 168).

Otros autores han documentado padecimientos similares a éste. Tomemos como ejemplo el “*yolixmoyauhtok*”, que afecta a los nahuas del Alto Balsas de Guerrero. Esta palabra se traduce como “estómago” o “latido regado” (Hersch y González Chévez, 2011). Estos autores señalan que para los nahuas el estómago es similar al corazón, pues en éste se cruzan dos de las principales arterias del cuerpo, las cuales emiten latidos o pulsos, que pueden ser identificados por un especialista mediante el tacto. Esto lo convierte en una especie de centro anatómico, el cual representa el universo a escala.

Al igual que con el *me'vinik*, estos pulsos pueden desplazarse a otras partes del cuerpo, como las muñecas, el corazón o las extremidades. Esto causa síntomas como inapetencia, debilidad, náuseas, y alteración del sentido del gusto; en ocasiones se reporta caída de cabello e ictericia. Las causas de esta enfermedad pueden ser físicas: sobreesfuerzo en el trabajo, por no comer bien, o movimientos bruscos como caídas o sobre esfuerzos, lo cual puede desencadenar desajustes en el equilibrio calor-frío (se le considera una enfermedad fría). También puede ser desencadenada por emociones fuertes, como el enojo o el miedo. Este padecimiento también puede ser provocado por un brujo o ser un síntoma de espanto. La enfermedad puede ser sufrida por personas de ambos sexos y de todas las edades, pero son las mujeres adultas quienes lo padecen con mayor frecuencia, pues se cree que son más susceptibles de ser afectadas por sus emociones.

El tratamiento es realizado por un/a especialista tradicional, quien mediante palpaciones busca el *latido regado* en el torso o las extremidades, y al encontrarlo lo arrastra hacia el estómago mediante una serie de masajes. Una vez recolocado el *latido* en su lugar, el curandero o curandera se aseguran de fijarlo mediante succiones o aspiraciones de la piel, que tienen la cualidad de devolver el calor a la zona, restableciendo el equilibrio calor-frío. Además, se insta a los pacientes a evitar el ayuno y se les recomienda la ingestión de remedios hechos con plantas amargas (Hersch y González Chévez 2011, p. 138).

En ambos casos, las personas afectadas por dicho padecimiento suelen señalar la insuficiencia de los servicios de salud: falta de medicamentos, falta de efectividad del tratamiento o que los médicos del hospital o centro de salud se niegan a atender esta enfermedad. Pero hemos de destacar que en varios de estos casos, la atención que se busca no se limita a lo meramente farmacológico. El tratamiento, según la terapéutica indígena está más íntimamente ligada al concepto de cuidado. El tratamiento consiste en buscar por medio del ritual y el apego a la norma como mecanismos para reparar las relaciones, y como un consuelo y mecanismo de adaptación ante las condiciones cambiantes de vida, las cuales generan sentimientos de insatisfacción e impotencia, somatizándose.

MÉDICOS TRADICIONALES: CONOCEDORES Y MEDIADORES ENTRE LA SALUD Y LA INCERTIDUMBRE

Los médicos tradicionales son actores importantes para los pueblos indígenas, puesto que además de ayudar a las personas en momentos de crisis y necesidad, cumplen la función de salvaguardar y transmitir la cosmovisión del grupo, elemento fundamental para mantener la identidad de la comunidad. Así mismo, suelen poseer un bagaje amplio en cuanto al uso de distintos recursos curativos. En ocasiones son mediadores en conflictos entre los miembros de la comunidad; conocen el ecosistema y eventualmente pueden fungir como una suerte de sacerdotes, conduciendo a las personas a través de sus trayectorias vitales, y mediando entre los miembros de sus comunidades y las entidades sobrenaturales.

En muchas comunidades (por ejemplo, Lazos y Paré 2000) se considera que hay entidades supra humanas que son a su vez patronos o dueños de los cerros y las aguas, así como de todo lo que habita en ellos. Una persona puede enfermarse por no respetar el poder de estos actores, ya sea desatendiendo la obligación de realizar ofrendas o fiestas; a veces dejando de respetar a las especies vegetales o animales que son propiedades del patrono. Es decir, la persona puede disponer de estos recursos, pero de forma moderada, pidiéndole permiso a las entidades para tomarlos, evitando ser demasiado cruel con los animales o destructivo con las plantas. De lo contrario, los patronos pueden enviar energías que desequilibran los componentes del cuerpo del infractor o de alguno de sus allegados, produciendo así la enfermedad.

Por ello se cree que las cosmovisiones indígenas contienen elementos útiles para la conservación de la naturaleza. Los seres humanos deben establecer alianzas y vínculos de reciprocidad con ellos, y seguir sus normas, como habíamos mencionado. El no hacerlo puede provocar un castigo hacia los trasgresores o los desatentos, normalmente en forma de enfermedades.

Por ejemplo, Gonzalo Aguirre Beltrán (1973 [1963]) describió una tipología de enfermedades, asociándolas al tipo de pecados cometidos y las enfermedades a las que los médicos nahuas prehispánicos sabían asociarlas (Aguirre Beltrán

1973, p. 43). En casos como estos, una labor de los médicos tradicionales sería la de pronosticar el desarrollo de la enfermedad, y si es posible curarla, o no hay esperanza para el enfermo (Lagarriga Attias. 1983). Cada medico tradicional tiene sus propios métodos de curación, los cuales dependen de su contexto biográfico, cultural y geográfico, principalmente.

Por ejemplo, hacia unas décadas en el norte de Guerrero (cuenca del alto Balsas), las o los curanderos realizaban procesos adivinatorios leyendo la posición de los granos del maíz que arrojaban en una jícara con agua para pronosticar y diagnosticar el curso y origen de una enfermedad. Y si ambos resultaban favorables, el curandero preparaba ofrendas y rituales en los que invocaría la protección de sus deidades protectoras, las cuales lo ayudarían a confrontar a las entidades agresoras de su paciente, y lo ayudarían a recuperar su tonal (González Chévez y Soriano Vicente, 2022, p. 246).

La labor de los médicos tradicionales supone el aprendizaje de una larga cantidad de preceptos y prácticas rituales que forman parte de su repertorio: el ayuno, la simbología presente en sus actos rituales, el pronóstico y el diagnóstico de la enfermedad mediante métodos de adivinación. Así mismo, parten de una tipología de causas de las enfermedades, de quiénes son las divinidades punitivas, y de cómo reparar los vínculos rotos que desencadenan los episodios de enfermedad. En algunos casos son los protectores del saber sagrado de las plantas y otros recursos curativos, otorgados por sus divinidades guardianas (Aguirre Beltrán, 1973 [1963]; González Chévez, 2012).

El poder curativo del médico tradicional deriva de su relación con las divinidades que le otorgan el don de curar. Estas exigen una dedicación y obediencia a distintos preceptos. A cambio, las divinidades brindan conocimiento, respuestas y apoyo a los médicos tradicionales, quienes actúan como sus voceros y discípulos. Es la relación con la divinidad lo que brinda eficacia a las prácticas curativas que se implementan (Báez, 2008). Así mismo, hemos de señalar que según estas prácticas, lo importante no es principalmente el remedio o la sustancia utilizada. Más bien, para el médico tradicional y sus pacientes, la eficacia deriva de

la relación entre lo divino y lo humano. El ser humano es una criatura más en el plano terrenal, a merced de fuerzas que no puede controlar. De ahí que muchos de los rituales de curación incluyan oraciones de súplica y ofrendas hacia las divinidades, cuyo favor es determinante para la curación.

Por otro lado, se puede sugerir que las tradiciones curativas indígenas basan sus prácticas en formas particulares de conocimiento y de gestión del ambiente, de lo que se desprenden sus formas de interacción con el entorno natural. Es decir, del conocimiento de las especies animales, vegetales o incluso minerales y sus potenciales usos, algunos ignorados por la biomedicina, y de cómo administrarlos de forma relativamente segura. La medicina tradicional puede ser vista como el resultado de la adaptación de la cultura al medio ambiente. Ciertamente la medicina tradicional, junto a los saberes indígenas en general, han sido reconocidos por sus contribuciones a la conservación de la biodiversidad (Hirose López, 2003).

Otra habilidad muy extendida entre los especialistas tradicionales es la de poder comprender a las personas, pues su labor requiere desarrollar una inteligencia emocional y perspicacia que les sirva para interpretar las situaciones y conflictos que atraviesan las personas enfermas y sus familias. De hecho, González Chévez (2017) señala que en la medicina tradicional el diagnóstico de las causas de la enfermedad se realiza tomando en cuenta la información personal del enfermo y su familia, así como por medio de procesos de diagnóstico mágico religioso. El cuidado que se da en base a los saberes tradicionales también ayuda a generar un sentido compartido de la dolencia, lo que da sentido a los malestares y los vuelve más llevaderos. Esto es también algo fundamental para proveer de acompañamiento, ayuda material y consuelo como parte de la acción terapéutica.

Existen distintas especialidades dentro de las medicinas tradicionales, como las que practican los hierberos, hueseros, rezadores, culebreros, parteras, sobadores, etc. Lo que los caracteriza como médicos tradicionales es el reconocimiento de la eficacia de sus saberes por parte de sus pares, pues no cualquiera de ellos puede aprenderlos o ejercerlos eficazmente. Algunas de las enfermedades atendidas por ellos (como el susto, la caída de mollera, el mal de ojo,

los aires, etc.) no son reconocidas por la biomedicina. Sin embargo, independientemente del reconocimiento biomédico de las técnicas terapéuticas o de la plausibilidad de la interpretación de los cuadros clínicos no biomédicos, su pertinencia radica en que expresan y reparan la relación que el hombre tiene con su entorno y su comunidad. Y, por otro lado, proveen de recursos que complementan la situación del paciente, ya sea comida, medicina, tratamiento e incluso ayuda material o emocional, y reconocimiento.

EL EMBARAZO: OTRO ESPACIO PRIVILEGIADO DONDE APRECIAR EL CUIDADO

Ortega Canto (1999) documenta los distintos componentes del cuidado y quienes participan en él durante el embarazo, el parto y el mes posterior a este. El cuidado en esta etapa de la vida involucra la atención recibida en casa de parte de los miembros de las familias del esposo y de la mujer, principalmente, y de especialistas en medicina tradicional, básicamente parteras. A esto se le fue sumando poco a poco una mayor incidencia de los médicos certificados. La partera da recomendaciones de autocuidado, además de realizar rezos y dirigir los primeros rituales de la madre y sus hijos. La unión con el marido, la partera y otras personas previene la tensión emocional. La atención medicalizada puede causar miedo y ansiedad en las gestantes, debido al aislamiento al que deben someterse, el que el personal no conozca la lengua u otros referentes culturales, o incluso regaños y malos tratos del personal. Las personas que esta autora entrevistó pertenecían a distintas generaciones, abarcando experiencias de un periodo que iría de 1940 a 1999. Estas mujeres dijeron haber sentido miedo a ciertos procedimientos, en particular la cesárea, el aislamiento clínico, sobre todo las que pertenecían a las primeras generaciones que tuvieron acceso a la atención hospitalaria, además de vergüenza ante los extraños manipulando el cuerpo, y que el procedimiento llegue a ser innecesariamente incómodo o doloroso. Sin embargo, consideraron que el incremento en la disponibilidad de servicios de salud fue clave en la disminución de la mortalidad materno-infantil. Por otro lado, Ortega Canto documenta en su trabajo que la partera llega a prestar otros servicios, como el cuidado de los demás hijos o trabajo doméstico, al igual que los esposos o demás miembros de la familia.

En otros contextos, como en las regiones Costa Chica y Montaña de Guerrero, también se ha observado que las redes de cuidado pueden abarcar a otras personas: suegros, cuñadas, padres, esposos, etc. (Berrio Palomo, 2017). La atención hospitalaria del parto implica el aislamiento de la mujer al momento de la atención; no obstante, ante esto los hombres y demás allegados de la pareja siguen buscando la manera de estar presentes, al menos en las salas de espera. Incluso buscando reproducir sus prácticas en las inmediaciones del edificio de consulta.

Pese a ello, poco a poco el sistema sanitario institucional está ganando mayor protagonismo en la atención a la salud reproductiva, sobre todo durante el embarazo y el parto, aunque tiende a desaparecer después del alumbramiento. Para los grupos más jóvenes cada vez es más aceptable y común el parto hospitalizado. Sin embargo, aun así se siguen realizando ciertos ritos, como el de enterrar la placenta. Fuera del hospital; las mujeres siguen recurriendo a los saberes tradicionales y consultan a las parteras, quienes siguen administrando sobadas, pulsaciones, rezos, recomendaciones, etc. (Berrio Palomo, 2017). Otro elemento que destaca esta autora es la participación más normalizada de los hombres en el cuidado de la embarazada, ya sea como padres o parejas, e incluso documenta la presencia de hombres en el trabajo de partería, algunos aprendiendo empíricamente, o de especialistas tradicionales. Por ejemplo, Berrio Palomo documentó varios roles de prevención y provisión de cuidados que eran claramente responsabilidad de los varones, en tanto que asistir de manera periódica con algún tipo de curador, “tener el valor de parir” o conservar el equilibrio frío-caliente y las restricciones alimentarias eran responsabilidad de las mujeres. En algunas comunidades de la Costa Chica los hombres asumen funciones de acompañamiento, cuidado o proveeduría en diferentes momentos del proceso de gestación, entre ellas, llevar a cabo los rituales de protección durante el embarazo para prevenir o contrarrestar posibles acciones de brujería o maldad, acompañar durante el parto (de manera directa o afuera del hospital), lo ya referido de enterrar la placenta después del parto o, anteriormente entre los mixtecos, preparar el temazcal en el puerperio. Es decir, funciones de los hombres que no se limitan al papel de proveedor económico o a considerarlo como

un actor que solo restringe derechos y ejerce violencia (Berrio Palomo, 2017, p. 481).

Un aspecto importante de las prácticas de cuidado más tradicionales y domésticas aun practicadas por comunidades indígenas, es que cumplen la función de ayudar a la mujer a aceptar su proceso y llevarlo de la manera más tranquila posible, además de prevenir posibles incidentes negativos. Por ejemplo, entre los mayas yucatecos (comunidad de Kaua, Yucatán) existe la idea de que los órganos son partes móviles que, pese a tener una posición ideal dentro del cuerpo, no permanecen siempre fijas, pues pueden salirse de su lugar debido al movimiento normal del cuerpo. No obstante, esto puede ser arreglado mediante técnicas de sobada. En el caso de las embarazadas, se cree que el feto puede desacomodarse y reacomodarse mediante la sobada. Este tipo de sobada es practicado principalmente por las parteras (Quattrocchi, 2006). La alineación de los órganos representa el paralelismo entre la composición del cuerpo humano y el cosmos:

[...] el desplazamiento de los órganos no se da de manera casual: generalmente lo hacen hacia la derecha, a la izquierda, hacia arriba o hacia abajo con respecto al centro del vientre, localizado en el ombligo y lugar en el que, justamente, se ubica el *tip'te*. Según algunos estudiosos se trata de una idea de origen precolombino que remite a la concepción del cosmos como un espacio subdividido en cuatro sectores y regido por un punto central identificado con la ceiba o *ya'axche'*, árbol sagrado que rige el universo y que, en la representación del cuerpo, correspondería al *tip'te* (Quattrocchi, 2006, p. 145).

La sobada se puede aplicar en distintas situaciones y a distintas personas, pero son sobre todo las mujeres embarazadas quienes recurren con mayor frecuencia a esa práctica. La pertinencia para quienes administran y reciben este tipo de tratamientos en ese marco va más allá de su valor terapéutico (que radica en permitir el buen desarrollo del embarazo). Durante la sobada también se da apoyo emocional a la persona, pues, por ejemplo, contribuye a que haya seguridad de que el embarazo llegará a buen término, además de que la embarazada tiene la oportunidad de externar sus preocupaciones. Además, durante este proceso se transmiten los conocimientos locales entre mujeres sobre el cuerpo, el embarazo y el parto.

CONCLUSIONES

En este rápido recuento he tratado de abordar algunas de las características presentes en las medicinas tradicionales que se practican en nuestro país en relación con el cuidado y la calidad de la atención. No he pretendido explorarlas todas, o de forma exhaustiva. El punto al que quiero llegar es que los saberes del cuidado (incluidas en ello las prácticas) relativos a las comunidades indígenas conllevan un sentido de integralidad. Las nociones de salud presentes en las distintas comunidades suelen abarcar aspectos sociales, psicoafectivos, ecológicos y espirituales, además del mero equilibrio fisiológico. También, el cuidado en estas comunidades conlleva el reconocimiento de la interdependencia de todos los actores y todas las partes que componen una familia, o una comunidad. El cuidado y la atención implican la movilización de los distintos recursos sociales, materiales y simbólicos a su disposición para reparar en medida de lo posible la unión de estos aspectos, en el seno de la vida social. El cuidado en sí es un proyecto, el proyecto de construir vidas y seres humanos.

Los cuidados no se limitan al mero tratamiento ofrecido por especialistas, sean tradicionales o biomédicos, sino que incluye todos aquellos esfuerzos que sirven para mantener la vida misma y la salud en buenas condiciones. En el caso de las comunidades indígenas, las principales acciones que se deben llevar a cabo para mejorar las condiciones de salud deben ser estructurales. Es decir, que deben contribuir a revertir las injusticias y exclusiones a las que históricamente se les ha sometido. El panorama de las condiciones de salud de las poblaciones indígenas de nuestro país está caracterizado por diversas desigualdades y exclusiones que los han puesto en desventaja y han mermado sus oportunidades de acceder a condiciones de vida digna.

En ese sentido, las condiciones de salud de este tipo de comunidades no pueden ser atribuidas a sus particularidades culturales. En primer lugar, tenemos que considerar las condiciones materiales en las que las personas nacen, crecen, aprenden, forman familias, envejecen y mueren. Las comunidades indígenas todavía enfrentan condiciones de pobreza y exclusión de distintos beneficios

sociales, como la educación, el trabajo con condiciones dignas o el acceso a servicios de salud de calidad. De acuerdo al Coneval, en 2018 el 69.5% de la población indígena sufre algún grado de pobreza (incapacidad de satisfacer las necesidades alimentarias y no alimentarias), frente al 39% entre la población no indígena. De acuerdo a Pelcastre Villafuerte et al. (2020), las barreras de acceso a servicios de salud de calidad que sufren las poblaciones indígenas se muestran de múltiples maneras. Por ejemplo, en general tienen que invertir más tiempo para trasladarse a los sitios donde son atendidos, aunado al hecho de que suelen reportar mayores tiempos de espera antes de ser atendidos. Para ellos la salud puede llegar a ser más cara, pues deben invertir en traslados y medicamentos, por ejemplo. Las personas pueden recibir explicaciones poco claras sobre su estado de salud, y en general también presentan mayores índices de insatisfacción con la atención recibida (Pelcastre Villafuerte et al., 2020). Esto puede tener repercusiones importantes en la calidad de vida de los miembros de estas comunidades. En materia de salud reproductiva y materno-infantil se reporta que las mujeres reciben menos atención médica prenatal y postnatal, y la que reciben suele ser más precaria; a su vez, la frecuencia de embarazos a temprana edad es mayor, y tienen menos acceso a la planificación familiar. Por otro lado, los menores de 5 años reciben menos vacunas y menos garantías de seguimiento a la vacunación. Algo similar ocurre a las personas con alguna enfermedad crónica, pues tienen más dificultades para realizar el seguimiento de su estado de salud en las instituciones.

Los servicios de salud deben adoptar un enfoque intercultural que no sea meramente discursivo y que reconozca y respete la diversidad de las comunidades a las que atienden, y eso sin imponer cambios en sus creencias, prácticas y preferencias. Los programas públicos de salud deben ser pertinentes y sensibles a las necesidades y expectativas de las poblaciones receptoras, y promover un diálogo intercultural no ficticio, atento a la causalidad estructural y una genuina participación comunitaria. Para esto, el personal médico debe estar formado para reconocer las representaciones y prácticas locales del proceso salud-enfermedad y del proceso atención-desatención que lo concreta, reconociendo el derecho a la diferencia. Es necesario que los valores y saberes de las comunidades indígenas

sean reconocidos como potencialmente útiles para los servicios de salud desde la perspectiva decisoria de las comunidades mismas. Las condiciones de salud o enfermedad de una comunidad responden al contexto relacional en la que se desenvuelve. Atender los problemas comunes de salud desde una lógica integral y dialógica requiere entender estos procesos desde su naturaleza social que, desde el punto de vista de los distintos sectores de la población, como es el caso de las comunidades indígenas, demanda la comprensión de sus saberes y recursos sin eludir relacionándolos con los niveles de la desatención estructural y la evitabilidad del daño.

Para la propuesta que hemos presentado consideramos que las nociones del cuidado presentes en las comunidades originarias pueden contribuir a reformular la noción de atención en nuestros servicios de salud pública. En este sentido no pretendemos imponer, sino invitar a la reflexión. De lo contrario, estaríamos sugiriendo que se integren valores a un sistema de forma acrítica, lo cual implica seguir reproduciendo ciertos modelos de autoritarismo profesional.

REFERENCIAS

- Aguirre Beltrán, G. (1994). *Obra antropológica XIII. Antropología médica*. México: Gobierno del Estado, Universidad Veracruzana, Instituto Nacional Indigenista.
- _____. (1973 [1963]). *Medicina y magia: El proceso de aculturación en la estructura colonial*. México: Universidad Veracruzana.
- Anderson, J. (2022). Cuidados multiculturales. En K. Batthyány (ed.) *Miradas latinoamericanas a los cuidados* (pp. 63–92). Siglo XXI Eds.
- Báez, L. (2008). Saberes y prácticas terapéuticas entre los nahuas de Naupan, Puebla. En P. Gallardo Arias (coord.) *Curanderos y Medicina Tradicional en la Huasteca* (pp. 209–37). Programa de Desarrollo Cultural de la Huasteca.
- Bartoli, P. (2005). ¿Esperando al doctor? Reflexiones sobre una investigación de antropología médica en México. *Revista de antropología social*, 14, 71-100.

- Bartolomé, M. A. (1993). La construcción de la persona en las etnias mesoamericanas. En Gobierno del Estado de Chiapas (comp.) *Anuario 1992*. Instituto Chiapaneco de Cultura (pp. 140-164). Gobierno del Estado de Chiapas; Instituto Chiapaneco de Cultura. <http://repositorio.cesmeca.mx/handle/11595/447>
- Berrio Palomo, R. L. (2017). Redes familiares y el lugar de los varones en el cuidado de la salud materna entre mujeres indígenas mexicanas. *Salud Colectiva*, 13(3): 471-87. <https://doi.org/10.18294/sc.2017.1137>
- Boyer, I. N. (2012). *Me'vinik*. Una metáfora Tzotzil sobre la salubridad de la vida en la modernidad de los Altos De Chiapas. *AIBR. Revista de Antropología Iberoamericana*, 7(2), 137–70.
- CONEVAL- Comisión Nacional de Evaluación del Desempeño (2019). La pobreza en la población indígena de México, 2008–2018. *Informe. Medición de la pobreza*. https://www.coneval.org.mx/Medicion/MP/Documents/Pobreza_Poblacion
- Echeverría García, J. (2014). Tonalli, naturaleza fría y personalidad temerosa: el susto entre los nahuas del siglo XVI. *Estudios de cultura náhuatl*, 48, 177-212. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0071-16752014000200005&lng=es&tlng=es.ndigena_2008-2018.pdf
- Eroza Solana, E. (1996). Tres procedimientos diagnósticos de la medicina tradicional indígena. *Alteridades*, 6(12), 19-26.
- Fagetti, A. (2011). Fundamentos de la medicina tradicional Mexicana. En A. Argueta, E. Corona, y P. Hersch (coords.), *Saberes colectivos y diálogo de saberes en México* (pp. 137–51). CRIM-UNAM y Universidad Iberoamericana Puebla.
- García Guzmán, B. (2019). El trabajo doméstico y de cuidado: Su importancia y principales hallazgos en el caso mexicano. *Estudios demográficos y urbanos*, 34(2), 237-267. <https://doi.org/10.24201/edu.v34i2.1811>

- González Chévez, L. (1996). Terapia manual en la medicina doméstica. En E. Malvido y Morales, M. E. (eds.) *Historia de la Salud en México* (pp. 201-30). Instituto Nacional de Antropología e Historia.
- _____. Chévez, L. (2017). El proceso terapéutico en la medicina tradicional mexicana. Algunas claves para su interpretación. *Nueva Antropología*, 30(86), 9-34.
- González Chévez, L. y E. Soriano Vicente (2022). Saberes herméticos. Curanderismo enteogénico con Hueytlacatzintli y cosmovisión en la tradición nahua de Guerrero. En: B. Caibuy Labate y N. Olvera Hernández (eds.). *Plantas sagradas en México. Tradición, religión y ritualidad* (pp. 243-266). México: El Colegio de San Luis, A. C.
- Good, C. (2005). Ejes conceptuales entre los nahuas de Guerrero: expresión de un modelo fenomenológico Mesoamericano. *Estudios de Cultura Náhuatl*, 36, 87-113.
- Guiteras Holmes, C. (1965). *Los peligros del alma: visión del mundo de un Tzotzil*. Fondo de Cultura Económica.
- Hersch Martínez, P. y González Chévez, L. (2011). *Enfermar sin permiso. Un ensayo de epidemiología sociocultural a propósito de seis entidades nosológicas de raigambre nahua en la colindancia de Guerrero, Morelos y Puebla*. Instituto Nacional de Antropología e Historia.
- Hersch Martínez, P. y J. Pisanty Alatorre (2016). Desnutrición crónica en escolares: itinerarios de desatención nutricional y programas oficiales en comunidades indígenas de Guerrero, México. *Salud colectiva*, 12, 551-573.
- Hersch Martínez y M. G. Salamanca González (2022). El cuidado y los procesos de atención-desatención como referentes analíticos y operativos para la salud colectiva. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública* 40(1), 1-12. -DOI: <https://doi.org/10.17533/udea.rfnsp.e345191>
- Hirose López, J. (2003). *La Salud de la TIERRA: el Orden Natural en el Ceremonial y las Prácticas de Sanación de un Médico Tradicional Maya*. (Tesis de

maestría en Ecología Humana, Centro De Investigación y Estudios Avanzados del IPN, Mérida, Yucatán).

Lagarriga Attias, I. (1983). Conceptos básicos de la medicina tradicional en México. *Acta Medica*, 19(73-7), 83-95.

Lazos, E. y L. Paré (2000). *Miradas indígenas sobre una naturaleza entristecida. Percepciones del deterioro ambiental entre nahuas del sur de Veracruz*. México: Instituto de Investigaciones Sociales y Plaza y Valdés eds.

López Austin, A. (2004). *Cuerpo humano e ideología: las concepciones de los antiguos nahuas*. Vol. 1. Universidad Nacional Autónoma de México: Instituto de Investigaciones Antropológicas.

Lunes Jiménez, E. (2011). El *Ch'ulel* en los Altos de Chiapas: Estado de la cuestión. *Revista pueblos y fronteras digital*, 6(11), 218-245. <https://doi.org/10.22201/cimsur.18704115e.2011.11.139>

Lorente Fernández, D. (2015). Medicina indígena y males infantiles entre los nahuas de Texcoco: pérdida de la guía, caída de mollera, tiricia y mal de ojo. *Anales de Antropología*, 49(2), 101-148. [https://doi.org/10.1016/S0185-1225\(15\)30005-9](https://doi.org/10.1016/S0185-1225(15)30005-9)

Martín Palomo, M. T. (2022). Dibujar los contornos del trabajo de cuidado. En K. Batthyány (ed.) *Miradas latinoamericanas a los cuidados* (pp. 243–287). Siglo XXI Editores.

Menéndez, E. (2021). Las relaciones sociales sanan, pero también enferman, matan y controlan. Una reinterpretación de la medicina tradicional. *AM. Rivista della Società Italiana di Antropologia Medica*, (52), 52-74.

Moctezuma Balderas, A. C. (2020). El trabajo de cuidados de la infancia nahua con discapacidad. El caso de las madres de la Huasteca potosina, México. *Revista de El Colegio de San Luis*, 10(21), 5-30. <https://doi.org/10.21696/rcs1102120201246>

- Nava Morales, E. (2019). La Comunalidad oaxaqueña: lucha y pensamiento indígena. En S. Vargas y P. Canales Tapia (coords.) *Pensamiento Indígena en Nuestramérica: Debates y Propuestas en la Mesa de Hoy Filosofía* (pp. 27–46). Ariadna Ediciones. <http://books.openedition.org/ariadnaediciones/1770>.
- Ortega Canto, J. (1999). *Proceso reproductivo femenino: saberes, géneros y generaciones en una comunidad maya de Yucatán* (Tesis de Doctorado en Ciencias Sociales, El Colegio de Michoacán, Zamora, Michoacán). <http://colmich.repositoryinstitucional.mx/jspui/handle/1016/900>.
- Pasche, D. F. (2010). A humanização como estratégia frente à medicalização da vida: aposta na democracia institucional e na autonomia dos sujeitos. En R. Pinheiro y T. Coelho Lopes (eds.) *Ética, Técnica e Formação: as razões do cuidado como direito à saúde* (pp. 101–122). CEPESC, IMS/UERJ. y ABRASCO.
- Pelcastre Villafuerte, B. E. et al. (2020). Condiciones de salud y uso de servicios en pueblos indígenas de México. *Salud Pública Méx*, 62(6), 810-819, <https://doi.org/10.21149/11861>.
- Quattrocchi, P. (2006). ¿Qué es la sobada? Elementos para conocer y entender una práctica terapéutica en Yucatán. *Península*, 1(2), 143-169.
- Robles Silva, L. (2007). *La invisibilidad del cuidado a los enfermos crónicos. Un estudio cualitativo en el barrio de Oblatos*. Universidad de Guadalajara.
- Sánchez Álvarez, M. (2012). Introducción a las bases conceptuales del *lekil kuxlejal* o buen vivir. En S. Sartorello, A. Ávila y E. León (eds.). *El buen vivir: miradas desde adentro de Chiapas* (pp. 1–9). UNICH-IESALC-Unesco.
- Sánchez Pérez, H. J., Leal, G., Escobar, D. y León Cortés, J. L. (2021). *Acción comunitaria en el IMSS-Bienestar: Visiones operativas de “la otra historia”*. El Colegio de la Frontera Sur.

SEDESA-Secretaría de Salud de la Ciudad de México (21 de febrero de 2017).

Aumenta medicina tradicional integrativa que ofrece la SEDESA-CDMX.

Comunicado 34/17. En:

[https://www.salud.cdmx.gob.mx/comunicacion/nota/aumenta-medicina-tradicional-](https://www.salud.cdmx.gob.mx/comunicacion/nota/aumenta-medicina-tradicional-integrativa-que-ofrece-la-sedesa-cdmx)

[integrativa-que-ofrece-la-sedesa-cdmx](https://www.salud.cdmx.gob.mx/comunicacion/nota/aumenta-medicina-tradicional-integrativa-que-ofrece-la-sedesa-cdmx). Accedido el 16 de agosto de 2024.

_____ (5 de mayo de 2024). cuenta SEDESA con parteras profesionales para atender embarazos de bajo riesgo. *Boletines*. En: <https://www.salud.cdmx.gob.mx/boletines/05may2024-cuenta-sedesa-con-parteras-profesionales-pa>

Séjourné, L. (1992)[1957]. Pensamiento y religión en el México antiguo. México: FCE/SEP

Tibon, G. (1981). *El ombligo como centro cósmico. Una contribución a la historia de las religiones*, México: FCE

Zolla, C. (2009). Diccionario Enciclopédico de la Medicina Tradicional Mexicana. *Biblioteca digital de la medicina tradicional mexicana*. Disponible en: <http://www.medicinatradicionalmexicana.unam.mx/demtm/termino.php?l=1&t=frio-calor>

4. Saberes en torno al cuidado y prácticas terapéuticas en algunos pueblos de tradición mesoamericana. Revisión de archivos históricos

Rosa María Garza Marcué

Naghieelly Alejandra Martínez

*Apostar a que la vida del otro vale la pena,
y que la vida del otro me enriquece*
Emerson Merhy¹⁹

1. ¿QUÉ ES EL CUIDADO?

Hacia una humanización en las prácticas de salud, se vuelve necesario que éstas contengan comportamientos de cuidado, siendo esto último una constante imperativa en la historia de la humanidad: ser cuidado, cuidarse o cuidar de otro. Por lo que el cuidado es y será una condición existencial de las personas, para la perpetuidad de la especie y el grupo social.

El cuidado puede entenderse como una inquietud, solicitud, diligencia, atención, buen trato, empatía, conocimiento de sí mismo y del otro, sensibilidad humana, un modo de ser, la manera en cómo nos relacionamos con los otros (Arenas, 2006). El cuidado, más que un acto es una actitud, se vuelve una ocupación sensible hacia el otro. El cuidado reivindica al sujeto como un ser participante activo en su propio proceso salud-enfermedad-atención-prevención. Asimismo, el cuidado también corresponde a la relación interpersonal que se establece entre el cuidador-persona cuidada, donde el segundo siempre será un ser humano en situación, por ello se vuelve imprescindible que el cuidador establezca un encuentro en el que se muestre interés por la situación humana del otro.

En toda sociedad actual, la enfermedad, y no la salud, es una presencia cotidiana en la trayectoria de vida de los sujetos. Ante estas condiciones, la mayoría de los grupos, en particular el doméstico, necesita generar saberes para explicar,

¹⁹ Médico. Doctor en Salud Colectiva. Libre Docente, Universidad Estadual de Campinas. Profesor titular, Coordinador de la Línea de Investigación en Micropolítica del Trabajo y el Cuidado en Salud, Universidad Federal do Rio de Janeiro, Brasil.

atender, contener y resolver las situaciones cotidianas de enfermedad, incluida la decisión de consultar a un curador profesional o no atenderse. Es así que la autoatención suele ser la primera actividad que se realiza desde los saberes y las experiencias individuales y colectivas, y constituye el primer nivel de atención ante los padecimientos detectados (Menéndez, 2018). Sin embargo, en el proceso salud-enfermedad-atención-prevención, el usuario en el sistema de salud –incluidos sus saberes, deseos y experiencias–, participa mínimamente en la prescripción de su plan terapéutico.

¿Cómo sería transformar un encuentro terapéutico en una relación de cuidado?²⁰ En el Sistema de Salud ha sido evidente una relación ausente: entre el trabajador de la salud y el usuario. Para aumentar la posibilidad de construir espacios de cuidado deberá considerarse la **autonomía del usuario** en la conducción de su propia vida, así como la atención integral de la salud que comprende los aspectos biológico, psíquico y social de cada usuario. Si bien, hay un esfuerzo reciente y progresivo por integrar aspectos no físicos o psicoemocionales en el ámbito del cuidado. Principalmente, colocar la centralidad del cuidado en el usuario, y no en los procedimientos (Terenzi et al., 2016).

Para Emerson Merhy (1997) es necesario reconocer que la salud se produce en la acción y quienes están directamente implicados en dicho proceso, son los trabajadores de la salud y los usuarios. Desde esta perspectiva, los trabajadores para llevar a cabo un acto de salud, deben estar implicadas tres modalidades tecnológicas: tecnologías duras, leves-duras y leves (Lago et al., 2010), por centralidad de interés en este momento, nos avocaremos por ahora solo a las tecnologías **leves**, que corresponden a **tecnologías relacionales** que permiten a

²⁰ El Dr. José Ricardo de Carvalho Mesquita Ayres, Médico (UERJ-Brasil) Magíster en Medicina Preventiva (USP, Brasil), discute tal planteamiento para la humanización de las prácticas de salud. El antecedente que nos sirve de guía, es el movimiento de resistencia que, en Brasil, se gestó con la Reforma Sanitaria en los años setenta, consolidándose a fines de los años ochenta, en el mismo momento de la institución del Sistema Único de Salud. Los principios de este nuevo sistema se basan en una noción amplia de la salud, que considera el proceso salud-enfermedad de forma plural y compleja, respetando las diferentes dimensiones implicadas.

los trabajadores de la salud escuchar, comunicar, comprender, establecer vínculos y cuidar a los usuarios (Merhy y Feuerwerker, s/a).

Producir el cuidado junto con el otro. La integralidad de la práctica que produce cuidado se vincula con el reconocimiento de lo diferente y singular del otro en su forma de vivir, de pensar, de estar en el mundo. Para que un encuentro sea provechoso, debe ser un encuentro de posibilidades, debe permitir nuestra potencia de actuar. En un encuentro es necesario sentirse cuidado y escuchado. Se debe **reconocer** que ese otro tiene un saber que, la mayoría de las veces, es diferente al mío, y eso enriquece la práctica (Terenzi et al., 2016).

La gestión y la producción de cuidados se genera cuando trabajadores y usuarios se abren al encuentro, reconociendo mutuamente como legítimos sus respectivos saberes y expectativas, negociando y construyendo de forma compartida proyectos de cuidados (Merhy y Feuerwerker, s/a).

Cuando existe esta apertura, los encuentros entre trabajadores y usuarios se convierten en espacios de producción de cuidados donde se manifiestan grandes conflictos y desafíos; desafíos de construir un equipo con un trabajo efectivamente orientado y movilizado por las necesidades de salud no sólo del usuario, sino del grupo familiar en cuestión; desafíos de superar la fragmentación del sistema de salud y producir continuidad de cuidados dentro de una línea de atención que se produce en el acto para cada situación, por lo tanto, la producción de cuidados de salud deberá estar dirigida a promover ganancias de autonomía y de vida para sus usuarios (Merhy y Feuerwerker, s/a), es decir, estimular la **participación activa** de la persona frente a su enfermedad.

Partimos de la comprensión de que hay otras formas de tratamientos que no son exclusivos a la biomedicina, y que justamente un medio para lograr el diálogo entre saberes biomédicos y medicina tradicional, puede lograrse en la construcción de espacios de encuentros en los servicios de salud, donde haya un encuentro de ideas y de concepciones del mundo que generen posibilidades de surgimiento de nuevos saberes y prácticas de salud que respondan a una demanda existente por el cuidado.

Atención médica que integre las particularidades culturales. Partimos de la idea en que se teje una relación asimétrica entre la medicina tradicional y la biomedicina cuando interactúan; y se considera que esta última ignora las maneras particulares de las poblaciones para explicar y atender sus padecimientos.

En el fondo, la incapacidad para poder articular los saberes biomédicos de manera dinámica con los de la medicina tradicional, se basa en suponer que el “otro”, no posee conocimientos válidos sobre su cuerpo y su salud, o en el mejor de los casos, que éstos son equivocados y deben ser reemplazados por conocimientos estrictamente biomédicos, “lo que niega la especificidad cultural, histórica y social de la sociedad o grupo” (Portela, 2018, p. 62).

Los pueblos de tradición mesoamericana no rechazan en su totalidad a la biomedicina; de hecho, identifican que da respuestas satisfactorias a los problemas de salud. No obstante, hacen diversas críticas al modelo biomédico por insatisfacción con los tratamientos proporcionados y vivencias negativas en los servicios de salud debido a violencias y formas de discriminación. Se vuelve necesario implementar un modelo de atención que tenga como directriz la “atención diferenciada”,²¹ es decir, donde se reconozca y respete a la diversidad sociocultural de los pueblos indígenas, principalmente a sus conocimientos y prácticas en salud.

Se necesita garantizar la provisión de atención médica que respete las particularidades culturales, por lo tanto, profesionales de la salud capacitados que respeten la eficacia de la medicina indígena y el derecho de los pueblos a su cultura. En este sentido, es imprescindible conocer los conocimientos y las prácticas de las comunidades en torno a la autoatención en la salud. Si bien, este es el primer nivel de atención de los sistemas de salud de los pueblos de tradición mesoamericana, y es resolutivo para muchos problemas que enfrentan las comunidades; asimismo, estos saberes se transforman a partir del contacto con otros saberes, incluso son una de las principales expresiones de agencia, resistencia y mantenimiento de autonomía de estos pueblos (Menéndez, 2018; Pontes et al., 2018).

²¹ Término utilizado en el Subsistema de Atención a la Salud Indígena (SASI) dentro del Sistema Único de Salud en Brasil.

En términos metodológicos, una estrategia para reconocer la diversidad de saberes y formas de atención y sus articulaciones será describir qué hacen, dicen y usan los sujetos y las comunidades en torno a sus prácticas de autoatención en el proceso salud-enfermedad-atención-prevención.

2. LA IMPORTANCIA DE LA MEMORIA HISTÓRICA EN PUEBLOS DE TRADICIÓN MESOAMERICANA

Al observar el paisaje social que ofrece nuestro país, resalta un aspecto fundamental para su comprensión: es un territorio habitado por la diversidad. Tal diversidad tiene sustento en los pueblos indígenas que han logrado resistir a los embates del tiempo y a los procesos socioculturales. De acuerdo al último censo poblacional, en la Ciudad de México hay 125,153 hablantes de lenguas indígenas. La alcaldía con mayor número de hablantes de lenguas indígenas es Iztapalapa, con casi 29 mil hablantes; seguida de Gustavo A. Madero, Tlalpan y Xochimilco.²²

La Ciudad de México cuenta con dos tipos de población indígena; por un lado, los migrantes indígenas quienes han generado diversas redes de relación, y por otro, los grupos originarios históricamente asentados en su territorio, y quienes acontecieron las bruscas situaciones de transformación cultural. Los pueblos originarios de la Ciudad de México son aquellas colectividades con una identidad conformada por su tradición histórica, territorial, cultural y política. Las resistencias ejercidas por estos pueblos les han permitido conservar su tradición cultural mesoamericana, a pesar de las transformaciones del crecimiento urbano que los ha intentado absorber a lo largo de cinco siglos.

