

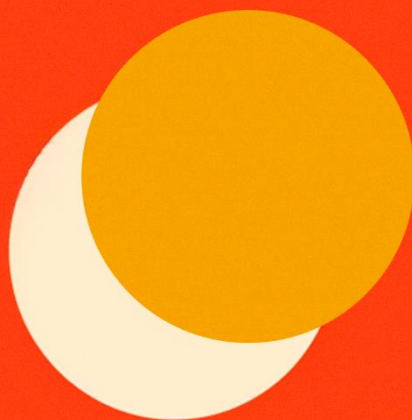
DESAFÍOS PARA LA SALUD COLECTIVA EN EL SIGLO XXI

Organizadores

Pedro Villasana

Donovan Casas Patiño

Juan Vicente Quintana Adrián



 **Pedro & João**
editores

**Pedro Villasana
Donovan Casas Patiño
Juan Vicente Quintana Adrián
(Organizador)**

Desafíos para la Salud Colectiva en el Siglo XXI

Agradecemos el apoyo de la Universidad Autónoma del Estado de México [UAEMEX], a la Universidad de los Lagos -Chile-, a la Universidad de Ciencias de la Salud "Hugo Chávez Frías" -Venezuela-, a la RED Internacional en Salud Colectiva y Salud Intercultural [REDSACSIC] y al Posdoctorado Internacional en Salud Colectiva, que nos han permitido ampliar los horizontes del conocimiento y su internacionalización.



Universidad Autónoma
del Estado de México



UNIVERSIDAD DE LOS LAGOS



**Pedro Villasana
Donovan Casas Patiño
Juan Vicente Quintana Adrián
(Organizador)**

Desafíos para la Salud Colectiva en el Siglo XXI

Copyright © Autoras e autores

Todos os direitos garantidos. Qualquer parte desta obra pode ser reproduzida, transmitida ou arquivada desde que levados em conta os direitos das autoras e dos autores.

Pedro Villasana; Donovan Casas Patiño; Juan Vicente Quintana Adrián [Orgs.]

Desafíos para la Salud Colectiva en el Siglo XXI. São Carlos: Pedro & João Editores, 2024. 223p. 16 x 23 cm.

ISBN: 978-65-265-1196-1 [Digital]

1. Saúde coletiva. 2. Medicina Preventiva. 3. Higiene. 4. Direitos. I. Título.

CDD – 610/370

Capa: Luidi Belga Ignacio

Ficha Catalográfica: Hélio Márcio Pajeú – CRB - 8-8828

Diagramação: Diany Akiko Lee

Editores: Pedro Amaro de Moura Brito & João Rodrigo de Moura Brito

Comité de Revisão:

Milady Guevara de Sequeda, Universidad de Carabobo Venezuela. Héctor Rubén Paz, Universidad Nacional de Santiago del Estero Argentina. Rubén Darío Gómez Universidad CES Colombia, Mario Rodolfo Salazar Morales Universidad de San Carlos de Guatemala (USAC)

Conselho Editorial da Pedro & João Editores:

Augusto Ponzio (Bari/Itália); João Wanderley Geraldi (Unicamp/Brasil); Hélio Márcio Pajeú (UFPE/Brasil); Maria Isabel de Moura (UFSCar/Brasil); Maria da Piedade Resende da Costa (UFSCar/Brasil); Valdemir Miotello (UFSCar/Brasil); Ana Cláudia Bortolozzi (UNESP/Bauru/Brasil); Mariangela Lima de Almeida (UFES/Brasil); José Kuiava (UNIOESTE/Brasil); Marisol Barenco de Mello (UFF/Brasil); Camila Caracelli Scherma (UFFS/Brasil); Luís Fernando Soares Zuin (USP/Brasil); Ana Patrícia da Silva (UERJ/Brasil).



Pedro & João Editores

www.pedroejoaoeditores.com.br

13568-878 – São Carlos – SP

2024

Sumario

<i>Prólogo</i>	9
Luisana Melo Solórzano, Mary Ramos Rodríguez	
<i>La integralidad de la salud-derechos sexuales y reproductivos como desafío para la salud colectiva. Reflexiones feministas desde el sur del Sur (Argentina – 2023)</i>	13
Claudia C. Anzorena	
Introducción	13
El marco legal como determinación de los eventos reproductivos	15
Salud colectiva y salud-derechos sexuales y reproductivos	19
Sexualidades y reproducción como procesos históricos	21
Una categoría para disputar el cuerpo expropiado por el Estado	25
Reflexiones finales	29
Bibliografía	31
<i>Justicia de géneros y salud intercultural en Patagonia</i>	37
Suyai García Gualda	
Introducción	
Justicia en el ámbito de la salud	37
Salud colectiva e intercultural	40
El Centro de Salud Raguñ Kien	47
Conclusiones	52
Bibliografía	56
<i>De enfermo a paciente</i>	59
Bruno Lutz	
Introducción	59
Las palabras “enfermo” y “paciente”	59

El paciente bajo tutela	63
La "posesión" del paciente	66
Tipología de pacientes	70
Conclusiones	75
Bibliografía	77
<i>Cambio climático y salud mundial. El caso de Italia y la República de San Marino</i>	79
Manuela Garau, Alejandra Rodríguez Torres, Donovan Casas Patiño	
Introducción	79
Cambio climático y salud pública en Italia después de Covid-19	80
El sistema sanitario de San Marino antes y después de Covid-19	88
Acuerdos sanitarios bilaterales	93
Conclusiones	100
Bibliografía	101
<i>Perspectivas teóricas de la salud colectiva latinoamericana y nuevos desafíos para el campo en el Siglo XXI</i>	109
Cristian David Osorio Figueroa, Ernestina Tecu, Monique Azevedo Esperidião	
Introducción	109
Corpus del pensamiento crítico de la salud colectiva en américa latina	112
Corpus de teorías sociológicas y la salud colectiva	115
Corpus de teorías (re)emergentes para narrativas otras	119
Consideraciones finales	121
Bibliografía	124
	125

<i>Hacia una racionalidad compleja de la salud: una perspectiva desde agentes de servicios de salud de la ciudad de Manizales</i>	135
Dora Cardona Rivas, Pedro Enrique Villasana López, Eugenia Nieto M	
Introducción	135
Objetivos	136
Acerca del método	136
Resultados	137
Discusión	140
Conclusiones	150
Bibliografía	151
<i>Gestión corresponsable de las zoonosis para la garantía del derecho a la salud. Una mirada desde la Salud Colectiva</i>	155
Juan Vicente Quintana Adrián, Jostron Freddy Romero, Donovan Casas Patiño	
Introducción	155
Los impactos socioambientales en el Sur Global y su relación con las zoonosis	157
La salud humana, entre lo público y lo colectivo	162
La salud ambiental y la salud no humana	164
El Enfoque “Una Salud” y los actores que le impulsan	168
Reflexiones para una gestión corresponsable de las zoonosis	171
Bibliografía	173
<i>Determinantes emergentes del Covid-19 en México</i>	177
Donovan Casas Patiño, José Martín Reyes Pérez, Yuridia Sánchez Repizo	
Introducción	177
Métodos	178
Resultados y análisis	179
Conclusión	189
Bibliografía	191