La tradición cultural mesoamericana es compartida por los pueblos originarios de la Ciudad de México al tener una unidad cultural basada en creencias comunes,²³ formas de vida compartidas, instituciones sociales locales, un sentido identitario de pertenencia a un territorio, que va más allá de la idea de comunidad,

²² Censo de Población y Vivienda 2020, INEGI.

²³ En el desarrollo del texto se usarán de manera indistinta los términos pueblos originarios y pueblos de tradición mesoamericana.

ya que estos pueblos aluden a la descendencia de poblaciones que preexistían a la conquista y a la colonización (De la Peña, 2011).

Por lo tanto, en un país diverso étnica y culturalmente es preciso conocer y reconocer la multiplicidad de pensamientos, saberes y prácticas colectivas de las comunidades. Si bien, tal requerimiento nos hace reflexionar en “¿cómo explicar su continuidad?, ¿qué en su organización social y cultural la hace tan persistente? ¿Es posible demostrar que el uso de la historia y la etnografía como herramientas de análisis, explican más reflexivamente el patrimonio cultural inmaterial y las tradiciones culturales mesoamericanas?” (Garza, 2022, p. 39).

Catharine Good (2005) refiere que existe una percepción propia de los procesos históricos comunitarios, para ello utiliza la categoría de continuidad o memoria histórica, pues en ella se expresa la imagen de una representación del pasado, el cual continúa vigente y se revive continuamente en las expresiones rituales. Lo anterior implica una herencia común transmitida y reproducida por generaciones; en este sentido la conciencia de una continuidad histórica constituye una parte importante de la identidad cultural de los pueblos de tradición mesoamericana.

La construcción de memoria teniendo como punto de partida la cosmovisión, el conocimiento tradicional y las identidades de cada uno de los pueblos muestra a la pluralidad como una característica de tal construcción, por lo tanto, cabría hablar de las memorias históricas plurales del país.

Así, la memoria entendida como una estrategia para comprender realidades complejas, procesos de pérdida y despojo, recuperación de saberes y encontrar nuevos sentidos a la experiencia del presente para contribuir a la reconstitución del espacio colectivo y sus vínculos sociales, muestra la importancia de la revisión histórica como un elemento fundamental para visibilizar, valorar y mostrar a la memoria histórica como un eje de continuidad en los pueblos de tradición mesoamericana (Good, 2005).

Asimismo, los pueblos de tradición mesoamericana disponen de un cúmulo de saberes y prácticas propias que configuran la manera en que construyen y habitan el mundo de maneras particulares. Dentro de estos múltiples saberes y prácticas se encuentran aquellos dirigidos a la atención de la salud, que bajo una lógica propia corresponden a la cosmovisión de los pueblos y, a su vez, conforman un sistema de medicina indígena presente desde antes del encuentro de los colonizadores europeos. Cabe precisar que la medicina indígena no es un fenómeno inamovible ni estático, sin duda, se ha visto trastocado por los procesos históricos y culturales propios del devenir de nuestro país (Aguirre, 1963).

3. LA NOCIÓN DE SALUD EN PUEBLOS DE TRADICIÓN MESOAMERICANA

La gran diversidad multicultural por la que se encuentra conformada la sociedad mexicana, hace visible la extensa gama de expresiones culturales que conviven en múltiples ámbitos. Por ello, es pertinente reconocer que, en lo referente al sistema de salud en nuestra sociedad, se encuentra presente un pluralismo médico, entendido como la existencia alterna de diversos sistemas de atención a la salud, es decir, la capacidad que tienen los grupos sociales para utilizar indistintamente y en más de una forma, la posible solución o atención de sus padecimientos (Menéndez, 1994).

Sin embargo, el cúmulo de saberes que conforman el sistema de cuidado entre los pueblos de tradición cultural mesoamericana se encuentra inserto en una problemática: la tendencia a categorizar dichos saberes locales como “creencias”, en tanto opuestos a la ciencia. Las concepciones acerca de la salud, varían en función de la cultura, siendo que la mirada de la salud se construye colectivamente y se refleja en el cuerpo de las personas.

El conocimiento de los pueblos de tradición mesoamericana se erige en la cosmovisión, y es un conocimiento que prescinde de las relaciones dualistas de la ciencia hegemónica entre mente/cuerpo, pensamiento/acción y sociedad/naturaleza. Desde esta perspectiva implica reconocer que el concepto de

salud,²⁴ no es una construcción propia del conocimiento indígena y no es reconocido desde su semántica cultural, no obstante, las comunidades lo asemejan con otros conceptos propios de su cosmovisión como son: la armonía y equilibrio entre el entorno comunitario y familiar, territorial y espiritual (Vélez et al., 2020).

Por lo tanto, la pérdida de salud para los pueblos de tradición mesoamericana puede entenderse como producto de la desarmonía entre la familia, el territorio, el medio ambiente y el entorno social, o por la desobediencia a los mayores. Por ejemplo, en un registro del Fondo Weitlaner sobre la comunidad chinanteca de Mayultianguis se encontraron un par de narraciones que describen dos hechos sobre cazadores que trasgredieron las normas sociales: al matar animales sin permiso de la comunidad o de los propios dueños de los animales, las consecuencias para los cazadores fueron enfermar, caer en cama y a los pocos días morir.²⁵

Entonces, para la concepción indígena la enfermedad no solamente es física, sino también emocional e implica una desarmonización con la comunidad, con la familia o con el territorio. De acuerdo a esta concepción, entre los factores que influyen en el mantenimiento de la salud está el uso de rituales que promueven el *buen vivir*, la armonía a nivel individual, comunitaria y con el territorio.

El sistema de salud en México invisibiliza las concepciones de salud de las comunidades indígenas, al considerar que no es un conocimiento válido, por esta razón impone sus intervenciones de manera descontextualizada y homogénea en los pueblos indígenas. Cabe mencionar, que no se pretende demeritar las aportaciones de la medicina institucionalizada ni promover su desuso, por el contrario, nos interesa mostrar la pertinencia del diálogo entre la medicina científica

²⁴ Por ejemplo, en algunas comunidades de Puebla cuando se le pregunta a alguien ¿cómo estás? ¿cómo te ha ido?, suelen responder: “contento”. Ellos asocian el sentirse contentos o alegres con la noción de estar saludables. Asimismo, cuando ven a otra persona que ha subido de peso, la reacción ante ello no es desfavorable, al contrario, suelen expresar: “que repuesta(o) estás” como sinónimo de algo positivo.

²⁵ Fondo histórico Weitlaner, Carpeta IV-4 capítulo XIII Folklore de Mayultianguis.

y la medicina tradicional indígena con vías de propuestas de aplicación en los servicios de salud públicos.

Debido a lo anterior, el acercamiento a la concepción de salud desde la perspectiva de los pueblos de tradición mesoamericana constituye un punto de partida para avanzar en la comprensión de su situación, en la promoción de la salud culturalmente apropiada y acorde a dinámicas de interculturalidad en torno a sus significados y prácticas.

Algunas de las acciones que los pueblos y comunidades reproducen hasta el día de hoy, son las prácticas de los saberes ancestrales, los diálogos de los saberes intergeneracionales y el fortalecimiento de los procesos propios. Todo ello es una vía para la promoción de los cuidados de la salud dentro de las comunidades, a través de elementos como el ritual, la medicina tradicional, la relación con los ancestros, entre otros.

Habría que preguntarse, en qué medida los servicios de salud están dispuestos a convivir con nuevas formas de cuidado, mismas que se presentan por medio de otras experiencias y concepciones de salud y del mundo.

Por lo anterior, el registro y la consulta de documentos históricos se vuelve de vital importancia para dar cuenta de la continuidad de los saberes y prácticas de los pueblos de tradición mesoamericana en torno al cuidado de la salud al interior de sus comunidades. Si los saberes y prácticas de la medicina indígena son una arista que permite mostrar los intercambios culturales a través de la historia, por ende, resulta de vital importancia la consulta de los acervos históricos que permiten conocer la continuidad de aquellos elementos, siendo estos documentos vitales para la comprensión del presente.

4. EL APORTE ETNOHISTÓRICO

Algunas de las reflexiones y aportaciones del investigador Gonzalo Aguirre Beltrán en su obra *Medicina y Magia. El proceso de aculturación en la estructura colonial* (1963) son temas que encontramos mencionados en el Archivo Weitlaner, archivo

que fue nuestra materia prima para el presente trabajo. Por lo tanto, su análisis nos ayudará a comprender el sistema de saberes y prácticas médicas indígenas desde un enfoque diacrónico. El investigador planeó, según dice su introducción, un estudio de “la medicina enfocada desde el marco antropológico en sus tres momentos esenciales: pasado, presente y porvenir” (p. 14).

La antropología médica fue un campo privilegiado para la reflexión, la crítica y la constante producción del maestro Aguirre Beltrán. El alcance de sus aportes parece no sólo trascender en la antropología médica mexicana, sino también en la antropología latinoamericana. Nos parece de suma importancia retomar para este texto el enfoque del autor sobre la importancia del análisis histórico en el estudio del sistema médico indígena:

La consideración que la antropología médica [en México] otorga a la investigación histórica deriva, indudablemente, de la persistencia, en las comunidades étnicas, de concepciones y patrones de acción, modificados por la instancia colonial, que se encuentran originalmente entre los mexicanos antiguos. Añádase a lo anterior la vigencia del proceso de cambio sociocultural en las regiones interculturales de refugio, hoy existentes, y la necesidad de examinar y evaluar modelos en qué fundar los programas de desarrollo indígena y rural puestos en marcha por el movimiento social de 1910 y podrá explicarse nuestra vocación histórica y continuidad en el enfoque del tiempo colonial al contemporáneo. La escuela rural mexicana, las misiones culturales, los centros coordinadores indigenistas, tienen paradigmas en el pasado que, de una u otra manera, se han tomado en cuenta para implementar el trabajo de salud en los pueblos étnicos (1994, pp. 11-12).

La reivindicación de la dimensión temporal que Aguirre Beltrán hace al estudio del sistema de la medicina indígena en su libro *Medicina y magia*, proporciona explicaciones de los cambios históricos experimentados por esta durante el periodo colonial, al contacto con otros modelos médicos. El análisis histórico realizado por el autor constituye un preliminar teórico de cómo fueron conformándose sistemas médicos durante la Colonia, en tanto, el proceso de aculturación generó un fenómeno tan complejo como fue la conformación de lo que Aguirre Beltrán nombró *medicina mestiza* (Zolla, 2008, p. 11).

A medida que la población de mezcla crecía y participaba activamente en el proceso de aculturación, a las prácticas y saberes mestizos se fueron incorporando aportaciones indígenas, africanas y españolas (Aguirre, 1963, p. 276), el antropólogo ilustra este proceso con magníficos ejemplos.

Otra aportación relevante es la recuperación de la dimensión psicológica y la importancia de las emociones en el estudio de los comportamientos y concepciones de la salud de los pueblos indígenas, aunque este interés de Aguirre Beltrán es tratado con mayor profundidad en *Antropología médica* (1986), también presta atención bajo esta mirada a los complejos psicológicos, mágicos y místicos de las concepciones indígenas de la enfermedad y la curación en *Medicina y magia* (1963). En años recientes estas temáticas han recibido un gran impulso con los estudios de etnopsiquiatría, probablemente Aguirre Beltrán fue uno de los primeros antropólogos en destacar los contenidos emocionales en las enfermedades y sistemas terapéuticos tradicionales indígenas en Mesoamérica:

Los estudiosos que en nuestro país se han ocupado de reseñar los distintos apartados de la medicina indígena ... manifiestan una tendencia ostensible en poner énfasis excesivo en los elementos racionales de las prácticas curativas de nuestros antepasados aborígenes, relegando a simples alusiones el contenido profundamente emocional de los conceptos referentes a las causas de la enfermedad, a los medios en uso para descubrirlas y a la manera particular de tratarlas (1963, p. 36).

El enfoque histórico, que en gran medida es sustento disciplinario en *Medicina y magia*, muestra la indagación que hizo el antropólogo veracruzano respecto al proceso por el cual se vincularon las tres medicinas –indígena, africana y española– por supuesto, esto no solamente ocurrió en el ámbito médico. Cabe destacar el análisis y la reflexión que hace Aguirre Beltrán al proceso de aculturación reflejado en el discurso histórico, en tanto ya no es viable pensar en esencialismos frente al estudio de fenómenos socioculturales: “A partir de Hernández el intercambio de rasgos entre la medicina española y la medicina indígena facilita la aculturación, en tal forma que, en la actualidad, es extremadamente difícil dilucidar, aun en comunidades de pura lengua indígena, cuáles elementos son netamente indígenas y cuáles de procedencia occidental” (1963, p. 22).

El desarrollo y elaboración de *Medicina y magia* conllevó un proceso largo, ya hace varios años quedó publicado en mimeógrafo con un subtítulo que nos orienta sobre su contenido “El proceso de aculturación y el curanderismo en México”. Para su estudio el autor recurrió a las fuentes más verídicas –poco utilizadas por lo difícil de su consulta– examinó más de setecientos procesos inquisitoriales por hechicerías y curanderismo. Siguió detenidamente las características de cada una de las prácticas médicas, tanto de la medicina española, como de la medicina indígena mexicana y de la importada por los africanos provenientes de los territorios del Congo y la Guinea, en sus diferentes aspectos y manifestaciones, analizando hasta donde fue posible el origen de sus prácticas y de su desarrollo. Cada manifestación aparece detalladamente descrita con ejemplos auténticos de casos en los que tuvo lugar y los estudios interpretativos de cada una de ellas representan contribuciones originales sobre la manera de comprender estos aspectos.

Por lo anterior, esta obra constituye un aporte etnohistórico fundamental, al ser un primer intento de documentar los vínculos que se tejieron entre las contribuciones de ideas, saberes, recursos y prácticas terapéuticas de indígenas, africanos y españoles “la validez del método etnohistórico como instrumento para la reconstrucción dinámica de la aculturación médica” (Aguirre, 1963, p. 15).

Los temas seleccionados de *Medicina y magia* que describiremos a continuación tal vez son los más sobresalientes para este texto, debido a que están presentes en los registros de los archivos consultados, por lo tanto, nos parece pertinente mostrar el fundamento teórico en el que se explicita el proceso por el que se entrelazaron los diferentes sistemas médicos en el proceso histórico, y en la actualidad resulta imposible discernir aquellas prácticas o elementos pertenecientes exclusivamente a uno u otro de los sistemas médicos.

Aguirre Beltrán rechaza por inoperantes, las clásicas descripciones de investigadores, en los que se presenta la medicina de los antiguos mexicanos con parámetros modernos, incluso utilizando términos clínicos del siglo xix. Para el autor, en estos trabajos se presenta una desarticulación de la medicina indígena,

en la cual se le desprende del conjunto cultural donde floreció y de las influencias que la condicionaban. En cambio, analiza los documentos con vivencias reales, el contenido de aquellos restos, que más o menos deformados, han llegado hasta nuestros días para así establecer un panorama general de la medicina indígena mexicana.

Por las páginas del libro desfilan las concepciones —europea, indígena y la proveniente de África— sobre la causalidad de las enfermedades y la manera de tratarlas (generalmente ligadas a las concepciones religiosas), conocimiento indispensable para que el investigador moderno pueda interpretar debidamente el mecanismo terapéutico de los variados elementos empleados y de las prácticas que acompañaban el uso de estos elementos. Continúa situando como fuentes históricas o antropológicas a las prácticas adivinatorias, la ligadura amorosa, los agujeros y presagios, la brujería, el chanismo, a las virtudes de los *nahuales*, las propiedades de sustancias sagradas como el *peyotl* o el *ololiuhqui*, la posesión mística de los afrodescendientes y otras tantas formas de magia médica son descritas buscando sus orígenes, detallando su mecánica e interpretando su acción y trascendencia.

Toda sociedad construye un sistema coherente de ideas que le lleva a clasificar las enfermedades, a interpretar sus causas y a ejecutar prácticas destinadas a restaurar la salud. Aguirre Beltrán (1963) refiere a la medicina mexica como la dominante entre los pueblos del Anáhuac, como lógica consecuencia del dominio político y económico de este grupo, aunque no por ello se vio exento de incorporar en su cultura muchos elementos de las tribus vencidas y de aquellas con quienes se hallaba en contacto beneficioso. Principalmente, por ser esa medicina de la que contamos con abundantes referencias, sirvió como punto de partida para el autor en trazar un panorama general de la medicina indígena. Aguirre Beltrán advierte que, para lo anterior, habrá que posicionarse “en el tiempo y en el contexto cultural en que sus conceptos operantes tuvieron principio, forma y función, esto es, en el momento mismo en que se suscitó el contacto entre el hombre de occidente y el mundo aborigen” (p. 38).

En el capítulo “La materia india” parece que el autor articula el sustento terapéutico de las tres medicinas, da apertura al capítulo con la siguiente idea:

La materia médica del curandero colonial procede casi exclusivamente del botiquín indígena. Negros, mestizos, mulatos y españoles prefieren para sus prácticas curativas las plantas, animales, minerales de la tierra por dos razones principales: la primera, por su baratura y facilidad de adquisición; la segunda, por su reconocido prestigio místico de que se hallan investidas (1963, p. 115).

Hoy acostumbrados a pensar en el principio activo y en la acción farmacológica olvidamos que nada de esto le importaba al médico precortesiano, que en sus plantas, raíces o piedras buscaba únicamente el poder de las fuerzas misteriosas o las virtudes míticas que eran capaces de contrarrestar la etiología demoníaca de la enfermedad. De acuerdo a Carlos Zolla, la antropología médica resulta ser la disciplina con mayor pertinencia para “elucidar la impronta ‘emocional o mística’ que caracteriza a las medicinas indígenas” (2008, p. 19).

Todo sistema terapéutico tiene especialistas instruidos en el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades, de acuerdo con su sistema de ideas en torno a la salud. Aguirre Beltrán señala que en el sistema médico precortesiano se presentaron especialidades o preferencias para emplear determinados métodos curativos:

El *tепatiани*, hombre de la medicina, es tenido como el profesional que más conoce las propiedades misteriosas de las yerbas. El *tlamatqui*, sabio, como el médico que en sus actividades usa la palpación, acaso el masaje. El *tetlacuicuiliani*, médico chupador, es áquel que por medio de la succión extrae la enfermedad. El *tetonalmacani* se dedica a volver la ventura, el *tonalli* o alma a quienes la han perdido. El *teixpatiani* trata los padecimientos oculares. La *temixihuitiani*, comadrona [...] Los que pronostican la enfermedad examinando la jícara de agua toman el nombre de *atlauhtlachixque*; quienes apelan al uso del calendario agorero llámense *tonalpouhqui*; aquellos que interpretan los sueños ingiriendo el *ololiuhqui* se dicen *paynani*: el que corre ligeramente.

Un nombre especial y una función definida tiene también el “zurujano” *texoxotla*; el sangrador, *teitzminqui*; el concertador de huesos desencajados o quebrados, *teomiquetzani*; el sudador que baña al enfermo en el *temazcalli*;

el culebrero que domina las mordeduras de los animales ponzoñosos (1963, pp. 39-40).

Una de las especialidades en el arte de curar, es la del culebrero, y el método predilecto de este especialista es la succión, “chupar” el veneno. El maestro Aguirre Beltrán menciona que la práctica utilizada contra la mordedura de animales ponzoñosos, como la del alacrán, “consiste en la ligadura superficial del miembro herido para estorbar la circulación linfática, seguida de la succión del virus. Esta práctica, que así descrita puede parecernos enteramente racional, es concebida por el cirujano indígena de muy distinta manera” (1963, p. 53). El autor relaciona la idea anterior con el mito del Alacrán *Yappan*, recogido de testimonios indígenas a principios del siglo XVII por el bachiller don Hernando Ruiz de Alarcón. Asimismo, en la versión del mito descrito por Aguirre Beltrán se hace mención del uso del tabaco como curación por mordedura de alacrán, cabe mencionar que este tipo de curación se halló descrita en cuatro comunidades de Oaxaca,²⁶ referidas en el archivo Weitlaner, aunque en estos casos las mordeduras habían sido provocadas por víboras.

al realizar la curación una vez que friega con piciente, tabaco profiláctico, el lugar de la mordedura, succiona y exclama: “Ven acá piadosísimo *Yappan*, el de la punta corva; ¿dónde nos has herido? En lo más estimado”. Y agrega: “pero no pasarás de mis linderos”. Al hacer esto cubre al enfermo con el huipil y liga la parte herida con la cinta con la que ata su cabellera “y finge que lo abraza y hácele otras caricias (Alarcón, 1892, VI. 221 en Aguirre 1963, p. 53)

Los registros etnográficos consultados señalan que la mordedura de algún animal ponzoñoso puede deberse a causas de brujería o por mandato divino, en tanto se ha transgredido alguna norma comunitaria.

La habilidad del culebrero se puede adquirir al nacer o mediante el aprendizaje, por ejemplo, encontramos en el Archivo Weitlaner la siguiente descripción: en San Lucas Ojitlán, Oaxaca los culebreros aprenden de su padre y también son aprendices de los viejos curanderos del pozo. En algunas comunidades existen gremios de culebreros y también se habla de culebreras. Por ejemplo, en la

²⁶ San Lucas Ojitlán, Chiquihuitlán, San Juan Teponaxtla y San Andrés Teotilápam, todas pertenecientes al estado de Oaxaca.

comunidad de San José Chiltepec, Oaxaca hay un gremio de culebreros, en donde los discípulos deben enseñar al maestro todos los colmillos que extrajeron a las culebras durante un año “librando víboras”. El maestro debe de picar en forma de cruz a los discípulos. Después de transcurridos de dos a siete años, el maestro les entrega el “secreto” en una bolsita que deben amarrar a la persona que fue mordida por la víbora.

Aguirre Beltrán refiere que tanto la medicina, como cualquier otro sistema proyectivo de la sociedad azteca [mexica], se rige en el plano de lo sobrenatural (1963, p. 38). El pronóstico tiene una consideración fundamental, tan vital es que en lengua náhuatl medicina y agorería se expresan con la misma palabra, *ticiotl* (1963, p. 50). Por un lado, se encuentran los miembros que poseen conocimientos sobre la herbolaria aplicada en dolencias menores. Por otro, en los padecimientos que por su sintomatología son alarmantes y generan angustia, se recurre al *ticitl*, médico agorero. Aunque muchos poseen tanto el arte de curar como el de pronosticar. “El papel del *ticitl* en la sociedad indígena, por ello, es particularmente valioso ya que está a su cargo velar por la seguridad del grupo propio, en lo que a las enfermedades se refiere” (1963, p. 38).

Si bien, conlleva tiempo adquirir el conocimiento vasto sobre las propiedades místicas sobre las yerbas y sustancias, lo requiere aún más, la sabiduría pronóstica “la exacta significación de las imágenes reflejadas en el agua o de la posición en que caen los granos gordos de maíz” (1963, p. 39). De todas las técnicas pronósticas habidas, la que al parecer alcanzó mayor difusión fue aquella descrita en el códice Magliabechi, donde se usan los granos gordos del maíz. Hernando Ruiz de Alarcón ha dejado un detallado relato de esta práctica:

El tal sortilegio escoge de una mazorca y de entre mucho maíz los granos más asomados y hermosos, de los cuales entresaca tal vez diez y nueve y tal vez veinte y cinco, y esta diferencia causa la que tienen en ponerlos sobre el lienzo en que se echa la suerte; escogidos los dichos granos el tal sortilegio les corta los picos con los dientes, luego tiende delante de si un lienzo doblado y bien extendido de modo que no haga arruga, luego pone sobre él una parte de los granos, según la cantidad que cogió. El que escogió diez y nueve pone al lado derecho cuatro granos muy parejos, la haz hacia arriba y las puntas hacia el lado izquierdo, pone otros tantos con el mismo orden y

luego arroja otros cuatro sin orden en frente de sí y queda con siete granos en la mano; otros ponen cada cuatro en cada esquina y queda con nueve en la mano que todos hacen veinte y cinco; otros ponen en cada esquina siete y arrojan y enfrente sin orden dos y quedan con nueve en la mano que todos hacen treinta y nueve... llegando a la ejecución el tal sortilegio, en habiendo dispuesto los granos en el dicho lienzo, comienza su embeleso con los que le restan en la mano, meneándolo en ella y arrojándolos en el aire y tornándolos a coger muchas veces; y luego empieza la invocación siguiente: Veo en buena hora, precioso varón *Chicomecoatl*; venid también vosotros *Macultonalleque*, que todos miráis hacia un lado. Ahora es tiempo que luego veamos la causa de la pena y aflicción de éste, y esto no se ha de dilatar para mañana, ni el día siguiente, sino que luego al punto lo hemos de ver y saber. Yo lo mando así, yo *Cipatl*, yo *Tonal*, yo *Huehue*, yo que tengo que ver en mi libro y en mi espejo encantado qué medicina le hará provecho o si se va su camino. Y al paso que va diciendo la invocación, corre a toda prisa con la mano en que tiene los maíces la plaza que tiene hecha con el lienzo extendido, llevando la mano por la orilla del lienzo sobre los maíces que puso en él, y la invocación va dirigida a los maíces y a los dedos de las manos, como atribuyéndoles divinidad; rematando las palabras del conjuro, arroja el maíz que tenía en la mano en medio del lienzo, y según caen los maíces juzga la suerte. (Alarcón 1892, VI.193 en Aguirre 1963, p. 286).

En el Archivo Weitlaner la adivinación con los granos del maíz es recurrente en el pronóstico de enfermedades, asimismo el curso favorable o fatal de una dolencia parece ser la inquietud esencial incluso más importante que el diagnóstico. En Valle Nacional, Oaxaca para saber si un enfermo sanará mediante la adivinación, ponen maíz en una jícara con agua, si los maíces flotan entonces el enfermo va a sanar.

Si hay brujería en algún enfermo, en San José Chiltepec, Oaxaca se usa la adivinación mediante granos de maíz o frijol de cacao. Se tiran en un recipiente con agua, si los granos quedan parados el consultante no morirá, si todos se hunden en el agua, el enfermo muere.

Nos interesa resaltar una práctica terapéutica denominada en el propio Archivo Weitlaner como “envoltura y cubierta de la personalidad”. La idea principal de esta curación radica en considerar a la ropa de una persona como una extensión del cuerpo, mismo que está enfermo. Para su alivio se lleva la ropa del paciente a la iglesia y se restriega contra los santos. También se puede emplear para

diagnosticar, por medio de la técnica mazateca de aventar granos de maíz sobre la ropa del enfermo. Lo anterior se encontró en la comunidad de Nuevo Ichcatlán, Oaxaca (respetando la denominación del pueblo encontrado en el archivo).

Otra técnica terapéutica descrita en el Archivo Wetlaine es el soplido o la succión para extraer el mal aire, el veneno de un animal ponzoñoso o diversos objetos pequeños que estén causando algún daño a la persona. Aguirre Beltrán menciona en lengua náhuatl el nombre de este procedimiento *techichinaliztli*, otros tratamientos terapéuticos nativos han caído en desuso, sin embargo, el tratamiento de enfermedades por medio de la succión persiste. El maestro Aguirre señala que esta persistencia tiene su base en la experiencia ontogénica; para su comprensión los conocimientos de los procesos psicológicos que rigen los métodos de la terapéutica indígena son viables si se consideran los hechos que derivan de la biología del ser humano. Explica, que el ser humano al ser un mamífero vulnerable desde su nacimiento, a diferencia de otros, pasa por un largo periodo de dependencia: "A su nacimiento es incompleta la mielinización de su sistema nervioso; las ramas que conectan la médula espinal con el cerebro no funcionan aún; sólo los nervios que actúan sobre los músculos de la boca están mielinizados desde el principio. El reflejo de succión, actuante desde el nacimiento, dota al hombre de su primer órgano afectivo, la boca, y de su forma más temprana de dominio, el dominio oral. Aspecto de dominio que constituye una realidad en todos los seres humanos, sea cual fuera la cultura en que se desenvuelven" (1963, p. 51).

La succión se verifica aplicando la boca directamente sobre la región que se presume enferma, o bien interponiendo en ella y la boca un carrizo hueco. En todos los casos el médico agorero extrae la enfermedad, digamos el espíritu de la enfermedad, materializado en diversos objetos pequeños que, según la región y el grupo étnico, pueden ser navajas de pedernal, pedazos de papel, sabandijas, etc.

El médico, el enfermo y los circundantes, no miran en esos objetos una forma material; ni engañan ni son engañados; su mentalidad, entrenada en lo emotivo, les hace percibir en dichos objetos un ente espiritual, una fuerza supraterrena, de la cual piedras, papel sabandijas no son sino continentes despreciables. [...] El procedimiento terapéutico elegido, varía naturalmente según el concepto que se tenga sobre la etiología de la enfermedad. Cuando ésta es producida por la pérdida del *tonalli*, la restitución es lo indicado

(Ponce, 1892: VI.10). El soplido es el procedimiento terapéutico en uso, cuando la enfermedad se supone producida por la intrusión de malos vientos en el organismo, *eecame* (Aguirre, 1963, p. 52)

Nagualismo. En el capítulo “nagualismo y complejos afines” Aguirre Beltrán realiza un memorable análisis sobre el complejo cultural de la Economía del agua, en el que se manifiestan el nagualismo, el chanismo, el tonalismo, la sombra y la brujería, donde desarrolla brevemente, pero de forma perspicaz su significación, sus asociaciones en nuevos complejos que derivan hacia la medicina tradicional indígena y hacia la *medicina mestiza*, como él la nombra.

Aquellos que nacen en el signo *ce quiahuitl*, lluvia “serían nigrománticos o embaidores o hechiceros, y se transfiguraban en animales” (1963, p. 100). La cualidad de transformarse en cierto animal –el nagualismo– es una de las características que ha persistido a pesar de los cambios culturales introducidos por la influencia occidental y la evangelización cristiana. Ante ello, Aguirre Beltrán se pregunta “¿Cuál es el sentido, la causa subyacente, el motivo de existir y persistir del nagual? ¿Por qué la sociedad, desde la época precortesiana hasta nuestros días, dio y sigue dando a luz a estos entes tan temidos y perniciosos para propios y extraños? ¿Cuál es su función en el seno de la comunidad?” (1963, p. 102).

Antes de la Conquista, advierte Aguirre Beltrán, el nagual poseía atributos socialmente productivos: cumplía la función de liberar psicológicamente de la ansiedad colectiva, motivada por las contingencias de un *habitat* semidesértico del Altiplano, que se producía ante la falta de seguridad en la cosecha de maíz; durante la Colonia conservó las particularidades malignas relacionadas a la agricultura de temporal: abundante lluvia, el granizo y la helada, provocando hambre y enfermedad.

La concepción del nagual, está presidida por el signo *ce quiahuitl*, lluvia, son sacerdotes del dios de la lluvia; esta función sigue estando presente hasta nuestros días en comunidades indígenas sujetas a tales condiciones ambientales. Otro motivo de la vigencia del nagual, señala Aguirre Beltrán, es la conservación de la cultura en su forma original, el mantener los usos y costumbres. Su función conservadora en contra de toda innovación cultural se tornó de vital importancia en

el momento en que se trata de imponer una cultura extranjera, antes de la Conquista esta función parecía ser secundaria.

El papel del nagual en estas sociedades se torna indispensable para la propia estabilidad del grupo, ante el conflicto de dos culturas en contacto el nagualismo resultó ser un movimiento de resistencia, es así como se refiere Aguirre Beltrán sobre el desarrollo del nagualismo.

¿en qué forma actúa el nagual para mantener vivo ese movimiento de resistencia? Entre su grupo, sosteniendo la validez de su poder maligno y su capacidad para matar al indio indócil o atrae, sobre la comunidad, enfermedades y miseria. Entre los españoles y hombres de mezcla, extraños al grupo propio, pero que residen en su seno o vecindad, por idéntico camino; esto es, contagiándoles la creencia en su poder sobrenatural, manteniéndoles en constante inquietud psicológica para que no se atrevan a cruzar la línea de las relaciones sociales permitidas e indispensables para la convivencia de ambos grupos.

El nagualismo, resumamos, por su conexión mística con la economía del agua, tiene como finalidad última la resolución de una ansiedad de alimentación. Desde la Colonia hasta la fecha es base de un movimiento contra-aculturativo que, en ocasiones, llega a tener todas las características de un movimiento mesiánico (1963, pp. 103-104).

Chanismo. Otro complejo cultural aún existente entre los pueblos de tradición mesoamericana es el denominado por Aguirre Beltrán como chanismo; de acuerdo al autor, también está conectado a la economía del agua y cumple la misma función que el nagualismo, en cuanto a resolver la ansiedad de alimentación.

Su origen parece derivar de conceptos y prácticas particulares de las tribus seminómadas, conocidas como chichimecas y su comprensión se basa en la idea de que cada ojo de agua tiene una deidad que vela por su conservación. Dichas deidades son llamadas *chanes*, poseen características antropomorfas y su particularidad es la baja estatura. Las relaciones entre el chan y la comunidad dependen del intercambio de obligaciones y reciprocidades, castigando a quienes

provocan su enojo con enfermedades amonestantes,²⁷ cuya curación solo es posible con ofrendas y obsequios acordes a su singularidad.

Tonalismo. El tonalismo consiste en la representación que une místicamente a una persona con un animal, ocurre momentos después del nacimiento y es de tal naturaleza que la suerte que corre el individuo o el animal repercute en ambos. Este animal protector recibe el nombre de *tona*. Comúnmente a esta representación se le confunde con la de *nagualismo*, lo anterior deriva del hecho de que en ambas concepciones existe la relación entre un hombre y un animal (bestia). La distinción entre dichas concepciones, Aguirre Beltrán las resume de forma precisa “todo individuo tiene su tono, pero no todo individuo es nagual... El sacerdote, en el *nagualismo*, se transforma, transfigura o metamorfosea en otro ser, pierde su forma humana y adquiere una forma animal; en el *tonalismo* el animal y el individuo coexisten separadamente, sólo están unidos por un destino común” (1963, p. 106).

Ante tales confusiones entre conceptos, Aguirre Beltrán intenta proporcionar la explicación psicoanálitica del fenómeno para así interpretar sus implicaciones sociales. A su juicio el *tonalismo* se trata de la introyección de la *imago* del padre en el *ego* del sujeto.

En la cultura zapoteca, donde el tonalismo parece haber tenido una intensidad sorprendente, la idealización del padre y consecuentemente, la formación del *súper-ego* se prepara aún antes del nacimiento del niño.²⁸ La ligadura mística entre padre e hijo, a partir del nacimiento, se prolonga a través de la ligadura del infante y el animal. Este es un substituto objetivo de la *imago* del padre, por eso se le considera un protector o guarda personal.

La sensación de invalidez y desamparo creada en el niño, y transmitida al adulto, resuelta por la invención del *animal-tona* implica una estrecha relación de dependencia entre el infante y su protector que tiende, en último análisis, a fortalecer esa misma relación de dependencia entre el individuo y su sociedad. El notable artificio constituye un maravilloso instrumento psicológico usado por la cultura para mantener incólumes los valores y

²⁷ Son aquellas enfermedades surgidas como resultado de haber transgredido el orden social.

²⁸ Córdoba (1942) en su Arte en Lengua Zapoteca de 1578, nos dice: “si estando preñada la mujer el padre llevaba la carga...decían que redundaban en la criatura y que ella luego movía...lo que el padre pasaba lo pasaba también el hijo en el vientre” p. 214.

sanciones tradicionales del grupo. En esta forma la cultura asegura su estabilidad y su continuidad" (1963, pp. 107-108).

Sombra. Respecto al concepto de sombra, según Aguirre Beltrán, en el proceso de adoctrinamiento los evangelizadores se vieron obligados a buscar una palabra nahua que tradujera el concepto occidental de alma, supusieron hallarla en la voz *tonalli*, sol, calor, día.

La dicotomía cuerpo-alma, propia de la cultura griega, no existe en el complejo mental de las culturas mesoamericanas, el autor refiere al Bachiller Hernando Ruíz de Alarcón, después de una larga estancia en el pueblo *cohuixco* de Atenango, Guerrero, se negó a traducir *tonalli* por alma.²⁹ A pesar de que las representaciones en la concepción nahua de *tonalli* difieren del concepto cristiano de alma, el fenómeno de la pérdida del *tonalli* se transformó en pérdida del alma, mediante la presión ejercida por los evangelizadores.

Además, Aguirre Beltrán consideró encontrar el concepto de "sombra" entre africanos de la costa de Guinea, de los bantús del Congo y de Angola, sostiene que el concepto de la pérdida de la sombra guarda estrecha relación con la pérdida del *tonalli*. Dice al respecto, "este concepto negro de la sombra persiste hoy en día en el país, no sólo entre la población mestiza, sino aun en comunidades indígenas que, tal vez por haber estado en íntima relación y contacto con núcleos negros, la usan en substistución del antiguo y propio concepto de *tonalli*... *Tonalli*, sombra, alma, he aquí tres vocablos que traducen conceptos diversos y que la dinámica cultural ha venido amalgamando en un concepto nuevo y distinto a los que le dieron origen" (1963, p. 110). Si bien, esta aportación es relevante para su análisis, Roberto Weitlaner en su artículo *La ceremonia llamada, "Levantar la sombra"* opina que en cuestión del concepto "sombra" se deberían profundizar las investigaciones, "requiere estudios complementarios dentro y fuera de la región, entre grupos indígenas puros y núcleos de negros que todavía existen, y todo esto con

²⁹ "Hado, fortuna, estrella, que estas tres cosas comprenden en la lengua mexicana debajo deste nombre" (Alarcón 1892, VI.197 en Aguirre 1963, p. 296)

profundidad histórica. Nos parece también indispensable indagar sobre conceptos como ‘espíritu’ y ‘aires’ en relación con sombra y alma” (Weitlaner, 1961, pp. 68-69). En el citado Archivo Weitlaner, encontramos múltiples ejemplos de ceremonias de levantamientos de sombra.

Brujería. Podemos ver que los siglos transcurridos desde que inició el contacto entre las culturas indígenas, africana y occidental no han ocurrido en vano. A las representaciones culturales mencionadas líneas arriba, se le integra una más de origen europeo, la brujería.

En las crónicas, los autores cristianos relacionaron conceptos propios de su cultura a las concepciones nativas, les fue imposible tratar con objetividad sus observaciones y registros. En la descripción que Sahagún hace del *nagual*, le nombra brujo y le adjudica características –como aquella de chupar niños– mismas que no se hallaron presentes en la relación dada por los informantes en su propia lengua.

En la Nueva España, la cultura europea implementó un sistema de valores y de creencias que pronto acogió la población mestiza, incluyendo el ámbito místico y religioso. A su vez, los elementos de la brujería cristiana se encontraron, con frecuencia, influídos por los conocimientos religiosos indígenas; de tal manera que la población de mezcla fue incapaz de diferenciar entre *nagual* y *familiar* –este último es la representación de un ente mitológico en la Europa medieval, por lo común, se manifiesta en la forma de un gato negro. Su función era la de servir a la contratante, en la mayoría de los casos una mujer bruja. En la Colonia, el *familiar* de las brujas mestizas o mulatas ya no era el gato europeo sino, el sapo o la culebra criollos. A este tenor, las prácticas de brujería no fueron exclusivas de la mujer; el mestizo y el mulato colonial también recurrieron a la magia, principalmente a la configurada a la demonología cristiana. Esto se debió porque fueron subordinados a oficios como la vaquería y la arriería, actividades no pretendidas por españoles, criollos e indígenas ya que en la estructura económica del Virreinato tenían asignados otros roles. Por lo tanto, las prácticas de brujería estuvieron relacionadas a las actividades económicas a las que estaban adscritos mulatos y mestizos (Aguirre, 1963, p. 112).

Nagual, brujo, chan, toná y sombra son representaciones que Aguirre Beltrán intentó analizar mediante una semántica cultural e histórica, menciona que solamente conociendo a fondo los orígenes de los fenómenos actuales es posible investigarlos a profundidad e interpretarlos con exactitud.

complejos que que tenían características definidas en las sociedades donde estas representaciones cumplían una función específica. Al sobrevenir la dominación española, la inmigración negra y, consecuentemente la formación con la nativa de una población de mezcla que participaba de formas de cultura en conflicto, los complejos referidos fueron conjugados y reinterpretados, dando nacimiento a nuevos complejos que, en la actualidad, se nos presentan todavía con los viejos nombres originales, pero con un contenido en tal forma modificado que a duras penas es posible desentrañar los conceptos que les dieron el ser (1963, p. 114).

5. LOS ACERVOS HISTÓRICOS CONSULTADOS

*Todo pasa, todo se va y está bien que así sea,
Porque sin la incesante renovación se acabaría el mundo.
Pero no puede haber cambio auténtico si no hay memoria.*
José Emilio Pacheco

¿Por qué resulta importante estudiar los archivos históricos, en particular el Fondo Weitlaner? Porque los archivos, los documentos históricos dan cuenta de aspectos de la historia de regiones y de culturas. En este caso el Archivo Weitlaner³⁰ tiene un innegable interés, es un archivo que comprende materiales creados y compilados a lo largo de 45 años por el investigador Roberto Weitlaner quien durante sus numerosos recorridos,³¹ permanencias, investigaciones y una extensa etnografía por diversos estados del país, principalmente en Guerrero y Oaxaca, realizó

³⁰ Forma parte de los acervos de la Biblioteca Miguel Othón de Mendizábal, de la Dirección de Etnología y Antropología Social del Instituto Nacional de Antropología e Historia, ubicada en Av. San Jerónimo No. 880, Col. San Jerónimo Lídice, Alcaldía La Magdalena Contreras, CDMX.

³¹ Nacido en Austria, el ingeniero Roberto J. Weitlaner inició sus acercamientos etnográficos con los iroqueses, toda vez que se desplazó a Estados Unidos en 1909 para desempeñarse como ingeniero metalúrgico. De esos primeros contactos conoció a eminentes antropólogos, como Boas, Sapir y Lowie (Fernández, 1966, p. 20 en Villela, 2014, p. 31). Despues se trasladó a México, para trabajar de 1922 a 1939 en la fábrica "La Consolidada". Entre los trabajadores de esa compañía se encontraba un mozo otomí, quien fue su primer informante. Comienza a estudiar lingüística bajo la dirección de Pablo González Casanova y arqueología con Hermann Beyer.

registros etnográficos, diarios de campo, borradores, conferencias, artículos, guiones, mapas, croquis y fotografías. Es decir, estudió diversos aspectos de la cultura de esas zonas, demostrando además lo que la antropología ha estudiado de manera muy relevante: el que la cultura es un proceso colectivo, es un concepto amplio e integrador con una coherencia interna.

Cada cultura es una manera de vivir, relacionarse con el mundo y organizar la vida social. Por tanto, no existe una cultura respecto de la cual, las demás sean sólo etapas anteriores de un mismo proceso evolutivo. No hay una cultura, que pueda juzgar objetivamente a las demás, es decir, no hay culturas superiores o inferiores, sólo hay culturas distintas. Si cada cultura tiene maneras particulares de ver el mundo, de organizar la vida social, y si es como se mencionó, un proceso colectivo, es obvio que hay tantas culturas como formas distintas de observar el mundo y relacionarse en sociedad.

La **cultura**, su transmisión y creación, se dan de manera colectiva. Alterar esta transmisión comunitaria significa modificar o lesionar a la comunidad. De tal manera la cultura es un proceso y una construcción social, así mediante estas formas de recrearse, producirse y trasmítirse, se convierte, ésta, en un patrimonio social y un ordenador de la vida, que la unidad, contexto y sentido a los quehaceres humanos y hace posible la producción, reproducción y transformación de las sociedades concretas. Es por tanto una concepción del mundo y de la vida. La cultura es también, como acertadamente dice Mintz una “herramienta”:

Sin la dimensión de la acción humana, de las decisiones tomadas –las maniobras– la cultura parece ser una colección sin vida de hábitos, supersticiones, artefactos. En cambio, podemos ver que la cultura se usa. Y que todo análisis de su uso inmediato nos permite percibir cómo las personas se acomodan en grupos sociales, para quienes las fórmulas culturales confirman, fortalecen, mantienen, cambian o resisten ciertas estructuras de poder, estatus e identidad... La cultura tiene vida porque su contenido sirve como recurso para las personas que la emplean, la cambian, la encarnan. Los seres humanos enfrentan las exigencias de la vida cotidiana por medio de sus habilidades de interpretación e innovación, y su capacidad de manejar simbolismo –no al petrificar sus formas de comportamiento sino al usarlas creativamente– (Mintz, 1974, 1-43).

Estrechamente vinculado con el concepto de cultura está el de **reproducción cultural**, categoría fundamental en este texto, entendido como la capacidad de creación cultural, continuidad, cambio y persistencia que han demostrado los pueblos de tradición mesoamericana, desde hace más de 500 años. Reproducción cultural, es entonces un proceso de transferencia de conocimientos, que al mismo tiempo que se comunican, pueden innovarse y compartirse. Catharine Good comenta que este concepto “se asemeja mucho a las propuestas de Carlo Severi sobre el concepto de **tradición** como el proceso de transmisión de conocimientos o como un proceso constante de generación de conocimientos compartidos” (Good y Alonso, 2007, 2) y precisa:

Utilizamos reproducción cultural como referente para los cambios y las adaptaciones creativas que permiten la continuidad, muchas veces evidentes sólo con una mirada histórica. En lugar de enfocarnos en rasgos formales y la descripción y clasificación de elementos, más bien resaltamos la lógica, las intenciones y los valores locales, que explican la acción empíricamente observable (Mintz y Price, 1992; Price y Price, 2005). Al considerar la innovación o creatividad como formas para efectuar la reproducción cultural en coyunturas clave, descartamos la idea de reproducción como la réplica mecánica, imitativa de patrones y rasgos, o como el mantenimiento de elementos formales inalterados (Good y Alonso, 2007, 7).

El método etnográfico. Una relevante virtud, entre muchas otras, de uno de los archivos consultados es que en su conformación el maestro Weitlaner usó el método etnográfico, y sus observaciones al paso del tiempo son etnográficas e históricas. Él registró metódicamente una serie de enfermedades y curaciones y cuidados para diversas enfermedades, procesos de vida como el embarazo y el parto, accidentes como picaduras de culebras, espanto, etcétera. Etnografías que se remontan a principios del siglo XX. Sin embargo, muchas de ellas, con cambios, aún se practican. ¿Alguna eficacia debe tener o solo son “atavismos del pasado”, o se accede a ellas solo por carencias en los servicios de salud pública de las zonas donde habitan los pueblos originarios?

Así el archivo Weitlaner es nuestro principal documento histórico. Por tanto, hemos usado la combinación de la historia y la etnografía para enriquecer sustantivamente el análisis de esta investigación. Consideramos que la combinación metódica, reflexiva y creativa de la historia y la etnografía,

proporcionará una visión más integral para el estudio de estos saberes tradicionales que tienen una relación directa con el cuidado y la calidad de la atención hacia las personas. Con el propósito de reforzar esta visión histórica antropológica citamos a Johanna Broda:

El estudio de las comunidades indígenas a partir de la conquista española requiere de la necesaria colaboración entre antropología y la historia. Uno de los aspectos más apasionantes de estas indagaciones consiste, precisamente, en combinar el análisis histórico del pasado prehispánico con el de las culturas indígenas campesinas de la actualidad que han mantenido, a través de siglos de colonización, rasgos propios que las distinguen de la cultura nacional... La posición teórica que permite abordar este tipo de investigaciones implica concebir las formas culturales indígenas no como la continuidad directa e ininterrumpida del pasado prehispánico, ni como arcaísmos, sino visualizarlas en un proceso creativo de reelaboración constante que, a la vez, se sustenta en raíces muy remotas. La cultura indígena debe estudiarse en un proceso de transformación continua, en el cual antiguas estructuras y creencias se han articulado de manera dinámica y creativa con nuevas formas y contenidos (Broda, 2002, 18-19).

La etnografía es el método por excelencia del antropólogo para estudiar lo diverso, lo que conlleva la observación y la participación. Al hacer los registros etnográficos, el antropólogo no solo interpreta fuentes sino escribe, detalla, registra su etnografía, con la idea de que esta se convierta en fuente.³² Así la etnografía es un método que singulariza el conocimiento, registra o capta particularidades. Ahí donde otras disciplinas generalizan, la antropología a través del registro etnográfico, estudia similitudes y diferencias, es decir estudia lo diverso.³³

La etnografía con el apoyo de la historia, tiende lazos comparativos entre el pasado y el presente, su eje conductor de observación y registro es, lo local, lo particular, lo variable. Es una perspectiva interdisciplinaria que combina la antropología con la historia. Lo anterior es posible si entendemos la historia como un proceso cultural y social en donde *las historias propias* tienen una importancia nodal al ser transmisoras de identidad.

³² Se constata esta aseveración con ejemplos como los de Gutierrez Tibón, Carlos Espejel, María Teresa Carballo, Rubín de la Borrilla y otros estudiosos de la artesanía mexicana, cuyos acuciosos registros etnográficos, a veces poco apreciados, convirtieron estos relatos en fuentes indispensables para el estudio de diversas tradiciones, como la artesanía, los rituales, etcétera, en México.

³³ Good, Catharine. Apuntes de clase, 20 de abril de 2006.

Concluimos que éste análisis nos permite decir que estos habitantes originarios productores de culturas e historias propias, son diferentes a las personas construidas en el modelo occidental ¿Por qué esta manera de vivir de los pueblos de tradición mesoamericana y de ver el mundo es distinta al modelo occidental? Esta lógica cultural diferente genera acciones en todos los ámbitos de la vida, construye a la persona con valores distintos a los hegemónicos y es también una lógica económica y política a la vez que cosmológica y ritual. Es distinta porque subraya la importancia de la colectividad, sus valores son otros porque privilegia a la persona por encima de los objetos.

La continuidad o memoria histórica. Esta noción expresa la imagen de una representación del pasado, de una historicidad propia. No importa que ese pasado sea muy lejano, sigue presente, en activo y sobre todo se expresa en las expresiones rituales y en saberes de cuidado y curación, como es el caso de los archivos estudiados. Se refiere por tanto a la herencia común transmitida, reproducida colectivamente, como se puede ver es una idea de la historia distinta a la occidental, pues no está organizada ni ordenada secuencialmente ni guarda una cronología. Su reproducción y transmisión obedece más bien a su importancia en la vida.

6. FONDO WEITLANER

Se han revisado documentos del Archivo Weitlaner principalmente de los estados de Oaxaca y Guerrero, un documento del Estado de México y otro de San Luis Potosí,³⁴ dando prioridad a temáticas relativas a distintas concepciones en torno a enfermedades y prácticas curativas; se trata en su mayoría de comunidades indígenas tales como chinantecos, cuicatecos, mazatecos, mixtecos y nahuas. Los años de registro etnográfico abarcan las décadas de 1940 a 1960.

³⁴ Las carpetas y documentos consultados del Archivo histórico Weitlaner corresponden a las siguientes comunidades: **Oaxaca**: San José Chiltepec, San Felipe Usila, San Lucas Ojitlán, San Esteban Atlatlahuca, San Miguel el Grande, San Juan Teponaxtla, Santiago Mayultanguis, San Andrés Teotlalpam, Chiquihuitlán, Tlacoatzintepec, Ichcatlán, Nuevo Ichcatlán, Soyaltepec, Huautla Jiménez, Valle Nacional y Zautla; **Guerrero**: Huitziltepec, Mezcala, Maxela, Tlamacazapa, Tlacotepec, Apastla, Xochipala, Chilacachapa, Tuxpan, Ahuacatitlán, Pachivía, Ichcatepec y Tlapehuala; **Estado de México**: Nejapa; **San Luis Potosí**: Santa María Acapulco.

Al decidir el criterio de selección de las carpetas, nos apoyamos en el *Nuevo catálogo del Fondo Weitlaner* (1995) elaborado por las investigadoras María de la Luz Parcero, María del Carmen Anzures y María Sara Molinari, así como también en la generosa y experta asesoría dada por la misma maestra Molinari.

Para un primer momento en la selección que se realizó de las carpetas, y a su vez de los documentos contenidos en ellas, se tomaron en cuenta los títulos y notas descriptivas de las carpetas como son: Brujería y sobrenaturales, Levantar la sombra de un enfermo, prácticas curativas, testimonio sobre curación, descripción y nombre de las plantas medicinales, ciclo de vida, curaciones, gremios de trabajo (en ellos se encuentran curanderos, yerberos, parteras), etnobotánica, salubridad y curaciones, higiene personal, enfermedades y curaciones, temazcal, apuntes sobre brujería, etc.

Los rubros anteriores corresponden a la propia sistematización realizada por el maestro Weitlaner, la cual era recurrente en sus notas, así como también registros elaborados por otros antropólogos que colaboraron con el investigador, como fueron Cornelia Mak, Anne Blackman Juan A. Hasler entre otros. También se seleccionaron aquellas carpetas tituladas *Libretas de campo* y *Cuadernos* (ambos contienen registros de datos etnográficos), en algunas de ellas no se encontraron datos que pudieran ser objeto de interés para la investigación; además, de que varias de las libretas contienen las profusas notas hechas a mano por el maestro Weitlaner, motivo por el que varias veces fue difícil su lectura; aunado a esto, que muchas yacen en una taquigrafía alemana del método Gabelsberger,³⁵ por ello, se descartaron de la selección para esta investigación. Otras más de las carpetas con títulos sugerentes para la investigación, resultaron encontrarse vacías.

Asimismo, nos parece pertinente mencionar que en lo que respecta a los documentos concernientes al estado de Guerrero, que, en su mayoría de la selección considerada, trata diferentes versiones de la ceremonia conocida como “Levantar la sombra”, mismas que se encuentran compiladas en un artículo de la autoría del maestro Weitlaner, mencionado anteriormente, intitulado “La ceremonia

³⁵ Referencia tomada del *Nuevo catálogo del Fondo Weitlaner*, p. 13.

llamada ‘Levantar la sombra’” y publicado en la *Revista Mexicana de Estudios Antropológicos*.

Se realizó también una primera y corta exploración en el Archivo de tesis o trabajos finales, si bien nombrados, *Informes Generales sobre las Exploraciones Sanitarias*,³⁶ realizadas por los pasantes de medicina y estos documentos permanecen en el archivo del Antiguo Palacio de la Escuela de Medicina de la UNAM. El material consultado en este primer acercamiento al archivo, corresponde a la década de 1940 en comunidades principalmente indígenas.

Se consultó el libro titulado *Etnografía y Oncocercosis. Un proyecto de Antropología Médica en 1945*, el cual es resultado del trabajo realizado en el rescate de los materiales documentales que contiene el Archivo Oncocercosis,³⁷ resguardado en la Biblioteca de la Dirección de Etnología y Antropología Social, y que entre otros muchos materiales contiene los diarios de campo etnográficos, los informes, las fotografías y los mapas producidos por un proyecto de antropología médica de carácter interdisciplinario que se llevó a cabo entre 1940 y 1945.

El cometido, entre otros, era identificar y describir por medio del trabajo de campo los lugares en donde se localizaba una terrible enfermedad causada por un mosquito que dejaba ciegos a los trabajadores de las fincas cafetaleras en la costa de Chiapas y a la población de una apartada región situada en el norte del estado de Oaxaca. Dicho proyecto fue coordinado por el antropólogo Manuel Gamio (Molinari y Aguilar, 2021). La exploración etnográfica consistió en localizar y describir con precisión las regiones y las características socioculturales y sanitarias de las poblaciones afectadas por dicha enfermedad.

En el material consultado encontramos saberes en torno a la enfermedad, sus causas y algunos métodos de curación, pero también hallamos un pequeño

³⁶ De los documentos consultados los informes corresponden a las siguientes comunidades: Jalisco, Nayarit; Playa Vicente, Veracruz; San Luis Soyatlán, Jalisco; Temascalcingo, Estado de México; Tequisquiapan, Querétaro y Tolcayuca, Hidalgo.

³⁷ Para los fines de la investigación las comunidades seleccionadas de esta obra son: Acacoyahua, Montecristo y Ángel Albino Corzo, Chiapas.

apartado que describe otras enfermedades comunes que aquejaban a una población, así como sus respectivos métodos de curación. Dentro de ese mismo material se encuentra un apartado referente al ciclo de vida, donde refiere sobre el parto, el cuidado del recién nacido, la lactancia y el destete.

Nos parece que uno de los aportes centrales de los archivos, son los registros que dan cuenta de las enfermedades que no son reconocidas como tales por la biomedicina. Padecimientos constituidos bajo una lógica cultural que los articula y dota de sentido, es decir, la enfermedad tal como la población la entiende y la trata, si bien conocidos como “entidades nosológicas populares” (Hersch y González, 2011) o “síndromes de filiación cultural” (Fagetti, 2004). Precisamente el carácter de los registros histórico-etnográficos de los acervos, en especial del Archivo Weitlaner, denota raíces históricas y culturales muy profundas de aquellas enfermedades, frecuentemente arraigadas en una Mesoamérica que se resiste a desaparecer.

Las prácticas culturales registradas en los acervos nos muestran los elementos que aún persisten en las prácticas actuales de los pueblos culturalmente identificables con la tradición mesoamericana. En el encuentro de paradigmas y conocimientos, se vuelve imprescindible el diálogo con la cosmovisión de los pueblos indígenas. El sistema de pensamiento indígena posee su propia lógica de pensar, conocer, socializar y resolver; tal lógica es un vínculo comunicativo que opera en las esferas de las relaciones de los seres vivos, de los espíritus y de los objetos físicos. Sin duda, el conocimiento indígena pervive en los mitos, símbolos, danzas, pinturas, tejidos, rituales-ceremonias, la lengua y en las prácticas terapéuticas y de cuidado.

El extenso registro etnográfico que comprende enfermedades, diagnósticos y tratamientos del Archivo Weitlaner muestra la persistencia cultural y estrategias de supervivencia en los pueblos de tradición cultural mesoamericana. Asimismo, también refiere a los saberes poco conocidos sobre el cuidado, que estuvieron y están presentes con algunas variaciones en los pueblos originarios. En este sentido, contiene expresiones que nos hablan del cuidado –entendiendo a éste como una primera actividad que el sujeto y el grupo social ejecutan respecto a los padeceres

detectados- lo que Menéndez ha llamado **autoatención**, y que en toda sociedad constituye el primer nivel real de atención, prevención y comprensión de los padecimientos. Siendo que en este nivel se concentran los saberes relacionados a las representaciones y prácticas sociales que los sujetos y los grupos utilizan para diagnosticar, atender o prevenir los procesos que afectan la salud (Menéndez, 2018).

7. REFLEXIONES

El interés de este texto ha sido enfatizar la necesidad de humanizar las prácticas de salud, reconociendo el cuidado como un elemento fundamental en la historia de la humanidad y como una condición existencial para la perpetuidad de la especie y el bienestar social. Haciendo énfasis en la comprensión del cuidado, y entender que va más allá de simples acciones, siendo más una actitud y una ocupación sensible hacia el otro.

En el contexto actual, la enfermedad es una realidad cotidiana, por ende, se debe de reconocer que existe una gran diversidad de saberes para enfrentarla. Sin embargo, en el sistema de salud, la participación del usuario en su propio proceso de atención es mínima, lo que plantea la necesidad de transformar los encuentros terapéuticos en relaciones de cuidado, donde se considere la autonomía del usuario y se brinde una atención integral que aborde aspectos biológicos, psíquicos y sociales.

Se retoma parte de los planteamientos propuestos por Emerson Merhy aplicados en el Sistema Único de Salud en Brasil, respecto a las tecnologías leves en la atención de la salud, que se centran en la comunicación, comprensión y establecimiento de vínculos entre trabajadores de la salud y usuarios. En donde la gestión de cuidados se basa en el reconocimiento mutuo de saberes y expectativas, así como en la construcción compartida de proyectos de atención.

Aunado a lo anterior, otro de los puntos es abordar la relación entre la medicina tradicional y la biomedicina, destacando la importancia de respetar y

reconocer los conocimientos y prácticas de las comunidades indígenas en materia de salud. Se subraya la necesidad de implementar un modelo de atención diferenciada que respete la diversidad sociocultural y garantice la provisión de atención médica que admite las particularidades culturales de los pueblos de tradición mesoamericana.

Si bien, uno de los objetivos de este texto es destacar la importancia de estudiar documentos históricos para entender la cultura como un proceso dinámico y colectivo. Asimismo, entender la reproducción cultural como fundamental ya que implica la transferencia de conocimientos, permitiendo la continuidad, el cambio y la persistencia cultural. Este proceso incluye la capacidad de innovar y compartir conocimientos, manteniendo una conexión con la tradición y al mismo tiempo adaptándose a nuevas circunstancias.

Estas prácticas de cuidado y atención de la salud, aunque no siempre alineadas con los enfoques biomédicos, representan un conocimiento profundo y adaptativo que ha permitido a las comunidades mantener su salud y bienestar ante los embates de la modernidad. En conclusión, los archivos no solo ofrecen una perspectiva enriquecedora sobre la continuidad cultural y sus estrategias de adaptación de los pueblos de tradición mesoamericana, sino que también subrayan la importancia de comprender las prácticas de autoatención y cuidado en su propio contexto cultural que trascienden las categorías biomédicas. Reconocer y valorar estos saberes es esencial para una comprensión más completa y respetuosa de la salud y la enfermedad en diversas culturas.

REFERENCIAS

Aguirre Beltrán, G. (1963). *Medicina y magia. El proceso de aculturación en la estructura colonial*. México: Instituto Nacional Indigenista (Colección de Antropología Social).

- [1955] (1994). *Programas de salud en la situación intercultural*. México: Universidad Veracruzana/Instituto Nacional Indigenista/Gobierno del Estado de Veracruz/Fondo de Cultura Económica.
- Arenas, N. (2006). El cuidado como manifestación de la condición humana. En *Salus*, 10 (1), 12-17. <https://www.redalyc.org/articulo oa?id=375938979004>
- Broda, J. (2002). La ritualidad mesoamericana y los procesos de sincretismo y reelaboración simbólica después de la conquista. Estudio la diversidad religiosa en México. En *Graffylia* revista de la facultad de filosofía y letras, BUAP, pp. 14-27. <https://filosofia.buap.mx/sites/default/files/Graffylia/2/14.pdf>
- De la Peña, G. (2011). *La antropología y el patrimonio cultural de México*. México: Conaculta.
- De Souza Machado, F., R. Pinheiro y L. Guizardi Francini. (2006). As novas formas de Cuidado Integral nos Espacos Públicos da Saúde. En: R. Pinheiro y A. de Mattos Ruben (orgs.), *Cuidado as fronteiras da integralidade* (pp. 59-76). Río de Janeiro: CEPESC/UERJ/ABRASCO.
- Fagetti, A. (2004). Síndromes de filiación cultural. Conocimiento y práctica de los médicos tradicionales en cinco de los Hospitales Integrales con Medicina Tradicional del Estado de Puebla. México. Gobierno del Estado de Puebla.
- Garza Marcué, R. (2022). La memoria histórica en los pueblos originarios de tradición cultural mesoamericana. En *el volcán insurgente*, 69, julio-diciembre, pp. 39-49.
- Good Eshelman, C. (2005). Ejes conceptuales entre los nahuas de Guerrero: expresión de un modelo fenomenológico mesoamericano. En *Estudios de Cultura Náhuatl*, 36, diciembre, pp. 87-113.
- Good Eshelman, C. y M. Alonso. (2007). Documento rector: Proyecto Etnografía de las regiones indígenas de México en el nuevo milenio, segunda etapa. CNAN/INAH.

Hersch, P. y L. González (2011). *Enfermar sin permiso. Un ejercicio de epidemiología sociocultural a propósito de seis entidades nosológicas de raigambre nahua en la colindancia de Guerrero, Morelos y Puebla*, México: Instituto Nacional de Antropología e Historia.

INEGI. (2020). Censo de población y vivienda. Informe. https://www.inegi.org.mx/contenidos/productos/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/nueva_estruc/702825198152.pdf

Informes generales sobre las exploraciones sanitarias. (s.a.). Archivo histórico del Antiguo Palacio de la Escuela de Medicina, UNAM, México.

Lago, L. M., J. Martins, D. Ghizoni, D. Carvalho, E. Pereira, G. Albuquerque y A. Lorenzini. (2010). Itinerario terapéutico de los usuarios de una urgencia hospitalar. En *Ciencia & Saúde Coletiva*, 15 (supl. 1), pp. 1283-1291.

Menéndez, E. (1994). La enfermedad y la curación ¿Qué es la medicina tradicional?. En *Alteridades*, 4 (7), pp. 71-83.

——— (2018). Autoatención de los padecimientos y algunos imaginarios antropológicos. En *Desacatos*, 58, sept.-dic. pp. 104-113.

Merhy Emerson, E. (1997). Em busca do Tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. En Merhy y Onocko (coords.) *Agir em Saúde: um desafio para o público*, Sao Paulo, pp. 71-112.

Merhy Emerson, E. y L. Feuerwerker Macruz. (s.a.). *Educacao Permanente en Saúde: educacao, saúde, gestao e producao do cuidado* [mecanoescrito]. https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/4448009/mod_resource/content/1/T_RABALHO2.pdf

Mintz, S. (1974). Afro-Caribbean: an introduction. *Caribbean Transformations*. Baltimore. John Hopkins Press, pp. 1-43.

Molinari, S. y J. Aguilar. (2021). *Etnografía y oncocercosis: un proyecto de antropología médica en 1945*, México: INAH.

- Montoya Vélez, E., J. López Ríos, S. Cristancho, M. Valencia, O. Montero de La Rosa y D. Hernández Olguín. (2020). Aproximación a la concepción de la salud mental para los pueblos indígenas de Colombia. En *Ciencia & Saude Coletiva*, 25 (3), pp.1157-1166.
- Pacheco, J.E. (2012). Fernando Benítez, cien años después. En *La Jornada*, p. 9.
- Parcero, M., M. Anzures y S. Molinari. (1995). *Nuevo catálogo del Fondo Weitlaner*, México: INAH.
- Pontes, A. L., S. Rego y L. Garnelo. (2018). La actuación de agentes indígenas de salud en la región de Alto Rio Negro, Brasil: relaciones entre autoatención y biomedicina. En *Desacatos*, 58, sept.-dic. pp. 84-103.
- Portela García, S. (2018). Por una perspectiva Kaingang sobre diabetes e hipertensión arterial: prácticas de autoatención, articulaciones y conflictos. En *Desacatos*, 58, sept.-dic. pp. 50-65.
- Terenzi Seixas, C., E. Merhy, R. Staevie y H. Slomp. (2016). La integralidad desde la perspectiva del cuidado en salud: una experiencia del Sistema Único de Salud en Brasil. En *Salud Colectiva*, 12 (1), pp. 113-123.
- Villela, S. (2014). La investigación antropológica de Roberto J. Weitlaner en Guerrero. *Rutas de Campo*, enero-marzo, México: INAH, pp. 30-33.
- Weitlaner, R. (s.a). Fondo Histórico Weitlaner. Dirección de Etnología y Antropología Social, INAH. México
- Weitlaner, R. (1961). La ceremonia llamada “Levantar la sombra”. *Revista Mexicana de Estudios Antropológicos*, t. XVII, pp. 67-95.
- Zolla, C. (2008). *Antropología médica, salud y medicina en la obra de Gonzalo Aguirre. Cultura y política*.
http://www.nacionmulticultural.unam.mx/portal/cultura_politica/carlos_zolla_20081008.html

5. Las éticas del cuidado en los servicios de salud pública

María Grace Salamanca González

INTRODUCCIÓN

¿Qué es lo que hace una vida vivible? ¿Cuál es la relación entre las experiencias que tenemos y nuestras valoraciones de ellas? (Molinier, Boursier y Mercier-Millot, 2021) ¿Qué es lo que cuenta para nosotros? ¿Qué es lo que cuenta en la atención a la salud? Estas preguntas son las que nos han interpelado, hemos compartido y guían este texto.

Como una vertiente del proyecto de investigación e incidencia que enmarca este trabajo y se expone en el inicio de esta obra, se planteó la necesidad de llevar a cabo procesos dialógicos y de participación social en torno al cuidado y a la dimensión cualitativa de los servicios, y en ese sentido, la pertinencia de abordar esa temática desde la integralidad y las éticas del cuidado. De ahí partió la iniciativa de realizar, en este proceso y en el marco del Programa de Medicina Integrativa de la Secretaría de Salud de la Ciudad de México, en particular en su Centro de Medicina Integrativa, el trabajo que a continuación se presenta, concretando talleres de éticas del cuidado para la salud pública, realizados tanto con personal de salud como con pacientes entre agosto 2022 y enero de 2023³⁸.

Dichos talleres se organizaron en tres momentos: jugar al teatro, compartir y divertirnos juntos; después, se sugería una temática a trabajar colectivamente para preparar historias y compartirlas con los grupos; finalmente, abríamos espacios de diálogo y reflexión en los que analizábamos las historias, profundizábamos,

³⁸ Los participantes en los talleres fueron: Gisela Alcázar San Agustín, Karla Alvarado Pérez, Benjamín Antúnez Flores, Carmen Arévalo, María Isabel Arriaga Moreno, Rosario Campos Cabañas, Anaïd Casas López, Pamela Esparza Laredo, Miguel García Poujol, María Elena Gutiérrez Márquez, Alejandra Hernández Gómez, Ever Ibarra Calderón, Daniel Agustín Juárez Díaz, Tania Lemus Núñez, Roberto Mayen Garay, Edgar Omar Mercado Esquivel, Paola Muñiz Carro, Natalie Muñoz Aguirre, Aaron Ochoa Ayala, Adalberto Orozco Navarro, Elizabeth Riveroll Arriaga, María Rodríguez Saldívar, Francisca Sámano González y Liliana Sánchez Rodríguez.

presentábamos diversas interpretaciones y en la conversación íbamos tejiendo los conceptos, las palabras y las explicaciones provenientes de las éticas del cuidado.

Los talleres sucedieron en dos grupos: por la mañana trabajaba con el personal de salud y por la tarde con los pacientes organizados. Esta diferencia fue motivo de diálogo e incomodidad: mientras que para el personal de salud estar “entre nosotros” permitía la atmósfera de seguridad que posibilitaría la expresión de los dilemas morales, los pacientes interpretaban esa división como exclusión.

El contexto que enmarcaba la experiencia de los talleres era distinto, para el personal de salud se trataba de una formación que se validaría con un diploma, desde el inicio me solicitaban terminar temprano, en varios momentos tomaban su celular o dejaban el taller. En cambio, los pacientes estaban completamente vertidos en la experiencia, los diálogos se extendían más allá de las horas programadas. Para unos, participar en los talleres era parte de su trabajo, mientras que para otros era una actividad elegida. Afortunadamente, ambos grupos vivieron con gozo los talleres, para el personal de salud lo más inesperado fue vivir esta experiencia con diversión y alegría.

Desde el inicio, se buscó invertir el método y el sentido usual de la producción de conocimientos, inscribiéndolo en la tradición latinoamericana de “sentipensar desde-con-para-entre” las realidades de las que somos parte. Así, en este proyecto no se trató de traer una teoría para “aterrizarla” o “aplicarla” en las prácticas de salud, sino que se trataba de hacer lugar para las prácticas y para los conocimientos que ellas traen consigo (Corona Berkin, 2020; Ayouch et al., 2024).

El objetivo de este proyecto fue abrir espacios afectivos, seguros y colectivos en los que compartir nuestras dudas, inquietudes y dilemas morales a partir de los que se presentan en la propia práctica, en la propia vida. Dicho de otra forma, abrimos espacios para reflexionar sobre los valores y las disposiciones morales que realizan tanto el cuidado, como la calidad de este, es decir, no solo dialogamos sobre lo que significa cuidar, sino sobre qué sería un “buen” cuidado. En ese sentido, este texto da cuenta de los conceptos que fueron necesarios y pertinentes para analizar e interpretar nuestras prácticas de salud.

Antes de pasar al contenido caben algunas precisiones metodológicas. Este texto es el resultado de talleres corporales, de experiencias colectivas en las que representamos cómo serían los cuidados que deseamos, cómo sería la atención a la salud que no nos convoca y, más generalmente, cómo se realizaría una ética del cuidado en la salud pública. En ese sentido, los casos que se presentarán a lo largo de este texto fueron formulados en forma de historias (improvisaciones) dentro de estos talleres; cada situación fue creada, compartida e interpretada colectivamente. Esta creación colectiva “entre voces” (Corona Berkin en Corona Berkin y Kaltmeier, 2012) permeó en este apartado.

La segunda nota metodológica es que este texto está construido por una polifonía de voces: médicos, enfermeras, personal de archivo, de droguería, de limpieza, trabajo social, administrativos y pacientes organizados. Esta polifonía se sostiene en la práctica lúdica compartida, en las reflexiones y los diálogos que de ahí se desprendieron, pero fue más allá. A finales de 2022, después de sistematizar todas las historias que fueron cocreadas en los talleres, se realizaron reuniones tanto con el personal de salud como con los pacientes para elegir qué historias situar en qué lugar, cómo interpretarlas, cómo narrarlas.

Esta polifonía de voces es valiosa y relevante porque se parte de la certeza de que todas las personas contamos y vivimos con ciertos marcos morales (Kleinman, 2012; Kleinman, 2013). En ese sentido, este trabajo busca dar cuenta de las escalas de valor que operan efectivamente en nuestros mundos compartidos, particularmente detallaremos las moralidades operantes del personal de salud y los pacientes organizados (algunos de los cuales se identifican como parte de pueblos originarios). De estas otras escalas de valor, de estas otras prioridades, de estas otras problemáticas en el campo de la salud, vamos a dar cuenta en este texto.

Una última precisión es el rol de mi propia voz, práctica e intervención. Estuve a cargo del diseño y facilitación de los talleres, la sistematización de las improvisaciones y de las reuniones para seleccionar las historias que serían parte de este texto, además de dialogar el sentido con el que serían presentadas, pero lo que sigue no es *solamente* de mi autoría, sino que excede las dicotomías

modernas (Corona Berkin, 2020). Como todos los demás componentes de este volumen, este apartado es un proyecto colectivo, y las contribuciones estuvieron en función de los deseos y posibilidades de cada participante (Corona Berkin, 2007).

Este documento está organizado de la siguiente manera: primero ofrecemos tres definiciones que nos servirán para crear un terreno común y entendernos mejor, definiremos qué es la ética y cuál es su rol en los servicios de salud. Acompañaremos esta reflexión con una definición de cuidado. Finalmente, daremos una perspectiva sobre lo que son las éticas del cuidado.

Las éticas del cuidado son *explicaciones sobre cómo elegimos y cómo valoramos* que han sido trabajadas por varias autoras, provenientes de diversas disciplinas y con diferentes intereses y lugares de enunciación. Para construir esta guía preferimos los conceptos que nos fueron necesarios durante los talleres. De manera que hemos elegido desarrollar ocho aspectos de las éticas del cuidado que serán ilustrados en las prácticas de salud con reflexiones e historias creadas colectivamente en los talleres. Describiremos el rol que tienen para las decisiones de cuidado las siguientes dimensiones: la vulnerabilidad, las sensibilidades, la desmesura, la opacidad, el rol de las circunstancias, la atención, la desatención y la indiferencia.

PUNTO DE PARTIDA: LA ÉTICA

La ética es la parte de la filosofía que estudia cómo se toman las decisiones. Por esta razón muchas veces se dice que “una decisión es ética” cuando corresponde a ciertos valores de referencia que una sociedad considera adecuados. Se dice de alguien que actuó “éticamente” si siguió las reglas que se consideraban pertinentes.

Estas definiciones, que parecen ser las más populares, no son muy rigurosas, puesto que no nos dicen qué valores son los que se consideraron como pertinentes, y cómo es que se eligieron esos sobre otros. Parece que la ética, en el lenguaje común, significa “lo que está bien”, o “lo correcto” según los valores dominantes.

En un ejemplo hipotético, decir que la ética es sinónimo de “lo correcto” equivale a decir en el campo de la salud que todo dolor debe ser tratado con paracetamol. Es como si llegara un paciente con cualquier tipo de dolor, y la única pregunta para verificar el tratamiento fuera si ya le dieron paracetamol. Quizá el paracetamol le ayude, quizá sea justo lo que le haga daño, en cualquier caso, la pregunta para monitorear el tratamiento debería considerar otros factores, establecer un diagnóstico, para comenzar.

Así pasa con la ética, quizá tenga que ver con seguir los códigos socialmente aceptados, pero quizá seguir las reglas vigentes sea justamente lo que cause el daño. En todo caso la pregunta ética tiene que ver con qué factores se van a tomar en cuenta a la hora de decidir, qué será considerado como importante, qué estamos buscando, qué complicaciones alcanzamos a prever. Todas estas consideraciones son para tratar de hacernos responsables de nuestras acciones.

La moral es otra de las palabras que se vinculan a la ética. La moral refiere a los valores que efectivamente son practicados por las personas a la hora de decidir. Mientras que la ética es una *reflexión que busca argumentar sobre cómo decidir, sobre qué debería preferirse o cómo deberíamos analizar una situación, una vez que decidimos lo que vamos a hacer, al momento de realmente hacerlo, estaremos practicando una moral: una serie de valores ya aplicados, vividos en una situación concreta* (A. Kleinman y Benson, 2004). En otras palabras, la ética estudia las morales que son practicadas.

En el campo de la salud, la ética podría referir a las reflexiones en torno a cómo buscar el bien del paciente, cómo no hacer daño, cómo ser justos o cómo garantizar la autonomía, mientras que la moral será lo que efectivamente hagamos en las decisiones concretas del día a día.

Es importante subrayar que sólo habría una dimensión ética en el campo de la salud si hubiera los *tiempos* para la discusión, para la reflexión sobre las decisiones. *Si no hay espacio para la reflexión, entonces hay legalidad, hay códigos, hay normativas, hay incluso morales, pero no hay ética.*

En nuestra época, ya no podemos seguir manteniendo las jerarquías entre aquellos que piensan y aquellos que solo “aplican” lo pensado por otros. Esto es una posición política. Es decir, que no es ninguna garantía que “los especialistas hayan pensado un tema” para ahorrarnos la reflexión (Feyerabend, 1991). No basta con que los eticistas analicen los casos y propongan vías de análisis, eso sigue siendo deseable, pero no basta para guiar las prácticas dentro de los servicios de salud. *La ética no acepta representantes, porque la responsabilidad no acepta representantes.*

Para que haya ética necesita haber espacios de diálogo y reflexión explícitamente dirigidos al análisis de los dilemas de la práctica y los valores que realmente operan en las situaciones, dicha reflexión le compete a los involucrados.

EL CUIDADO

El cuidado es a la vez una *disposición* y es una *práctica* (Held, 2006). Cuando decimos que el cuidado es una disposición estamos implicando que es una actitud, que es una manera de hacer las cosas: cuando somos o hacemos las cosas cuidadosamente. El cuidado también es un trabajo, son acciones concretas (muy diversas) que responden a necesidades que hemos detectado previamente (Tronto, 1993).

Estas dos dimensiones del cuidado son independientes y presentan muchos matices que iremos desarrollando a lo largo del texto. Para comenzar, digamos que al responder a las necesidades detectadas la respuesta podría ser cuidadosa o violenta.

En una clínica, una persona puede pedirme informes y podría responderle con una mala cara y darle toda la información requerida. También podría gritarle y responder a sus preguntas. Si mi trabajo es orientar a la gente que llega, seguramente ya sé cuál es la respuesta (el procedimiento a seguir) incluso antes de que la persona formule completamente la pregunta, en ese caso podría cortarle la palabra y gritarle la respuesta que ya sé que necesita. En todos estos casos la práctica de cuidado

fue realizada, pero la manera de responder a las necesidades no tuvo la disposición, la actitud cuidadosa.

Podríamos preguntarnos, ¿qué pasa cuando respondemos de manera violenta a las necesidades de las personas? ¿el cuidado es *cuidado* si es violento? ¿o será que el cuidado, para ser *cuidado*, debe ser amable, atento y cuidadoso?

Se habla de una ética *del cuidado* cuando no sólo se busca responder a las necesidades, sino que además se *privilegia una disposición atenta y cuidadosa*. La ética *del cuidado* es una reflexión que busca que los valores de la atención, la escucha, la adecuación y la sensibilidad a las vulnerabilidades se realicen en las prácticas de cuidado. Dicho de otra manera, la ética *del cuidado* es una reflexión que busca que el trabajo del cuidado se realice de manera sensible, atenta, ajustada, cuidadosa.

LAS ÉTICAS DEL CUIDADO

Las éticas del cuidado son un análisis diverso de una moralidad que había sido interpretada como femenina e inferior. Poner atención y sensibilidad a las circunstancias había sido interpretado como un defecto, una incapacidad de hacer y pensar “bien”. Hacer ética “bien” significaba hacer juicios que fueran válidos independientemente de las circunstancias, decir con seguridad “matar siempre está mal”, “obedecer siempre está bien”. Algunas de las moralidades feminizadas tenían tendencia a decir “depende”, lo cual era interpretado como una falta de desarrollo, una incapacidad femenina (Gilligan, 1982).

La psicóloga estadounidense Carol Gilligan (1982) retomó los estudios que interpretaban la moralidad de las mujeres como inferior, pero para leerlos de otra manera, ella los entendió como *otra voz moral*. A partir de esta reflexión surgieron las éticas del cuidado. Muchos autores y autoras, de diversas nacionalidades y disciplinas, han continuado las investigaciones sobre las éticas del cuidado. Sabemos que este tipo de actitudes morales no se presentan sólo en mujeres, sabemos que hay condiciones de subalternidad, relaciones de poder, estructuras

patriarcales y relaciones mercantiles que le dan forma al trabajo del cuidado (Molinier, 2013; Tronto, 1993).