<i>Aspectos socio-históricos de los Determinantes Sociales en Salud: contrastaciones de viejas y nuevas pandemias en el contexto italiano</i>	199
Fabio Manuel Serra, Donovan Casas Patiño, Alejandra Rodríguez Torres	
Introducción	199
Reflexión epistemológica sobre la salud colectiva	200
La pandemia de COVID-19 en Italia	202
Comparación entre la pandemia de COVID-19 en Italia y la peste de los años 1652-1656 en Cerdeña	207
Consideraciones socio-históricas sobre los Determinantes Sociales en Salud	212
Conclusión	213
Bibliografía	214
Autoras e autores	217

Prólogo

Nos encontramos con la grata e importante tarea de prologar este libro titulado *Desafíos para la Salud Colectiva en el siglo XXI*. Esta obra es producto de un conjunto de trabajos de destacados investigadores de Nuestra América y Europa que, sin duda alguna, llevan implícita la intencionalidad de un horizonte “otro” en referencia a la salud, vista desde la integralidad. Cada trabajo apunta a una reflexión crítica brindando su aporte correspondiente a la construcción de alternativas ante la innegable realidad presente: de contradicciones en un enfrentamiento de poderes, saberes y conocimientos que abonan explícitamente a mantener la esclavitud de dominación producto del modelo civilizatorio hegemónico.

Todos estos autores y autoras colocan diversas reflexiones para todas y todos los interesados: los que requerimos transformar visiones a partir del análisis crítico, a razón de la formación tradicional que nos conduce al reduccionismo, a la fragmentación con una mirada limitada que no permite aproximaciones sucesivas a esa realidad cambiante y dinámica; aquellos que con la lectura de estas líneas fortalecen su postura para contribuir en la formación e investigación emancipadora.

Inicia este libro con un artículo que afirma que la salud colectiva constituye una ruptura con otras tradiciones clásicas de la Higiene, Salud Pública Tradicional y de la Medicina Preventiva; en otro, se exploran dos categorías: “enfermo” y “paciente” y cómo estas van a representar de una u otra manera la conducta socio-psicológica del sujeto; se analizan a continuación las dimensiones histórica e institucional de la salud-derechos sexuales y reproductivos para el campo teórico y práctico de la salud colectiva, desde una perspectiva feminista situada en Argentina. Se encuentra, en otro trabajo, la afirmación de cómo el sistema de salud italiano pudo resistir la expansión de la Pandemia por

COVID-19 y la necesidad de reaccionar ante ella; de igual forma, otro de los trabajos refiere cómo, a través de contrastar los instrumentos jurídicos usados por el gobierno, con los decretos otorgados por el virrey del Reino de Cerdeña en el Antiguo Régimen del Siglo XVI, en casos específicos de epidemias, se examina la situación del contexto italiano en el siglo XXI a la luz de la contingencia sanitaria antes mencionada.

Estos investigadores también resaltan lo evidente respecto al panorama en el marco de la Pandemia por COVID-19, sobre la relación entre la alteración del entorno ambiental y la salud animal, vegetal y humana; mostrando que las zoonosis son producto de las intervenciones humanas en los ecosistemas bajo un modelo de acumulación de capital llamado “ecología capitalista”; otro trabajo describe cómo esta situación global se desarrolló en el territorio mexicano considerando algunos determinantes sociales presentes durante las olas de la pandemia.

En otra investigación se demanda una justicia social epistémica y de géneros en términos de reconocimiento, redistribución y representación; como políticas integrales, interculturales e interseccionales que sean capaces de atender a las múltiples formas de vulneración de derechos. En este trabajo, otros investigadores e investigadoras apuntan también a una contribución para redefinir el concepto de salud a partir de conocimientos, creencias y prácticas de acuerdo a los responsables de sistemas de servicios de atención a la salud existentes en la ciudad de Manizales, Colombia.

Los análisis, reflexiones y aportes que entregan estos autores y autoras son el resultado de una consecuente búsqueda de planteamientos relevantes para la apropiación de conocimientos y la transformación de esa práctica de procesos desarticulados, trascendiendo así en la construcción de un horizonte de sentido y significado que apunte a una vida en armonía con nosotras y nosotros, con los otros y las otras y con la naturaleza para una vida plena.

Para finalizar esta agradecida deferencia, nos unimos a la riqueza de este libro que supone erigir un espacio para la acción y continuar sin descanso a la luz del estudio y la investigación hasta lograr la transformación necesaria que dé cuenta de un nuevo modelo de desarrollo permitiendo un mundo digno y justo con la consiguiente preservación de la vida en este hermoso planeta.

Luisana Melo Solórzano
Mary Ramos Rodríguez

***La integralidad de la salud-derechos sexuales y reproductivos
como desafío para la salud colectiva. Reflexiones feministas
desde el sur del Sur (Argentina – 2023)***

Claudia C. Anzorena

“Esta es la trampa en que te encuentras”, escribió el Dr. Larch a Homer Wells. “Y la trampa no es mía... yo no te he atrapado. Como los abortos son ilegales, las mujeres que los necesitan y los desean no tienen opción y tú —que sabes hacerlos— tampoco la tienes. Aquí lo que se ha violado es tu libertad de elección y la de las mujeres. En caso de ser legal el aborto, la mujer tendría una alternativa... y tú también. Te sentirías libre de no practicarlos porque otro lo haría. Pero tal como están las cosas, te encuentras atrapado. Las mujeres se encuentran atrapadas. Las mujeres son víctimas y tú también.”

John Irving (Príncipes de Maine. Reyes de Nueva Inglaterra, 1996)

Introducción

En 1948, la Organización Mundial de la Salud (OMS) estableció que la salud integral implica un estado completo de bienestar físico, emocional y social; planteando un objeto de estudio que no se limita a la atención de enfermedades y dolencias físicas, ni a lo que establece la biomedicina.

Hoy, la integralidad en la salud-derechos sexuales y reproductivos, junto a los avances tecnológicos en salud sexual, permiten incluir mecanismos que van desde la prevención de embarazos no deseados y el tratamiento de enfermedades crónicas, hasta los aspectos que hacen a los planes de vida de las personas, como lo son los deseos reproductivos o las modificaciones del cuerpo, para que acompañen las identidades autopercibidas por lxs sujetxs (Farji Neer, 2015). Sin embargo, en América Latina y el

Caribe la integralidad de la salud-derechos sexuales y reproductivos no es una realidad para la población en general y menos para las mujeres, lesbianas, gays, trans, travestis, bisexuales, intersexuales, no binaries, queer y más; situación que se hace más grave si además habitan en territorios rurales o en barrios urbanos marginalizados, si su color de piel es negra, marrón u oscura, si son migrantes, tienen alguna discapacidad o enfermedad crónica, si son personas pobres o viejas. Las desigualdades en el reconocimiento y acceso a estos derechos son tales que, mientras en países como El Salvador hay mujeres presas por el delito de aborto, en otros, como Argentina, la ley permite acceder a tratamiento de hormonización a través del sistema público de salud.