A continuación, vamos a profundizar en algunos de los conceptos fundamentales de las éticas del cuidado, y los iremos tejiendo con los ejemplos, reflexiones e historias que compartimos en los talleres de éticas del cuidado ya referidos

LAS EMOCIONES

Uno de los primeros ejercicios compartidos en los talleres propiciaba la reflexión entre lo que es el *buen cuidado*, y cómo distinguirlo del *mal cuidado*. Para llevar a cabo esta reflexión se dividía a los grupos en equipos de cinco personas, aproximadamente. A cada equipo se le asignaba un espacio: “el cuidado en la casa”, “el cuidado en la clínica”, “el cuidado en una fiesta”, “el cuidado en el hospital” o “el cuidado en la calle”.

Cada equipo debía preparar dos historias para ser improvisadas frente a los demás participantes del taller. En la primera improvisación debían reflejar cómo se realizaba el *mal cuidado* o el descuido en ese espacio. Mientras que en la segunda improvisación debían ocupar el mismo espacio y mostrar cómo sucedían las acciones cuando había *un buen cuidado*.

Una de esas historias relataba cómo sería el cuidado en el espacio público: la historia acontecía en una calle muy transitada, las personas caminaban deprisa, malhumoradas. La mayoría iban concentradas en su celular, por lo que chocaban entre sí, y esos empujones desataban discusiones. De repente, entra un actor corriendo, empujando y le roba el celular a una de las personas en la escena. La víctima del robo comienza a gritar que le ayuden a detenerlo, que le acaba de robar su celular. Nadie hace nada. Cada personaje sigue de prisa, malhumorado y concentrado en su celular. Así termina la escena.

En la segunda improvisación la escena comienza igual: las personas transitando las calles, pero esta vez no tienen prisa, no están de mal humor, no están concentradas en su celular. La misma persona comienza a empujar y a correr, intenta robar el celular, pero no lo logra porque las personas se dan cuenta y lo detienen.

Esta historia nos permite vislumbrar una de las primeras, y principales, características de las éticas del cuidado: *la importancia de la dimensión emocional, de la dimensión sensible, en la toma de decisiones*. “Los afectos de sufrimiento y de placer en el trabajo son éticos en la medida en la que ellos expresan siempre, en una forma sensible, afectiva, emocional, no intelectual, una concepción de lo que gusta o disgusta, de lo que es importante o de lo que cuenta” (Molinier, 2018, p. 25).

Los humanos somos seres sensibles; la dimensión emocional juega un rol importante en nuestras vidas y en nuestras decisiones. ¿Cuántas veces no hemos reflexionado lo que debemos hacer en una determinada situación, lo decidimos y al enfrentar las circunstancias hacemos otra cosa? Para guiar nuestras acciones no bastan las razones, aunque sean buenas razones.

La primera lección de las éticas del cuidado está en *la importancia de la dimensión sensible para nuestras elecciones*. Podría parecer en la historia citada que la diferencia entre el bien y el mal cuidado en la calle reposa sobre la acción colectiva, sobre el establecimiento de una comunidad, de redes de apoyo que nos sostengan.

Aunque puede que todo esto sea cierto, hay un elemento previo a subrayar: el hecho de que *para poner atención a lo que le pasa a los demás se necesita previamente un movimiento en mí, una cierta disposición*. En el ejemplo citado, se necesita que no tenga prisa, que no esté malhumorada, que no esté en mi celular. Con estos tres elementos quizá pueda poner atención en los demás, *quizá si pongo atención podamos organizar una acción colectiva*.

Las acciones de cuidado colectivas en el espacio público *reposan sobre la atención de las personas, la atención de las personas depende de su disposición y la disposición es una realización de la sensibilidad*.

En las páginas siguientes profundizaremos en qué es la atención, en las dinámicas que la ayudan o que la dificultan; también abordaremos la relación entre la atención y el cuidado. Por lo pronto, *comencemos por subrayar la importancia de la dimensión emocional para nuestras vidas, para nuestras elecciones. En ese*

sentido, comenzemos por incluir la sensibilidad en nuestras éticas, es decir, en nuestros análisis morales.

LA DESMESURA

Retomemos otra historia, proveniente del mismo ejercicio: en equipos improvisábamos el *buen* y el *mal* cuidado en un espacio. Esta vez el lugar es la clínica. Es interesante resaltar que historias muy similares fueron producidas tanto por los pacientes como por el personal de salud de diversas clínicas.

En estas historias, si observamos solamente las acciones no son muy contrastantes cuando les pedimos que actúen el *mal cuidado* o el *buen cuidado*. Las historias comienzan siempre con pacientes solicitando atención, en ninguna historia (ni siquiera en el *mal cuidado*) dicha atención fue negada. En un segundo momento los pacientes esperan. Finalmente, en un tercer momento los pacientes son atendidos.

*De nuevo, si sólo consideramos las estadísticas de cuántos pacientes fueron recibidos sería imposible distinguir si fueron bien cuidados o bien atendidos. Digamos entonces que la diferencia entre el *buen* y el *mal* cuidado no está primordialmente en las acciones de cuidado. Tanto para el personal de salud, como para los pacientes organizados, la diferencia entre el *buen* y el *mal* cuidado está en las actitudes, en los gestos, en las maneras de ejercer las acciones. A esta dimensión se le reconoce en la teoría de las éticas del cuidado como la desmesura del cuidado (Benelli y Modak, 2010), es decir que aquellas características que cuentan más para las personas involucradas en relaciones de cuidado no son medibles. El cuidado es desmesurado, lo que más cuenta es inestimable (Molinier, 2022).*

En el primer momento de las historias, cuando se solicita la atención, el paciente puede ser amable o llegar exigiendo a gritos ser atendido. La persona que lo recibe puede escucharlo, ignorarlo o gritarle. En las escenas del *buen cuidado*, los pacientes son precisamente *pacientes* y cordiales, y el personal de salud se toma el tiempo de saludar, y de escuchar.

En el segundo momento, el momento de la espera, en el *mal* cuidado el paciente se queja e insulta y recibe lo mismo del personal de salud. En las escenas del *buen* cuidado, los pacientes no desesperan, mantienen el buen ánimo porque reconocen que si no son atendidos inmediatamente es porque el personal de salud está atendiendo a alguien más.

Finalmente, en el momento de las acciones de cuidado propiamente dichas, como curar heridas, tomar signos vitales, inyectar, consultar, el buen cuidado implicaba de parte del personal de salud anunciar cada acción, explicar, tomarse el tiempo, ser amable, escuchar y responder a las dudas. De parte de los pacientes implicaba gentileza, amabilidad y paciencia. El mal cuidado en este momento implicaba la violencia en los gestos, particularmente de la parte de los trabajadores de la salud.

Pareciera que la diferencia entre el buen y el mal cuidado en los servicios de salud, o en los contextos de salud, fuera prácticamente invisible, porque no es medible, porque no responde necesariamente a la realización de acciones, ni necesariamente a ciertas informaciones. Parece que el cuidado se realiza en una dimensión que, si bien implica una materialidad porque el cuidado es un trabajo, *la diferencia entre hacerlo cuidadosa o violentamente es una cuestión de modo, que mucho tiene de desmesurado, de inestable, de emocional*: “*Es este arte de ajustarse a situaciones siempre particulares lo que caracteriza a esto que llamamos cuidado, el cuidado entendido como preocupación por los otros, y es también lo que en él constituye lo informe, la invisibilidad o la discreción*” (Molinier, 2013, p. 80).

Es decir que no hay una fórmula para cuidar “bien”: lo que sea “bien” dependerá de los contextos y de las personas involucradas, aspecto que desarrollaremos más adelante. Por ahora, concentrémonos en que el cuidado parece ser discreto, no es fácil situarlo en un gesto, en una acción o en una omisión. Cuidar implica una buena disposición, una buena cara, lo que es difícil de detectar, y difícil de exigir cuando el cuidado también es un trabajo que se ejerce en condiciones determinadas.

El “buen” cuidado en el área de la salud podría ser difícil de realizar cuando del lado del personal de salud hay que considerar que es un trabajo *estructurado de una manera que puede entrar en contradicción precisamente con cuidar*; y del lado de

los pacientes, parece que el buen paciente no está enfermo, no se siente mal y no desespera. Más adelante hablaremos de las condiciones de realización del cuidado.

LA VULNERABILIDAD

La siguiente historia surgió en las reflexiones colectivas, justamente cuando dialogábamos sobre cómo balancear todos los intereses, cómo quedar bien con todos: respetar el tiempo asignado a cada paciente (para no generar esperas largas), adaptarse a las necesidades de cada cual, cuando además cada miembro del personal de salud tiene responsabilidades de cuidado fuera del trabajo.

La reflexión comenzó por subrayar en qué sentido es imposible quedar bien con todas las personas todo el tiempo. Una doctora comentaba:

“Imagínate que tú comienzas a tiempo la consulta, pero hay pacientes a los que les toma más tiempo moverse, o que tienen más necesidad de hablar contigo. A veces incluso diagnosticar y asignar un tratamiento requiere más tiempo del estipulado por las normativas. Entonces ya llevas retrasos, lo que hace que los pacientes que vienen tengan que esperar más. Además de que atrasas a los colegas. Y supongamos que tú decides hacer lo que sea lo mejor para el tratamiento de los pacientes y eso implica que salgas más tarde de tu hora. Quizá tú sales y te sientes contenta porque hiciste bien tu trabajo, atendiste bien a tus pacientes. Pero resulta que ese día iba a pasar tu pareja por tí, y ya tienes muchas llamadas perdidas. O resulta que tenías una reunión con amigos o familiares, y ya llegaste tarde”.

Este ejemplo nos muestra cómo *todos los agentes del cuidado son vulnerables, no sólo los pacientes*. Todos estamos relacionados y nuestras acciones afectan a los demás. En este ejemplo, una buena acción realizada en un contexto puede tener consecuencias negativas en otro.

La condición de vulnerabilidad va más allá, significa que no tenemos garantía de hacer lo correcto en cada circunstancia. Significa aceptar que somos falibles, y que probablemente nos equivocaremos en algunas de nuestras elecciones. Esto implica

que nuestras reflexiones éticas deberían también abrir el diálogo sobre *qué hacer si reconocemos nuestras vulnerabilidades y falibilidades*.

El reconocimiento de la *vulnerabilidad* de todas las personas, y de la vida humana en el planeta, fue una de las primeras afirmaciones de las éticas del cuidado. Joan Tronto (1993) ha teorizado cómo muchas teorías morales sólo toman en cuenta a las personas más dominantes de las sociedades para modelar las éticas, sólo se consideran las personas adultas, independientes, autosuficientes, neurotípicas.

Afirmar la vulnerabilidad de todos significa decir que todos somos mortales, que *todos necesitamos de los demás para vivir*. En este sentido, necesitamos que nos enseñen cómo se vive, qué se come, cómo se habitan los espacios. Incluso cuando somos adultos, incluso cuando estamos sanos, necesitamos que alguien cocine mientras trabajamos, necesitamos que alguien se haga cargo de nuestros hijos, alguien que lave nuestra ropa. *No hay ninguna vida humana que pueda mantenerse por sí misma* (Tronto, 1993).

Nuestra vulnerabilidad no se reduce a nuestra incapacidad biológica para mantenernos vivos de manera independiente, ni siquiera se reduce a nuestra mortalidad. Nuestra vulnerabilidad se concreta también en el hecho de que no tengamos en nuestra biología guías que nos digan cómo actuar. En realidad, si nuestra “naturaleza” o nuestros “instintos” nos dijieran cómo actuar, no tendríamos ninguna necesidad de hacer ética, porque todos haríamos lo mismo y estaríamos de acuerdo en qué es lo que hay que hacer. Aunque existan prescripciones sociales o religiosas, tenemos necesidad de ética justamente porque no siempre sabemos dónde está el bien y dónde está el mal, porque no sabemos cómo actuar.

Entonces, somos vulnerables porque somos mortales y porque no siempre e incluso a menudo no sabemos cómo vivir. Por lo tanto, somos vulnerables porque siempre podemos equivocarnos. Una ética del cuidado no puede protegernos del malestar moral de ser falibles: al contrario, una vez que aceptamos nuestras vulnerabilidades y nuestras interdependencias podemos también argumentar por ser considerados con nuestras fragilidades. En palabras de Pascale Molinier: “La ética del cuidado asume así una forma de incompletitud o imperfección de la decisión que no conduce

necesariamente a la plena satisfacción y supone soportar un cierto malestar moral y “hacerse cargo” [hacer con lo que se tenga, hacerle como se pueda] ... [de modo que] lo que se busca no es la verdad ni la justicia, sino la justeza de la decisión” (Molinier, 2013, p. 95).

El estudio y las implicaciones de la vulnerabilidad ha sido uno de los pilares de las éticas del cuidado; se ha hecho así a crítica a aquellas teorizaciones que asumen que hay quienes no son vulnerables, se ha estudiado en qué sentido nuestras fragilidades hacen necesario el cuidado para mantener la vida humana en la tierra y se ha estudiado también este último aspecto que aquí se subraya: cómo la carencia de sentidos morales para orientar la vida humana hace de nosotros una especie que se puede equivocar. Tomar en cuenta esta dimensión de la vulnerabilidad implica, para nuestra ética, ir haciendo campo para este “malestar moral”.

Dicho de otra manera, esta ética no nos da certeza de haber decidido bien. No es posible inmunizarnos contra los errores. La mayoría de las veces decidiremos en un ambiente emocional determinado, con información probablemente incompleta, con ciertas urgencias, considerando ciertas personas y ciertos factores. Este tipo de ética no conduce a la plena satisfacción. Sin embargo, una vez que renunciamos a la perfección de la decisión, este tipo de ética busca la “justeza” de la decisión, es decir, *la adecuación a las circunstancias, que no son sólo materiales, sino simbólicas y emocionales*.

LAS CIRCUNSTANCIAS

En otro de los talleres explorábamos las maneras en que se realiza la empatía en los servicios de salud. Esta historia comenzaba con una persona que tenía un dolor muy agudo y su familia la llevaba a la clínica. Estaban muy angustiados, muy estresados. Al llegar, el personal de salud estaba tranquilo, amable, calmaban tanto al paciente como a la familia, al mismo tiempo que se distribuían las acciones de cuidado y curación.

En esta escena, el personal atendía la urgencia y tranquilizaba al paciente. En su lenguaje hacían explícito el sufrimiento que debía sentir el paciente, anuncianaban lo

que harían y le aseguraban que pronto estaría mejor. Finalmente, el personal resolvía la urgencia.

Podría parecer que se llegó al final feliz y que así terminó la historia, y sin embargo no fue así. Una vez que el problema de salud había sido resuelto, tanto la familia como el paciente dedicaron algún tiempo a agradecer al personal de salud. Más tarde, en una escena posterior (dentro de la misma historia), regresó el antiguo paciente con su familia y le ofrecieron regalos al personal de salud en agradecimiento por su buen trato.

Esta historia muestra un aspecto que resultó central en todos los talleres compartidos, inmediatamente al hablar de atención y cuidado, se discutía la popular suposición de que en las relaciones de salud están aquellos que son *vulnerables* o frágiles y aquellos que no lo son y, que, al no serlo, deben cuidar. Y es que “Reconocer que somos físicamente y síquicamente vulnerables, dependientes los unos de los otros, ha permitido imaginar de otra manera nuestro destino común, y sobre todo valorar nuestras esferas de desposesión y de interdependencia” (Brugère, 2011, p. 49).

El reconocimiento de la vulnerabilidad generalizada es una piedra fundamental para las éticas del cuidado. En contextos de salud, esto significa que no sólo los pacientes y sus familias están en una situación de dependencia y de vulnerabilidad, sino que también el personal de salud. Por supuesto que la condición de vulnerabilidad no está repartida de manera homogénea en todas las personas, aspecto que abordaremos más adelante.

Si es verdad que en contexto de salud hay quienes están en riesgo de muerte y eso implica una vulnerabilidad agudizada, también es cierto que el personal de salud también está enfrentado a la vulnerabilidad de no siempre saber qué es lo que se debe hacer en cada situación. El personal de salud está confrontado, más o menos seguido, a la angustia moral de no tener certeza de qué tratamiento es el mejor para el paciente, de cómo ajustarse a las circunstancias. Esas decisiones, implican una responsabilidad moral que nadie tomará en su lugar, y en algunas circunstancias, pueden causar mucho estrés (Molinier, 2020):

Debemos aprender a desarrollar una sensibilidad moral y política que nos permita *reconocer la importancia de soluciones ajustadas a las necesidades y a circunstancias específicas* que no pueden ser deducidas de principios generales supuestamente imparciales (Molinier, 2013, p. 206).

Las éticas del cuidado proponen un giro en la manera de construir la ética y las morales: *dejar de buscar la realización de valores que se presumen como universales para comenzar a valorar la adaptación a las circunstancias como la piedra de toque para las decisiones*. Es decir, renunciamos a la búsqueda de un fundamento extra-social para nuestros valores y nuestras decisiones. *Los valores serán aquellos cocreados por las personas involucradas en cada situación*.

La contextualización de las decisiones implica hacernos cargo de nuestros propios límites: decidimos con informaciones incompletas, muchas veces en medio de la urgencia, con diversos grados de incertidumbre, sin conocer completamente los valores de las personas con quienes nos relacionamos, y entonces podemos equivocarnos. Como respuesta a estas limitaciones, proponemos *inscribir nuestras decisiones en el contexto, en el espacio y en los tiempos que la caracterizan*. Decisiones que sean tomadas por las personas afectadas, *haciéndose cargo de la dimensión afectiva de la situación*. Decisiones que no ignoren las dinámicas y las estructuras que dan forma a los dilemas morales.

Este último aspecto fue fundamental en los talleres, subrayado no sólo por el personal de salud, sino también por los pacientes organizados; las circunstancias que le dan forma a las decisiones tomadas en contextos de salud están afectadas por la estructuración de los servicios de salud (el tipo de contrataciones, la imposición de decisiones o eventos de último minuto, la ausencia de comunicación entre distintos servicios): las decisiones también están afectadas por las dinámicas sociales que resultan de la estructuración de los servicios de salud (las relaciones de poder, el ambiente emocional generado, la distribución del trabajo del cuidado).

Considerar el papel relevante de las circunstancias en la toma de decisiones tiene dos vertientes, por un lado, está la dimensión interpersonal que busca la adecuación a la situación, y por el otro, está la necesidad de considerar las estructuras sociales

y culturales que dan forma a las interacciones dentro de los servicios de salud. Dicho más claramente, el tomar en cuenta las circunstancias no tiene que ver solamente con que el personal de salud sea empático y considerado al realizar sus funciones: también tiene que ver con cómo se organiza el sistema de salud, cómo se cuida a los que cuidan, cómo se estructuran los servicios de salud, de manera que dentro de ellos pueda realizar el *buen cuidado*.

LA OPACIDAD

Detengámonos un poco en lo que significa que el *buen cuidado* sea una respuesta adecuada a una necesidad, con una disposición particular, y de manera ajustada a las circunstancias, tanto de quien cuida como de quien es cuidado. ¿Cómo podemos saber lo que será interpretado como *buen cuidado* por la otra persona?

En una reunión de co-interpretación con los pacientes organizados, en febrero de 2023, retomamos estos cuestionamientos y se compartió una historia que es susceptible de mostrar la complejidad de la adecuación a las circunstancias. Una de las participantes comentó que, desde su punto de vista, el personal de salud está preparado para tratar síntomas, quizá enfermedades, pero no necesariamente personas. Para ella, esto es visible en varios escenarios, particularmente en los cuidados geriátricos, donde se interpreta al otro con condescendencia, infantilizado, como si fuera incapaz de entender lo que se le quiera comunicar.

Los prejuicios sobre la vejez afectan las posibilidades para comunicarnos con ellos, y si además la persona presenta alguna dificultad para escuchar, no necesariamente es claro cómo cuidarle, cómo hablarle fuerte o repetirle las frases sin violentarle, sin hacerle sentir mal. ¿Cómo se puede dar cuenta el cuidador de la manera de hablar que debería utilizar con cada paciente?

En los talleres con pacientes organizados había algunas personas que se identificaban como parte de pueblos originarios, y en varias de las reflexiones insistían en las dificultades para la comprensión cuando no se comparten significados, lenguas, deseos o necesidades.

Estas reflexiones apuntan a reconocer que las relaciones entre las personas no son transparentes, pues no podemos saber, ni conocer, ni entender todo de la otra persona. En una lectura decolonial de las éticas del cuidado (Salamanca González, 2021) diríamos que las relaciones sociales se hacen sobre un fondo de opacidad: “Aclamar el derecho a la opacidad, convertirlo en otro humanismo, es entonces renunciar a llevar las verdades del entendimiento a la medida de una sola transparencia, que sería la mía, que yo impondría” (Glissant, 2009, p. 69).

Creer que es posible entender “todo” de la otra persona, es reducir al otro a la medida de mi comprensión de él. Es concebirme e imponerme como la medida del mundo. Creer que todos desean lo que yo deseo, que todos piensan –o deberían pensar– lo que yo pienso, que todos quieren lo que yo quiero, construye la ética sobre una base egocéntrica, que en la historia ha sido ser colonial.

Puedo, pues, concebir la opacidad del otro para mí, sin que yo le reproche mi opacidad para él. No me hace falta “comprenderlo” para solidarizarme con él, construir con él, amar lo que hace. No es necesario que yo intente devenir el otro (devenir otro) ni “hacerlo” a mi imagen. Estos proyectos de transmutación -sin metempsicosis- resultaron de las peores pretensiones y las más altas generosidades de Occidente (Glissant, 1990, p. 207).

En la comunicación no colonial podemos aceptar que existe lo intraducible, que hay necesidades intraducibles, que hay deseos y valores intraducibles. Podemos aceptar entonces que la biomedicina está construida por la modernidad occidental, con sus valores, pero esos valores no son los únicos.

Es muy difícil, en contextos de salud, aprender que nunca está bien hacerle daño al otro, pero tampoco puedo forzarle un tratamiento, una acción o una decisión que yo creo que es un bien. Es indispensable aceptar que para descolonizar las prácticas de salud es fundamental dejar de tratar de “convencer” o “civilizar” a los pacientes.

Una ética que acepta la opacidad característica de las relaciones sociales no intenta convertir al otro a los valores propios. Una ética decolonial necesita el duro trabajo de aceptar que cada persona puede elegir cómo vivir y cómo morir. Que podemos o no entenderle, que podemos o no estar de acuerdo. Una ética decolonial defiende

la libre determinación de las personas y de las comunidades, implica que ninguna valoración ni decisión en materia de salud sea sobre nosotros sin nosotros.

Esta proposición no implica que no sea posible la comunicación o el diálogo intercultural; por supuesto que todos nos enriquecemos en las diversidades, el problema es que persisten dinámicas de poder que imponen los valores de unos sobre otros, con el acuerdo de las teorías éticas dominantes, por ejemplo, las fórmulas de la felicidad de las éticas utilitaristas (Held, 2006).

LA ATENCIÓN

El cuidado no es una práctica que sólo se realice en los servicios de salud, pues las vidas humanas requieren de diversas acciones para sostenerse. En todos los talleres, en las escenas había actores que no eran parte del personal de salud que también cuidaban y acompañaban.

Las “pequeñas” acciones de cuidado son a menudo las más invisibilizadas, porque además son las más naturalizadas y subalternizadas. Hay acciones tan invisibles, tan pequeñas, tan normales o naturales que parecen pasarnos desapercibidas, que parecen no merecer nuestra atención.

En el contexto doméstico, esas acciones tienen que ver con la limpieza, con surtir la despensa, recoger la casa, con prever lo que necesitarán los miembros de la familia. En contextos de salud, tiene que ver con las actividades de limpieza, de gestión de fluidos, traslado de pacientes, etc. Mucho del trabajo del cuidado se ejerce sobre campos de la realidad a los que preferimos no poner atención, no percibir.

Desde la ética del cuidado, la atención es un primer paso determinante; es un detonador del cuidado, pero no lo consuma, pues atender no equivale a resolver, sino a visibilizar y reconocer. Por ello, la atención misma demanda justamente visibilidad y reconocimiento, al ser una clave para desencadenar procesos de cuidado; pero, además, porque, de manera correlativa, el daño evitable, para concretarse, pasa precisamente por dinámicas sinérgicas de desatención individual y colectiva (Hersch Martínez y Salamanca González, 2021, pp. 4-5).

Podríamos aplicar esta misma reflexión sobre a qué le ponemos atención al momento de reflexionar sobre el cuidado: qué agentes, qué dinámicas, qué acciones, qué escenarios parecen importantes y cuáles nos daremos permiso de ignorar, o de desatender.

Durante las reflexiones en los talleres se discutió la distancia entre los valores que cuentan para las éticas de cuidado en contraste con los valores privilegiados por las miradas que buscan la administración de la salud. Para las prácticas de cuidado parece contar el darse tiempo, compartir, la consideración y la gentileza, mientras que para la administración de la salud pareciera contar el número de pacientes atendidos, la estandarización de los procedimientos, completar adecuadamente las estadísticas, llenar los formatos adecuados, disminuir los costos, etc. Todo ello tiene un sentido, pero el foco está aquí puesto en su preeminencia a costa de las prácticas de cuidado.

Uno de los ejemplos de esta diferencia es el tiempo estandarizado para las consultas. Como si todos los pacientes requirieran el mismo tiempo, veinte minutos. Además, se establece una rutina de qué indicadores y qué formatos deberían llenarse en ese tiempo. La pregunta que resonaba era ¿a qué ponerle atención en las prácticas de salud? ¿qué es lo que cuenta?

LA INDIFERENCIA

Muchas veces pareciera que lo contrario de cuidar es hacer daño; sin embargo, si bien ello es cierto, como ya lo anuncia la citación precedente, al daño que se realiza efectivamente muchas veces lo precede la indiferencia, la desatención o el descuido.

Uno de los ejemplos de las indiferencias más dialogados durante los talleres fue el ignorar todas las causas socio-estructurales que dan forma a las prácticas de salud. Se asume que el cuidado es una especie de concesión personal, que depende del humor y de la buena voluntad de cada cual. Una de las estrategias más dominantes para evadir cualquier discusión pública sobre los cuidados o su estructuración social ha sido el relegarlos a la esfera de lo individual, de lo privado. Así, si “el médico”

logra “curarme” es porque es una “buena persona”, es “un buen médico”. Aunque esto pueda ser halagador, su opuesto es muy frustrante: si el personal de salud no puede atenderme, si no hay los medicamentos, si no se usan los buenos formatos para los servicios, entonces hay una individualización de la responsabilidad, se trata de “un mal médico”, “una enfermera a la que no le caigo bien”, “una administradora con mal carácter”.

En ese sentido, estamos acostumbrados a ser indiferentes frente a ciertas prácticas que hemos ido naturalizando, aprendiendo así a “hacernos de la vista gorda”. De manera que si llegan personas *recomendadas* atendidas antes que las que tenían cita previamente, sabemos que la consulta puede tomar más tiempo que el estipulado por la normativa, pero “ni modo”, “hay que adaptarse”, y si hay una duda, comentario o necesidad del parte del personal de salud, sin embargo no se duda en interrumpir las consultas, de modo que poco o nada importa si los contratos del personal de salud les hacen tener una disposición afectiva propicia a cuidar:

La indiferencia de los privilegiados es una postura psicológica que se asienta sobre un complejo dispositivo –ideológico pero también de segregación– que impide a los privilegiados pensar en dimensiones de la realidad que podrían avergonzarlos o impedirles disfrutar de sus privilegios o perjudicar su sentido de la justicia. Es del mayor consuelo ignorar a quien nos sirve y lo que le cuesta hacerlo. [Respecto a la] Ignorancia, Mills insiste en la dimensión cognitiva. [respecto a la] Indiferencia, Tronto enfatiza la dimensión afectiva. “No me importa” [*I don't care*], se puede traducir literalmente como “Me vale” [*Je m'en fiche*]. Al otro le puede pasar cualquier cosa chocante o desagradable, eso me es indiferente. No me afecta. Además, ¿de quién [de qué otro] me estás hablando? Esta apatía no solo se basa en un conjunto de errores y falta de pensamiento, también implica una falta de percepción. La percepción es un proceso activo que involucra la voluntad. Así un objeto, una persona puede estar en el campo de visión, pero no ser percibida (Molinier 2013, p. 65).

La estrategia más dominante para no cuidar es no percibir: las personas, las necesidades, las opresiones, las circunstancias. A veces, si es imposible dejar de

percibirlas, la estrategia será no ponerles atención, clasificarlas como no importantes, como secundarias, menos urgentes.

La ética del cuidado se entiende entonces como una teoría crítica que denuncia y exhibe los procesos por los cuales, en nuestras sociedades, se ha producido una marginación de la preocupación por los más vulnerables y un desconocimiento de las prácticas, personas e instituciones que llevan a cabo estas prácticas (Brugère, 2011, p. 91).

La ética del cuidado es una reflexión que invita a no ser indiferentes frente a las necesidades, dolores y sufrimientos de los otros. Es una invitación también a estudiar cómo las desvinculaciones han operado en las sociedades, porque parece que a nuestro empleador no le tiene que importar si nuestro sueldo nos alcanza para vivir, si tenemos tiempo para vivir, si tenemos que cuidar a nuestras familias. Dicho de otra manera, ¿cómo es que la esfera económica y política han logrado *ignorar las condiciones de reproducción y sostenimiento de la vida relegándolas como asuntos feminizados, naturalizados y privados?*

LA DESATENCIÓN

El concepto de *desatención* ha sido introducido a las éticas del cuidado por la lectura decolonial que hemos ido tejiendo. Nos hemos apoyado en la trayectoria de la medicina social latinoamericana para nombrar otra estrategia a fin de mantener las cosas como están (Hersch Martínez, 2013). La desatención es diferente de la indiferencia, si logramos ser indiferentes normalmente logramos ni siquiera percibir las necesidades, ni los problemas. En el caso de la desatención, sí los percibimos, incluso podemos mirarlos y reconocerlos (si nos presionan) pero decidimos ignorarlos porque tenemos asuntos más importantes que atender.

Este aspecto fue trabajado en los talleres, dialogando sobre cómo en la sociedad sigue operando la idea de una medicina esencialmente curativa, que puede “dejarte como nuevo”, independientemente de tu trabajo (cuando éste requiere que se levante mucho peso, o porque es estresante, o porque implica estar sentada todo el día...), de tu alimentación, de tu manera de habitar o incluso independientemente

de la exposición a tóxicos que enfrente el paciente. Todo es tratable y reparable por medio de fármacos o cirugía:

Insistir en la interdependencia generalizada de las vidas equivale a promover otra concepción de la convivencia, a través de la primacía de un vínculo democrático, preocupado por no excluir a aquellas y aquellos que se enfrentan a situaciones de vulnerabilidad, lo que requiere la atención de los demás, políticas públicas solidarias, que tengan en consideración un retorno de la capacidad de actuar [de las personas en situación de vulnerabilidad] (Brugère 2011, p. 84).

Reconocer la interdependencia generalizada de las vidas en la tierra implica no sólo “aceptarla” sino actuar en consecuencia. Las políticas de salud necesarias son inseparables de la situación social, económica y emocional de las personas, tanto del personal de salud como de los pacientes. La vida humana no está dividida en compartimentos:

Una sociedad del cuidado, entendida no como una utopía, sino como el proyecto concreto de una transformación de las prácticas sociales y políticas, implicaría, si recapitulamos, pasar por una crítica al dogma de la especialización profesional, una desconfianza frente a ese consenso ético, que tiende a confundirse con la “voz” dominante, y finalmente pasar el reconocimiento a segundo término para favorecer la ampliación de la confianza. Esto requiere la invención de nuevas formas de instituciones, menos rígidas y jerarquizadas, menos especializadas, que dejen espacio a la aventura de iniciativas e intercambios, a la articulación e hibridación de visiones (Molinier, 2013, p. 167).

Una sociedad, un sistema de salud, que valoren el cuidado, y el hecho de que éste no se ejerce solamente por parte del personal de salud, implica visibilizar los gestos de cuidado que mantienen las vidas, y la salud, en el planeta. Implica poner atención a prácticas, dinámicas, actores y moralidades que tienden a ser ignoradas o desestimadas.

Finalmente, una ética del cuidado implica luchar contra la idea de que la ética se ejerce (y se impone) de manera vertical. El hecho de que las jerarquías parecen ser

las que tienen que mostrar a los subalternos cómo deben comportarse, porque éstos no podrían ser autónomos (capaces de elegir sus conductas por sí mismos). Una ética del cuidado implica que la responsabilidad sólo es plenamente asumida cuando las decisiones son tomadas por las personas que las ejecutarán. Una ética del cuidado no acepta órdenes, ni imposiciones. Una ética del cuidado no puede ser normativa.

¿CÓMO VALORAR LO QUE REALMENTE CUENTA?

Las éticas del cuidado parten de la voluntad de interpretar de manera diversa las diferentes escalas de valor, de la necesidad de contextualizar nuestras decisiones y nuestras justificaciones. Nacen de nuestra necesidad de valorar la dimensión emocional de la vida, de nuestras experiencias y de nuestras decisiones.

Las éticas del cuidado comienzan por afirmar que todas y todos somos vulnerables, que estamos interrelacionados, que somos interdependientes. Que la pretendida autonomía solo muestra quiénes son privilegiados y pueden mantener en privado cómo satisfacen sus necesidades y sostienen sus vidas.

Estas propuestas valoran la necesidad y la riqueza de las relaciones humanas, relaciones que, desde una perspectiva decolonial, se construyen sobre un fondo de opacidad y nos demandan humildad en nuestra confianza en nuestro propio entendimiento, porque las otras personas, son, otras.

Finalmente, y quizá para volver a empezar, estas éticas son particularistas, son éticas del “depende”, donde se vuelve a hablar en público de cómo construirnos nuestros valores, lo que cuenta. Volvemos a hablar de moral, y no para ser moralizantes, es decir, no para imponer nuestros valores, sino, en palabras de Joan Tronto, para aceptar que “La vida moral no es un ámbito distinto y autónomo de los trabajos humanos; surge de las prácticas en curso de un grupo de personas. La moralidad es siempre contextual e historizada, incluso cuando pretende ser universal” (Tronto, 1993, p. 62).

Si verdaderamente nos interesa el cuidado, si valoramos las vidas humanas, debemos poner atención en la estructuración de la sociedad; en ese sentido, quizá

la ética, la reflexión sobre nuestras decisiones, pueda brindarnos herramientas para ser verdaderamente responsables de nuestras acciones, de nuestras palabras, de nuestros silencios y de nuestras omisiones. Quizá una ética del cuidado nos acompañe a preguntarnos cómo construir sociedades y sistemas de cuidado de acuerdo a lo que verdaderamente cuenta para nosotros.

REFERENCIAS

- Ayouch, T., Laufer, L., Molinier, P. y B. Santos. (2024). « *Dis donc, d'où tu parles ?* » *Savoirs situés : enjeux et méthodes*. París: Hermann.
- Benelli, N., y M. Modak (2010). Analyser un objet invisible: Le travail de care. *Revue française de sociologie*, 51(1), 39-60.
- Brugère, F. (2011). *L'éthique du « care »*. París: Presses Universitaires de France.
- Corona Berkin, S. (2007). *Entre voces...Fragmentos de educación «entrecultural»*. Guadalajara: Universidad de Guadalajara.
- Corona Berkin, S. (2020). *Producción Horizontal del Conocimiento*. Alemania y México: CALAS María Sibylla Merian Center, Bielefeld University Press.
- Corona Berkin, S. (2012). Notas para construir metodologías horizontales. En: *En diálogo. Metodologías horizontales en Ciencias Sociales y Culturales*. Coord. Corona Berkin, S. y Kaltmeier, O. (Eds.) Gedisa. p. 85-110.
- Feyerabend, P.K. (1991). *Diálogos sobre el conocimiento*. Madrid: Cátedra.
- Gilligan, C. (1982). *In a Different Voice: Psychological Theory and Women's Development*. Boston: Harvard University Press.
- Glissant, É. (1990). *Poétique de la Relation*. París: Gallimard.
- Glissant, É. (2009). *Philosophie de la Relation*. París: Gallimard.
- Held, V. (2006). *The ethics of care: Personal, political, and global*. Nueva York: Oxford University Press.

- Hersch Martínez, P. (2013). Epidemiología sociocultural: una perspectiva necesaria. *Salud Pública de México*, 55 (5), 512-518.
- Hersch Martínez, P., y M.G. Salamanca González (2021). El cuidado y los procesos de atención-desatención como referentes analíticos y operativos para la salud colectiva. *Rev. Fac. Nac. Salud Pública*, 40(1). <https://doi.org/10.17533/udea.rfnsp.e345191>
- Kleinman, A. (2013). Repenser la nouvelle bioéthique. En : D. Fassin (Ed.), *La question morale* (pp. 398-410). París: Presses Universitaires de France.
- Kleinman, A., y P. Benson (2004). La vida moral de los que sufren enfermedad y el fracaso existencial de la medicina. *Monografías Humanitas*, 2, 17-26.
- Kleinman, A. M. (2012). Caregiving as Moral Experience. *The Lancet*, 380(9853), 1550-1551. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)61870-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)61870-4)
- Molinier, P. (2013). *Le travail du care*. París: La Dispute/ Snédit.
- Molinier, P. (2018). *Le care monde: Trois essais de psychologie sociale*. París: ENS Éditions.
- Molinier, P. (2020). Coronavirus: El cuidado no es la guerra. *En el Volcán Insurgente*, 61. <http://www.enelvolcan.com/87-ediciones/061-abril-junio-2020/647-coronavirus-el-cuidado-no-es-la-guerra>
- Molinier, P. (2022). Estimer le travail inestimable. La reconnaissance de ce qui compte pour vivre une vie vivable. *Sociologie du travail*, 64(1-2).
- Molinier, P., Boursier, L. y S. Mercier-Millot. (2021). *La production du vivre. Travail, genre et subalternités*. París: Hermann.
- Salamanca González, M. G. (2021). *Soin et résistance en anthropocène: Une éthique-esthétique du care décoloniale* [Université Lyon- Instituto Nacional de Antropología e Historia]. <http://theses.fr/s268612>
- Tronto, J. C. (1993). *Moral Boundaries: A Political Argument for An Ethic of Care*. Nueva York: Routledge.

ANEXO

¿Cómo se construyen talleres de estéticas del cuidado en salud?

María Grace Salamanca González

Este anexo ha sido construido en espejo al texto precedente. Su sentido es abordar los aspectos metodológicos que le dieron forma a los talleres de éticas del cuidado en salud facilitados en el segundo semestre de 2022.

La metodología practicada en los talleres se denominó *estéticas del cuidado*. Contrariamente a la creencia de que las metodologías refieren sólo al cómo se hace algo, al camino que se toma, desde esta perspectiva elegida, la forma remite también a su sentido, a su dirección, a sus posibles destinos.

Las estéticas del cuidado son aproximaciones artísticas y sensibles acompañadas de sus elaboraciones filosóficas (Salamanca González, 2021, 2023). Son un concepto-práctica que nace de una vinculación entre el sentir y el pensar, o, en términos filosóficos, de una mancuerna entre la ética y la estética.

Por un lado, desde la perspectiva de las éticas del cuidado recuperamos el valor de la afectividad en la vida moral (Gilligan, 1982). Por otro, si aceptamos que la vida emocional, los sentimientos y las valoraciones también son educadas socioculturalmente (Molinier et al., 2009), las estéticas del cuidado son una alternativa para practicar otras sensibilidades que estén alineadas al cuidado como horizonte de deseo para nuestras vidas individuales y colectivas.

Con otras palabras, si reconocemos que el cuidado que nos interesa no se reduce propiamente a las labores de cuidado, puesto que se puede inyectar, dar consulta, limpiar o dar de comer de manera violenta, entonces, el cuidado que pretendemos implica una dimensión sensible, es decir, *lo que buscamos es que el trabajo del cuidado se realice de manera cuidadosa*, aunque esta afirmación pueda parecer redundante. Así, la diferencia entre el cuidado-violento y el cuidado-cuidadoso es de orden sensible, está en pequeños gestos, tonos, omisiones (Molinier, 2013).

Lo que sigue se centra en la propuesta de las estéticas del cuidado en contextos de salud, es decir, en el sentido y la forma que hemos ido co-creando para hacernos cargo de la dimensión afectiva del cuidado y de sus realizaciones.

Con este objetivo se exponen cinco elementos: primero, qué son los talleres de estéticas del cuidado; en un segundo momento se fundamenta la elección del formato taller para estos ejercicios afectivos y reflexivos; en un tercer apartado se explican las finalidades de estas prácticas; después, cómo se organizan los talleres; finalmente se concluye vinculando la práctica estética con la dimensión ética.

¿QUÉ SON LOS TALLERES DE ESTÉTICAS DEL CUIDADO?

Los talleres de estéticas del cuidado se construyen a partir de dos corrientes: filosóficamente se fundamentan en las éticas del cuidado, mientras que la práctica sensible-artística se basa en los teatros de participación (Salamanca González, 2015; Castillo Rodríguez, 2023).