Desde mediados de los '90, a nivel global, la salud-derechos sexuales y reproductivos ha tomado gran relevancia en los debates en torno a la salud pública y a los derechos humanos, principalmente en lo que se refiere a la intervención estatal (local, nacional y global) como reguladora de las experiencias y los cuerpos de las mujeres y/u otras identidades genéricas. Este ensayo, entonces, tiene como propósito abordar la cuestión de la integralidad de la salud-derechos sexuales y reproductivos como desafío para el campo de la salud colectiva, desde una perspectiva feminista.

Hablar de sexualidad/sexualidades, de eventos reproductivos, e inclusive de ciudadanía sexual, implica adentrarse en una serie de aspectos prácticos y teóricos fundamentales para la salud colectiva y la epidemiología crítica según los tres ejes de análisis que señala Jaime Breilh. Es un tema central para la determinación social de la salud, sobre todo en lo que respecta a las relaciones desiguales entre los géneros y a su carácter histórico y cultural, para la reproducción social, sobre todo en relación a las tareas de cuidado y de atención que desbordan al sistema de salud pública y en el metabolismo sociedad-naturaleza; esto debido a los avances tecnológicos en sexualidad humana y reproducción que permiten entender cómo las sociedades y la naturaleza interactúan y se influyen mutuamente (Breilh, 2013).

En el marco de los debates sobre la integralidad de la salud, la prohibición del aborto y su inseguridad es un tema crítico desde hace décadas, tanto para la salud pública como para los movimientos feministas. La clandestinidad y la criminalización social y legal del aborto crea múltiples desigualdades sociales que afectan a una parte de la humanidad, configurando una situación socialmente problemática de gran complejidad. Esta situación afecta principalmente a sujetos que están marcados por su género, por su clase, su raza, su territorialidad y/o su estatus migratorio: mujeres, niñas y personas con capacidad de gestar cuyas vidas son despreciadas y despojadas de dignidad.

Así, las diferencias en las regulaciones sobre el aborto crean serios escenarios de discriminación a nivel regional y global. Mientras reconocen el derecho y lo vuelven accesible para algunas -por donde habitan o por los recursos a los que acceden- arrojan a otras a los márgenes de la desesperación y la incertidumbre, a condiciones de inseguridad, abuso o fraude. Estas regulaciones tienen que ver con modos en que los estados y los sistemas de salud se hacen cargo o se deslindan de sus competencias sociales. De esta manera, el desafío de articular una perspectiva feminista con la salud colectiva consiste en disputarle a la salud pública el control que impone sobre los eventos reproductivos, atendiendo algunos y excluyendo y hasta criminalizando otros. Se trata de articular temas que tienen importantes anudamientos y que en la praxis son inescindibles: los procesos de salud-enfermedad-atención/cuidado, la sexualidad y la reproducción humana y las diferencias/desigualdades de género.

El marco legal como determinación de los eventos reproductivos

El aborto, al igual que el embarazo y el parto, son procesos fisiológicos relativos a las capacidades reproductivas por los que ocasionalmente, dada una serie de condiciones, pueden transitar toda mujer, niña o persona con capacidad de gestar a lo largo de sus años fértiles. Los tres procesos pueden ser espontáneos o

inducidos, pueden tener mayor o menor asistencia tecnológica o cuidados profesionales, darse en contexto de regulaciones restrictivas o humanizantes, de legalidad o clandestinidad, ser seguros o precarios; sin embargo, son eventos que ocurren de manera cotidiana en todas las sociedades y no dejarán de ocurrir.

Cuando el embarazo se presenta ante una mujer o persona gestante como un dilema, se ponen en juego múltiples determinaciones sociales, económicas, subjetivas e ideológicas que le harán valorar qué implica continuarlo y qué implica interrumpirlo. Cualquiera de estas decisiones conlleva gran complejidad y, sea cual sea, se buscará concretarla sin importar la legislación vigente, los recursos disponibles o los dispositivos políticos-ideológicos-simbólicos imperantes. Una mujer que no puede llevar a término un embarazo, por la razón que sea, será capaz de poner en riesgo su salud, su vida y hasta su libertad antes de continuar forzosamente. La norma que penaliza este hecho tiene escaso poder de disuasión a nivel subjetivo, sin embargo, lo que sí definen las regulaciones son las condiciones en las que se transitan estos procesos.

Entonces ¿por qué hay procesos fisiológicos relativos a las capacidades reproductivas que están prohibidos y otros no? ¿Por qué algunos son regulados y cuidados? ¿Por qué algunos son considerados riesgosos o son patologizados? ¿Por qué a algunos se busca controlarlos y atenderlos en el sistema de salud y a otros se los excluye dejando librada a su suerte a quienes lo transitan? Y, en definitiva, ¿por qué algunos son legítimos y otros no?

Es posible sugerir entonces que la reproducción humana tiene poco de dimensión biológica y mucho de determinación social e histórica, se constituye como un conjunto de procesos complejos y multideterminados, atravesados por dimensiones subjetivas, simbólicas, culturales, políticas y, sobre todo, por relaciones de poder. Susana Checa y Martha Rosenberg (1996) explican cómo en la reproducción humana se dan tres procesos de descontextualización de la dimensión biológica de lo social que expropian a las mujeres del poder sobre sus capacidades

reproductivas y profundiza las desigualdades en las relaciones entre los géneros. Primero, la naturalización de la reproducción humana, la cual consiste en la justificación de la delegación de la crianza y supervivencia de las niñas en las mujeres como consecuencia de la capacidad fisiológica de gestación de sus cuerpos; las mujeres quedan sometidas a un rol social que es identificado con una función natural que lo justifica y lo entiende como necesario para la preservación de la cultura.

El segundo proceso es la medicalización, que implica el desplazamiento del rol protagónico y activo de las mujeres y las personas gestantes en la reproducción. Los embarazos, partos, así como los puerperios, fueron asunto de mujeres hasta que la medicina fue adquiriendo el carácter de un saber especializado y jerarquizado; de esta manera, las menstruaciones, embarazos, partos, puerperios, lactancias, climaterios y menopausias se transformaron en lugares de la práctica médica (Ehrenreich y English, 1981). Asimismo, la medicalización es posible por la fragmentación de los cuerpos y el aislamiento del aparato reproductivo y de las vivencias; a la vez que, a través de dispositivos de asesoramiento médico-normativo, se patologizan clasificando como riesgo a procesos fisiológicos esperables y se disciplina las elecciones contrarias a la maternidad. Estos dispositivos se enmarcan pedagógicamente e imponen como una realidad que propone el constructo “mujer = madre” para facilitar su control sobre el cuerpo, pero también sobre las experiencias de las mujeres y personas con capacidad de gestar (Checha & Rosenberg, 1996; López Gómez, 2016; Almeida Filho, 2020).