Las éticas del cuidado refieren a un campo de estudio transdisciplinar entre la psicología, la sociología y la filosofía que estudia cómo se construyen y practican las valoraciones morales. Algunos de los puntos en común que comparten la mayoría de las teorizaciones son: la condición humana entendida como vulnerable a lo largo de la vida de las personas y la necesaria interdependencia de las vidas, la justicia y adecuación a las circunstancias como deseables, la importancia de la afectividad para la moral, el estudio de las dinámicas de poder y subalternización que estructuran el trabajo de cuidado y la ética que implican, entre otros.

Por su parte, los teatros de participación son una denominación que incluye prácticas provenientes del sociodrama, el teatro del oprimido, el teatro playback y el teatro espontáneo. Dichas prácticas tienen en común la participación de las personas que comparten los sucesos escénicos (sean talleres o espectáculos). Algunas de las implicaciones de estas prácticas son: la capacidad de cada cual para narrar e interpretar su propia historia, la capacidad de cada cual para crear y ejercer su identidad preferida, la escucha radical como fundamento de las conversaciones y la no-neutralidad de nuestros gestos, palabras y omisiones, entre otros.

Los talleres de estéticas del cuidado son espacios para sentipensar colectivamente. Esta práctica se fundamenta en cinco ejes conceptuales y corporales (Salamanca González, 2023): la reapropiación de las capacidades expresivas de los participantes, la no-neutralidad de nuestras interpretaciones y expresiones, la opacidad de nuestra comunicación (Glissant, 1990), las distribuciones de las atenciones y de las desatenciones, y la escucha como posición política (Molinier, 2018).

¿POR QUÉ TALLERES?

Los talleres son espacios de juego, espacios para ensayar, son espacios de libertad en el que se producen sensibilidades, y en ocasiones productos artísticos, los cuales tienen la particularidad de poder construir performatividad social (Soberanes Benítez, 2023). Los talleres son espacios flexibles donde se ensayan sensibilidades y respuestas que pueden después ser implementadas en la vida social (Boal, 1980).

El formato de taller teatral concreta la apertura de un espacio para la experimentación sensible: en el caso de los talleres de estéticas del cuidado, la experimentación se alinea con las premisas enlistadas en el apartado anterior. Es decir, que con las prácticas estéticas “tallereadas” se despliegan posibilidades de sentires y reflexiones sobre asuntos fundamentales tanto para los acontecimientos escénicos, como para la vida social (y las éticas del cuidado); algunos de esos temas centrales son la escucha y la resonancia.

Quizá la razón fundamental para sentipensar las éticas y estéticas del cuidado en formato de taller teatral (más que en formato de charla, conferencia, diálogo, grupo de lectura u otro) es que este formato permite reflexiones que no son sólo teóricas, sino que al realizarse en talleres teatrales se enfatiza que toda escucha, toda resonancia, toda ética y todo acontecimiento escénico se realiza en corporalidades situadas, concretas y no neutrales (Castillo Rodríguez, 2023):

Los actos construidos en el espacio del taller no son sencillamente decisiones operativas, sino que son decisiones expresivas en el campo del discurso público. Son prácticas que buscan desempeñar los conceptos en la

experiencia por medio de la intencionalidad para implementarlos (Soberanes Benítez, 2023, p. 143).

Trabajar en formato de talleres teatrales es la concretización de elecciones ético-políticas; es la realización de maneras de entender la individualidad, la vida social y el espacio público. Los talleres han sido un formato utilizado en “NuestraAmérica” para cerrar la distancia entre la teoría y la práctica, y su germen es in-corporar reflexiones, o reflexionar sensaciones. En síntesis, se elige el formato de taller para las estéticas del cuidado porque interesan sus posibilidades de performatividad social (Schechner, 2012).

¿PARA QUÉ HACER TALLERES?

El propósito fundamental de realizar talleres de estéticas del cuidado es intervenir en la formación de las sensibilidades e insensibilidades de las personas que participan, con la esperanza de que dichas intervenciones salgan del espacio del taller al espacio público y la vida social.

Un segundo objetivo de trabajar la metodología de talleres al aproximarse a la dimensión afectiva de la ética, es que permite salir de la dicotomía moderna entre lo individual y lo colectivo. En los talleres trabajamos lo que he denominado una atención 50-50, que significa que el 50% de la atención está en mí, en cómo estoy viviendo el proceso, en mis propios gestos y expresiones; mientras que el 50% de la atención está en el grupo, en la colectiva, lo que tiene implicaciones corporales concretas.³⁹

Finalmente, la última razón para trabajar estas temáticas a través de la metodología elegida es la experiencia colectiva de alegría y gozo, que es siempre la primera característica que rescatan las personas participantes. En ese sentido, defender la salud mental mediante experiencias colectivas de gozo es una labor ética fundamental precisamente en contextos de salud, puesto que la experiencia misma del sufrimiento y la salud pasan por percepciones sensibles (Straus, 1989), y

³⁹ Esta idea se desarrolla en el capítulo 3 del libro *Polofonías del Antropoceno: las estéticas del cuidado como alternativa*, actualmente en edición en el Maria Sibylla Merian Center for Advanced Latin American Studies in the Humanities and Social Sciences, CALAS.

hacernos cargo del estado emocional de los pacientes y el personal de salud no es una labor desdeñable.

¿CÓMO SUCEDEN LOS TALLERES DE ESTÉTICAS DEL CUIDADO?

Hasta ahora se ha profundizado en la fundamentación de la metodología. A continuación se exponen los momentos concretos en el desarrollo de los talleres de éticas del cuidado en salud realizados en 2022, divididos en tres etapas de duración similar: primero, juegos corporales, seguidos de la improvisación de historias, y, finalmente, el diálogo y la elaboración colectiva sobre lo compartido.

En la primera etapa usualmente jugamos formando un círculo con todas y todos los participantes. Normalmente hay calentamientos, juegos en los que nos presentamos, rondas simbólicas en las que exploramos los gestos del cuidado y los gestos que acompañan los descuidos. Una gran variedad de ejercicios están centrados en trabajar la atención de las participantes, además de desarrollar las capacidades de escucha. En los talleres analizados trabajamos también en simbolizar la indiferencia y las maneras de habitar los entornos educativos, hospitalarios, la enfermedad por covid-19, y el cuidado mismo.

Este primer momento es muy importante, pues es el que crea la atmósfera de gozo que relatan los participantes al finalizar los talleres y en ese sentido lo más importante a atender es precisamente el juego, la alegría y el gozo.

Es común que la persona que coordina, o los mismos participantes, pongan su atención en la “correcta” realización de los ejercicios teatrales. Sin embargo, el objetivo de estos talleres no es preparar las habilidades escénicas de los participantes, sino que lo que interesa de los ejercicios corporales es que permiten el gozo y la diversión colectiva desde las corporalidades concretas. En ese sentido, el gozo es más importante que la consigna.

El segundo momento de los talleres es el de la improvisación de historias. Para esta etapa usualmente se divide a los grupos en pequeños subgrupos. El criterio para la agrupación es que la cantidad de personas permita el diálogo de todas y todos. Después de formar los grupos, toman un lugar, pueden sentarse, y se les asigna un

tema sobre el que se les pide reflexionar, dialogar y eventualmente presentar una improvisación frente a todo el grupo.

También en este momento hay una diferencia metodológica entre realizar este ejercicio en un contexto de formación artística y realizarlo en contextos de estéticas del cuidado. En la formación teatral, es importante que las improvisaciones sean espontáneas, no prefabricadas, mientras que para las estéticas del cuidado es muy importante que comience a habitarse el terreno de la reflexión intelectual.

Este momento es paradójico, puesto que usualmente las personas quieren extenderse infinitamente en la preparación de las improvisaciones y parte de la riqueza de las experiencias teatrales es habitar otros lenguajes que el verbal (Boal, 1980). Así que se sugiere encontrar un equilibrio entre que se presenten las perspectivas diversas sobre la temática, y rápidamente (si es posible corporalmente, con estrategias del teatro del oprimido), se pase al cuerpo, a ensayar la escena que será presentada. Un ejercicio interesante de simbolización es pedir a los equipos que pongan un título para su historia.

Durante los talleres relatados en este capítulo, algunas de las temáticas sobre las que se improvisó fueron: historias de descuidos y daños, sobre el cuidado ideal en el futuro, sobre lo que verdaderamente cuenta en el cuidado, sobre lo que verdaderamente cuenta en la vida, y, finalmente, improvisaciones sobre el buen cuidado y el mal cuidado en distintos contextos, como la casa, la calle, el hospital y la consulta.

El último tercio del tiempo lo utilizamos para la reflexión colectiva, puesto que las estéticas del cuidado parten de la convicción de que ni la dimensión afectiva ni la dimensión reflexiva por sí solas son suficientes para hacerse cargo de la dimensión existencial de la moral. En ese sentido, es importante ensayar, sentir, imaginar y crear, pero es también importante elaborarlo, justificarlo y darle sentido colectivamente (Salamanca González, 2023).

La primera pregunta con la que se inician las conversaciones es ¿cómo se sienten? ¿cómo se sintieron? ¿qué emociones les han acompañado desde que inició el

taller? Así, se va tejiendo un recuento colectivo de los ejercicios asociados a las sensaciones. Después, vamos integrando la dimensión reflexiva y el diálogo entonces teje tres hilos: cómo me sentí, en qué ejercicio, y qué ideas, reflexiones o interpretaciones le asocio.

Muchas veces, se profundiza en los diálogos que se tuvieron para preparar las improvisaciones, o se analizan las escenas, reflexionamos sobre por qué pasa lo que vimos en escena, cuáles son las causas y cómo podríamos modificarlo, entre otras posibilidades para el diálogo.

En síntesis, los talleres de estéticas del cuidado tienen tres momentos: los juegos simbólicos colectivos, la improvisación de historias alrededor de la temática que interesa explorar y el diálogo colectivo respecto a lo experimentado.

¿QUÉ ES LO QUE CUENTA EN ESTAS PRÁCTICAS?

Finalmente, cabe aquí hacer un recuento de las disposiciones afectivas-sensibles-morales-éticas trabajadas para realizar los talleres de estéticas del cuidado. En otros textos se ha desarrollado su fundamentación y su construcción conceptual (Salamanca González, 2021, 2023), aquí procede relatar a través de qué gestos, qué atenciones y qué elecciones se han ido concretizando en las estéticas del cuidado.

Desde hace algunos años, la mayoría de los talleres realizados son por invitación. En ese sentido, se dialoga con los participantes sobre sus deseos, expectativas y las temáticas que les gustaría abordar. También se adecuan los horarios, sesiones y duración a las posibilidades y deseos de quienes participarán.

Con esta información en mente se diseña el taller. Cada uno es diferente, construido para el grupo que lo va a experimentar en combinación las búsquedas que se van transitando.⁴⁰ Así, se llega a las sesiones con un taller construido, dialogado y preparado. Una vez ahí, lo más importante será ser flexible, permeable a todo lo

⁴⁰ Las estéticas del cuidado siguen siendo una práctica artística que se crea, se recrea y continúa imaginándose. Es fundamental entenderla como un producto creativo, más cerca de un performance que de una metodología de investigación.

que puede cambiar y no ser como se planeaba, como se esperaba o como se desea. De forma que al llegar al taller cabe repetirse “todo puede pasar, las cosas pueden ser diferentes a como se planificaron, mejores que lo que se imaginó”:

La principal cualidad aquí es la aceleración. No la precipitación olvidadiza que reina alrededor, sino la agudeza extrema del pensamiento, con disposición a variar su curso. Ser capaz en todo momento de cambiar de velocidad y de dirección sin por ello cambiar de naturaleza ni de intención ni de voluntad (Glissant, 1990, p. 141).

Con esta apertura hay que estar a la escucha de sí, del contexto, de la historia, de la invitación. La primera disposición intelectual y afectiva es sentirse y pensarse “ahí”, en la circunstancia en la que estamos. No se va a los talleres ni a repetir el pasado, ni a construir el futuro: vamos a alargar y habitar el presente (Salamanca González, 2023). También es importante subrayar que desde la práctica de los teatros de participación no se va a los talleres a enseñar, sino a compartir y construir (Castillo Rodríguez, 2023).

Un trabajo fundamental es preparar la actitud y la disposición emocional propia del organizador y facilitador, desde antes del taller y una vez ahí. Se trata de elegir los sitios en los que nos vamos a comprometer y lograr estar ahí desde el gozo, desde la alegría. Habitar nuestra decisión de estar ahí. Se trata de “calentar” nuestra sensibilidad para realizar nuestro *optimismo estratégico* (Molinier, 2018) para optar por *la escucha como posición política* (Molinier, 2013).

Una vez dentro del taller, las estéticas del cuidado proponen defender el gozo, con quienes así lo deseen. Esto nos recuerda que los talleres deben ser, en la medida de lo posible, voluntarios y opcionales. Se propone trabajar con nuestras corporalidades, con nuestros afectos, con nuestras dudas e incomodidades morales, trabajar con temas sensibles, y esta tarea no debería ser forzada, puesto que no hay mandato que no sea civilizatorio y la propuesta de las estéticas del cuidado se construye teóricamente desde las estéticas decoloniales, que no tienen otro objetivo que el de nuestra validación conjunta como agentes creativos desde

nuestros propios lugares de enunciación (Mignolo y Gómez Moreno, 2012; Mignolo, 2015).

Es posible, en contextos laborales o escolares, que la participación sea obligatoria. En ese caso, la opción decolonial se realiza en varios sentidos: en mantener abierta la opción de salir del taller, en mantener el derecho a la no-participación, o, en ocasiones, a hacerle frente a las disposiciones negativas de los participantes, dejar espacio para la incomodidad, para el disgusto, para la resistencia. En ese sentido, se defiende la alegría y el gozo con quienes quieren habitarse desde ahí, y quienes quieren habitar el taller desde el enojo, la indiferencia o la incomodidad también tienen la oportunidad de hacerlo. No hay necesidad de fingir.

En ese sentido, la escucha como posición política implica la disposición a sentir cómo está el tono del grupo, sus disposiciones emocionales, su tipo de participación, sus deseos. Escucharles puede llevar al facilitador a modificar lo que había planeado hacer, es decir que la escucha no es una mera cortesía, sino que sólo adquiere sentido si de hecho hay la disposición a cambiar lo que fue planificado en función de lo que encuentre en el grupo. Se trata de una ética del encuentro.

En nuestra experiencia, este principio ha llevado a modificar todos los ejercicios en un asilo de ancianos porque las participantes no podían y no deseaban involucrar tanto el cuerpo, también ha llevado a trabajar con las propias emociones y frustraciones, al tener participantes que fueron enviados al taller como parte de un castigo. En otras palabras, el encuentro implica la adecuación, escucha y consideración de las alteridades, pero también implica al propio facilitador, implica que trabaje sus expectativas, sus deseos y frustraciones.

Al facilitar los ejercicios es fundamental no encarnar la verticalidad escolar que se concretiza en consignas como “hay que participar”, “no tengan vergüenza”, “¡vamos!”, es decir, nunca presionamos, no juzgamos ni obligamos. Al contrario, ponemos nuestra atención y cuidado en la forma, el tono, el gesto, porque somos responsables de ellos, así como somos responsables de las palabras que elegimos (Salamanca González, 2021):

Porque practicamos una estética del cuidado cuando somos capaces de abrir un espacio seguro, afectivo, cuando nos conducimos con cariño, que no puedo traducir adecuadamente al francés: quizás diría ¿cuándo nos conducimos con una forma de ternura? Se trata de adecuar un espacio donde todos y todas puedan jugar tranquilamente y puedan entrar con seguridad en el juego, en función de sus deseos y de sus posibilidades (Salamanca González 2023, p. 111).

La práctica de las estéticas del cuidado se centra no en decir que importan las formas de ternura, de escucha, de preocupación por los otros, o incluso de cuidado, sino de ser capaces de practicarlo de una vez, incluso si las participantes o las instituciones que nos convocan no practican la escucha, la ternura, el cuidado o la preocupación por los otros. La tarea es abrir espacios sensibles incluso –si fuera el caso– en medio de la hostilidad.

Las estéticas del cuidado buscan que otros mundos sean posibles, y para performar la sensibilidad que deseamos, necesitamos realizar el esfuerzo de encarnarla nosotras mismas, de practicar lo que predicamos, de tomar nuestra propia medicina. Es en este sentido que las estéticas del cuidado son en realidad éticas-estéticas, ya que son la concretización sensible de éticas del cuidado, cuando éstas dejan de ser retórica y se inscriben en el cuerpo, en los gestos, en los tonos...

No hay fórmulas para practicar las éticas o las estéticas del cuidado, precisamente porque son éticas del presente en el que las concretizaciones son más valiosas que las intenciones. De forma que la adecuación a las circunstancias con sus características afectivas es un valor a realizar, y la justicia es uno de los valores que instaura el cuidado como horizonte de deseo.

Estrictamente hablando, si alguien nos pregunta ¿cómo realizar talleres de estéticas del cuidado? ¿qué tomar en cuenta? ¿cuánto deben durar? ¿cuántas sesiones? ¿qué temáticas trabajar y en qué orden? Honestamente, nuestra respuesta es siempre: “depende”. Depende del objetivo que construyamos, depende de nuestros deseos y posibilidades, depende de los deseos y posibilidades de quién lo imagina y de quienes participarán en él. Esta inestabilidad y variabilidad es la concretización

del giro particular de la ética, es la realización de una ética inscrita en las circunstancias.

Por esta razón se ha buscado en este capítulo describir el sentido de trabajar estas temáticas en lenguajes metafóricos y corporales, se ha descrito el sentido de estas prácticas, compartido cómo se organizaron los talleres de éticas del cuidado en salud, y detallado algunos de los “sentipiensos” que han acompañado su realización. Por supuesto que el futuro de las estéticas del cuidado queda siempre a imaginar en los cuerpos concretos de quienes resuenen con la propuesta, puesto que las concretizaciones valen más que las intenciones, porque como decía José Martí “hacer es nuestra manera de decir”.

REFERENCIAS

- Boal, A. (1980). *Teatro del oprimido: Teoría y práctica*. México: Nueva Imagen.
- Castillo Rodríguez, A.M. (2023). *Teatros de participación en México. Praxis y territorios liminales de la Red Mexicana de Teatro espontáneo y Teatro playback* [Tesis doctoral en Arte y Cultura, Universidad Autónoma de Aguascalientes].
- Gilligan, C. (1982). *In a Different Voice: Psychological Theory and Women's Development*. Boston: Harvard University Press.
- Glissant, É. (1990). *Poétique de la Relation*. París:Gallimard.
- Mignolo, W. D. (2015). *Habitar la frontera. Sentir y pensar la descolonialidad (Antología, 1999-2004)*. Barcelona: CIDOB y UACI.
- Mignolo, W. D. y P.P. Gómez Moreno (Eds.) (2012). *Estéticas y opción decolonial*. Universidad Distrital Francisco José de Caldas.
- Molinier, P. (2013). *Le travail du care*. París: La Dispute/ Snédit.

- Molinier, P. (2018). *Le care monde: Trois essais de psychologie sociale*. Lyon: ENS Éditions.
- Molinier, P., Laugier, S. y P. Paperman (2009). *Qu'est-ce que le care? Souci des autres, sensibilité, responsabilité*. París: Éditions Payot & Rivages.
- Salamanca González, M. G. (2015). *Las significaciones imaginarias generadas de forma autónoma en contextos estéticos a través de talleres de teatros de participación* [Tesis de maestría, Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Occidente].
- Salamanca González, M. G. (2021). *Soin et résistance en anthropocène: Une éthique-esthétique du care décoloniale* [Tesis doctoral, Université Lyon-Instituto Nacional de Antropología e Historia].
- Salamanca González, M. G. (2023). *Esthétiques du care pour l'anthropocène*. Lyon: École urbaine de Lyon, Cité anthropocène, Éditions Deux-Cent-Cinq.
- Schechner, R. (2012). *Estudios de la representación: Una introducción*. Ciudad de México: Fondo de Cultura Económica.
- Soberanes Benítez, S. A. (2023). *Poéticas del cuidado: Rutas de trabajo de Colectivo Lxs de Abajo*. [Tesis doctoral en Arte y Cultura, Universidad Autónoma de Aguascalientes].
- Straus, E. (1989). *Du sens des sens. Contribution à l'étude des fondements de la psychologie*. París: Éditions Jérôme Millon.

6. Maternaje: La experiencia de RISSSSOMA en los Servicios Públicos de Salud en la Ciudad de México

Ilian Blanco García

Guadalupe Alejandrina Cabrera Muñoz

Anaid Georgina Casas López

María Elizabeth López Enríquez

El presente apartado expone la experiencia de una propuesta de cuidado integral de la salud sexual reproductiva materna y neonatal (SSRMN), con miras a escalarse en una política pública para la Ciudad de México. Fue diseñada bajo encargo de la Secretaría de Salud de la ciudad por un equipo de profesionales en salud colectiva, psicología social, psicología clínica y pedagogía, con conocimiento de la complejidad del campo de la partería profesional en México, desde la formación de las parteras profesionales, el mercado laboral, el impacto de los costos-beneficios de sus procesos de atención y la práctica de la misma partería en el terreno profesional.

PRESENTACIÓN

La Red Integrada de Servicios de Salud Sexual Organizados al Maternar (RISSSSOMA), es un plan para incorporar un modelo de partería profesional en el sistema de salud de la Secretaría de Salud. Luego de un periodo inicial de diseño, durante el 2022 se llevó a cabo su pilotaje en la Jurisdicción Sanitaria Iztapalapa con la operación del primer tramo de la red, abarcando el Hospital Iztapalapa, la Clínica comunitaria Santa Catarina y cinco centros de salud aledaños.

Previamente, en 2021 se había realizado como parte del proceso un diagnóstico de la oferta institucional de atención a la salud materna y perinatal y de la primera infancia en la Alcaldía Iztapalapa, tomando en cuenta tres elementos de referencia:

1. La política de salud del periodo de gobierno 2018-2024, propuesta en el enfoque de derechos humanos, coloca a las usuarias de los servicios como sujetas de derechos, dejando atrás el sentido de la oferta institucional construido durante los últimos dos periodos de gobierno, con las usuarias como clientas-objeto de atención, y con los servicios como mercancías.
2. Las nuevas necesidades maternas relacionadas con las transformaciones económicas y sociales de las maternidades y su relación con las débiles redes sociales de apoyo y cuidado al Maternar (concepto que se aborda adelante), a pesar de que la oferta institucional de salud no considera estas transformaciones.
3. Continúan los esfuerzos de atención y promoción de la salud centrados en la disminución de la mortalidad materna y perinatal bajo una oferta medicalizada de atención al embarazo y parto, lo que ha permitido el control de la razón de mortalidad materna (en adelante RMM)⁴¹; sin embargo, la sobre intervención tecnológica en la atención del parto, implementada en los últimos años, estructuró un modelo violento de atención a las mujeres que cursan su embarazo y parto sin riesgo (Bautista, López y Soto, 2018; Boerma et al., 2018), creando así nuevos problemas de salud, como las discapacidades reproductivas, la depresión posparto y el estrés postraumático por la violencia obstétrica y en las primeras infancias, la influencia resultante en alteraciones del neurodesarrollo (Buckley et al., 2023; Bailham 2003; Olza et al., 2011; Lendoiro, 2016). Es decir, hay nuevas necesidades de atención relacionadas con el modelo biomédico actual que opera en los servicios de salud pública.

Por lo anterior, el plan RISSSSOMA pretende ser un dispositivo de transición hacia un nuevo modelo de atención a la salud materna y primera infancia respaldado en otros paradigmas, como el enfoque ecosistémico (Olza et al., 2021) que nos ofrece una ruta para analizar las diversas dimensiones de la producción de la Salud Sexual

⁴¹ La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la RMM como “el número de defunciones maternas durante un periodo de tiempo dado por cada 100 000 nacidos vivos en el mismo periodo” (OMS, 2005, p. 5); una definición clara que no tiene complicaciones interpretativas y que requiere para su cálculo de sólo dos datos: el número de defunciones maternas y el de nacidos vivos; para el cálculo se utilizan, por lo regular, los datos anuales (Eternod, 2012).

Reproductiva Materna y Neonatal (en adelante SSRMN) y la propuesta de la determinación social de la salud (Breihl, 2013; Correida, Méndez y Carnut, 2023) que nos posibilita reflexionar, bajo una mirada crítica, sobre los procesos y dialécticas de las estructuras sociales entretejidas, no sólo en la producción de la SSRMN sino también de su reproducción, con miras a transformar la forma de su cuidado y atención bajo una nueva ética de la salud.

RISSSOMA propone ser un modelo emancipador que produzca, bajo una lógica integral, el cuidado que puede ser abordado desde la dimensión más íntima o individual y colectiva. Desde cuidar los aspectos más íntimos de las personas, sus pensamientos, equilibrios y crecimientos emocionales, hasta cuidar valores como la solidaridad, el amor, cuestiones culturales y éticas no consideradas normalmente por los servicios de salud (Machado, Pinheiro y Guizardi, 2008).

Respecto al carácter emancipatorio pretendido del modelo, el último concepto del acróstico RISSSOMA reivindica la práctica del maternar. Comprendemos esta noción desde las propuestas que han incorporado ampliamente a la maternidad en el debate feminista. Así, nos adscribimos a las posturas que lo entienden, con sus aspectos éticos y relacionales, como una práctica o una “agencia” potencialmente transformadora y subversiva, con capacidad para romper los discursos dominantes sobre la maternidad y con una retórica propia, alejada de las formas heteropatriarcales de concebir el mundo con conciencia política (Sancho, 2016).

Entendemos el maternaje como una construcción social activa, contextual y cambiante; matriz a través de la cual el “yo maternal” emerge como una decisión tomada por la mujer de ser madre (Jeremiah, 2006) y de saberse un cuerpo imbricado o en relación simbiótica -madre/ criatura-, lo que implica un aspecto ético maternal y una búsqueda de otras maneras de ser madres, mujeres, demandando respeto social, económico y político para las prácticas, como mujeres y como madres (Sancho, 2016); así, se ha planteado al maternar como potencialmente empoderador, fuente de placer, conocimiento y poder específicamente femeninos (Rich, 1986, Chodorow, 1984, Gilligan, 1985, Reardon, 1985 y Ruddick, 1989).

Asimismo, concordamos con otras teorías feministas que destacan el potencial del pensamiento maternal para la construcción de una cultura de paz (Rich, 1986, Chodorow, 1984, Gilligan, 1985, Reardon, 1985 y Ruddick, 1989) o en su relación con la ética del cuidado (Gilligan 2013).

Así, más allá de un trabajo improductivo y opacado, el maternar responde a demandas específicas de preservación, crecimiento y aceptación social, un gran potencial para hacer la paz, que se distancia del recurso a la violencia para la resolución de conflictos (Ruddick, 1989).

Como producto de su socialización y de las prácticas maternales, las mujeres presentan rasgos que se pueden vincular con una “ética del cuidado”, donde las mujeres tendrían “valores más morales” que los valores de la justicia social patriarcal (Gilligan, 1985). Una ética del cuidado feminista entendida como un movimiento de liberación radical -que llegue a la raíz- de la historia de la humanidad y que libere a la democracia del patriarcado (Gilligan, 2013), que reconozca que son las prácticas maternales del cuidado las que reproducen y permiten sostener la vida, donde es clave el carácter interdependiente del cuidado, dado que la falta de dependencia supone el aislamiento (Gilligan, 2013) y la vida de las sociedades actuales se encuentra interconectada, por lo cual la interdependencia está presente en la reproducción cotidiana de la vida (Segovia, 2023).

Finalmente, en acuerdo con los feminismos decoloniales y posestructuralistas, coincidimos con quienes definen el maternaje como una construcción social que va más allá de la posibilidad de gestar e incluye (o debería de hacerlo) a todo el núcleo de convivencia familiar y comunitario de las personas que están maternando (Segovia, 2023).

Descripción de la Red Integrada de Servicios de Salud Sexual Organizados al Maternar (RISSSOMA)

Se trata de un modelo de atención a la salud materna y primera infancia en transición, ya que incorpora a las parteras profesionales en la atención a las

mujeres/madres y las/los bebés acompañando sus procesos fisiológicos; se inscribe en la atención sanitaria comunitaria como propuesta de atención obstétrica intercultural, concebida en el enfoque de la salud ligada al bienestar del individuo, familia y comunidad, con la intención de flexibilizar la perspectiva biomédica mediante la incorporación de ejes en la atención, como la promoción de la salud, el continuum en la atención, el ciclo de vida, la interculturalidad, la humanización y los derechos, aspectos significativos en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, en la Constitución Política de la Ciudad de México y en la Ley de Salud de la Ciudad de México y, más recientemente en la Ley General de Salud (2024), que reconocen el derecho de las personas a su identidad étnica y cultural y en el caso de la salud materna se asegura una visión y práctica intercultural (Solórzano, Villalobos y Gorozabel 2020).

El diseño del modelo se sintoniza con la política del derecho a la salud, tanto de la propuesta federal (Plan Nacional de Desarrollo 2019-2024), como en la de la Ciudad de México (Borrador, Programa de Salud 2018-2024) en articulación con el Modelo de Atención a la Salud para el Bienestar (MAS-Bienestar), que la coloca a su vez en el centro de la política a la salud colectiva, fortaleciendo los principios y la práctica de la Atención Primaria de la Salud (APS) (Secretaría de Salud, 2022).

En armonía con el MAS-Bienestar, RISSSSOMA plantea responder a las nuevas necesidades maternas y de las primeras infancias a nivel territorial, a través de las Redes Integradas de Servicios (RIS) y reorienta sus acciones hacia la Atención Primaria a la Salud, cuyo propósito es generar la estructura de salud comunitaria necesaria para la organización de los servicios a nivel territorial y para la participación de las mujeres y sus infancias en la producción de salud. Es así un modelo predominantemente salutogénico.

Específicamente, la propuesta del Plan RISSSSOMA responde a la adscripción de la Secretaría de Salud de la Ciudad de México al respeto y promoción del Derecho a la salud (Programa de Salud, 2018) bajo los siguientes postulados:

1. Toda persona tiene derecho al más alto nivel posible de salud física y mental, con las mejores prácticas médicas y lo más avanzado del conocimiento científico y políticas activas de prevención.
2. El derecho al acceso a un sistema de salud público local que tenga por objeto mejorar la calidad de la vida humana y su duración, la reducción de los riesgos a la salud, la morbilidad y la mortalidad.
3. En cuanto al uso de los servicios de salud, el derecho a un trato digno, con calidad y calidez, a una atención médica oportuna y eficaz, a que se realicen los estudios y diagnósticos para determinar las intervenciones estrictamente necesarias y debidamente justificadas, a gozar de los beneficios del progreso científico y de sus aplicaciones, a recibir información sobre su condición, a contar con alternativas de tratamiento, así como a expresar su consentimiento para la realización de procedimientos médicos y a solicitar una segunda opinión.
4. La garantía del derecho a la salud alude a la creación de condiciones estructurales que incidan sobre las determinaciones sociales y que simultáneamente posibilite a las personas el disponer de la más amplia, suficiente y oportuna protección mediante un sistema público universal, equitativo, integral y de calidad, reconociendo su condición de sujetos de derechos y alentando su participación.
5. El derecho a la salud es congruente con el modelo de Atención Primaria de la Salud (OMS) que desde el nivel federal está marcando la pauta de trabajo del sector salud en el país.
6. Las propuestas del Plan de Salud 2018-2024 son congruentes con el modelo de atención primaria de la salud (OMS) *ad hoc* para atender la precariedad en la calidad de vida y condiciones de salud de las poblaciones, desde el seguimiento de la salud sexual reproductiva y métodos de anticoncepción, en atención a la prevención de embarazos adolescentes y el seguimiento de la atención del embarazo parto y puerperio, con el fin de atender las principales

causas de razón de mortalidad materna, incluidas la prevención y detección oportuna del cáncer cervicouterino y de mama, entre otros.

7. El derecho a la salud y Atención Primaria de la Salud (APS) requiere modelos de atención preventivos que atiendan la salud de las mujeres sin ponerlas en riesgo y sin desnaturalizar ni desarticular el continuum del proceso de embarazo-parto-puerperio, y sin necesidad de atenderse en las unidades de salud de segundo nivel.
8. Los modelos de atención preventivos de seguimiento y atención SSRMN deben ser atendidos por personal calificado con competencias basadas en evidencia científica como las parteras profesionales, personal reconocido por su larga trayectoria y experiencia profesional no sólo a nivel mundial por la OMS y la Confederación Internacional de Matronas (ICM), sino también en la escala de lo nacional, donde desde hace varios años se ha visto gestando y fortaleciendo la profesionalización de parteras.
9. Un modelo de atención de menor costo y mayor efectividad que el de la atención del parto bajo el modelo medicalizado.
10. Un modelo de atención respetuoso, no invasivo y que no pone en riesgo el estado de la madre ni su atención.
11. Las condiciones de pobreza y las carencias sociales vulneran a la población, que presenta perfiles de morbilidad biológicos y psicosociales con persistencia de infecciones respiratorias e intestinales, enfermedades carenciales y elevados índices de mortalidad materna; enfermedades como la depresión, las adicciones, alta ocurrencia de lesiones accidentales e intencionales, así como mortalidad por enfermedades crónicas y exposición permanente a entornos insalubres.

ALGUNOS DATOS QUE VISIBILIZAN LA GRAN PROBLEMÁTICA DE LA SSRMN

México ocupa el primer lugar a nivel mundial en cuanto a embarazos en adolescentes (Lacunza y Rojas, 2018). En tanto, en el mundo tres millones de adolescentes entre 15 y 19 años se practican abortos inseguros o clandestinos para interrumpir un embarazo no deseado, acción que pone en riesgo su salud. En los últimos 15 años, la fecundidad y la proporción de nacimientos entre adolescentes se han mantenido en niveles altos y prácticamente sin cambios. Más de la mitad de estos embarazos no son planeados y se reportan 77 nacimientos por cada mil jóvenes entre 15 y 19 años. Los embarazos conocidos como muy tempranos, es decir, en el grupo de edad de 10 a 14 años también van en aumento, con casi 27 por ciento de todos los nacimientos (Olguín y Rojas, 2019).

A su vez, se estima que en el mundo hay alrededor de 604 mil 127 casos de cáncer cervicouterino, así como 341 mil 831 muertes, resultando el cuarto tipo de cáncer más frecuente y en muertes por esta enfermedad entre mujeres. Se ha demostrado científicamente que el índice de pobreza en las regiones hace variar la mortalidad en más de 52 por ciento. En México, para 2020 el cáncer cervicouterino fue el segundo más diagnosticado y la segunda causa de muerte en mujeres, con un estimado de 9 mil 439 nuevos casos y 4 mil 335 muertes. Una tasa de incidencia de 12.6 y de mortalidad de 5.7 por 100 mil, aunque con respecto a 2012 se observa una disminución importante en la incidencia. Dentro de los registros hospitalarios, el cáncer cervicouterino es además la séptima causa de atención, con 577 casos. Si bien, antes de 2017, se observaba una tendencia al decrecimiento, a partir de 2018 los casos aumentaron de forma importante (Medrano, 2022).

Por otro lado, ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal ocupan el onceavo lugar entre las principales causas de mortalidad general en la CDMX (INEGI/SEDESA-DIS, 2017) y casi la tercera parte de los egresos hospitalarios (38.7 %) se relacionan con la atención de eventos obstétricos y perinatales, como el 16.9 % que fueron por parto único espontáneo; el 15.7 % por causas obstétricas directas y parto único espontáneo (morbilidad excepto aborto); 4.5 % por ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal y 1.6 % por hipoxia intrauterina, asfixia

y otros trastornos respiratorios (SEDESACDMX/SAEH. Información preliminar, enero-diciembre 2018).

Respecto al resto de los estados del país, para 2017 la CDMX ocupaba el 14º lugar, con una razón de mortalidad materna (RMM) de 35.3 (con 40 defunciones) donde la principal causa de mortalidad materna fue por muerte obstétrica directa (con una RMM de 29.2, en total 33 defunciones), seguida por embarazo terminado en aborto y otras causas obstétricas directas (ambas con una RMM de 8.0), por causas obstétricas indirectas (RMM 6.2), por edema, proteinuria y trastornos hipertensivos en el embarazo, parto y puerperio, así como por hemorragia durante el embarazo (ambas con una RMM de 5.3), y por complicaciones del puerperio (RMM 2.7) (INEGI/SEDESA, DIS, 2017).

Si bien problemas como la diabetes, las enfermedades de corazón y los accidentes y agresiones están entre las principales causas de defunción en la zona suroriental de la ciudad (Iztapalapa y Tláhuac), en esta demarcación existe una mayor proporción de niños y jóvenes, predomina la morbilidad por causas gineco-obstétricas y pediátricas, esta zona es la que presenta la mayor RMM en la CDMX.

La violencia obstétrica: otra gran razón del plan RISSSSOMA

La violencia obstétrica en la atención de la Salud Materna y Neonatal pone en riesgo la calidad de salud y la vida del binomio en el sistema de salud de la Ciudad de México. Esta violencia del proceso de parto desde la atención hospitalaria, puede explicarse bajo dos lecturas. Desde la transformación de su concepción y atención, constituye un proceso natural que puede atenderse como parto normal, o comprenderse como una patología y tratarse bajo la mirada del riesgo. Esta perspectiva marginó, y en algunos casos excluyó totalmente la práctica de las parteras en embarazos y partos (Dietiker, 2011) e impuso el dominio médico del proceso, con la consiguiente desposesión del control de la mujer sobre su propio cuerpo, donde el poder de los sanitarios subordina la maternidad al modelo

biomédico, por lo que comienza a valorarse la gestación desde una perspectiva fundamentada en un modelo tecnocrático, paternalista y autoritario.

Esta idea se refuerza con los discursos de varios actores, cuando equiparan el proceso del parto como un mero proceso de producción industrial, donde lo que se pretende es reducir los costos-tiempo no sólo en la rápida y distante atención de la madre, en su sobre-medicalización –por ejemplo, en el uso de “cocktails” de oxitocina exógena para acelerar los partos–, en las innecesarias intervenciones – como las rápidas y programadas cesáreas–, y hasta considerar que en la tendencia a la medicalización de los partos participa el que los médicos no saben resolver situaciones diferentes del parto por otra vía que no sea la cirugía, elemento fundamental de su formación (Dietiker, 2011). Esta es la tendencia dominante que precisamente busca cuestionar el movimiento de parteras: por un lado, demostrando que la tendencia tiene que ver con el “negocio del nacimiento”, siendo esto justificado por ganancias económicas en el sector privado, y por otro, por la facilidad de incidencia en el sector público de contrataciones de su personal de salud y las características profesionales de los mismos” (Dietiker, 2011, pp. 92-93).

El proceso de parto también evidencia la violencia cotidiana del hospital y quizás sea el más agresivo de todos: “La espera, el seguimiento y la exigencia de celeridad por parte del personal frente a la abarrotada demanda del servicio, reduce a las mujeres atendidas a un espacio común de exhibición de corporeidades e intimidades tan celosamente guardadas por tradición y cultura que contrasta con este espacio donde son tan públicamente expuestas” (Fernández, 2007, p. 68).

Concreción de la violencia obstétrica en la práctica

La violencia obstétrica se concreta, entre otras situaciones, a través de la inducción del trabajo de parto (vía medicalizada), procedimiento que incrementa hasta en 70% las complicaciones perinatales y favorece la terminación del embarazo por cesáreas (Heffner, 2003; Donal, 2009). A nivel mundial, México ocupaba en 2020 el segundo

lugar en cesáreas, muy por encima de lo que la OMS recomienda (15%), lo que puede poner en riesgo a la madre y los neonatos (WHO, 1985).

Esas prácticas atentan contra los derechos humanos, los derechos de la salud sexual y reproductiva, y los derechos de la mujer y del recién nacido, pues impactan en diversas dimensiones, en la muerte misma, la morbilidad, la calidad en la salud reproductiva y sexual de la mujer y la condición de la persona recién nacida.

Existe así una elevada morbi-mortalidad materna por prácticas no recomendadas: la morbimortalidad materna e infantil son prioridades a nivel nacional y mundial, debido a que sus indicadores son los más sensibles de las condiciones de desigualdad prevalecientes (García, 2016, p. 3). En el marco de estas prácticas no recomendadas, existe una mayor probabilidad de que la madre pueda morir luego de una sección cesárea en comparación con el parto vaginal (Wagner, 2000). Este riesgo no se limita a las cesáreas de emergencia, pues luego de una cesárea electiva, hay aún 3.6 veces mayor posibilidad de muerte materna, incluso en los países desarrollados (Liu, 2007; Deneux-Tharaux, et al., 2006), aseveración que es aún más preocupante en las naciones latinoamericanas, donde ya la mortalidad materna global es casi siete veces mayor que en los estados industrializados (Victoria, 2006; Maggiolo, 2012).

A su vez, existe la práctica de la maniobra de Kristeller con sus riesgos reales⁴²: ruptura del útero, inversión uterina, hemorragias graves; riesgo de desgarros vaginales y perianales; prolalpo urogenital⁴³; fractura de costillas; hematomas y contusiones en la zona del abdomen y en órganos internos.