Por último, el proceso de sacralización de la reproducción, inscrito en el imaginario social, consiste en ubicar la maternidad bajo el dominio de lo sobrenatural. La maternidad se constituye como un lugar de idealización de lo femenino a la vez que subalternizado. El hecho de que la gestación sea interpretada como consecuencia de una voluntad superior y ajena a cada mujer hace de la maternidad una suerte de efecto de la imposición de un mandato impersonal. El cuerpo de quien gesta es así un recipiente

que anida algo que no le pertenece y que es más importante que ella misma (Checha y Rosenberg, 1996).

Si “las formas en que las sociedades identifican sus problemas de salud, buscan su explicación y se organizan para enfrentarlos varían históricamente y dependen de factores determinantes estructurales económicos, políticos e ideológicos” (Paim, 1992, pág. 151), entonces la naturalización, medicalización y sacralización son mecanismos a través de los cuales las instituciones heteropatriarcales-capitalistas-coloniales despojan y enajenan a las mujeres no sólo de los procesos que se desarrollan en sus propios cuerpos, sino también de los espacios de toma de decisiones sobre estos procesos. El médico, el *pater* familia y el ministro espiritual serán las figuras investidas del poder para establecer lo que es normal y lo que es patológico o riesgoso, y de proclamar lo que está permitido y lo que está prohibido.

No es hasta que las mujeres comienzan a reclamar el control sobre los procesos reproductivos que ocurren en sus cuerpos que se convierte en un problema social y un campo de disputa atravesado por dimensiones sociales, políticas y éticas. El aborto, como decisión de quien está gestando, condensa múltiples disputas de poder por la recuperación del control sobre lo que sucede en el propio cuerpo y sobre las decisiones personales, pero también sociales, en torno a la reproducción de la especie humana. Alejandra López Gómez señala que el aborto trae

[...] cuestiones que remiten, en definitiva, a los conflictos entre lo individual y lo colectivo, lo público y lo privado, la universalidad y la particularidad, lo laico y lo confesional, la subordinación y la dominación, que se expresan en la atención de los servicios de salud y en el contrato entre profesionales y mujeres usuarias (López Gómez, 2016, pág. 24).

En este sentido, las regulaciones en torno al aborto, como una parte fragmentada de los procesos de gestación, resultan paradigmáticas al momento de observar la determinación social de

los procesos de salud-enfermedad-atención/cuidados relacionados con la reproducción.

Salud colectiva y salud-derechos sexuales y reproductivos

Según Yolanda Arango Panesso, la correlación entre enfermedad-muerte tiene dos partes. Una, la de las condiciones de vida socialmente creadas, las cuales implican lo cultural, lo histórico, lo ideológico y el modelo de desarrollo económico. Y, la otra, la responsabilidad irrenunciable de los estados para garantizar el acceso a estas condiciones creadas a través de la intervención sobre “los problemas de salud de los grupos humanos, promoviendo la justicia social, la equidad y la salud en tanto derecho humano fundamental” (Arango Panesso, 2008, pág. s/n).

La consideración de la salud pública, la salud colectiva y la accesibilidad del sistema de salud como un derecho universal se enmarca en las condiciones socialmente creadas. El derecho a la salud digna (a no enfermar por correr riesgos evitables, acceder a la atención de la salud, a entender el cuerpo como un territorio de paz y soberanía, a vivir en condiciones de bienestar y dignidad) está interrelacionado con la posibilidad de habitar en un contexto legal, ambiental y social cuidado por la sociedad, por el estado, por el mercado, etc. En este sentido, la defensa de la salud es fundamental para construir y conservar dicho contexto, sobre todo de las embestidas de los modelos de desarrollo ligados con el extractivismo económico y el conservadurismo social y cultural, de las viejas y nuevas derechas y de los viejos y nuevos colonialismos; embestidas a las que son sometidos nuestro continente y el hemisferio sur global (Aguinaga et. al, 2012; Villasana, 2020).

Mónica Liborio reflexiona sobre cómo los campos de la salud pública, la salud comunitaria y la medicina preventiva y social, desde inicios del siglo XX, van incorporando factores sociales en la comprensión del concepto de salud y complejizando su definición a través de la crítica a la medicina clínica biologicista, androcéntrica y positivista. En este sentido, la salud colectiva se enfoca en

comprender y promover el derecho a la salud como un derecho humano sin distinciones ni discriminación y en ensanchar los horizontes de los procesos de salud-enfermedad-atención/cuidado incorporando la dimensión social, de la interculturalidad y las relaciones de género. Su desafío es tanto conceptual como práctico, porque busca desarrollar ideas y acciones que promuevan una salud pública más justa y equitativa (Liborio, 2013). Se trata de una perspectiva teórica y una praxis sanitaria, pero también política, cuyo objetivo es, de manera integral, entender y mejorar la salud de las poblaciones (Paim, 1992), reconociendo su valor como un bien público ligado al bienestar y la conservación digna de la vida (Arango Panesso, 2008).

Jaime Breilh, desde la epidemiología crítica, define la salud como un conjunto de procesos complejos de salud-enfermedad-atención/cuidado que promueven modos de vida saludables para las comunidades y estilos de vida saludables para las personas en los contextos en los que se desenvuelven. Además, lejos de ser procesos del orden exclusivamente individual, de abordaje, curación y prevención de trastornos y malestares singulares, se trata de procesos complejos, colectivos y socialmente determinados por factores culturales, históricos, económicos, ambientales, territoriales y políticos (Breilh, 2011; 2013). En definitiva, las complejidades que implica la determinación social de la salud están estructuradas por las relaciones desiguales de poder de clase, de género y de raza; las cuales, son constitutivas de los procesos de salud-enfermedad-atención/cuidado. La salud colectiva busca comprender y hacer visibles estas desigualdades, entre ellas, en el campo de las sexualidades y la reproducción para promover transformaciones en las condiciones de vida de las poblaciones impulsando la igualdad/equidad, la justicia y la participación comunitaria en la toma de decisiones relacionadas con la salud (Esteban, 2006; Luxardo, et al., 2020; Gómez Arias, 2018).

En este sentido, la categoría de salud sexual y reproductiva no se define empíricamente como agregado de casos individuales, sino que deviene de una construcción colectiva, encarnada e

histórica donde se condensan las múltiples determinaciones territoriales, colectivas y subjetivas. Las desigualdades entre mujeres y varones, pero también las desigualdades en la atención y el acceso a la salud entre las propias mujeres y otras personas con capacidad de gestar (del norte o del sur, extranjeras o nativas, de zonas urbanas o rurales, ricas o pobres, blancas o marrones), produce formas específicas de discriminación y de padecimientos de género en la salud (Santarelli, 2023).

Desde este marco, los derechos sexuales y reproductivos son aspectos importantes de la salud colectiva, ya que afectan la salud integral de las mujeres, varones, infancias, lesbianas, gays, bisexuales, travestis, personas trans y no binarias, queer +; a la vez que tiene implicaciones para la salud de las poblaciones en general. Las determinaciones sociales y las regulaciones públicas sobre los cuerpos son un campo de disputas donde se juegan las dimensiones históricas y culturales y las relaciones desiguales de poder entre los géneros atravesada por el rol diferencial en la reproducción humana y la jerarquización de uno sobre otro (Longo, Tortosa & Zaldua, 2022; Farji Neer, 2015; Levín, 2018; López Gómez, 2016). Abordar las desigualdades en salud-derechos sexuales y reproductivos de manera integral es fundamental para mejorar la salud de las poblaciones y seguir afrontando los desafíos actuales y futuros.

Sexualidades y reproducción como procesos históricos

La sexualidad y la reproducción como procesos sociales implican adentrarse en la historia de los movimientos feministas globales del norte y del sur. Los feminismos durante el siglo XX fueron transformados y transformándose en sus prácticas políticas como movimiento social: pasaron de construir sus demandas en torno a la igualdad legal basadas en la abstracción del cuerpo y de la diferencia para obtener el sufragio, el acceso a la educación y derechos civiles, a poner el acento en la diferencia, el cuerpo y la sexualidad como el lugar donde se asienta el dominio sobre las

mujeres. A partir de 1960, se puso en el centro de la escena de las reivindicaciones feministas la autonomía, la reapropiación de los cuerpos, el libre ejercicio de las sexualidades, y la resistencia a los mandatos de la maternidad y la heterosexualidad obligatoria (Brown, 2008; Rich, 1996; Molyneux, 2003). Alrededor de los 80, y con el fortalecimiento del movimiento de gays, travestis y lesbianas en la lucha frente al VIH, la demanda por los derechos sexuales se extendió más allá de la heterosexualidad, donde la pluralidad de prácticas y disidencias constituyeron identidades diversas, que además ya no se enunciaban como fijas (Sívori, 2008; Pecheny & Petracci, 2006; Di Marco, 2012).

A su vez, adentrarse en esta historia implica mirar las diferencias entre las necesidades y demandas de los movimientos feministas del norte y del sur. Hasta avanzado el siglo XX, las políticas poblacionales eran coercitivas, al punto de que implicaban no sólo un control, sino una apropiación social por parte del estado, de las instituciones religiosas y de la sociedad de los cuerpos de las mujeres como lugar donde se asienta el dominio heteropatriarcal y cismasculino (Brown, 2008; Gutiérrez & Durand, 1998; Di Marco, 2012). En los años 80, en occidente, convergen los organismos internacionales y los movimientos feministas en el interés por poner a “la mujer” en el centro de una serie de acciones que se le reclamaban a los gobiernos tendientes a eliminar la discriminación: de ampliación de derechos y su garantía para las feministas y de integración a los procesos de desarrollo para las instituciones supranacionales. Estas políticas no tenían los mismos objetivos para todos los continentes, ni para todos los hemisferios, ni para todas las clases sociales, ni para todas las razas, ni para todas las personas de acuerdo con sus capacidades, sino que se ajustaban a los modelos de desarrollo dominantes en cada momento a nivel internacional y nacional. Mientras para los países y sectores más pobres o con discapacidades se imponían políticas de reducción de la natalidad, como por ejemplo la esterilización forzosa, sobre todo en Asia y Latinoamérica y el Caribe, para los países ricos y los sectores más pudientes se pensaban políticas de aumento de la

fecundidad, como la restricción del acceso a la contracepción, la regulación del aborto y el fortalecimiento de la familia como institución disciplinadora (Aguinaga et. al, 2012; Portocarrero, 1990; Anzorena, 2013).

La denuncia y resistencia a las políticas poblacionales coercitivas, unida a los avances tecnológicos como la píldora anticonceptiva que permitía a las mujeres controlar su fertilidad, llevaron a la conformación de un movimiento global que reclamaba el aborto legal, la autonomía reproductiva y sexual, nucleado en la Red Internacional por los Derechos Reproductivos de las Mujeres (Brown, 2008; WGNRR, 1984). Denunciar el carácter político de la condición de discriminación, opresión y explotación en que vivían los colectivos de mujeres y lgttbiqu+ era poner en el espacio público y en instancias internacionales cuestiones que eran consideradas propias del ámbito privado y que debían ser resueltas ahí mismo; sin embargo, la cuestión no se salda con sencillez.

Esta politización lleva al cuestionamiento de las formas en que se definen las necesidades, se construyen las demandas y se emprenden las luchas por parte de los movimientos (Fraser, 1991). Los feminismos latinoamericanos pusieron en cuestión al sujeto del feminismo dominante que se planteaba desde los países del norte occidental: un feminismo blanco, heterosexual, burgués y liberal que intenta homogeneizar tanto las demandas como al sujeto del feminismo en una mujer determinada donde se hace eco de las diferencias/desigualdades en relación con los varones, pero no en relación con las mujeres mismas (Bartra, 1998). En el campo del movimiento por los derechos reproductivos también se inscribe esta tensión porque las problemáticas en torno a las sexualidades y al control de las capacidades reproductivas no eran las mismas. Tampoco era el mismo el contexto donde se instalaban las reivindicaciones. Mientras que en el norte occidental había un contexto de ampliación de los derechos civiles, muchos países de América Latina y el Caribe eran asolados por dictaduras cívico-militares (con complicidad de los EUA) que clausuraban la posibilidad de movilización mientras imponían modelos

económicos que profundizaban el empobrecimiento y la precarización. En este contexto era impensable poner asuntos como las sexualidades y la libertad reproductiva en el espacio público. Así es que, mientras que en los años 70 en EUA y Europa occidental se legaliza el aborto por voluntad de las mujeres, en América Latina y el Caribe, recién a mediados de los 80 y de la mano de los procesos de redemocratización, ingresarían tímidamente cuestiones relativas a la discriminación de las mujeres en el espacio público (Ialentevioleta, 2013; Molyneux, 2003)¹.

Pero las cartas estaban echadas y, a pesar de la diferencia de contextos norte/sur y las tensiones al interior de los movimientos feministas, estos logran instalar el tema en el campo de las Naciones Unidas que lleva a que los gobiernos reconozcan, más temprano o más tarde, los derechos sexuales y reproductivos como parte de los derechos humanos, comenzando a implementar una serie de mecanismos y políticas concretas para su aplicación (Anzorena, 2013).