⁴² La maniobra Kristeller consiste en hacer presión sobre el fondo uterino en el período expulsivo, que es la segunda etapa del trabajo de parto. Aparece en la literatura científica por primera vez en 1867 gracias a Samuel Kristeller, quien describió al detalle su utilización en pro de fortalecer las contracciones uterinas débiles del período expulsivo (Waszkyfski, 2008). En la actualidad el uso de esta maniobra se considera una mala práctica y está desaconsejada por la Organización Mundial de la Salud (WHO, 2018, p. 155), a pesar de lo cual aún se utiliza (Becerra-Chauca, et al., 2019).

⁴³ El prolalpo genital es la exteriorización de los órganos pélvicos por la vagina, siendo una patología que afecta la calidad de vida de toda mujer, provocando, *per se*, muy rara vez morbilidad o mortalidad (Palma, et al., 2008).

Cabe también mencionar en este sentido la escisión de la transmisión de estímulos fisiopsico-afectivos del binomio madre-hijo, como el corte temprano del cordón umbilical, la imposibilidad de contacto piel a piel y la separación abrupta del recién nacido de la madre. Los componentes originales de la intervención (contacto prolongado piel a piel, “posición canguro”, nutrición basada en leche materna y salida temprana en la posición canguro), han sido científicamente probados en estudios experimentales y de observación (Sierra-García y Carrasco, 2019), habiéndose demostrado como una alternativa efectiva y segura para cuidar al recién nacido de bajo peso de nacimiento y en las unidades de cuidado mínimo después de su estabilización, lo que ofrece ventajas adicionales respecto a la facultad de la madre y el vínculo de la familia con el niño. La “posición canguro” es un procedimiento para el cuidado de los recién nacidos de bajo peso al nacer y de sus madres que permite un mejor uso de los recursos técnicos y humanos disponibles, como también un establecimiento temprano del vínculo madre-hijo. Dicho procedimiento se debe ofrecer como una rutina a todo recién nacido con un peso al nacer menor a los 2,000 g o con una edad gestacional de menos de 37 semanas (Ruiz, Charpak y Figueroa, 2002).

Otro factor positivo de referencia es la lactancia materna, que reduce el riesgo de síndrome de muerte súbita del lactante (SMSL) y la muerte durante el primer año de vida, y disminuye el riesgo de padecer enfermedades gastrointestinales, respiratorias y urinarias y, de presentarse, que sean menos graves (Brahm y Valdés, 2017).

En este marco, se enuncia a su vez un alto porcentaje en la práctica de episiotomías en los partos eutópicos (normales): cicatrización dolorosa y molesta (tirante, dura, fibrosa o engrosada y sin elasticidad o con los bordes mal afrontados) y otras secuelas que afectan a la calidad de vida de las mujeres: dolor durante las relaciones coitales, aumento del diámetro vaginal y pérdida de sensibilidad, así como debilidad en músculos del suelo pélvico, y en muchos casos, incontinencia urinaria y prolapsos⁴⁴.

⁴⁴ Caída, descenso o salida de un órgano o de una estructura anatómica.

A lo anterior se suma la percepción de baja calidad en la atención de la salud sexual y reproductiva por parte de las mujeres: testimonios de maltratos por parte del personal de salud, infantilización y burlas, entre otros (Castro y Eriviti, 2015).

Todo lo anterior abona al deterioro de la salud y bienestar de las mujeres y sus hijos, y en consecuencia a la vulneración de los derechos de las mujeres y los derechos de la salud sexual y reproductiva, así como a la calidad de vida y al desarrollo fisiológico y el desarrollo psico-socio-emocional-cognitivo de la diada conformada por la persona recién nacida y la madre.

Otras evidencias que motivaron el desarrollo del Plan RISSSOMA en una micro red de la Ciudad de México

Una exploración somera sobre la proporción de habitantes y nacimientos en la Ciudad de México condujo el destino inicial del Plan RISSSOMA a su ubicación en la alcaldía de Iztapalapa, como se expone a continuación:

Cuadro 1. Número de habitantes y de nacimientos en unidades médicas de la Secretaría de Salud por alcaldía de la Ciudad de México, 2015 y 2019.

ALCALDÍA	HABITANTES	%	NACIMIENTOS		%
			2015 ¹	2019 ²	
Azcapotzalco	400,161	4.49		1,431	4.29
Coyoacán	608,479	6.82		-	0.00
Cuajimalpa	199,224	2.23		-	0.00
Gustavo A. Madero	1,164,477	13.06		4,682	14.04
Iztacalco	390,348	4.38		-	0.00
Iztapalapa	1,827,868	20.49		7,342	22.01
Magdalena Contreras	243,886	2.73		1,645	4.93
Milpa Alta	137,927	1.55		781	2.34
Álvaro Obregón	749,982	8.41		2,983	8.94
Tláhuac	361,593	4.05		4,254	12.75
Tlalpan	677,104	7.59		2,961	8.88

Xochimilco	415,933	4.66	1,925	5.77
Benito Juárez	417,416	4.68	27	0.08
Cuauhtémoc	532,553	5.97	790	2.37
Miguel Hidalgo	364,439	4.09	-	0.00
Venustiano Carranza	427,263	4.79	4,532	13.59
TOTAL	8,918,653	100	33,353	100.00

Fuentes:

¹ INEGI, 2015 (2015 año de la última medición intercensal que sirve de referencia para comparar los datos de los nacimientos registrados en 2019, año que fue referencia para el diseño la propuesta de RISSSOMA).

² SEDESA/DGDPPCS/DISySI/SAEH (Subsistema Automatizado de Egresos Hospitalarios), 2019.

En este cuadro se puede apreciar que la alcaldía Iztapalapa concentraba la mayor cantidad de habitantes de la CDMX (20.49%) y también el mayor número de nacimientos atendidos por las unidades médicas de la Secretaría de Salud, respecto al resto de las alcaldías (22.01%). Dichos nacimientos eran atendidos principalmente por el Hospital General Iztapalapa “Dr. Juan Ramón de la Fuente”, registrando un mayor número de egresos por atención obstétrica, un poco debajo del Hospital Inguarán (HGI) (alcaldía Venustiano Carranza) con 4,423 nacimientos en el 2019.

Respecto a las cesáreas, para el 2022 se reportó que del total de 24,347 nacimientos atendidos por la Secretaría de Salud de la CDMX, en el 37.77 % (9,197) medió dicho procedimiento (SEDESA, 2023). En tanto, en los cuadros 2 y 3 se expone la tendencia previa creciente en este rubro:

Cuadro 2. Nacimientos por parto y por cesárea en los hospitales de la Secretaría de Salud de la CDMX en la alcaldía Iztapalapa, 2015-2019.

Año	Nacimientos	Partos	Cesáreas	% Cesáreas
2015	20,307	10,942	9,365	46.12
2016	20,414	10,819	9,595	47.00
2017	19,719	10,418	9,301	47.17
2018	17,889	8,968	8,921	49.87
2019	16,967	-	-	-

Fuente: SEDESA/DGDPPCS/DISySI/SIS.2019

Cuadro 3. Número de nacimientos en el Hospital General de Iztapalapa Dr. Juan Ramón de la Fuente, 2015-2019.

Año	Nacimientos	Partos	Cesáreas	% Cesáreas
2015	4,567	3,382	1,185	25.95
2016	4,857	3,596	1,261	25.96
2017	4,616	3,419	1,197	25.93
2018	4,115	3,014	1,101	26.76
2019	3,555	2,581	974	27.40

Fuente: SEDESA/DGDPPCS/DISySI/SIS.2019

Otro dato significativo para el Plan RISSSOMA es que durante el periodo de gestación y el puerperio no se garantiza en el acompañamiento a las mujeres embarazadas el continuo de la atención por parte del sistema público de atención. Según la Nom-007-SSA2-1993, se deben dar al menos cinco consultas prenatales y mínimo tres consultas en el puerperio mediato. No obstante, en el 2019 de todas las embarazadas, sólo al .064 % se les dió seguimiento en el puerperio en las unidades del primer nivel y en el segundo nivel no lo hubo (Cuadro 4), a pesar de ser crucial para detectar morbilidades y apegos, entre otros.

Cuadro 4. Número de consultas prenatales y a puérperas en la alcaldía Iztapalapa, Secretaría de Salud de la CDMX, 2019.

Nivel de atención	Consulta prenatal	Consulta a mujeres en puerperio	Mujeres en edad fértil atendidas (10-49 años)**	Mujeres en edad fértil atendidas (15-49)**
Primer nivel	30,513	1,983	6,640	5,948
Segundo nivel	6,543	0	112,233	100,012
Total	37,056	1,983	118,873	105,960

Fuente: SEDESA/DGDPPCS/DISySI/SIS.2019

Asimismo, la propuesta de RISSSSOMA se planteó frente a la notoria cantidad de embarazos en adolescentes y con ello el preocupante desarrollo neurofisiológico del recién nacido y los procesos psico-afectivos de las mujeres, lo que refuerza la necesidad de atender los partos bajo otros paradigmas (por parteras profesionales) y trabajar nuevas formaciones de gineco-obstetras (cursos de derechos humanos, psicología del embarazo en la adolescente, etc).

En tanto, en el cuadro 5 se destacan procedimientos quirúrgicos desaconsejables o incluso prohibidos que sin embargo se llevan a cabo, reflejando a su vez una realidad que no se limita a la CDMX, sino que persiste en diversos ámbitos de la atención ginecoobstétrica en nuestro país:

Cuadro 5. Principales procedimientos quirúrgicos por el servicio de gineco-obstetricia, Red hospitalaria de la Secretaría de Salud de la CDMX, 2019.

ORDEN	PROCEDIMIENTOS	TOTAL	%
	Total	32,239	100
1	Cesárea clásica baja	8,444	26.2
2	Destrucción u oclusión bilateral de las trompas de Falopio	6,064	18.8
3	Episiotomía	5,931	18.4
4	Cesárea de tipo no especificado	2,939	9.1
5	Dilatación y legrado después de parto o aborto	2,663	8.3
6	Operación de asistencia al período expulsivo	914	2.8
7	Histerectomía total abdominal	601	1.9
8	Legrado por aspiración del útero después de parto o aborto	550	1.7
9	Reparación de otro desgarro obstétrico actual	544	1.7
10	Exploración manual de la cavidad uterina después del parto	513	1.6
11	Sutura de desgarro de la vulva o el perineo actual	415	1.3
12	Laparotomía exploradora	389	1.2
13	Ligadura y sección bilateral de las trompas de Falopio	362	1.1
14	Salpingooforectomía unilateral	195	0.6
15	Cesárea clásica	176	0.5
16	Oclusión quirúrgica de vasos, arterias abdominales	117	0.4
17	Dilatación y legrado	78	0.2
18	Colecistectomía laparoscópica	73	0.2

19	Apendicectomía	68	0.2
20	Salpingectomía con extracción de embarazo tubárico	53	0.2
	Los demás procedimientos	1,150	3.6

Fuente: SEDESA/SAEH (Sistema Automatizado de Egresos Hospitalarios)

Otra razón de peso para proponer la implementación de RISSSOMA en la alcaldía Iztapalapa se hizo tomando en cuenta que, si bien en el 2017 la mayor razón de mortalidad materna se ubicaba en la alcaldía Iztacalco, el mayor número de muertes maternas se ubicaba en la alcaldía Iztapalapa (cuadro 6):

Cuadro 6. Razón de mortalidad materna en la Ciudad de México en 2017

Alcaldía	Defunciones	RMM
Ciudad de México	40	35.3
Azcapotzalco	1	20.2
Coyoacán	0	0.0
Cuajimalpa	1	32.3
Gustavo A. Madero	7	48.2
Iztacalco	3	64.1
Iztapalapa	10	39.7
Magdalena Contreras	0	0.0
Milpa Alta	1	45.2
Álvaro Obregón	3	31.0
Tláhuac	0	0.0
Tlalpan	2	24.4
Xochimilco	2	34.0
Benito Juárez	2	52.9
Cuauhtémoc	3	49.9
Miguel Hidalgo	1	21.9
Venustiano Carranza	3	56.4
No especificado	1	

RMM: Razón de Mortalidad Materna por 100,000 Nacimientos.

Fuente: INEGI/SEDESA (Dirección de Información en Salud), con base en las defunciones 2017.

Discapacidades en el nacimiento

Otro rubro que pone en evidencia la necesidad de un cambio de paradigma para acompañar, cuidar y atender el embarazo parto y puerperio es la relación entre la calidad de la atención del embarazo y las discapacidades provocadas en ese proceso, al margen de las discapacidades inherentes a las malformaciones congénitas. Entre ellas, algunas alteraciones del neurodesarrollo como los Trastornos del Neurodesarrollo (TND) en diversas variantes como los Trastornos del Desarrollo Intelectual, Trastornos de la Comunicación, Trastorno del Espectro Autista (TEA), Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH), Trastornos del Desarrollo Motor, Trastornos Específicos del Aprendizaje (TAP) y Otros Trastornos del Neurodesarrollo (Universidad Iberoamericana, 2023), o discapacidades ocasionadas por la sobreintervención de oxitocina sintética durante el trabajo de parto lo que puede ocasionar autismo (Olza y Gainza, 2007). O la asfixia neonatal (encefalopatía hipóxico-isquémica) que se produce por una falta de oxígeno en el cerebro antes o poco después del nacimiento. Afecta el sistema nervioso central es un proceso que puede derivar en la manifestación de secuelas neurológicas, tales como: parálisis cerebral, deficiencia mental, alteraciones sensoriales auditivas o visuales, crisis convulsivas, entre otras (Romero, et.al., 2004).

Observamos que a partir de ciertos cortes históricos se fue incrementando la prevalencia de la discapacidad por causas relacionadas con el nacimiento. Los nacidos antes de 1950 casi no nacían con discapacidades, poco más del 10% de los nacidos entre 1951 y 1960 comenzaron a nacer con ellas, incrementándose casi un 10% más en los nacidos entre 1961 y 1970. Esto implica que la atención de los nacimientos en estos períodos también sufrió transformaciones, desde su institucionalización para ser atendidos bajo el paradigma biomédico con la creación del IMSS desde 1943 (IMSS, 2020), hasta ir desplazando poco a poco de la atención a las parteras (enfermeras-parteras) por médicos (Rosado, 2018).

CAUSAS DEL HECHO PROBLEMÁTICO

Para la medicina occidental hegemónica el parto es un acontecimiento que deberá ser atendido como si fuera un evento de riesgo y patológico que vulnera la capacidad y la calidad del parto como un hecho fisiológico natural.

El desarrollo socio-económico-político de la historia de México causa y concreta diversas formas de ejercer violencia obstétrica: en 1950, periodo de explosión demográfica y modernización del estado mexicano, se acentúa la tecnificación de los procesos del cuidado y la atención de la SSRMN y la medicalización del parto. El neoliberalismo incentivó luego la práctica de la cesárea (inversión de menor tiempo en trabajo de parto y mayores ganancias al sistema de salud), poniendo en riesgo la vida de las mujeres. Cabe advertir que el problema no es el procedimiento quirúrgico de la cesárea en sí, sino su abuso criminal. No se trata de satanizar un recurso que, indicado con fundamento, salva vidas de seres humanos.

Asimismo, la violencia obstétrica se legitima con las prácticas institucionales de los profesionales de la medicina formados en el marco de un campo cultural construido bajo el paradigma patriarcal que desvaloriza a la mujer, minimiza y desacredita su posibilidad de participación en su propio proceso fisiológico.

ALTERNATIVAS DE SOLUCIÓN DEL HECHO PROBLEMÁTICO

- Destecnificar/desmedicalizar los procesos de la atención de la SSRMN con la incorporación de parteras profesionales, posibilitadas a trabajar en el sistema de salud público y con competencias, reconocidas por organizaciones internacionales como la Confederación Internacional de Matronas (ICM) y la Organización Mundial de la Salud (OMS), para acompañar el cuidado de la atención prenatal hasta la atención del parto fisiológico y continuar el acompañamiento de la mujer y de su hijo o hija hasta el primer año de edad.
- Procurar el continuo de la atención de la SSRMN cercana empáticamente con la mujer y el hijo.

- Atención de la SSMRN con calidad (sin violencia) y calidez (empatía). Bajo un modelo de salud colectiva.
- Acompañamiento con calidez de la madre durante la etapa más significativa de la formación fisiopsicoafectivo-cognitiva, de un ser humano

Incorporación de las parteras

Algo que hemos señalado como alternativa para atender la violencia obstétrica es la incorporación de las parteras al sistema de salud, medida fundamentada en diversos estudios específicos y revisiones (meta-análisis) por los grupos Cochrane (Sandall et al, 2016) quienes consistentemente han identificado beneficios para madres e hijos atendidos por parteras, así como en un estudio de Costo-efectividad del modelo de partería, realizado por el Instituto Nacional de Salud Pública, en el marco del Proyecto marco: “Modelo Integral de Partería. Atención del parto de bajo riesgo por parteras y médicos” (Garrido, et.al. 2017), comparando la atención del parto de bajo riesgo por parteras y por médicos⁴⁵ (cuadro 7).

Cuadro 7. Procedimientos en la atención del parto fisiológico de bajo riesgo en unidades de salud con modelos de partería profesional y en unidades de atención con el modelo médico, en cuatro estados del país (Estado de México, Chihuahua, Guanajuato y Veracruz) durante 2017.

Procedimientos	Parteras	Médicos
Solución endovenosa*	42.7	98.6

⁴⁵ Para el estudio de costo-efectividad se identificaron y seleccionaron seis unidades de salud (US) con modelos de partería profesional (PP) ubicados en cuatro estados del país (Estado de México, Guanajuato, Chihuahua y Veracruz), así como cuatro US con el modelo médico (MM) en las mismas entidades. En estas unidades se seleccionaron aleatoriamente un total de 830 historias clínicas. Entre los datos obtenidos destacan los insumos empleados en la atención del parto; el tipo de prestador de servicios y los resultados de la atención del parto tanto para la madre como para el recién nacido. Estos datos se complementaron con una encuesta de satisfacción a una muestra de mujeres que egresaron por atención del parto en ambos tipos de US, así como con registros administrativos locales del personal de partería y del Subsistema Automatizado de Egresos Hospitalarios (SAEH) (Garrido, et.al. 2017)

Sonda vesical*	1.2	11.9
Bloqueo epidural*	2.0	10.2
Analgesia oral*	21	43.6
Anestesia local*	41.0	54.3
Episiotomía*	19.3	57.9
MATEP**	65.0	38.6
Tricotomía*	5.7	16.2
Revisión de placenta**	95.8	82.9
Exploración manual de cavidad uterina*	34.7	66.6
Uso de partograma**	90.9	67.4

Fuente: Garrido et al (2017).

* No recomendables según la evidencia científica. Ponen en riesgo la vida y la calidad de la atención de la madre y del hijo.

**Recomendables según la evidencia científica. Por ejemplo, el Manejo Activo de la Tercera Etapa del Parto (MATEP) que se hace en el tiempo que transcurre entre el nacimiento del bebé y las maniobras para la expulsión de la placenta es el periodo crítico para la supervivencia y la salud de la madre y del recién nacido; el manejo adecuado del tercer periodo del parto es importante para obtener posteriormente la ligadura del cordón y el contacto temprano con el recién nacido, dos intervenciones que se realizan en este periodo con repercusiones también en el neonato a largo plazo.

Los resultados de ese estudio concluyen que la atención del parto de bajo riesgo por parteras profesionales es seguro, efectivo y responde mejor a las expectativas de las mujeres. Las parteras despliegan procesos de atención con mayor apego a los estándares de calidad de la atención del parto: a) menor uso de intervenciones cuestionables como el uso rutinario de episiotomía o la revisión manual de la cavidad uterina (práctica que violenta a la mujer); b) un uso selectivo y acorde con las etapas del parto en el empleo de oxitocina (lo emplean cuando el recién nacido está fuera de la madre y es para ayudar a expulsar la placenta); c) menor uso de medicamento, y d) menor uso de soluciones endovenosas, empleo de sonda vesical y de anestésico.

Ligado con lo anterior, la apuesta del Plan RISSOMA es la de lograr el continuo del cuidado y la atención en el primer nivel y desahogar su intervención como si se tratara necesariamente de padecimientos patológicos a resolverse en el segundo nivel.

PRINCIPIOS DE RISSOMA

La propuesta de RISSOMA planteó como uno de sus ejes reducir la violencia obstétrica mediante un plan de atención a la SSRMN basado en un modelo de partería profesional en apego al conjunto de prerrogativas sustentadas en la dignidad y el desarrollo integral de la persona, y en la misma Constitución, específicamente cuando señala que todas las autoridades en el ámbito de sus competencias tienen la obligación de promover, respetar, proteger y garantizar los derechos humanos consignados en favor del individuo.

La propuesta no puede entenderse ni implementarse si no es bajo la lógica de la integralidad del sistema de salud (primer y segundo nivel), vinculado a políticas públicas de otros sectores que permitan fortalecer el seguimiento y el cuidado de los usuarios. Asimismo, el modelo es relevante porque permitiría mitigar cuestiones médicas que aquejan la población, y sobre todo a las poblaciones donde hay precariedad de calidad de vida, desarrollo social y condiciones de salud, como sucede con la mayoría de los habitantes de la CDMX.

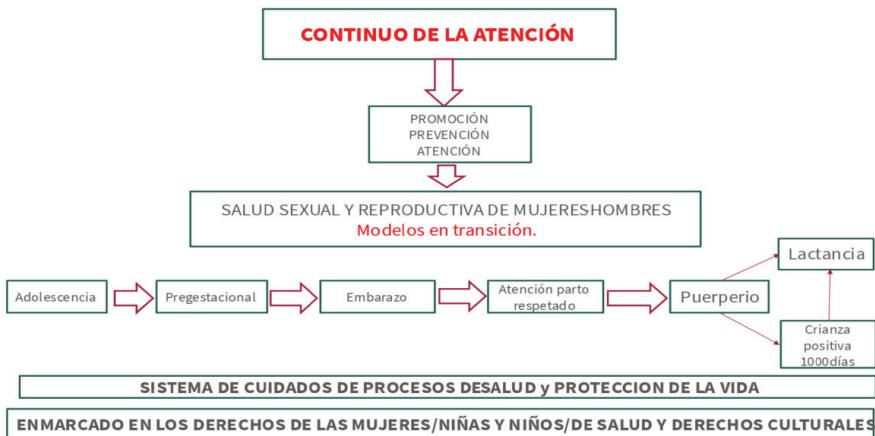
Con base en la problemática planteada y como mencionamos al inicio del presente capítulo, bajo los postulados de la Secretaría de Salud de la Ciudad de México y el Programa de Salud federal, el Plan RISSOMA se diseñó bajo los siguientes principios:

- Ejercer el derecho a la Salud de las mujeres, niñas, niños, y perinatal hasta el primer año de vida.
- Armonizar los diversos modelos de partería que coinciden en proteger los derechos humanos, la dignidad humana y la no discriminación.

- Acompañar los procesos fisiológicos de las mujeres durante el embarazo, parto, puerperio y lactancia-crianza y fortalecer el vínculo y apego seguro, con enfoque bio/ psico/social, y evitar intervenciones innecesarias.
- Centrar la atención en las personas y cambiar el sentido de la atención al daño dirigiéndolo hacia el cuidado “Cuidar a quien cuida”.
- Reconocer la autonomía de las parteras en sus prácticas de atención y trabajo colaborativo con otros profesionales.
- Valorar el enfoque ecosistémico (Olza, et al., 2021) que ha producido evidencias científicas, soslayado por el modelo hegemónico biomédico que medicaliza la atención del parto.
- Reconocer la evidencia producida por diversos organismos internacionales de salud y derechos humanos en torno a los modelos de atención basados en las parterías, al ofrecer mejores experiencias a las mujeres y las personas recién nacidas, con su enfoque basado en el cuidado (Ríos y López, 2018).

El plan RISSSOMA pretende articular los esfuerzos institucionales de salud a nivel territorial, vinculando las acciones de atención y promoción de la salud materna y de la primera infancia a través de un tejido institucional y comunitario llamado “continuo de la atención”, como se presenta en la figura que sigue:

Figura 1. Articulación de las acciones de promoción, prevención y atención de la RISSSOMA en el curso de la vida



Fuente: Elaboración propia.

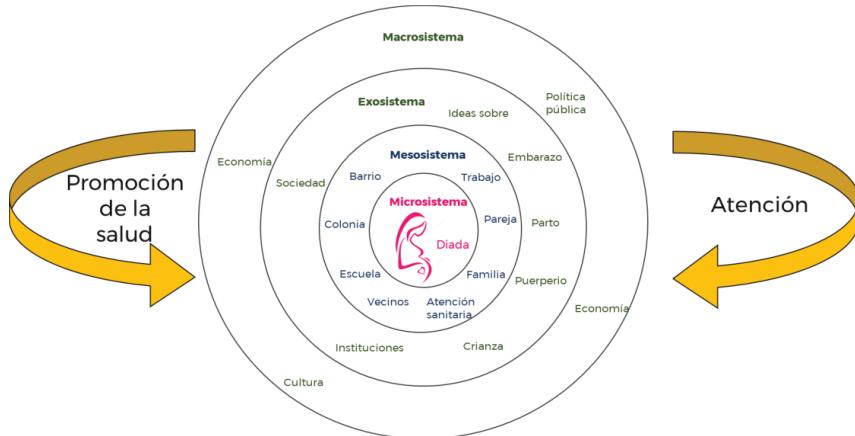
ESTRATEGIAS DEL PLAN RISSSOMA

El plan contiene dos estrategias que actúan de manera articulada entre el acompañamiento y cuidado del embarazo, la atención del parto fisiológico de bajo riesgo y el regreso al acompañamiento durante el puerperio hasta completar los mil días de vida de la persona recién nacida.

El esquema siguiente se ejemplifica en círculos concéntricos los diversos niveles de abordaje del enfoque ecosistémico colocando a las mujeres al centro, como protagonistas y los diversos tejidos de CUIDADO que deberá articularse de manera colectiva.

Dicho modelo se toma de la propuesta de Bronfenbrenner (1987), incorporada por Olza para explicar la integración ecosistémica perinatal (Olza, et al., 2021) y se complementa con las estrategias del modelo de atención y promoción de la salud.

Figura 2. Modelo del Plan RISSOMA



Modelo elaborado por la Mtra. María Elizabeth López Enríquez, colaboradora de RISSOMA, a partir de la Representación gráfica de los niveles de desarrollo propuestos por Bronfenbrenner (Fernández y Olza, 2020, p.22; Olza, 2021; Bronfenbrenner, 1987; Bowlby, 2014).

La primera estrategia está relacionada con la promoción de la salud materna y de la primera infancia. Contiene actividades de información, educación, organización, participación, comunicación y reflexión en salud, conducidas principalmente por un equipo conformado por una partera profesional (guía principal), un profesionista en psicología y otro en promoción cultural en el centro de salud, y dirigido a grupos de gestantes y a sus acompañantes elegidas por ellas.

Círculos de Maternaje

El dispositivo de promoción de la salud es una herramienta pedagógica construida por el equipo de RISSOMA llamado *Círculos de Maternaje*; se refiere a un espacio dialógico-reflexivo basado en las experiencias propias, la socialización de información y las acciones de autocuidado con mujeres maternando, lo que permite tejer la primera red de cuidado al maternar; donde se desarrolla la conciencia corporal y se aprende sobre los derechos en la atención.

Durante la gestación se trabajan alrededor de 10 Círculos de Maternaje donde se abordan distintos temas y la reflexión del maternar, a saber: el proceso de gestación, sesiones sobre trabajo del parto y el propio parto, crianza positiva, cuidados en el posparto, de la persona recién nacida, la lactancia materna y la construcción de otras paternidades.

La Atención

La segunda estrategia, la *Atención*, trata sobre el acompañamiento del trabajo de parto, la atención del parto y del puerperio inmediato por el equipo de parteras profesionales que forman parte de la red y trabajan en articulación con el equipo del primer nivel que acompañó a las gestantes en los círculos de maternaje (sesiones de educación perinatal).

La Sala de Labor-Parto-Recuperación

El equipo de parteras profesionales en el hospital atiende los partos fisiológicos de bajo riesgo en los entornos habilitantes, denominados “Sala de Labor-Parto-Recuperación” (LPR) (CNEGSR, 2022). Parte de la cartera de servicios es el acompañamiento y atención del parto de bajo riesgo, corte tardío del cordón umbilical, contacto inmediato piel a piel, lactancia materna durante la primera hora del parto, alojamiento conjunto, posibilidad de ingesta de alimentos y bebidas previo al parto, libre movimiento y libre elección de la posición para parir, atención del parto humanizado en compañía de la persona de confianza de la mujer, medidas no farmacológicas de control del dolor y trato cálido. Se trata de acciones de atención que favorecen los procesos fisiológicos, cuidando de no realizar intervenciones que carecen de evidencia científica y que, muchas veces, se han colocado como parte de la rutina de la atención obstétrica, a saber: revisar la cavidad uterina después de todo nacimiento, realizar siempre ruptura de membranas, realización de múltiples tactos vaginales y episiotomía de rutina.

El equipo de trabajo

Equipo Coordinador: dos especialistas en psicología social y una médica salubrista inscritas, al momento del diseño e inicio de la implementación, a la Dirección de Coordinación y Desarrollo Sectorial de SEDESA.

Equipo de colaboradoras voluntarias: una especialista en psicología infantojuvenil, dos consultoras de partería profesional, una asesora certificada en lactancia materna, una especialista en sexualidad y una especialista en conciencia corporal.

Equipo de apoyo: equipo de seis estudiantes de psicología social de la UAM Iztapalapa desarrollando prácticas profesionales y servicio social.

Recursos: el plan RISSSOMA no dispuso de presupuesto propio. Se trabajó con la capacidad técnica del equipo que diseñó el plan y con algunos apoyos puntuales aportados por la Organización Panamericana de la Salud, por Ipas México⁴⁶ y por el Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva para la contratación de 25 parteras, así como con la participación de algunos integrantes de la Jurisdicción Sanitaria Iztapalapa, de los cinco centros de salud de la misma alcaldía, del personal de partería de la clínica comunitaria Santa Catarina y de personal de enfermería del área de gineco-obstetricia del Hospital General de Iztapalapa.

Si bien el diseño del Plan se hizo para operar con equipos multidisciplinarios *ad hoc* para los Círculos de Maternaje (profesionales en partería, psicología, promoción de la cultura) y por parteras profesionales para atender los partos fisiológicos de bajo riesgo, la falta de presupuesto específico, las resistencias por parte de algunos directivos y la falta de comprensión del Plan mismo nos orilló a trabajar con los equipos que rutinariamente operan los centros de salud.

⁴⁶ Ipas México es una organización no gubernamental que se presenta en los siguientes términos: "Ipas no es un distribuidor de insumos médicos. Nuestros servicios se concentran, entre otros, en la difusión de información basada en evidencia y en la capacitación técnica necesaria para proveer servicios de aborto seguro de calidad para todas las personas con capacidad de gestar. Los servicios que ofrecemos no tienen costo para la población, pues somos una organización de carácter no lucrativo." <https://ipasmexico.org/>

OPERACIÓN DEL PLAN

Entre las actividades más significativas del plan RISSSOMA realizadas en el 2022 y el 2023 ubicamos las siguientes:

Para la estrategia de promoción de la salud:

- Para atender la estrategia de promoción de la salud se realizó una investigación operativa denominada “Encuesta de Necesidades Maternas a usuarias de los servicios” cuyos resultados se presentarán en otro artículo.
- Con apoyo de la Organización Panamericana de la Salud se construyó el Programa de los Círculos de Maternaje, así como un *Manual para facilitadores de los Círculos de Maternaje* y un *Cuadernillo de las personas gestantes* con consultoría pedagógica y de partería.
- Con la dirección de Psicología Social de la Universidad Autónoma Metropolitana-Iztapalapa, se gestionó e implementó como actividad formativa en el modelo la realización del servicio social y de prácticas profesionales de dos grupos de estudiantes en particular para encaminar las acciones educativas en marco de los Círculos de Maternaje.
- Se incorporó un equipo de promotoras culturales de la Secretaría de Cultura a los Círculos de Maternaje.
- Se contrató a 25 parteras profesionales por medio de los recursos del Centro Nacional de Equidad y Género y Salud Reproductiva (CNEGSR).
- Se realizó el *diseño de capacitación y elaboración de materiales educativos* y de *difusión* por el equipo coordinador de RISSSOMA para capacitar al personal de los centros de salud de la Red⁴⁷.
- Se llevó a cabo capacitación semanal a pasantes de servicio social de UAM.I sobre el Plan RISSSOMA y sobre las sesiones y talleres de los Círculos de Maternaje

⁴⁷ Véase anexo al final de este capítulo y otros materiales generados, disponibles en:

<https://risssomamexico.wixsite.com/risssomamexico> y en

<https://risssomamexico.wixsite.com/risssomamexico/publicaciones-risssoma>

- Se capacitó al personal de los módulos de atención materna de cinco centros de salud ministrados en 5 talleres de 20 hrs. cada uno.
- Se capacitó al personal de salud que conforma la red de cuidados de la Sala LPR y a trabajadoras de la Secretaría de Salud de las oficinas centrales de la Secretaría (Torre Insignia), ministrados en tres talleres de 20 h, cada uno.
- Para implementar los Círculos de Maternaje, se instaló un espacio semanal de educación perinatal en la Clínica Comunitaria Santa Catarina para las usuarias que deseaban la atención del parto acompañado, con un total de 33 sesiones semanales y trabajo voluntario de quienes los coordinaron y fungieron como facilitadoras en cada sesión.
- Se capacitó a los respectivos equipos del personal de salud (médicos, enfermeras, trabajo social y psicología) de los cinco centros de salud aledaños a la clínica Santa Catarina para facilitar los Círculos de Maternaje. Se incorporaron nuevos contenidos a los grupos de mujeres en el embarazo que funcionan semanalmente en los centros de salud.

Para la atención individual a mujeres por parteras:

- Se instaló el servicio en la clínica Santa Catarina, atendido por parteras mediante un contrato de dos meses que contempló noviembre y diciembre del 2022.
- Se realizó supervisión capacitante y constante para la incorporación de las parteras al servicio. Esta capacitación consistió en la operación de los Círculos de Maternaje y en la supervisión de la atención del parto fisiológico de bajo riesgo por las parteras profesionales.

LOGROS Y DESAFÍOS

Desde el inicio se consideró el diálogo y la participación de todos los actores involucrados en la operación y toma de decisiones de la SSRMN, tanto de los servicios de promoción de la salud como de la atención hospitalaria, con una gran participación y recepción por el personal operativo. No obstante, aquella forma de

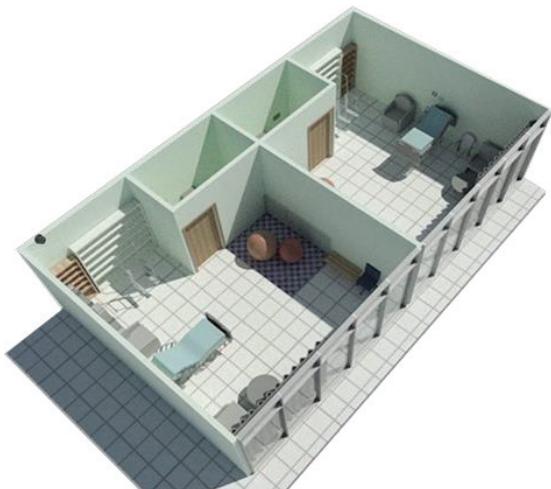
trabajo y propuesta enfrentó pronto trabas por parte de personal directivo sin argumentos claros sobre sus resistencias, a pesar de la aceptación de la titular de la Secretaría. Sin embargo, se continuó trabajando con una micro red, configurada por cinco centros de salud aledaños a la Clínica Comunitaria y al HGI.

Se realizaron tres estudios para robustecer el Plan: 1) “Reporte diagnóstico de la población meta y mapeo de infraestructura”, 2) “Reporte diagnóstico de línea base de tipos de atención y construcción de indicadores para el Plan RISSSOMA”, y 3) una estimación de costos del Plan.

A lo largo de su operación, se capacitó a un conjunto de 250 participantes entre parteras, enfermeras, médicos y psicólogos en la propuesta. A su vez, se establecieron vínculos con universidades para que estudiantes de psicología social, (UAM-Iztapalapa), de promoción de la salud (Universidad Autónoma de la Ciudad de México) y parteras profesionales (Universidad de Tulancingo), realizaran sus respectivos servicios sociales en el Plan.

Se realizó un diagnóstico situacional de ausencia de satisfacción de necesidades maternas y primera infancia en territorio, así como el diseño del modelo arquitectónico de las dos salas de Labor-parto-recuperación en el HGI, con base en los Lineamientos para las salas de Labor-Parto-Recuperación ya referida antes, como espacio para atender el parto fisiológico de bajo riesgo, y donde, a pesar de resistencias por el personal médico y personal directivo, un equipo de parteras profesionales ha atendido desde enero 2023 hasta julio 2024, aproximadamente 230 partos fisiológicos de bajo riesgo.

Figura 3. Modelo arquitectónico de las Salas labor-parto-recuperación (LPR) para Hospital General de Iztapalapa Dr. Juan Ramón de la Fuente



Fuente: RISSSOMA-Secretaría de Salud de la Ciudad de México (SEDESA) con financiamiento de la Organización Panamericana de Salud-Méjico (OPS-Méjico)

En este proceso, el equipo de parteras ha enfrentado muchas resistencias para operar los servicios de la sala LPR, como sucede en muchos proyectos similares que a nivel nacional han tratado de implementar el modelo de partería en espacios institucionales de atención gineco-obstétrica, de rechazo como expresión de discriminación, ignorancia técnica e intereses económicos de parte de integrantes del personal médico adscrito a las instituciones, sin que ello implique una generalización.

Sin embargo, el equipo nunca cedió en la búsqueda de articulación con otras instituciones y proyectos, los cuales han tenido gran disposición para trabajar con RISSSOMA, como el Fondo de Cultura Económica, cuyos promotores culturales se incorporaron como parte del equipo multidisciplinario de los Círculos de Maternaje; o directivos del Instituto Nacional de Bellas Artes y Literatura, dispuestos a que sus estudiantes realicen su servicio social en el proyecto, aunque ésto último no se pudo concretar dada la incompatibilidad administrativa con la Secretaría de Salud, desde

la cual no se comprendía cómo estudiantes del INBAL fueran a desarrollar prácticas de servicio social en una institución de salud.

En este momento actual de transición institucional que demanda transformaciones creativas para la mejora integral de los servicios, el desafío es el de dar continuidad a una propuesta ya avanzada, perfectible, fundada, pertinente y técnicamente viable como la que se ha planteado.

CONCLUSIONES. UNA PROPUESTA QUE AMERITA SEGUIMIENTO

Sin duda, la del ha enfrentado diversas respuestas.

A pesar de su complejidad, de la problemática sanitaria a que pretende responder y de las limitaciones operativas que ha encontrado, el Plan RISSOMA, ha permitido, a nivel institucional y en el campo de la salud perinatal, explorar en la práctica los conceptos de ética e integralidad del cuidado, llevar a cabo la articulación entre niveles de atención y centrar las acciones en marco de la Atención Primaria a la Salud y de la prevención.

La propuesta ha sido bien aceptada tanto por los operadores que se han abierto al paradigma del Plan, como por las mujeres embarazadas y acompañantes que fueron partícipes de los Círculos de Maternaje y de la atención del parto en las salas LPR.

Desde el inicio se pronosticaban resistencias, sobre todo por directivos y operadores formados bajo paradigmas biomédicos, de modo que era previsible la necesidad de implementar diversas acciones de sensibilización para explicar y persuadir sobre lo significativo y lo pertinente de la propuesta.

No obstante, si bien nos enfrentamos a espacios con poca apertura y herramientas para adoptar y aprehender la propuesta, lo que obstaculizó muchos de los resultados esperados, se realizaron las acciones concretas ya reseñadas y se logró su aceptación entre algunos directivos que posibilitaron su implementación y su experiencia positiva para algunas mujeres, sus bebés y sus familias, la cual amerita

aun documentar si se fortalecieron o no sus prácticas de maternaje y sus redes sociales,

Las arraigadas e inaceptables condiciones de desatención que motivaron la propuesta del Plan RISSSSOMA, fundamentan la necesidad de un balance que permita su continuidad, y no sólo lo posibilite como experiencias parciales. Para ello se requiere un gran compromiso de base y apoyo al más alto nivel que lo respalde políticamente.

En el momento actual de fuerte transición institucional, se requiere crear las condiciones para la incorporación del equipo de partería profesional en la atención individual y colectiva, así como conformar el equipo de promoción de la salud materna y de primera infancia que apunte a la participación de las mujeres desde el nivel comunitario, generando procesos que generen en las usuarias autonomía y cuidado sororal mutuo, así como retejer la red de cuidados, “cuidando a quien cuida”, donde la institución de salud se coloque como un tercer cuidador, como una expresión más de la garantía de salud.