En 1975, Naciones Unidas organizó la I Conferencia Mundial de la Mujer en México, en la que se declaró el Decenio de la Mujer para la paz y el desarrollo de 1975 a 1985. Durante el periodo se introduce el tema del control de la fecundidad como derechos de la familia y pareja – y ya no de los estados – y la OMS promueve que se integre la planificación familiar y la anticoncepción a los servicios de salud materno-infantil para las mujeres en edad fértil. En los 90's las políticas de salud sexual y reproductiva se orientan al individuo y se pone énfasis en los derechos humanos, la libre determinación y las responsabilidades correspondientes. De este modo, el lobby realizado por las feministas consigue que, en 1994, en la Conferencia de Población y Desarrollo de El Cairo, se precise por primera vez la salud reproductiva centrada en la definición de

¹ Como se ve en el The World's Abortion Laws - CRR (<https://reproductiverights.org/maps/worlds-abortion-laws>), hasta 2022, el mapa del aborto en el mundo muestra un norte con mayor acceso al aborto y un sur restringido a causales de salud con suerte.

salud integral de la OMS y, al año siguiente, en la IV Conferencia Mundial de la Mujer en Beijing, se la reconoció como derecho humano fundamental, lo cual quedó plasmados en la Plataforma de Acción de Beijín (1995); así, se instaló en las agendas estatales, se siguió desarrollando y ratificando en diferentes instancias internacionales².

Una categoría para disputar el cuerpo expropiado por el Estado

En la IV Conferencia de Beijing se definió a la salud reproductiva como un estado general de bienestar físico, mental y social, y no la sola ausencia de enfermedades, en todos los aspectos relacionados con las capacidades reproductivas. Considera la atención como el conjunto de métodos, técnicas y servicios que contribuyen a la salud y al bienestar al evitar y resolver los problemas relacionados con la salud reproductiva. Esta definición incluye derechos a la seguridad del embarazo, del parto y puerperio, derecho a la no reproducción y al libre ejercicio de las sexualidades (Plataforma de acción de Beijín, 1995, párr. 94-97).

María Alicia Gutiérrez y Teresa Durand (1998) señalan cómo este concepto hace referencia a la idea feminista de la reapropiación del cuerpo por parte de las mujeres, porque la base ideológica del concepto es la integralidad corporal y la autodeterminación sexual, pero no sólo desde el punto de vista del “derecho a...”, sino también a la cuestión de que la plataforma insta a los estados miembros a crear las “condiciones para...” que estos derechos sean accesibles. Hace referencia, primero, a la libertad para decidir (= poder); y, segundo, a la disponibilidad y los medios para el acceso

² A nivel regional se destaca el Consenso de Montevideo sobre población y desarrollo, donde se plantea en su punto D la necesidad de promover el acceso universal a los servicios de salud sexual y salud reproductiva, y se ratifica que el ejercicio pleno de los derechos sexuales y reproductivos como parte integral de los derechos humanos, es esencial para el goce de otros derechos fundamentales, y para alcanzar las metas internacionales de desarrollo y de eliminación de la pobreza (CEPAL, 2013).

a la posibilidad de elegir (= recursos). Esta combinación de poder y acceso a recursos le da potencia e integralidad a la definición, porque no queda en la sola enunciación del derecho, sino que da lugar a la creación de las condiciones necesarias en el campo de la salud, la educación, la justicia social, la igualdad de género, etc.

Graciela Di Marco (2012), a través de la ciudadanía sexual, hace referencia a los derechos sexuales que incluyen y rebasan a los derechos relativos a la reproducción y la heterosexualidad y habilitan a la demanda de ampliación de derechos, respeto de la diversidad sexual y la institucionalización de algunos aspectos. De este conjunto de derechos que integran la definición, se infieren una serie de leyes y políticas que han sido demandadas y algunas aprobadas en diferentes países de la Región. Desde leyes para el acceso a anticonceptivos, ampliación de las causales en que el aborto está permitido, pasando por humanización del parto, hasta leyes de cupo laboral trans, paridad de género en la elección de cargos públicos y empleo; así como leyes de identidad de género o de matrimonio entre personas del mismo sexo (Jimenez et al., 2011).

La de salud-derechos sexuales y reproductivo es una definición compleja, tanto en sí misma como por los procesos que dieron lugar a su surgimiento. Como toda definición que proviene de relaciones de poder, produce críticas y malestares a la vez que se usa como herramienta de presión. Críticas que van desde promover cambios dentro de los espacios institucionales (hacer lobby con los gobiernos o con los organismos internacionales) hasta las que plantean que los estados no deben tener injerencia en la sexualidad, el placer y la reproducción (Brown, 2008), o que el estado es reproductor de las relaciones desiguales y, por tanto, nunca va a ser un espacio donde quepa la autonomía de las mujeres. Resulta una herramienta para disputar poder en determinados contextos y poner el debate en la sociedad, por ejemplo, seguir manteniendo esta definición en las declaraciones internacionales, ante los avances conservadores (Anzorena, 2019).

En el contexto internacional actual, los feminismos de diferentes latitudes están dando una disputa muy fuerte por seguir

manteniendo las definiciones de Beijing en las declaraciones de diferentes órdenes. Se trata de una resistencia para no retroceder ante una ofensiva conservadora que se ha revitalizado y se va ampliando en todo el mundo³. Esto nos coloca en una situación de tensión entre cómo formulamos nuestras demandas, los horizontes utópicos y las formas en que se van institucionalizando, o bien, se van instalando en las sociedades. Tensiones entre cómo articulamos las demandas específicamente vinculadas a las experiencias como mujeres o con otras como las del colectivo lgttbq+; cómo hacemos que se escuchen, qué oídos se ponen a la escucha, cómo se instalan en agenda y cómo viabilizamos intervenciones concretas. El derecho al aborto voluntario, en este sentido, es paradigmático. De esta manera, las democracias latinoamericanas tienen una gran deuda en torno a las legislaciones sobre aborto como parte integral de los derechos sexuales y reproductivos.

Argentina cuenta con una larga tradición de leyes, políticas y mecanismos que abordan los problemas que acarrea la discriminación de género. Este proceso comenzó en 1984 de la mano de la restitución del gobierno democrático (10 de diciembre de 1983). Las leyes y políticas que se destacan por afinidad a la integralidad de los derechos sexuales y reproductivos se abrieron paso en el nuevo siglo con la creación del Programa nacional de salud sexual y procreación responsable (2002). Otras relevantes son creación del Programa nacional de educación sexual integral (2006), la ley de matrimonio igualitario (2010); ley de identidad de género (2012); de Acceso a la reproducción médicamente asistida (2013); la de interrupción voluntario del embarazo (2020) y la

³ Se trata de una historia en proceso con avances, estancamientos y retrocesos, como asistimos en junio de 2022 cuando la Corte Suprema de Justicia de EUA logró derogar el fallo Roe vs. Wade eliminando así el derecho constitucional a la interrupción del embarazo en todo el país y los Estado volvieron a su legislación anterior. Este golpe es una embestida importante de los sectores conservadores en el norte global a los derechos sexuales y reproductivos.

reciente ley de respuesta integral al VIH, hepatitis virales, otras infecciones de transmisión sexual (2022) (Anzorena, 2021).