La experiencia de Rissoma ha sido una fuente de aprendizaje. Es necesario conformar grupos de mujeres que no naturalicen lo que daña a su salud, y convencidas de que es posible hacer una grieta en el muro patriarcal que persiste en las instituciones, porque no va a caer de manera espontánea. La búsqueda de aliados y aliadas es otro aprendizaje.

De la experiencia generada deriva, como en otros campos del servicio público, el que la producción de manuales de procedimientos en el ámbito sanitario requiere incluir al personal involucrado en los mismos y a sus usuarias y usuarios. La toma de decisiones no debe recaer en personal poco preparado, cuya conducta además sigue a menudo marcada por la misoginia, el clasismo y la corrupción.

¿Qué procede? Tocar puertas dentro de las instituciones en busca de escucha y apoyo, pero ello solo tiene caso si la experiencia se visibiliza y se pone a disposición de nuevas mujeres y hombres que quieran conformar una sociedad

cuidadora del nacimiento y el parto en un piso sexual gozoso. En todo ese marco cuidaremos y reararemos la propuesta: un modelo de partería desde el feminismo, la diversidad epistémica y el reconocimiento de las maternidades por clases sociales.

¿Será que aún no estamos preparados para desarrollar políticas públicas bajo el paradigma de la ética e integralidad del cuidado, que todavía parecen difíciles de ser operativizadas en el ámbito laboral y profesional?, ¿será que la sistematización de esta experiencia, tiene sentido?

REFERENCIAS

- Bautista J.E, O. López y L.M. Soto (2018). Biopolítica afirmativa frente a la atención materna, parteras en zonas indígenas. En: Jarillo Soto E.C, O. López (Eds.), *Salud Colectiva en Mexico: quince años del Doctorado en la UAM Ciudad de Mexico*: Universidad Autónoma Metropolitana.
- Bailham, D., S. Joseph (2003). Post-traumatic stress disorder following childbirth: a review of the emerging literature and directions for research and practice. *Psychology, health and medicine*, 8, 159-168.
- Becerra-Chauca, N, y Failoc-Rojas, V.E (2019), Maniobra Kristeller, consecuencias físicas y éticas según sus protagonistas.,Revista Cubana de Obstetricia Ginecología. 2019;45(2):e331
- Boerma T, C. Ronsmans, D.Y. Melesse, A.J.D. Barros, F.C. Barros, L. Juan, *et.al.* (2018). Global epidemiology of use of and disparities in caesarean sections, En: *Lancet*;392(10192):1341-1348. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)30717-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)30717-2)
- Bowlby, J. (2014). Vínculos afectivos: Formación, desarrollo y pérdida. 6^a ed. Madrid: Morata

- Breilh J. (2013). La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva). *Rev. Fac. Nac. Salud Pública*; 31(Supl 1): S13-S27.
- Bronfenbrenner U. (1987). La ecología del desarrollo humano. Barcelona: Paidós Ibérica
- Buckley, S., K. Uvnäs-Moberg, Z. Pajalic, K. Luegmair, A. Ekström-Bergström, A. Dencker, C. Massarotti, A. Kotlowska, L. Callaway, S. Morano, I. Olza, & C.M. Magistretti (2023). Maternal and newborn plasma oxytocin levels in response to maternal synthetic oxytocin administration during labour, birth and postpartum – a systematic review with implications for the function of the oxytocinergic system. *BMC pregnancy and childbirth*, 23(1), 137. <https://doi.org/10.1186/s12884-022-05221-w>
- Castro, R. y J. Eriviti (2015). *Sociología de la práctica médica autoritaria: violencia obstétrica, anticoncepción inducida y derechos reproductivos*. Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias CRIM/UNAM, 1^a ed. México.
- Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva (CNEGSR), (2022, 21 de febrero). Entornos habilitantes para una experiencia positiva durante la atención integral de la salud materna y peinatal. Lineamiento técnico para la implementación y operación de salas de labor-parto-recuperación en las redes de servicios.
- Chodorow, Nancy (1984). El ejercicio de la maternidad: psicoanálisis y sociología de la maternidad y paternidad en la crianza de los hijos. Barcelona: Gedisa, en Sancho, M.M (2016). De maternidad a maternaje, *Forum de Recerca*, (21), 55-69. <http://dx.doi.org/10.6035/ForumRecerca.2016.21.4>
- Correida D, A. Méndez y L. Carnut (2023). La determinación social del proceso salud-enfermedad en el contexto latinoamericano: la aportación de Oliva López-Arellano, En: *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, Bogotá, Colombia, 22. Enero-Diciembre

- Deneux-Tharaux C, E. Carmona, M.H. Bouvier-Colle, G. Bréart (2006). Postpartum maternal mortality and cesarean delivery. *Obstet Gynecol*; 108(3):541-548
- Dietiker Marianne (2011). *The Construction of Identities of Urban Midwives in the Populous Neighborhoods of Mexico City*, Artículo no publicado. (<http://davisfloyd.com/urban-midwives-inthe-populous-neighborhoods-of-Mexico-city>) [Consultada 17 de septiembre de 2023]
- Donal BJ. (2009). Comparative analysis of international cesarean delivery rates using 10-group classification identifies significant variation in spontaneous labor. *Am J Obstet Gynecol*; 201: 308.e1-308
- Fernández, M.S.Y. (2007). La violencia de género en las prácticas institucionales de salud: afectaciones del derecho a la salud y a las condiciones de trabajo en salud. *Rev. Gerenc. Polit. Salud*, Bogotá (Colombia), 6 (12): 52-76, enero-junio
- Fernández Lorenzo P. e I. Olza (2020). Psicología del embarazo. Madrid: Editorial Síntesis.
- García, Cavazos (2016), La salud materna y perinatal en México Intervenciones efectivas. *Línea de vida para mejorar la salud materna y perinatal*, septiembre;84(9), Centro Nacional de Equidad y Género
- Garrido, L.F.J, Blanco-García, I., Casas L.G.A, Mainero, G., Granados, R.A. (2017), Estudio Costo-efectividad modelo partería. Informe narrativo anual, Proyecto #1, Proyecto marco: Modelo Integral de Partería. Atenión del parto de bajo riesgo por parteras y médicos. Fundación MacArthur/Instituto Nacional de Salud Pública (informe no publicado)
- Gilligan, Carol (1985). La moral y la teoría: psicología del desarrollo fenenino. Fondo de Cultura Económica
- Gilligan, Carol (2013). El daño moral y la ética del cuidado. La ética del cuidado, (30), 10-38

Heffner LJ. (2003). Impact of labor induction, gestational age, and maternal age on cesarean delivery rates. *American college of obstetricians and gynecologists*; 102: 287-93

Universidad Iberoamericana (2023, 14 de agosto). ¿Qué son los Trastornos del Neurodesarrollo (TND)?. *Ibero prensa*, Ciudad de México, <https://ibero.mx/prensa/que-son-los-trastornos-del-neurodesarrollo-tnd>

Instituto Mexicano del Seguro Social (2020). Programa Institucional del Instituto Mexicano del Seguro Social 2020-2024

Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática (INEGI) (2015, 15 de diciembre). Resultados de la encuesta intercensal 2015 del Distrito Federal, *Boletín de prensa* Núm. 560/15, https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2015/especiales/2015_12_35.pdf

INEGI/SEDESA (Dirección de Información en Salud) (2017), Razón de Mortalidad Materna (RMM), por 100,000 Nacimientos de SINAC. con base en las defunciones 2017

Jeremia, E. (2006), Motherhood to mothering and beyond. Maternity in recent feminist thought. *Journal of the Association for Research on Mothering*, 8(1-2): 21-33, en Sancho, M.M (2016). De maternidad a maternaje, *Forum de Recerca*, (21), 55-69. <http://dx.doi.org/10.6035/ForumRecerca.2016.21.4>

Lacunza, M.O y Rojas, G.D (2018), México ocupa el primer lugar en embarazo adolescente a nivel mundial, *UNAM Global*, https://unamglobal.unam.mx/global_revista/mexico-ocupa-el-primer-lugar-en-embarazo-adolescente-a-nivel-mundial/

Liu S., R.M. Liston, K.S. Joseph, M. Heaman, R. Sauve, M.S. Kramer (2007). Maternal mortality and severe morbidity associated with low-risk planned cesarean delivery versus planned vaginal delivery at term. *CMAJ*; 176(4):455-460

Medrano, G.R. (2022, 15 de agosto). Epidemiología del cáncer cervicouterino. *El Heraldo de México*
https://heraldodemexico.com.mx/noticias/edicionimpresa.html?id_tapa=1009

Machado, F.R.S, Pinheiro, R. y Guizardi, F.L. (2008). As novas formas de cuidado integral nos espaços públicos de saúde. En Pinheiro, R. y Mattos, R.A. (coords.), *Cuidado-as fronteras da integralidades* (pp. 59-76). IMS/UERJ, CEPESC, ABRASCO

Maggiolo I. (2012). Mortalidad materna y objetivos de desarrollo del milenio: cómo estamos. *América Latina. Medwave;* 12(1):e5284.
Doi:10.5867/medwave.2012.01.5284

Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática (2014) Módulo de Condiciones Socioeconómicas de la Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares

Olguín Lacunza M. y D. Rojas (2019). *México ocupa el primer lugar en embarazo adolescente a nivel mundial,* 4 julio 2019
<http://www.unamglobal.unam.mx/?p=41566>

Olza, F. I, y, Gainza T. I (2007). La teoría de la programación fetal y el efecto de la ansiedad materna durante el embarazo en el neurodesarrollo infantil. *Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil*, Vol. 24, Nº. 2-4, 2007, págs. 176-180.

Olza, Ibone (sf), Secuelas psicopatológicas de las cesáreas, ensayo, 11 pp. Madrid.
https://aesmatronas.com/wp-content/uploads/2017/12/26_SECUELAS.pdf

Olza Fernández I, M.A. Marin, F. López, A.M. Malalana. Oxytocin and autism: a hypothesis to research. Can perinatal oxytocinergic manipulation facilitate autism? (2011), *Rev. Psiquiatr Salud Ment.*;4(1):38-41.

Olza. Fernández I., P. Lorenzo, A. González, A. Herrero, S. Carmona, A. Gil, E. Gómez, & M.E. Dip (2021). Propuesta de un modelo ecosistémico para la atención integral a la salud mental perinatal. *Revista de la Asociación*

Española de Neuropsiquiatría, 41(139), 23-35. Epub 04 de octubre.
<https://dx.doi.org/10.4321/s0211-57352021000100003>

OMS (2008). Mortalidad materna en 2005: estimaciones elaboradas por la OMS, el UNICEF, el UNFPA y el Banco Mundial. Ginebra. Disponible en: http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789243596211_spa.pdf, consultado el 25 de noviembre de 2010, en Eternod, A.M (2012), Metodología para calcular la razón de la mortalidad maternal: un mejor registro y un indicador deficiente. Realidad, datos y espacio. *Revista Internacional de Estadística y Geografía*, 10(1), 28-69.
https://rde.inegi.org.mx/RDE_05/doctos/rde_05_art3.pdf

Plan de Salud 2018-2024, Secretaría de Salud, Gobierno de México

Programa de Salud 2018-2024, Borrador, Secretaría de Salud de la Ciudad de México Ciudad de México.

Reardon, Betty A. (1985). *Sexism and the war system*. Nueva York: Teacchers College Press, en Sancho, M.M (2016). De maternidad a maternaje, *Forum de Recerca*, (21), 55-69. <http://dx.doi.org/10.6035/ForumRecerca.2016.21.4>

Rich, Adrienne (1986). *Of woman born. Motherhood as experience and institution*. Nueva York: Norton, en Sancho, M.M (2016). De maternidad a maternaje, *Forum de Recerca*, (21), 55-69. <http://dx.doi.org/10.6035/ForumRecerca.2016.21.4>

Ríos Cazares G. y S. López (2018). Comprendiendo el cuidado y los cuidados: tipología del cuidado desde la salud colectiva. En: Jarillo Soto E.C., O. López (Eds.), *Salud Colectiva en Mexico: quince años del Doctorado en la UAM* Ciudad de Mexico: Universidad Autonoma Metropolitana. pp.127-155

Romero E.G., Méndez R.I., Tello V. A., y Torner A.C.A. (2004). Daño neurológico secundario a hipoxia isquemia perinatal. *Archivos de neurociencias* (México, D.F.), 9(3), 143-150.

Rosado, M. A.C. (2018). De la práctica a la reglamentación: la partería frente al discurso médico en México, 1931-1945. En Freyermuth, G. (Coord). *Los caminos para parir en México en el siglo XXI: experiencias de investigación, vinculación, formación y comunicación*, pp. 26-32, CIESAS

Ruddick, Sara (1989). *Maternal thinking. Towards a politics of peace*. Boston: Beacon Press, en Sancho, M.M (2016). De maternidad a maternaje, *Forum de Recerca*, (21), 55-69. <http://dx.doi.org/10.6035/ForumRecerca.2016.21.4>

Ruiz J.G, N. Charpak, Z. Figueroa (2012). Predictional need for supplementing breastfeeding in preterm infants under Kangaroo Mother Care. *Acta Paediatrica*; 91: 1130-1134, En: Lucchini Raies, Camila, F. Márquez & Uribe Suárez-López, L., Campero, L., de la Vara-Salazar E., Rivera-Rivera, L., Hernández-Serrato, M.I., Walker, D., Lazcano-Ponce, E. (2013). *Características sociodemográficas y reproductivas asociadas con el aumento de cesáreas en México. Salud Pública de México* / vol. 55, suplemento 2 [Recuperado el 3 de mayo 2020 en <https://www.scielosp.org/pdf/spm/2013.v55suppl2/S225-S234/es>]

Segovia, Jennny (2023). Maternar es político. Maternajes y curso de vida. En Mauros, R. y Sande, SS. (2023). Diálogos (im)perfectos/Vejeces y feminismos. (pp. 143-173), Universidad de la República.

Sancho, M.M (2016). De maternidad a maternaje, *Forum de Recerca*, (21), 55-69. <http://dx.doi.org/10.6035/ForumRecerca.2016.21.4>

Secretaría de Desarrollo Social (2016). Diagnóstico sobre la situación de las personas con discapacidad en México. https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/126572/Diagn_stico_sobre_la_Situaci_n_de_las_Personas_Con_Disapacidad._Mayo_2016.pdf Secretaría de Salud (25 de octubre de 2022). Acuerdo por el que se emite el Modelo de Atención a la Salud para el Bienestar (MAS-BIENESTAR). Diario Oficial de la Federación.

https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5669707&fecha=25/10/2022#gsc.tab=0

Secretaría de Salud de la CDMX (2023), “Atiende SEDESA más de 24 mil nacimientos de manera gratuita en 2022”, Coordinación de Enlace y Comunicación.

En:

<https://www.salud.cdmx.gob.mx/storage/app/uploads/public/63b/374/ad5/63b374ad52c89635068942.pdf>

Sierra-García, P. y M.A. Carrasco (2019), Psicología perinatal: Vínculo Materno-Fetal y Apego. Madrid: Ed. Síntesis.

Sistema de Información de Egresos Hospitalarios SAEH (2022) Cubos dinámicos, Egresos Hospitalario. Dirección General de Información en Salud, Secretaría de Salud.

http://www.dgis.salud.gob.mx/contenidos/basesdedatos/bdc_egresoshosp_gob.mx.html [recuperado el 7 de enero 2024].

SEDESA/DGDPPCS/DISySI/SAEH (Subsistema Automatizado de Egresos Hospitalarios), 2019.

Victora C.G y F.C. Barros (2006). Beware: unnecessary caesarean sections may be hazardous. *The Lancet*; 367(9525):1796-179.

Waszyfski E. (2008), Kristeller's Procedure - Expression Fetus, its Genesis and Contemporary Application. *Ginekol pol.* 79(4):297-300.

Wagner M. (2000). Choosing cesarean section. *The Lancet*; 356(9242):1677-1680

WHO (1985). Appropriate technology for birth. *The Lancet*; 2(8452):437-438.

WHO (2018). WHO recommendations: intrapartum care for a positive child birth experience, Ginebra,

<https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/260178/9789241550215-eng.pdf>

ANEXO:

MANUAL PARA FACILITADORAS Y FACILITADORES DE CÍRCULOS DE MATERNAJES

7. Promoción de la Salud en la Ciudad de México, esbozo de una propuesta para accionar en territorio

Anabel Citlalli López Gómez

Montserrat Celis Gómez

Jesús Santiago Reza Casahonda

INTRODUCCIÓN

La salud es una metacapacidad humana y es condición necesaria para el florecimiento de las personas y las colectividades (SEDESA, 2019); así entendida, el quehacer en la Dirección de Promoción de la Salud de los Servicios de Salud Pública de la Ciudad de México (SSPCDMX), pone al centro el derecho a la salud en su sentido más amplio, visibilizando a su vez, la necesaria intersección con otros derechos para actuar sobre los Determinantes Sociales de la Salud (DSS), a fin de favorecer la construcción de espacios productores de salud, en donde la participación organizada de la comunidad, en colaboración con la autoridad sanitaria, la autoridad política y las instancias garantes de derechos, son elementos indispensables.

En los últimos 35 años, se ha impuesto la lógica de mercado como ordenadora de la vida social y de la resolución de necesidades humanas, en este sentido, el bienestar y la salud son responsabilidades individuales más que compromisos sociales y tareas del Estado.

El Estado, como sujeto obligado y garante de los derechos humanos fundamentales evadió esta responsabilidad, debilitando por consiguiente a las Instituciones Públicas, simplificando así su quehacer e interviniendo de forma selectiva y focalizada frente a complejos problemas sociales.

En paralelo, se mercantiliza su funcionamiento y se privatiza lo público rentable, impulsando mercados de servicios (Laurell y López, 2002). Es así que triunfa la visión individualista que asume que el bienestar y la salud son bienes privados, resultado de méritos, esfuerzos y desiciones personales (López y Blanco, 2010).

En una dinámica de esta naturaleza, la salud es una mercancía, donde no hay sujetos de derecho sino consumidores.

El accionar de la Promoción de la Salud se ha enfrentado a una realidad caracterizada por el endurecimiento de un modelo mercantilizado y mercantilizante de la salud, mismo que se tradujo en el desmantelamiento de las Instituciones Públicas, que, focalizando acciones programáticas de atención de la enfermedad, dejaron de lado las acciones en Salud Pública, con la consecuente retracción de los avances alcanzados gracias a la puesta en marcha de estrategias de despliegue territorial que personal de salud y la población habían construido, atendiendo a componentes estratégicos de la Atención Primaria de la Salud. Como efecto de lo anterior, se fue limitando la participación comunitaria, la acción intersectorial, el fortalecimiento de la construcción de ciudadanía, desdibujando a los sujetos de derecho para traducirlos en meros consumidores de servicios, a quienes se ofertó un limitado catálogo de acciones que respondía a una fragmentación programática, que en nada se corresponde a una perspectiva integral de la salud.

De acuerdo a este contexto, el desmantelamiento de las Instituciones Públicas se refiere a la limitación del ejercicio de los derechos humanos y sociales, con consecuencias negativas sobre la vida digna y la salud colectiva, ya que la mayoría de las personas sufren la precarización de sus condiciones de vida y trabajo, crece la pobreza y se incrementan las desigualdades socio-sanitarias.

En ese sentido, la Secretaría de Salud de la Ciudad de México y los Servicios de Salud Pública de la Ciudad de México, reorganizaron y crearon insumos materiales y teóricos para posibilitar otra realidad en salud, que reconozca lo subjetivo en su complejidad, permitiendo la inclusión de lo colectivo, lo diverso y lo histórico en temas y prácticas de salud, que al mismo tiempo permiten una apertura epistemológica, haciendo imprescindible incorporar al cuidado y los cuidados para mantener aquello que le da sentido a la vida, generando proyectos y condiciones necesarias para vivir una vida digna y futuros viables.

Es desde esta mirada que se construye el modelo de Promoción de la Salud a presentar en este capítulo.

MARCO LEGAL PARA LA TRANSFORMACIÓN

El 08 de mayo de 2020 se publicó en el Diario Oficial de la Federación el DECRETO por el que se reforma y adiciona el artículo 4o. de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos:

“La Ley definirá un sistema de salud para el bienestar, con el fin de garantizar la extensión progresiva, cuantitativa y cualitativa de los servicios de salud para la atención integral y gratuita de las personas que no cuenten con seguridad social”.

Con esta modificación se da inicio a la recuperación de una perspectiva de derechos, que pone el foco en el bienestar de la población y fortalece el papel de las Instituciones Públicas para brindar una atención integral y gratuita, es decir, se recupera la condición de sujetos de derecho de todos y todas, y pone sobre la mesa la necesidad de implementar acciones integrales que superen la visión centrada en la atención de la enfermedad, fortaleciendo los componentes de prevención de las enfermedades y de promoción de la salud.

A nivel estatal, el 09 de agosto de 2021 se expide la Ley de Salud de la Ciudad de México, que, en su artículo 6, fracción XXXVIII enuncia el Modelo Salud en tu Vida:

“Modelo de atención integral a la salud de la Secretaría, enfocado a garantizar el acceso universal y gratuito a los servicios médicos y medicamentos a través de la atención primaria de salud⁴⁸, la integralidad de la atención, la coordinación intersectorial y la estrategia de Redes Integradas de Servicios de Salud”.

De este modo, la Ciudad de México hace explícito su posicionamiento para recuperar la perspectiva de Atención Primaria de Salud, planteando “la articulación

⁴⁸ Atención Primaria de Salud: asistencia esencial, basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación, y a un costo que la comunidad y Gobierno puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo, con espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación, orienta sus funciones y estructura a los valores de la equidad, la solidaridad social, y el derecho de todo ser humano a gozar del grado máximo de salud que se pueda alcanzar sin distinción de origen étnico, religión, ideología política, género, condición económica o social. Ley de Salud de la Ciudad de México. Reformada.

de todos los niveles de atención, haciendo énfasis en el accionar de promoción de la salud, del [componente] preventivo, en territorio, con las comunidades, con participación comunitaria y con movilización de recursos locales para construir agendas por la salud" (López, 2024).

El 25 de octubre de 2022 se publica en el Diario Oficial de la Federación el ACUERDO por el que se emite el Modelo de Atención a la Salud para el Bienestar (MAS-BIENESTAR), modelo:

“Basado en la Atención Primaria de Salud y las Funciones Esenciales de la Salud Pública, centrado en las personas, familias y comunidades, a través de la protección y promoción de la salud, la prevención de enfermedades, diagnóstico y tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos, considerando la participación comunitaria y los determinantes sociales, para proteger el bienestar de la población del país, principalmente de las personas sin seguridad social”.

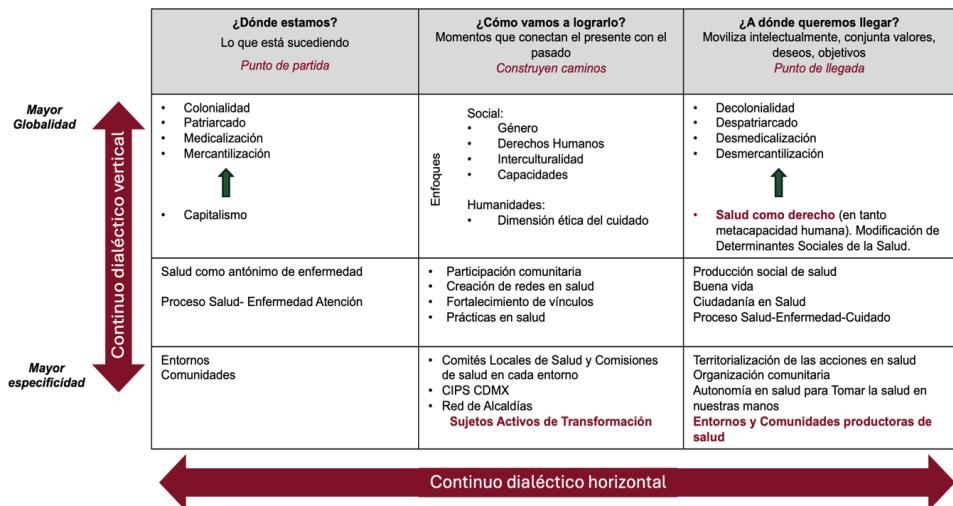
Con estos tres elementos, en la Ciudad de México se establece el marco para las acciones en salud -individuales y colectivas-, con énfasis en la Atención Primaria de Salud (APS) y las Funciones Esenciales de la Salud Pública (FESP), devolviendo la cualidad de sujetos de derecho a las y los ciudadanos, con un llamado a la participación activa e intersectorial en territorio, para incidir en los Determinantes Sociales de la Salud, pieza clave para la garantía del derecho a la salud.

TRAZANDO LA RUTA PARA LA PRODUCCIÓN DE SALUD

La coyuntura en política sanitaria planteó –y sigue planteando– grandes desafíos: ¿Cómo coadyuvar a la producción de salud en nuestros entornos y comunidades? ¿Cómo revitalizar las acciones que el personal de salud realiza en territorio? ¿Cómo fortalecer la participación comunitaria? ¿Cómo retomar el papel de garante de derechos de las Instituciones? Estos y muchos otros cuestionamientos se hicieron presentes en el trabajo de Promoción de la Salud.

Como paso inicial, con la información recabada de un primer diagnóstico en materia de Promoción de la Salud en la Ciudad de México, se utilizó la propuesta teórico-metodológica de Mario Rovere (2006) sobre planificación estratégica (Fig. 1).

Figura 1. Momentos de reflexión y diseño para la acción del proceso metodológico.



Fuente: elaboración propia

A partir de este ejercicio, el derecho a la salud se coloca como punto de partida ético-político, con una perspectiva que supera la atención médico-sanitaria y retoma el compromiso de transformación de los determinantes sociales de la salud como elemento *sine qua non* para la producción social en salud y que requiere del trabajo territorializado, pues es en el territorio donde ocurren las relaciones sociales, donde surgen las necesidades en salud y donde se generan las posibilidades de transformación para una vida digna.

De acuerdo a Mariela Muñoz Rodríguez (s/f), de la Universidad de Mendoza, el territorio es el espacio en el que se construye colectivamente una organización social, donde las personas se apropián del espacio material y simbólico y en él se construyen modos de vida, con saberes y formas de vivir de esa cotidianidad.

Por ello, para poder abordar las necesidades en salud, se definió como estrategia territorial el trabajo en los entornos comunitarios (viviendas, áreas de recreación, mercados, escuelas, centros de trabajo, edificios de alcaldías, centros de salud y albergues), entendidos no como espacios aislados, sino como espacios sociales

interrelacionados en una comunidad, priorizando aquellos que se ubican en las 444 Colonias que la Jefatura de Gobierno ha identificado como Colonias de alta marginación.

Ahora bien, una vez definida la estrategia territorial, hubo que consolidar las herramientas que coadyuvaran a la generación de prácticas y acciones de promoción de salud comunitaria, las cuales son aquellas que propician la transformación de los lazos comunitarios hacia vínculos solidarios y la participación hacia la constitución de la propia comunidad como sujeto activo de transformación de sus realidades, generando condiciones propicias para la toma de decisiones autónoma y conjunta sobre el propio proceso de salud-enfermedad-cuidados (Bang, 2010).

Pensar en nuevos escenarios para la producción de salud requiere pensar también en aspectos que posibiliten la participación social, cuyo accionar dote de sentido y significado a las prácticas que producen y reproducen la construcción de ciudadanías y que inciden en la modificación de los determinantes sociales de la salud; para lo cual, es imprescindible contar con la participación de la comunidad, de la autoridad política, de la autoridad sanitaria y, no menos importante, la participación de los sectores públicos involucrados en la garantía de derechos sociales, necesariamente ligados al derecho a la salud, mismos que se exigen, se garantizan y deben ser fortalecidos, y que, en este proceso, coadyuvan en el fortalecimiento de Ciudadanías en Salud.

Para este fin, se trabajó en tres procesos organizativos:

Comités Locales de Salud: Instancia de participación comunitaria y representación colectiva de las colonias, pueblos o barrios de la Ciudad de México, que trabaja de manera conjunta con los equipos de salud, para la construcción de acciones que permitan alcanzar el bienestar colectivo y garantizar el derecho a la salud.

Objetivos: Propiciar la interlocución entre la ciudadanía, así como de ésta con el personal de salud; recibir y compartir formación, capacitación y educación para la salud; encabezar los procesos de gestión ciudadana; dirigir la coordinación del

trabajo comunitario en el territorio; dar servicio a la comunidad, motivando la participación social con el objetivo de impulsar la organización vecinal en actividades de beneficio colectivo y encauzar el trabajo intersectorial que permita mejorar el nivel de salud de la población.

Comisión Intersectorial de Promoción de la Salud de la Ciudad de México (CIPS-CDMX): Instancia que busca contribuir a la Promoción de la Salud en la ciudad mediante acuerdos intersectoriales de políticas públicas y estrategias locales, que impulsen acciones de participación social, para el bienestar integral de la población: mejorando su salud, prolongando la vida y facilitando los medios para que las personas ejerzan mayor control sobre sus procesos vitales personales y colectivos, mediante actividades realizadas con perspectiva poblacional, de curso de vida, de derechos humanos y enfoque intercultural, de género, gerontológico y de justicia social, como determinantes sociales de la salud.

Objetivos: Contribuir a la generación de políticas saludables acordes con las necesidades de desarrollo social de la Ciudad de México; establecer alianzas y estrategias con el sector público y social, así como con organismos relacionados con la salud de la población, e implementar acciones organizadas y coordinadas con el sector público y social que garanticen las vías y mecanismos de participación social y comunitaria.

Red de Alcaldías Promotoras de la Salud de la Ciudad de México: Órgano conformado por alcaldesas y alcaldes de la ciudad que se reúnen voluntariamente, en coordinación intersectorial y en acompañamiento de la unidad administrativa política sanitaria, para hacer de la salud un objetivo fundamental de la gestión pública, promoviendo los mecanismos administrativos que permitan la formulación de las políticas públicas en materia de Promoción de la Salud.

Objetivos: Producir y preservar la Salud en las Alcaldías que la integran y en la ciudad en su conjunto; impulsar el desarrollo comunitario, fomentando el intercambio de conocimientos y experiencias de Promoción de la Salud para ampliar el acceso de la Ciudadanía a la Salud Integral; fortalecimiento de la gobernabilidad para incidir en los determinantes de la salud, en beneficio de las y los habitantes de

la Ciudad de México y fomentar la concertación multisectorial y la colaboración interinstitucional regionalizada para optimizar esfuerzos que propicien salud integral.

Figura 2. Procesos organizativos



Fuente: Elaboración propia

LA PUESTA EN MARCHA

Todo cambio genera reacciones; éste no fue la excepción. Poner en marcha una propuesta teórico-metodológica que plantea una ruta alterna al trabajo realizado en Promoción de la Salud, no ha sido tarea sencilla.

Como primer estrategia, se inició con un proceso de capacitación al personal de la Dirección de Promoción de la Salud, en donde coexisten al menos tres miradas sobre la Promoción de la Salud, por un lado, la *higiénico-preventivista*, emanada del modelo de prevención primaria que se enmarca en la historia natural de la enfermedad, una segunda, arraigada fuertemente en las últimas dos décadas, caracterizada por la propuesta de “estilos de vida saludables”, que se centra en cambios de comportamiento individual y la tercera, aquella que responde a la

propuesta descrita en párrafos anteriores, que busca *producir salud de forma colectiva, con la participación de todos los actores de la comunidad*.⁴⁹

Hubo resistencias, descalificaciones y dudas, pero al final se encontró en la mayoría de los compañeros y compañeras, la posibilidad de trabajar con las nuevas directrices.

También se implementó un programa de capacitación al personal operativo que realiza las acciones de Promoción de la Salud en las 16 jurisdicciones sanitarias, lo que permitió la realimentación bidireccional para identificar obstáculos, fortalezas y contradicciones del trabajo territorial en Promoción de la Salud.

Figura 3. Capacitación a personal operativo de las 16 Jurisdicciones Sanitarias



Fuente: Elaboración propia

Las compañeras y compañeros operativos plantearon la necesidad de contar con insumos materiales y la preocupación por el “logro y cumplimiento de metas”, que se evidencian a través de indicadores y de cifras que se alcanzan con mayor facilidad realizando acciones puntuales y que no se visibilizaban en la nueva propuesta de trabajo.

⁴⁹ Para mayor referencia sobre la caracterización de los modelos de Promoción de la Salud que se pudieron identificar, consultar en Castro Albarrán, 2010.

Se trató así de echar a andar una transformación simultánea, rescatando las valiosas experiencias de quienes por muchos años han trabajado en territorio y, al mismo tiempo, de implementar una lógica diferente en la concepción de la producción en salud.

Para las reuniones de capacitación se aplicaron técnicas participativas y se realizaron círculos de reflexión y mesas de trabajo

La participación fue, en la mayoría de los casos, entusiasta y propositiva, aunque en cada una de las reuniones se daba cuenta de la incertidumbre de andar por una ruta nueva.

Se trata de un aprendizaje y una construcción colectiva, donde cada entorno y cada población cuenta con necesidades y capacidades particulares, que, no obstante, mantienen causas y posibilidades comunes.

Figura 4. Ejemplo de técnica participativa: Los globos



La misión: no dejar caer ninguno globo al piso, aun cuando hubiese más globos que personas.

Este equipo decidió anudar los globos, concluyendo que es más fácil cuidar en conjunto que de manera aislada.

Fuente: Elaboración propia

Con la participación de las personas que integran los Comités Locales de Salud, se inició el trabajo para la transformación y creación de *entornos promotores de la salud*. En las reuniones de trabajo se identificaron necesidades, alternativas y disposición para el trabajo conjunto entre los SSPCDMX y la comunidad.

Figura 5. Entornos promotores de la salud



Fuente: Elaboración propia

Figura 6. Cómites Locales de Salud CDMX

Comités Locales de Salud en la Ciudad de México			
2019-2021	2022	2023	2024
98	161	191	en proceso

Fuente: Elaboración propia

Una vez reactivada la Comisión Intersectorial de Promoción de la Salud, se reorganizó el trabajo en función de cuatro ejes: *Metabolismo Social Inclusivo, Espacialidad para el envejecimiento digno, Sujeto y Biopoder y Atención a la salud y sus daños*. En ese marco se contó con la participación de 61 instancias públicas, actualmente se fortalecen las alianzas para atender las necesidades en salud generadas de cara a la crisis hídrica, el envejecimiento poblacional, la población en contexto de movilidad y la necesidad del cuidado de la Salud Mental.

Figura 7. Comisión Intersectorial de Promoción de la Salud



Fuente: Elaboración propia

Sumar a esta ruta a la autoridad político-territorial, es decir, a las Alcaldías de la Ciudad de México, no ha sido un ejercicio sencillo. Sin embargo, para este 2024, se encuentra instalada la Red de Alcaldías Promotoras de la Salud de la Ciudad de México, que cuenta con la participación de las 16 alcaldías, y de las cuáles, 14 serán certificadas este año como Alcaldías Promotoras de la Salud. Movimiento de Municipios, Ciudades y Comunidades Saludables (MCCS) de las Américas, coordinado por la Organización Panamericana de la Salud (OPS).

Figura 8. Red de Alcaldías Promotoras de la Salud

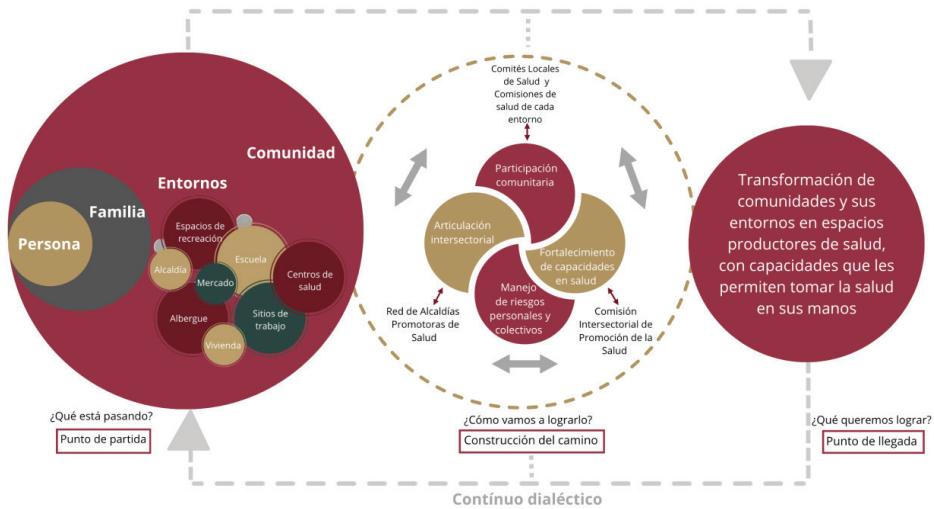


Fuente: Elaboración propia

Pensar en espacios-poblaciones, implica visibilizar las relaciones sociales que ahí se establecen; los estragos que hay que revertir tras un largo proceso de desmantelamiento donde se incluyen lógicas que favorecen la individualidad y la competencia, que han fragilizado los lazos sociales y las redes comunitarias, los espacios de encuentro y las condiciones para cuidar y ser cuidado.

Es necesario, en cada espacio-territorio, encontrar los hilos de los que hay que tirar a fin de aumentar la cohesión social, su reconstrucción, y con ello, el fomento de conductas responsables y solidarias, que se traduzcan en mejores condiciones de protección y salud, individuales y colectivas, de quienes habitan las comunidades y sus entornos.

Figura 9. Proceso metodológico. Promoción de la Salud SSPCDMX



Fuente: Elaboración propia

La potencialidad de avanzar en la producción de salud se encuentra intrínsecamente ligada a la posibilidad de generar experiencias de transformación que permitan abrir espacios y tejer rutas donde confluyan todos los actores sociales involucrados, promoviendo y fortaleciendo el compromiso y empoderamiento poblacional.

La *articulación intersectorial* es solamente uno de los elementos indispensables en el trabajo territorial, por sí misma no es suficiente en tanto no se acompañe de la *participación comunitaria*, que se organizada y se rearticula orienta por la identificación y posibilidades de *manejo de los riesgos en salud personales y colectivos*, a través del *fortalecimiento de las capacidades en salud*.⁵⁰ Estos son los cuatro ejes que guían las estrategias y acciones en cada comunidad y sus respectivos entornos en la intencionalidad de su transformación en espacios productores de salud, donde sus habitantes posean la autonomía y capacidad de tomar la salud en sus manos.

ALGUNAS REFLEXIONES

No se cuida lo que no se conoce. Cuidar y cuidarnos nos da existencia e implica la intencionalidad de mirarnos y reconocernos, tener en cuenta a las y los otros, generar espacios de diálogo y escucha que favorezcan el intercambio de saberes, conocimientos y necesidades; en este sentido, las instituciones tenemos mucho por reaprender y por ello, las estrategias en Promoción de la Salud deberán proveer de herramientas metodológicas que permitan localizar los nudos que obstaculizan la construcción de fines comunes y desanudarlos, a fin de construir, en colectivo, un andamiaje en donde la salud abone a un proyecto de vida y felicidad para las personas.

Figura 10. Comunidades Promotoras de la Salud

⁵⁰ Las capacidades entendidas como “las oportunidades o posibilidades que tienen las personas para lograr ser o hacer a lo largo de su vida, esto con la libertad de elegir lo importante y valioso para ellas, en razón de sus propios propósitos, valores, normas, creencias y en general, de su concepto del bien” (Sen, 1997). La salud se promueve entonces fortaleciendo las capacidades.

COMUNIDADES PROMOTORAS DE LA SALUD
apoderadas de sus *entornos* al hacerlos habilitantes para las decisiones saludables



Fuente: Elaboración propia

Así, cuando hablamos de autonomía, estamos hablando de la capacidad de decisión (entendida como un constructo social, y no como suma de habilidades y competencias), que permite discernir lo que es importante, para el individuo y la sociedad. Esta capacidad se cimenta a lo largo de nuestro curso de vida, a partir de la exploración del mundo que habitamos, de las diversas formas en que concebimos, buscamos y procuramos la salud; en este andar, el cuidado permite el alcance de la independencia y de la autonomía que posibilita llegar a los niveles máximos para construir, dentro de nuestros entornos, el proyecto de vida que consideremos valioso y sostenible.

Hasta aquí hemos esbozado la propuesta que ha guiado el trabajo en Promoción de la Salud, propuesta inacabada porque se configura y reconfigura cotidianamente, ya que las particularidades de cada espacio-territorio generan nuevos retos y nuevas enseñanzas, y al mismo tiempo se enmarcan en una realidad que aún se enfrenta a los estragos de las políticas sociales de años previos, generadoras de tensiones que obstaculizan el desarrollo de estrategias integrales de salud, con prácticas atravesadas por una lógica centrada en la enfermedad, cuyo efecto principal es la generación y sostenimiento de un sistema fragmentado, con una

limitada participación de dispositivos grupales y colectivos que aún hay que transformar.

Este momento histórico nos da la posibilidad de repensar la salud en tanto metacapacidad humana, elemento necesario para el goce de una vida digna, cuya producción requiere de la activa participación social, articulada con la autoridad y voluntad política de distintos sectores que, orientada por el enfoque de derechos, fortalece la construcción de Ciudadanías, reconstituyendo a los sujetos derecho y a los garantes de éstos a través de activar los mecanismos en las instituciones públicas.

El modelo de Promoción de la Salud aquí presentado es apenas el inicio de esta ruta, que aún debe, de la mano de las Autoridades Sanitarias y de la capacidad rectora del Sistema de Salud, avanzar hacia la apertura de caminos que impulsen el trabajo territorial en espacios concretos, para incidir de manera positiva en los Determinantes Sociales de la Salud, lo que sólo es posible si se cuenta con una población apoderada, con capacidad de crear vínculos y redes de protección, solidaridad y cuidado, en donde la elección de la vida que las personas decidan vivir se acompañe de los valores de justicia, libertad, solidaridad y felicidad.

Este es, apenas, el inicio del camino.

Referencias

ACUERDO por el que se emite el Modelo de Atención a la Salud para el Bienestar (MAS-BIENESTAR), Diario Oficial de la Federación, [DOF], 25 de octubre de 2023, (México).

Bang, C. (2010). *La estrategia de promoción de salud mental comunitaria: Una aproximación conceptual desde el paradigma de la complejidad*. Facultad de Psicología UBA (Ed.), Memorias II Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología (Tomo 3) (pp. 242-245). Buenos Aires: Facultad de Psicología UBA.

DECRETO por el que se reforma y adiciona el artículo 4o. de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Diario Oficial de la Federación, [DOF],08 de mayo de 2020, (México)

Granda, E. (2006). Globalización de los riesgos en salud. *Facultad Nacional de Salud Pública: El Escenario Para la Salud Pública Desde la Ciencia*, 24. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5432768>

Laurell, Asa Cristina (2013). Impacto del Seguro Popular en el sistema de salud mexicano. - 1a ed. - Ciudad Autónoma de Buenos Aires: CLACSO, 2013. E-Book. Disponible en: <https://biblioteca.clacso.edu.ar/clacso/clacso-crop/20130807020931/ImpactodelSeguroPopular.pdf>

Ley de Salud de la Ciudad de México, Gaceta Oficial de la Ciudad de México, 09 de agosto de 2021, (México).

Ley de Salud de la Ciudad de México, Reformada, Gaceta Oficial de la Ciudad de México, 10 de octubre de 2023, (México).

López Arellano Oliva (2016). Reformas de salud en México. Balance y desafíos. Disponible en: <https://saludproblemaojs.xoc.uam.mx/index.php/saludproblema/article/download/584/584>

López, O. (2024, 25 abril). *La transformación del sistema de salud. MAS BIENESTAR en la Ciudad de México* [Vídeo]. Recuperado 26 de abril de 2024, de <https://www.facebook.com/100064506110179/posts/842382971255232/?mibextid=jmPrMh&rdid=PwkLVilNQXkLcMPC>

Muñoz, M. (s. f.). *El territorio como determinante de la salud comunitaria*. <https://bdigital.uncu.edu.ar>. Recuperado 3 de mayo de 2024, de https://bdigital.uncu.edu.ar/objetos_digitales/10588/elterritoriocomodeterminante.pdf

- Rovere, M. (2006). *Planificación estratégica de recursos humanos en salud.* (2.ª ed.). Organización Panamericana de la Salud. Pág 85
- Sen, A. (1997). *Bienestar, justicia y mercado.* Barcelona: Paidós/Instituto de Ciencias de la Educación, Universidad Autónoma de Barcelona.
- Secretaría de Salud de la Ciudad de México [SEDESA]. (2019). Primer Informe de Gobierno. Secretaría de Salud. Diciembre 2018 - Agosto 2019. Gobierno de la Ciudad de México, Ciudad de México.

8. Comisión de Bioética de la Ciudad de México: retos en la interfaz entre cuidado y calidad

David Benítez Valladares

INTRODUCCIÓN

Históricamente los cuidados en salud han sido interesadamente ignorados por la atención pública y académica. Esta dinámica está cambiando en la actualidad y cada vez es más difícil relegar el tema de los cuidados del ámbito público. Este diagnóstico sobre las necesidades de cuidados de la población tiene una base ética que es importante comprender. El imperativo ético detrás de esta iniciativa surge de la ética del cuidado que complementa y supera la ética de la justicia. Añade otra mirada que valora al ser humano no solo por ser autónomo, sino por ser también dependiente y relacional. Es una mirada esencial para construir un mundo democrático que rompa con los roles de género y la concepción individualista de las personas y asuma que somos seres interdependientes, dadores y receptores de cuidados.

Debido a la hegemonía del pensamiento liberal en ética y bioética, la justicia ha sido históricamente el gran centro de la reflexión. Sin embargo, otras posibilidades se han vislumbrado con el surgimiento de la ética del cuidado. El aumento tanto en términos absolutos como relativos de la población de la tercera edad y por lo tanto de los cuidados que este incremento representa en nuestras sociedades han propiciado (entre otros muchos elementos) que la esfera de la producción, históricamente masculinizada, haya dejado de ser el centro absoluto de atención de la ética para dar paso a consideraciones sobre la importancia de la esfera de la reproducción de la vida (Federici, 2015).

Aunque ya se ha hablado ampliamente del cuidado, para este capítulo se va a retomar una definición amplia de cuidado, tal y como lo plantea Tronto (1993), para quien el cuidado es:

Una actividad característica de la especie humana que incluye todo lo que hacemos con vistas a mantener, continuar o reparar nuestro “mundo”, de manera que podamos vivir en él, lo mejor posible. Este mundo incluye nuestros cuerpos, nuestras individualidades y nuestro entorno, los cuales buscamos tejer juntos en una red compleja que sostiene la vida (p. 103)

Una de las primeras consideraciones éticas sobre el cuidado es sobre su distribución social y sexual. Tradicionalmente el cuidado ha sido relegado a la esfera privada y concretamente a las mujeres. Un ejemplo claro nos lo da la Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo:

Las personas trabajadoras en el cuidado de otros que incluye a niñas, niños, personas con discapacidad y adultos mayores, se contabiliza en establecimientos igual a 117,557 y en casas particulares la cifra es de 242,226, lo anterior da un total de 359,783 personas en el trabajo de cuidados de las cuales el 95.7% son mujeres y 4.2% hombres ... En México, las personas que se dedican al trabajo del hogar remunerado son 2.2 millones, de las cuales nueve de cada diez son mujeres, es relevante que el 75% no cuenta con ningún tipo de prestaciones (INMUJERES, 2020, pp 4-5).

Dada la importancia del cuidado para la vida humana, es necesario plantearse una distribución justa de éste. En esta distribución es esencial que todos los sectores de la sociedad se vean implicados, tanto el Estado, las instituciones privadas y todas las personas independientemente de su sexo. Con respecto al Estado, la institucionalidad bioética en México puede jugar un rol muy importante para poder propiciar este necesario cambio. Este rol es el de generar la reflexión bioética que acompañe la transformación necesaria de la distribución actualmente injusta del cuidado y diseñar, junto con otras instituciones, el papel del Estado en esta distribución.

Por otro lado, la bioética siempre ha tenido una clara conexión con la calidad de la atención. Es prácticamente imposible obtener calidad de la atención solo teniendo en cuenta consideraciones técnicas. Obligatoriamente la reflexión bioética y las consideraciones que de ésta emanan son esenciales para alcanzar una buena

atención de la salud. La institucionalidad bioética en México se creó para alcanzar la complementación entre los aspectos técnicos y las consideraciones éticas.

En este capítulo se expondrá un pequeño resumen del proceso histórico de la creación de la Comisión de Bioética de la Ciudad de México (de aquí en adelante la Comisión) para comprender tanto la institucionalidad bioética actual, como el rol que deben desempeñar estas instituciones bioéticas en el desarrollo de la interfaz entre la calidad y el cuidado en las instituciones de salud.

BREVE HISTORIA DE LA COMISIÓN DE BIOÉTICA DE LA CIUDAD DE MÉXICO

Si bien los Comités Hospitalarios de Bioética (CHB) tienen una larga historia desde la década de 1970, la construcción del marco institucional de bioética mexicana comenzó en 1992 con la creación de la Comisión Nacional de Bioética (CONBIOETICA). No fue hasta el año 2000 que esta institución adquirió su estatus permanente; en 2005, finalmente logró una relativa independencia de la Secretaría de Salud al convertirse en un órgano desconcentrado de esta última (Comisión Nacional de Bioética, 2015). CONBIOETICA es la institución encargada de registrar, capacitar y supervisar a cada CHB mexicano. Además, en 2005, CONBIOETICA también creó las Comisiones Estatales de Bioética, completando así el marco institucional mexicano en bioética (junto con el CHB y el CEI (Comités de Ética en Investigación) (Comisión Nacional de Bioética 2015).

Las CEB son la última institución de bioética creada y hoy en día la mayoría de los estados poseen una. Su importancia va creciendo ya que son las instituciones con funcionalidad similar a CONBIOETICA. A diferencia de otros países, como Argentina y Perú, las CEB en México no cuentan con la facultad de registro y control de los CHB y CEI estatales, sin embargo, son espacios clave para la promoción de su creación, registro y funcionamiento.

La Comisión (que es una CEB) es un órgano honorífico, técnico consultivo y propositivo de la Secretaría de Salud de la Ciudad de México que tiene como objetivo promover la creación de una cultura bioética en los hospitales, centros de

salud y demás instituciones relacionadas con la salud en la Ciudad de México, así como fomentar una actitud de reflexión, deliberación y discusión multidisciplinaria, interdisciplinaria, laica y democrática de los temas vinculados con la salud humana y desarrollar normas éticas para la atención, investigación y docencia en salud en un marco de respeto a los derechos y la dignidad humana, con base en las funciones enumeradas de forma enunciativa más no limitativa en el artículo tercero del Acuerdo por el que se crea con carácter permanente la Comisión.

El 3 de enero de 2008 el Dr. José Armando Ahued Ortega, en ese momento subsecretario de Servicios Médicos e Insumos y posteriormente secretario de Salud del Distrito Federal, hoy Ciudad de México, promovió la “Propuesta de Acuerdo de Creación de la Comisión de Bioética del Distrito Federal”. No fue sino hasta el 13 de diciembre de 2013 que el Diputado Rodolfo Ondarza Rovira, integrante del Grupo Parlamentario del Partido del Trabajo, en la VI Legislatura de la Asamblea Legislativa, presentó la iniciativa de Ley con el Proyecto de Decreto que modificaría la Ley de Salud del Distrito Federal, para crear la Comisión de Bioética del Distrito Federal. Hubo que esperar hasta el 14 de enero de 2016 para que se publicara en la Gaceta Oficial el Decreto por el que se Adicionan y Reforman Diversas Disposiciones de la Ley de Salud del Distrito Federal, particularmente los artículos 21 Bis, 21 Ter, 21 Quater, 21 Quintus, 21 Sextus y 21 Séptimus a la Ley de Salud del Distrito Federal, por los que se crea la Comisión de Bioética del Distrito Federal. El 26 de enero 2016 la Comisión Nacional de Bioética asignó a la Comisión de Bioética del Distrito Federal un número de registro. El 26 de mayo de 2017 se llevó a cabo la Instalación del Consejo de la Comisión de Bioética del Distrito Federal que era y sigue siendo el órgano rector de la Comisión. Se firmó el acuerdo de creación más no se publicó. Se tuvo que esperar a la legislatura actual para que el día 13 de octubre de 2022 se publicara en la Gaceta Oficial de la Ciudad de México el Acuerdo de Creación de la Comisión de Bioética de la Ciudad de México.

Resumiendo, la Comisión actual se puede considerar una institución muy joven que, después de muchos esfuerzos e intentos, apenas inicia su labor en 2016,

adquiriendo legalidad y mayores funciones solo a partir de 2019 gracias al impulso de su actual presidenta la Dra. Oliva López Arellano.

Durante este último sexenio el brazo operativo de la Comisión formado por su secretario técnico y los Coordinadores de CHB y CEI han identificado algunos retos para su correcto desempeño. A continuación, se describirán someramente los retos relacionados con la interfaz entre cuidado y calidad.

RETOS ACTUALES DE LA COMISIÓN DE BIOÉTICA DE LA CIUDAD DE MÉXICO

ORIENTACIÓN DE POLÍTICAS PÚBLICAS

Teniendo en cuenta la función expresada en el Acuerdo de Creación de la Comisión de Bioética de la Ciudad de México, uno de los mayores retos que debe enfrentar la Comisión es el de contribuir realmente a las políticas públicas con la reflexión bioética. Aunque hay muchos temas actuales en los que la reflexión bioética debe jugar un papel importante en la interfaz entre la calidad y el cuidado, por ejemplo políticas públicas sobre la interrupción del embarazo, la objeción de conciencia, la gestación subrogada, etc., hay un tema clave en el que la institucionalidad bioética y, por lo tanto, la Comisión debe apoyar. Este tema es el diseño e implementación de la Ley General del Sistema Nacional de Cuidados.

La Comisión debe aportar los argumentos y las reflexiones bioéticas a través de cursos de capacitación específicos y colaboración estrecha con las instituciones y programas encargados de las mencionadas temáticas. Esta forma de trabajar que aquí se señala implica la centralidad de la capacitación en la labor de la Comisión.

CAPACITACIÓN CRÍTICA E INCLUSIÓN DE LA ÉTICA DEL CUIDADO

Como se ha señalado, una de las vías de intervención más importantes de la Comisión es la capacitación. Para llevar a cabo esta capacitación es necesario elaborar un plan de comunicación que contenga los aspectos críticos que posibiliten ir más allá de la bioética clínica clásica con sus sesgos individualistas y centrado únicamente en cuestiones de justicia. Para ello la Comisión propone el uso de las

categorías de la salud colectiva latinoamericana (SC), es decir, un concepto de salud amplio, no reducido a las dimensiones biológicas y de factores de riesgo, sino referido al proceso de determinación social de la salud (López Arellano, 2013).

La lucha por el derecho a la salud, y subsecuentemente, el derecho a una salud pública digna ha sido el objetivo de la SC durante décadas. La SC representa una superación con respecto a los enfoques clásicos, donde se privilegia la enfermedad y la muerte desde el positivismo y el estructural funcionalismo, ya que pone en el centro de su estudio la salud poblacional en su realidad histórica (Granda, 2004).

Con esta perspectiva la bioética que se propone debe superar los límites de la bioética clínica y del individualismo para abrirse a conceptos relacionales de persona y al análisis de la justicia social como eje central. En definitiva, lo que se propone es una bioética que incluya también las cuestiones de salud colectiva, es decir una ética de la salud (Berlinguer, 1994).

Actualmente la Comisión se propone dos tipos de capacitación para poder satisfacer las necesidades, pero también las limitaciones de tiempo de los comités de bioética y ética en investigación. Una de las modalidades de capacitación son los cursos cortos. Estos cursos tienen una duración aproximada de cuatro horas y se realizan o bien de forma presencial (preferiblemente) o bien de forma virtual.

Sin embargo, es necesario también incluir una capacitación integral que comprenda de forma estructurada las principales herramientas epistemológicas, teóricas y prácticas de la ética de la salud. Para ello se ha diseñado el Diplomado de Ética de la Salud de la Ciudad de México.

El objetivo principal del Diplomado en Ética de la Salud de la Ciudad de México es desarrollar las capacidades necesarias para una reflexión crítica, laica y plural de los conflictos bioéticos que emergen de la vida y, más específicamente, en el campo de actuación de los comités institucionales de bioética en la Ciudad y a la luz de los DD.HH.

Es un diplomado de un año de duración, virtual y gratuito, organizado e implementado por la Comisión de Bioética de la Ciudad de México con apoyo de las

instituciones públicas de educación superior de la Ciudad (UNAM, IPN, UAM y UACDMX) y la CONBIOÉTICA. Al presente, se han llevado a cabo dos ediciones del diplomado, la primera edición del diplomado empezó el 23 de septiembre de 2021 y la segunda el 20 de febrero de 2023. En total se han titulado 137 personas miembros de comités de bioética de la Ciudad de México. Actualmente se va a comenzar con la tercera generación en agosto de 2024 que contará con 150 personas inscritas.

Aunque es necesario abarcar las teorías éticas convencionales como las teorías utilitaristas y liberales, el diplomado pone especial énfasis en ir más allá de estas teorías, proponiendo teorías alternativas y críticas como la ética del cuidado o el enfoque de capacidades. El enfoque teórico propuesto trata de promover una reflexión crítica al individualismo imperante y la concepción restringida de la salud y a la inclusión de la vida buena (concepto utilizado en la Salud colectiva latinoamericana) en la reflexión bioética. Se propone una concepción narrativa del individuo. Esta concepción defiende que el individuo no ejerce su voluntad en un vacío, como proponen algunos autores contractualistas como Rawls. Sin embargo, la concepción narrativa define a las personas “como seres que cuentan historias” (Sandel, 2011, p.140). Los seres humanos nos encontramos inmersos en narrativas en las que muchos elementos nos vienen dados y es desde esas narrativas donde ejercemos nuestra voluntad: “sólo puedo contestar a la pregunta ¿qué voy a hacer? si puedo contestar a la pregunta previa ¿de qué historia o historias me encuentro formando parte?” (Macintire, 1982, p. 322). Esta concepción, aunque teleológica, deja cabida a la impredecibilidad, es decir niega el determinismo social, que no la determinación. Por lo tanto, “la reflexión moral está ligada a la adscripción y a ser parte de algo” (Sandel, 2011, p. 141)

Autores como Sandel continúan con su crítica, sobre la exclusión de la “vida buena” de la política propiciada por el liberalismo, resaltando otra contradicción. La democracia procedural liberal crea un “yo desvinculado” que, entre otras cosas, implica una erosión de las comunidades intermedias entre el individuo y el Estado, cediendo la defensa de estas comunidades intermedias al conservadurismo más

fundamentalista. Ese “yo desvinculado” cada vez participa menos en proyectos comunes y se interesa menos por el bien común, erosionando virtudes cívicas de las cuales depende, como por ejemplo la participación política: “¿De qué modo nos ayuda el proyecto liberal –y su fracaso– a entender nuestra vida pública y las dificultades que atraviesa?” (Sandel, 2008, p. 201).

Por estas y otras razones Sandel enmarca parte de su pensamiento en el republicanismo que defiende un Estado que promueve las virtudes cívicas y el bien común. Otros autores, como Jennings, han llevado estas ideas republicanas a la arena de la salud pública, defendiendo la idea de que el principio de daño liberal es insuficiente para justificar las acciones en salud pública y que se necesita incorporar el bien común. Jennings considera que lo “público” de la salud pública se define mejor desde una postura republicana, ya que la concepción liberal como agregado de individuos ignora que los individuos están entrelazados a través de complicados sistemas institucionales y culturales que presentan propiedades que no poseen los individuos (Jennings, 2007). Este autor argumenta que el republicanismo es la teoría ética idónea para la salud pública ya que esta última debe:

identificar e interpretar para la sociedad cambios en los patrones de las enfermedades y del riesgo que no son analíticamente reducibles al comportamiento individual, sino que tienen propiedades sistémicas que proceden de las estructuras de relaciones interpersonales ... Además del lenguaje liberal de los derechos, intereses y utilidades, la ética de la salud pública necesita el vocabulario de la solidaridad, mutualidad, interdependencia, justicia social, comunidad y el bien común (Jennings, 2007, p. 37).

En resumen, el diplomado trata de aportar una reflexión bioética más allá de la justicia liberal, donde el bien común y el cuidado son también centrales y complementarios a la idea de justicia y, por lo tanto, elementos indisociables a la atención de la salud.

PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN Y CUIDADO

El primer nivel de atención (PNA) es el acceso al sistema de salud; representa el principal contacto y el más cercano a la población debido a que atiende las necesidades de salud básicas y más frecuentes. Se refiere que en él se resuelven aproximadamente 85% de los problemas de la salud poblacional y se conforma por centros de salud, unidades de medicina familiar, consultorios, policlínicas y demás establecimientos de baja complejidad que realizan actividades de atención de la enfermedad, promoción de la salud y prevención.

En la Ciudad de México el PNA incluye unidades de medicina familiar (IMSS, ISSSTE, PEMEX, SEDENA y SEMAR), centros de salud (IMSS Bienestar), centros de atención médica (DIF), clínicas especializadas (SEDESA y privadas), consultorios privados y de asociaciones civiles, y atención comunitaria no hospitalaria, cada uno con características particulares.

Específicamente en el IMSS Bienestar, el PNA corresponde a:

- 180 Centros de Salud (100 T1, 46 T2 y 34 T3),
- 65 Unidades de Especialidad Médica,
- 14 Unidades de Salud de Detección Oportuna,
- 10 Caravanas de Salud,
- 1 Laboratorio de Vigilancia Epidemiológica,
- 24 Medibuses,
- 19 Unidades Médicas en Reclusorios

Aunque el cuidado es un elemento esencial en cualquier nivel de atención, es en la comunidad donde actualmente se lleva a cabo primordialmente. El primer nivel de atención, dada la cercanía a la comunidad, representa un nivel de atención clave para promover la reflexión ética referente al cuidado.

Sin embargo, en la institucionalidad bioética no existen comités en el primer nivel de atención. Desde su surgimiento y expansión en la década de 1970, la bioética clínica se ha centrado en analizar la aplicación del desarrollo tecnocientífico en

unidades de segundo y tercer nivel de atención (Did Núñez, 2000). Al grado que dicho enfoque suele ser la primera asociación que se tiene al referir el término bioética. Ejemplos como: eutanasia, limitación del esfuerzo terapéutico, sedación paliativa, técnicas de reproducción asistida, trasplante y donación de órganos, etc., son problemas que se asocian a la práctica hospitalocéntrica y que suelen promover el desarrollo de una noción individual de responsabilidad, de autonomía y autodeterminación en el ámbito de la salud (Jennings, 2007).

Sin embargo, autores como Gracia (2001), Braunack Mayer (2007), Moon, Hughes y Sugarman (2008), entre otros, destacan la importancia del abordaje bioético de los problemas en el PNA, los cuales suelen ser problemas frecuentes, pero que pueden pasar desapercibidos. En el PNA hay cuestiones que pueden no ser reconocidas como problemas éticos, lo que lleva a resolverlos de forma intuitiva según las capacidades personales del profesional, por lo tanto, resolviendo desde la moralidad de los profesionales de salud en lugar de hacerlo desde una ética crítica, laica y plural.

Por su parte, Gracia (2001) expone que el PNA funciona a un ritmo y con una mentalidad propia que merecen un abordaje bioético específico. Por tanto, propone que, así como se distingue entre niveles de asistencia sanitaria, es pertinente distinguir entre niveles de bioética clínica.

De acuerdo con Did Núñez (2000), Gracia (2001) y Altisent (2006), entre las características propias del PNA en la Atención Primaria de la Salud (APS) destacan la continuidad en la atención a lo largo de la historia de vida de los usuarios, la perspectiva global de las circunstancias familiares y socioculturales de la población blanco, la intersectorialidad, la orientación familiar, la atención integral, la importancia del carácter preventivo y educador de la comunidad, modificación de estilos de vida, manejo del paciente difícil, etc. Con base en lo cual, la atención a la salud del PNA maneja tanto cuestiones clínicas distintas al segundo y tercer nivel, como también un mundo de valores morales de mayor amplitud y complejidad: determinantes sociales, culturales, ambientales, etc. (Ramos R. de Viesca y Viesca Treviño, 2020).

Por otro lado, Braunack Mayer (2007) destaca que los retos éticos del PNA no pueden definirse como la suma de los desafíos que enfrentan individualmente los usuarios y profesionales, sino que resultan de la relación de los intereses y valores de los individuos y la comunidad.

El papel de la comunidad es esencial en el PNA, pero el balance entre las responsabilidades individuales y sociales puede ser difícil de abordar. Braunack Mayer (2007) refiere que para entender el efecto de la participación comunitaria en el binomio salud-enfermedad es preciso interpretar al individuo dentro de sus circunstancias, pues aquellos que estén en menor capacidad de controlar su estilo de vida están en mayor desventaja aún frente a cambios estructurales.

Conceptos específicos de la estrategia APS como equidad, justicia, solidaridad y cuidado, son mayoritariamente importantes en el PNA, pero el abordaje bioético no debe descuidar el vaivén entre lo individual (autonomía, dignidad, integridad, etc.) y lo colectivo durante el análisis de los problemas.

Como ejemplos podemos referir los juicios de valor sobre los hábitos alimenticios o las conductas de riesgo en la medicina preventiva, los criterios de bienestar y el acompañamiento de cuidados paliativos, entre otros, los cuales han dado pauta a la culpabilización no solo de individuos, sino también de comunidades por su estado de salud.

El binomio salud-enfermedad está socialmente determinado, por lo que, la integración de la esfera cultural/social en el abordaje biomédico promovido por la estrategia APS, en especial en el PNA, ha planteado retos a un análisis bioético que usualmente se enfocaba a la toma de decisiones clínicas rápidas en escenarios apremiantes (Gracia, 2001).

Por ello, el análisis bioético en el PNA debe de considerar principios y valores individuales, pero también sociales, es decir, articular diferentes perspectivas éticas: ética biomédica, ética general, ética de la salud pública, ética de la promoción de la salud, ética de la distribución de recursos y derechos humanos, sin intentar

sobreponer una sobre las demás (Braunack Mayer, 2007). Sin duda la ética del cuidado adquiere un protagonismo importante en este nivel de atención.

Debido a este análisis y a reuniones con personal que labora en el primer nivel de atención de la SEDESA–IMSS Bienestar y en los Servicios de Salud Pública de la Ciudad de México OPD, la Comisión identificó una necesidad para desarrollar comités de bioética que puedan apoyar a los trabajadores y a los usuarios en el abordaje de problemas propios del nivel de atención.

Durante el periodo de 2021 a 2024 se integraron y capacitaron a seis CBPNA pilotos en establecimientos de la red SEDESA-IMSS Bienestar en las alcaldías Cuauhtémoc, Gustavo A. Madero, Iztapalapa, Miguel Hidalgo, Tlalpan y Venustiano Carranza.

Los objetivos, funciones de estos comités, funciones de los integrantes, limitaciones, integración, instalación, operatividad, registro, renovación, control y seguimiento, estarán acorde con la Guía Nacional Para la Integración y el Funcionamiento de los Comités Hospitalarios de Bioética (CONBIOÉTICA, 2015), con la diferencia de que el enfoque bioético será del PNA, los integrantes no pertenecerán a una sola institución debido al carácter regional de los comités y, por tanto, las firmas en la documentación no serán de un titular o director hospitalario, sino que serán otorgadas por el director o directora de la jurisdicción sanitaria correspondiente.

Es necesario señalar que estos comités elaboraron su primer programa anual de trabajo a principios de 2024 y se tiene programada una reunión a finales de 2024 para presentar los avances, logros y retos experimentados.

A MODO DE CONCLUSIÓN

Tratando de resumir lo expuesto en este capítulo, es importante resaltar varios elementos. En primer lugar, es necesario enfatizar el papel del cuidado como elemento indisociable de la calidad de la atención en salud. El estado debe empezar a preocuparse y ocuparse del cuidado y, de este modo injerir en la actual distribución social y sexual del cuidado. Hay muchos motivos para esto, pero en

este capítulo se acentuaron los motivos éticos, principalmente de justicia y de bien común.

En segundo lugar, se subrayó el papel de la Comisión como institución de reciente creación que tiene la obligación y la responsabilidad de incluir la reflexión bioética sobre el cuidado como elemento esencial de la atención a la salud, especialmente como elemento indisociable de la calidad de la atención. La comisión y los comités que dependen de ella, deben promover la integración del cuidado en el sistema de salud en todos sus niveles, especialmente en el PNA dada su cercanía con la población.

Para ello se han expuesto en la última parte del capítulo algunos de los retos operacionales que la Comisión ha enfrentado en los últimos años, haciendo especial hincapié en la orientación de políticas públicas, la capacitación crítica y la ampliación de la institucionalidad bioética al PNA.

Son muchos los retos que estas actividades imponen a esta joven institución, pero mayor es la necesidad. La dimensión ética del cuidado y sus implicaciones en la práctica de salud son todavía campos en desarrollo. Es a través de la acción institucional y comunitaria que se podrán desarrollar estos importantes campos para transitar hacia sociedades justas y que promuevan la buena vida.

REFERENCIAS

- Altisent, R. (2006). Bioética y atención primaria: una relación de mutuas aportaciones. *Archivos en Medicina Familiar*. Vol.8 (1) 63-73
- Berlinguer, G. (1994). *Ética de la salud*. Buenos Aires: Lugar Editorial, Ed.; Primera ed).
- https://scholar.google.es/scholar?hl=es&as_sdt=0%2C5&q=%22Ética+de+la+salud%22+Berlinguer&btnG=

- Braunack Mayer, A.J. (2007). The ethics of primary health care. In Ashcroft, Dawson, Draper & McMillan eds. *Principles of health care ethics*. Wiley, 2nd ed, pp. 357-364.
- Comisión Nacional de Bioética. 2015. Comisiones Estatales de Bioética Lineamientos Operacionales. Ciudad de México.
- Did Núñez, J.P. (2000). Principios bioéticos en la atención primaria de salud. *Rev Cubana Med Gen Integr*, 16(4):384-9.
- Federici, S. (2015). Sobre el trabajo de cuidado de los mayores y los límites del marxismo. *Nueva sociedad*, 256(marzo-abril), 45-62.
- Gracia, D. (2001). La bioética en atención primaria. En *Bioética Clínica*. Editorial el Búho, Bogotá. Pp. 99-102.
- Granda, E., (2004). A qué llamamos salud colectiva, hoy. *Revista Cubana de Salud Pública*, 30(2), 0-0.
- INMUJERES (2020), COVID-19 y su impacto en números desde la perspectiva de género, a partir de INEGI. 11 Trimestre de la Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo (ENOE) 2019. Consultado en: <https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/543160/Covid19-cifrasPEG.pdf>
- Jennings, B., (2007). Public health and civic republicanism: Toward an alternative framework for public health ethics. *Ethics, prevention and public health*, 30-58.
- López Arellano, O. (2013). Determinación social de la salud: desafíos y agendas posibles. *Divulgação Em Saúde Para Debate*, 49, 144-150. <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-716802>
- MacIntyre, A. C., (1987). *Tras la virtud*. Barcelona: Crítica*.

Moon, M., Hughes, M. & Sugarman J. (2008). Primary care ethics. In Singer, P. & Viens, A. (eds) (2008). *The Cambridge textbook of bioethics*. Cambridge. P. 475-480.

Ramos R. de Viesca, M. y Viesca Treviño, C. (2020). Bioética y atención primaria de la salud. En *Gaceta CONBIOÉTICA*, Año IX; 35. Pp. 3-7.

Sandel, M. (2008). *Filosofía pública. Ensayos sobre moral en política*. Barcelona: Ediciones Marbot*.

Sandel, M., (2011). *Justicia. ¿Hacemos lo que debemos?* Debate*.

Tronto, Joan (1993). *Moral Boundaries: A Political argument for an ethic of care*. New York: Routledge.

9. Una recapitulación

Paul Hersch Martínez

Los diversos capítulos que componen esta obra reflejan el mosaico de facetas que se despliegan en la confluencia contextual entre dos elementos esenciales en el campo sanitario: el cuidado y la calidad.

Un programa de atención médica se aborda en el inicio de este trabajo; nacido de una genuina consulta a la población, postulando como dos de sus referentes a la *individualización diagnóstica* y a la *diversificación terapéutica* derivada de la primera. Eso implica, para concretarse a plenitud, no solo un largo camino que reclama políticas públicas, sino contextos sociales coherentes con esos principios desde la salud colectiva y el pluralismo epistemológico.

Lo expuesto hasta aquí denota en su conjunto una diversidad de aportes con un cometido común que los integra: el de responder a las necesidades concretas de la población en cuanto a su salud.

La resignificación del proceso del cuidado, de la atención que necesariamente lo desata y de la calidad que lo sustenta, están presentes en los tres bloques que componen este trabajo: la revisión contextual del cuidado y de la calidad, su raigambre en la cultura de los pueblos originarios y finalmente algunas experiencias relativas a estos elementos desde los servicios públicos de atención de la Secretaría de Salud de la Ciudad de México.

Otro rubro que emerge compartido en este trabajo es el metodológico, basado en la participación social como referente, en el impulso a instancias operativas y dialógicas que se pueden concretar como *plataformas de interlocución*; es decir, como espacios y procesos donde, como y entre quien contribuir a la construcción de una ciudadanía exigente desde su propio involucramiento en el cuidado. Pero de un cuidado que implica atención, competencia, responsabilidad, disposición, un cuidado envolvente, irradiado, convergente, del cuerpo y la persona, de los vínculos cercanos, de la comunidad, de la sociedad, de la democracia, del planeta, de la memoria, del futuro mismo.

En fin, podemos ver este trabajo de reflexión, proveniente todo de la práctica, como un punto de partida, entre otros muchos, para cuidar colectivamente, hoy, el futuro.

SEMLANZA DE LOS AUTORES

David Benítez Valladares

Doctorado en Ciencias en Salud Colectiva. UAM Xochimilco. Medalla al mérito académico. Titular de la Comisión de Bioética de la Ciudad de México, Secretaría de Salud de la Ciudad de México. Integrante de la Asociación Latinoamericana de Medicina Social.

Ilian Blanco García

Investigadora por México y ex Becaria de CONAHCYT. Psicóloga y Doctora en Psicología Social por la Universitat de Barcelona. Candidata a Investigadora en el SNI. Líneas de investigación en salud sexual y reproductiva (partería), alimentación, cultura, identidad social y comunicación.

Publicaciones en salud sexual y reproductiva, lactancia materna, alimentación y frentes culturales.

Guadalupe Alejandrina Cabrera Muñoz

Médico y maestra en Salud Pública. Se ha desempeñado en programas de salud comunitaria y de educación para la salud. Profesora en la Escuela Superior de Medicina del Instituto Politécnico Nacional y médica adscrita al Hospital Materno Infantil de Secretaría de Salud de la CDMX.

Anaid Georgina Casas López

Licenciada en Psicología y Subdirectora de Educación y Cultura del Envejecimiento, Dirección de Promoción de la Salud de Servicios de Salud Pública de la Ciudad de México.

Montserrat Celis Gómez

Licenciada en Psicología Social por la Universidad Autónoma Metropolitana. Unidad Iztapalapa. Trabajó en la Dirección de Promoción de la Salud de los Servicios de Salud Pública de la Ciudad de México y en la Dirección General de Seguridad Ciudadana y Tránsito Municipal en el Departamento de Prevención Social de la Violencia y la Delincuencia del Municipio de Chimalhuacán, Estado de México. Actualmente trabaja en el Servicio Nacional de Salud Pública (SNSP) de la Ciudad de México. Su área de interés es la Medicina Social/Salud Colectiva, la Promoción de la salud, el Enfoque de Capacidades, la Determinación Social, el cuidado/cuidados en Salud y las Redes en Salud.

Emmanuel Flores Díaz

Antropólogo por la Universidad Autónoma del Estado de Morelos y maestro en Antropología Social por El Colegio de San Luis. Ha hecho investigación con grupos de pacientes diabéticos en el ámbito hospitalario en Cuernavaca y en el tema de los efectos de la explotación minera en Taxco. Actualmente asistente de investigación en el Programa Actores Sociales de la Flora Medicinal en México en el Centro INAH Morelos. Coautor de los Diagnósticos Participativos Comunitarios de las comunidades morelenses de Tepetzingo y Tetlama (UAEM, 2020).

Rosa María Garza Marcué

Investigadora en la Dirección de Etnología y Antropología Social del Instituto Nacional de Antropología e Historia. Doctora en Antropología Social por la Escuela de Antropología e Historia. Miembro del SNII Nivel I. Miembro del Comité Ejecutivo del Programa Nacional Estratégico de Cultura (Pronaces) en el marco del *Programa Nacional Estratégico de Memoria y Riqueza Biocultural*, Conahcyt. Líneas de investigación: “Lacas de Olinalá y Temalacatzingo, retos para su conservación y reproducción cultural”, “La selección social del patrimonio como reproducción cultural: las cocinas de México”. Publicaciones destacadas: Coordinadora y autora de capítulo en el libro *Bioculturalidad y patrimonio. Más allá del folclore*, Israel Ozuna, Rosa María Garza Marcué, Miguel Esteban Cloquell y Mónica Ribeiro (coords.). Universidad de Querétaro, 2023. Coordinadora y autora de artículo en el número especial de revista *Rutas de campo* núm. 5 *Iztapalapa: memoria y cultura*, INAH, junio 2020. Autora de capítulo “Lacas de Olinalá y Temalacatzingo, Guerrero: un proceso de patrimonialización exitoso” en el libro *El conocimiento antropológico e histórico sobre Guerrero. Patrimonio cultural: reconsideraciones, novedades y riesgos*. Secretaría de Cultura, INAH, 2019. Libro en coautoría Mujeres construyendo un mundo: las recetas del convento de Santa Mónica en Puebla. INAH/BUAP, 2017.

Paul Hersch Martínez

Médico y doctor en ciencias sociales y salud. Investigador en el INAH, donde coordina el programa “Actores Sociales de la Flora Medicinal” y es curador del Museo de Medicina Tradicional y Herbolaria. Líneas de investigación: epidemiología sociocultural, etnobotánica, promoción de salud, historial social de la terapéutica, fitoterapia clínica. Asesor *ad honorem* del Programa de Medicina Integrativa desde su inicio. Integrante del SNII nivel III, del Comité de Productos Naturales a cargo de la Farmacopea Herbolaria en la Comisión Permanente de Farmacopea, la Academia Nacional de Ciencias Farmacéuticas y la Asociación Latinoamericana de Medicina Social. Premio nacional de museografía 1998. Entre sus libros están *Introducción a la medicina social y la salud pública; Plantas medicinales: relato de una posibilidad confiscada; Destino común: los recolectores y su flora medicinal; Enfermar sin permiso: un ensayo de epidemiología sociocultural; Afeciones en juego* y otras publicaciones (<https://pasfminah.wixsite.com/>)

Anabel Citlalli López Gómez

Médica Cirujana por la Universidad Nacional Autónoma de México y Maestra en Medicina Social por la Universidad Autónoma Metropolitana. Docente en materia de salud pública en la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México y en la Escuela Superior de Medicina del Instituto Politécnico Nacional. Docente y Coordinadora Académica de la Escuela de Medicina Integral y Salud Comunitaria, sede Tlalpan. Coordinadora del área de salud en el Organismo Coordinador de las Universidades Para el Bienestar Benito Juárez García. Actualmente Subdirectora de Participación Social en los Servicios de Salud Pública de la Ciudad de México.

María Elizabeth López Enríquez

Pedagoga y Enfermera Obstetra adscrita a Sala LPR del Hospital General de Iztapalapa. Maestra en Pedagogía por la UNAM con orientación en Diversidad Cultural. Publicaciones centradas en la formación de parteras comunitarias.

Naglielly Alejandra Martínez Martínez

Asistente de proyecto de investigación de la Dirección de Etnología y Antropología Social del INAH. Licenciatura en Antropología Social por la Escuela Nacional de Antropología e Historia. Mención honorífica en el Premio Fray Bernardino de Sahagún correspondiente al área Etnología y Antropología Social en la categoría de Tesis de Licenciatura al trabajo *Adagio de la intersensorialidad: el mundo desde la ceguera*, Instituto Nacional de Antropología e Historia, 2018.

Jesús Reza Casahonda

Médico y maestro en salud pública. Se ha desempeñado en programas de salud comunitaria y de educación para la salud. En el Instituto Nacional Indigenista, se ha desempeñado como Director del Centro Coordinador Indigenista Oxchuk en el estado de Chiapas y como responsable del Proyecto “Salud Comunitaria Marqués de Comillas área Lacantún”. Doctoratus Honorem Magnus, entregado por su trabajo en defensa de los Pueblos Indígenas. Docente de diversas asignaturas en instituciones como la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México, la Escuela Superior de Medicina del Instituto Politécnico Nacional, la Escuela Militar de graduados de Sanidad de la Secretaría de la Defensa Nacional y la Universidad Autónoma Metropolitana Xochimilco. En la Dirección General de Promoción de la Salud de la Secretaría de Salud, fue jefe de Departamento de Ambientes Saludables. Ha ocupado diversos cargos en los Servicios de Salud Pública de la Ciudad de México, donde actualmente es titular de la Dirección de Promoción de la Salud.

María Grace Salamanca González

Profesora del Departamento de Historia y Filosofía de la Medicina (UNAM). Doctora en Filosofía mención ética, política y derecho en el marco de una codirección entre el Programa Actores Sociales de la Flora Medicinal en México (INAH) y la Universidad de Lyon (Francia). Postdoctorado en la Escuela Urbana de Lyon con investigaciones sobre salud común, estéticas del cuidado y el antropoceno. Fellow del Centro María Sibylla Merian de Estudios Latinoamericanos Avanzados (CALAS). Especialista en éticas y estéticas del cuidado.

Cuidado y calidad...

*La calidad de los servicios
médicos depende en
mucho del ejercicio cabal
del cuidado, comprendido
en su alcance más
expansivo y
profundo*