En 2018 la Comisión Guttmacher-Lancet presentó un informe sobre la preocupante situación de la salud-derechos sexuales y reproductivos en el mundo. Se trata de casos de millones de personas con falta de acceso a la prevención y a la atención de la salud sexual y reproductiva; afectadas en su salud psíquica o física por enfermedades, infecciones o complicaciones sin tratar; muertes por causas evitables producto de la precariedad e inseguridad en el tránsito por los eventos reproductivos; etc. Las más afectadas, las mujeres, niñas/os y colectivos lgttbiqu+ que viven en el sur global, en la pobreza, con discapacidades, con leyes más restrictivas, racializadas, residentes de zonas alejadas de los centros urbanos, sin techo o de comunidades originarias⁴. Esta comisión define que salud y derecho son inescindibles, y llama a los gobiernos, a los organismos internacionales, a las organizaciones sociales y todas las partes interesadas a trabajar en una definición integral de la salud-derechos sexuales y reproductivos recomendando un paquete esencial de intervenciones que incluya, tanto los componentes comúnmente reconocidos de la salud sexual y reproductiva, como los servicios anticonceptivos, embarazo y parto; sin embargo, también incluye intervenciones que

[...] no son tan comunes pero que son necesarias para un enfoque holístico con el fin de abordar la SDSR: servicios de ITS distintos al VIH; educación integral en sexualidad; atención segura del aborto; prevención, detección y consejería en materia de violencia basada en el género; prevención, detección y tratamiento de la infertilidad y el cáncer de cuello uterino; consejería y atención para la salud y el bienestar sexual (Guttmacher-Lancet, 2018).

⁴ Hay una gran cantidad de investigaciones e informes que avalan este diagnóstico: CRR, 2023; Say et. al., 2014; Latt et. al., 2019; Bearak, 2020; entre otros.

Este paquete fue presentado en Argentina en 2018, durante el primer debate de ley sobre interrupción voluntaria del embarazo, aunque no fue sancionada hasta dos años después. Lo interesante en el caso argentino es que, para todos los componentes “pocos comunes” ya existen leyes y políticas que los abordan, sin embargo, está en cuestión la efectividad del acceso y de la implementación. La eficacia y el alcance de estas políticas es desigual en el territorio nacional y para los diferentes sectores sociales. La mayoría de estas leyes son implementadas por el sistema de atención primaria de la salud, la cual cumple un papel fundamental como primer acceso a atención de la salud reproductiva, pero se caracteriza por una gran segmentación y diferencias territoriales (Arce, 2012; Godoy et al, 2021). Los problemas y obstáculos en el desarrollo de estas políticas tienen que ver con las resistencias de las autoridades para reconocer las cuestiones de género como aspecto primordial y urgente en la intervención estatal, pero también con los problemas en las capacidades estatales para dar respuestas a los desafíos que debe asumir, lo que se refleja en la falta de recursos adecuados, la inercia burocrática, las resistencias y la interpretación del género de manera ajena y fragmentada (Rodríguez Gustá, 2008). De esta manera, se suman a los obstáculos propios de las políticas de ampliación de derechos los problemas en las capacidades estatales a través de sus sistemas de salud para dar respuestas a los desafíos que debe asumir.

Reflexiones finales

Desde hace décadas, las feministas latinoamericanas y del sur global nos organizamos para demandar el derecho al aborto voluntario, la autonomía reproductiva y la libertad en el ejercicio de las sexualidades. La disputa por definir la salud-derechos sexuales y reproductivos implica arrebatar a todos los poderes públicos y privados el control sobre nuestros cuerpos y nuestras capacidades reproductivas: apropiarnos del poder de decidir si dar curso o no a lo que gestamos.

Apropiarnos del derecho a regular los eventos que ocurren en nuestros cuerpos significa la recuperación, por parte de las mujeres y otras personas con capacidad de gestar, de nuestras sexualidades y capacidades reproductivas expropiadas por la cultura y las instituciones heteropatriarcales-capitalistas-coloniales para así ser protagonistas de los procesos que transitamos. Las leyes y las políticas regulan, o sea que confinan, prohíben y eluden cuestiones que tienen relación con las formas en que vivimos nuestras sexualidades y nuestras capacidades de gestación; es decir, tratan de poner límite a esto que podemos: sentir placer, gozar de nuestras sexualidades, abortar. Reconocerles este poder a las mujeres implica perder el control sobre los cuerpos de la mitad de la humanidad que se encarga de la reproducción de la vida.

Casi cinco décadas de mecanismos institucionales, leyes y políticas de género han producido un cruce singular entre la ampliación de derechos y las efectivas intervenciones atravesadas por obstáculos, tensiones y contradicciones. Nuestro desafío es articular con un sistema que trae sus deficiencias y arrastra desigualdades históricas. Afortunadamente, estamos tan acostumbradxs a no ser relevantes para las regulaciones que aprendemos a sostenernos y acompañarnos a través de redes de solidaridad que vamos tramando para resistir, sobrevivir y empoderarnos en este sistema.

En Argentina, el devenir de nuestra lucha por la integralidad de la salud-derechos sexuales y reproductivos fue vertiginoso entre 2018 y 2020. Pensar después de conquistar la ley de interrupción voluntaria del embarazo cambia la visión de lo que venimos andando y la visión de lo que vendrá. El gran desafío es estar a la altura de lo que hemos construido y de lo que somos capaces de generar. Las leyes, como las transformaciones sociales, no se ganan o se pierden en una pulseada. La historia nos ha enseñado que no hay soluciones instantáneas, que la lucha no se resuelve de manera inmediata, sino que se trata de un *continuum*. Instalar una reivindicación y provocar un cambio social conlleva muchos

procesos. Más que una victoria única, se trata de pequeños logros, pequeños pasos y, a veces, sólo a veces, un gran impulso.

Bibliografía

Aguinaga, M. Lang, M. Mokrani, D. & Santillana, A. (2012). Pensar desde el feminismo: Críticas y alternativas al desarrollo. En Grupo Permanente de Trabajo sobre Alternativas al Desarrollo, *Más allá del desarrollo*. Quito: Abya Yala - Fundación Rosa Luxemburg.

Almeida Filho, N. (2020). Medicalización de la vida. PNFA en Salud Colectiva [Archivo de Vídeo] <https://www.youtube.com/watch?v=CyO6MCYR1vk>

Anzorena, C. (2013). *Mujeres en la trama del Estado. Una lectura feminista de las políticas públicas*. Mendoza: EDIUNC.

Anzorena, C. (2019). Quehaceres feministas, anudando y desanudando al Estado. *Revista Punto Género* (11), 5-17. <https://doi.org/10.5354/0719-0417.2019.53875>

Anzorena, C. (2021). Cuatro décadas de políticas de género en Argentina. Un recorrido por los cambios normativos de 1985 a 2020 desde una perspectiva feminista. En (Coords). Anzorena, P. Schwarz y S. Yañez (comp), *Reproducir y sostener la vida. Abordajes feministas y de género del trabajo de cuidados*. Teseo.

Arango Panesso, Y. (2008). Referentes socio-históricos latinoamericanos: contribución a los fundamentos políticos de la promoción de salud. *Revista Cubana de Salud Pública*, 34(1). <https://shre.ink/lgu9>

Arce, H. (2012). Organización y financiamiento del Sistema de Salud en Argentina. *Medicina* (72), 414-418.

Bearak J, P. A. (2020). Embarazo no planeado y aborto a nivel mundial. *Lancet Global Health*. Obtenido de <https://shre.ink/lgO6>
Borde, E. y Torres-Tovar, M. (Junio de 2017). El territorio como categoría fundamental para el campo de la salud pública. *Saúde Em Debate*, 41(spe2), 264-275. doi:10.1590/0103-11042017S222

- Bravo, L. (2017). El pensamiento crítico latinoamericano. La opción decolonial. En (Coords.) Tomás y L. Bolinaga, *América Latina ante una nueva encrucijada*. Teseo.
- Breilh, J. (2011). *Una perspectiva emancipadora de la investigación e incidencia basada en la determinación social de la salud*. [Discurso principal] Conferencia Mundial sobre Determinantes Sociales de la Salud. Movimiento por la Salud de los Pueblos. Quito: Universidad Simón Bolívar. <https://bit.ly/3MBi1RK>
- Breilh, J. (2013). La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva). *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 31(1), 13-27.
- Brown, J. (2008). Los derechos (no) reproductivos y sexuales: apuntes para la discusión. En Ciriza, A. *Intervenciones sobre ciudadanía de mujeres, política y memoria. Perspectivas subalternas*. Feminaria.
- CRR. (2023). The world 's abortion laws. Center for reproductive rights. Recuperado el 22 de junio de 2023. <https://bit.ly/3vKzd1g>
- CEPAL. (2013). *Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo*. (cepal.org).
- Checha, S. y Rosenberg, M. (1996). *Abortos hospitalizados: un problema de salud pública, una cuestión de derechos reproductivos*. El cielo por asalto.
- Di Marco, G. (2012). Las demandas en torno a la Ciudadanía Sexual en Argentina. *SER Social*, 14(30), 210-243.
- Ehrenreich, B. y English, D. (1981). *Brujas, comadronas y Enfermeras*. Editorial horas y horas.
- Esteban, M. L. (2006). El estudio de la salud y el género: las ventajas de un enfoque antropológico y feminista. *Salud colectiva*, 2(1), 9-20. <https://www.scielosp.org/pdf/scol/2006.v2n1/9-20/es>
- Farji Neer, A. (2015). Cuerpo, derechos y salud integral: Análisis de los debates parlamentarios de las leyes de Identidad de Género y Fertilización Asistida (Argentina, 2011-2013). *Salud colectiva*, 11(3), 351-365. doi:10.18294/sc.2015.721

- Fraser, N. (1991). La lucha por las necesidades: Esbozo de una teoría crítica socialista-feminista de la cultura política del capitalismo tardío. *Debate feminista* (3), 3-40.
- Godoy, D., Migueles, L. & Dozo, I. (2021). Derecho a la salud y el proceso de Reforma del Sistema de Salud Argentino de 1990 a 2018. En Basile G. Basile, y Hernández A. *Refundación de los sistemas de salud en América Latina y el Caribe. Descolonizar las teorías y políticas*. CLACSO.
- Gómez Arias, R. (2018). Los sistemas políticos como determinantes de la vida, la salud y el sufrimiento. *Rev. Fac. Nac. Salud Pública*, 36(1), 10-29. <https://doi.org/10.17533/udea.rfnsp.335871>
- Gutiérrez, M. A. & Durand, T. (1998). Tras las huellas de un porvenir incierto. En AA.VV. *Avances en la Investigación Social en Salud Reproductiva y Sexualidad*. AEPA/CEDES/CENEP.
- Gutmacher-Lancet, C. (2018). Acelerar el progreso: Salud y derechos sexuales y reproductivos para todos. *Lancet*; (391), 2642-92. <https://ipasmexico.org/pdf/IpasMx-Acelerar-Balance.pdf>
- Irving, J. (1996). *Príncipes de Maine. Reyes de nueva Inglaterra*. Fábustlas TusQuets.
- Jimenez et. al. (2011). *Una mirada desde América Latina y el Caribe al Objetivo de Desarrollo del Milenio de acceso universal a la salud reproductiva*. Santiago de Chile: CEPAL - ONU.
- laltenvioleta. (2013). *Feminismo postcolonialista versus la Segunda Ola: cuestionamiento del etnocentrismo y retórica neocolonial*. <https://bit.ly/3qSBPto>
- Latt, S.M. Milner, A. & Kavanagh, A. (2019). Abortion laws reform may reduce maternal mortality: an ecological study in 162 countries. *BMC Women's Health*, 19(1).
- Levín, S. (2018). ¿Salud sexual y salud reproductiva sin libertad?: El conflicto por el aborto en Argentina. *Salud Colectiva*, 14(3), 377-389. doi: 10.18294/sc.2018.2011
- Liborio, M. (2013). ¿Por qué hablar de salud colectiva? *Revista médica de Rosario* (79), 136-141.

- Longo, R. Tortosa, P. & Zaldua, G. (2022). Derechos sexuales y (no) reproductivos en la CABA: Desafíos en tiempos de pandemia. En Zaldúa, G., Botitinelli, M. & Lenta, M. *Salud mental comunitaria y pandemia: Diálogo desde los territorios*. Teseo.
- López Gómez, A. (2016). Tensiones entre lo (i)legal y lo (i)legítimo en las prácticas de profesionales de la salud frente a mujeres en situación de aborto. *Salud Colectiva*, 12(1), 23-39.
doi:10.18294/sc.2016.857
- Luxardo, N., Passerino, L. y et. al. (2020). Antecedentes del concepto “determinantes sociales de la salud” en el estudio de las desigualdades. En S. E. Sustas, S. Tapia, y M. Venturiello, *Investigación e intervención en salud: demandas históricas, derechos pendientes y desigualdades emergentes*. Teseo.
- Molyneux, M. (2003). *Movimiento de mujeres en América Latina. Estudio teórico comparado*. Barcelona: Cátedra feminismos.
- ONU. (1995). Plataforma de acción de Beijín. IV Conferencia Mundial de la Mujer.
- Paim, J. (1992). Collective health and the Challenges of Practice. *PAHO. The Crisis of Public Health: Reflections for the debate. Scientific Publication*, (540).
- Pecheny, M. & Petracci, M. (2006). Derechos humanos y sexualidad en la Argentina. *Horizontes Antropológicos*, Porto Alegre (26), 43-69.
- Portocarrero, P. (1990). Mujer en el Desarrollo: Historia, límites y alternativas. En P. Portocarrero, *Mujer en el desarrollo. Balance y propuestas*. Flora Tristán.
- Rich, A. (1996). *Nacemos de mujer. La maternidad como experiencia e institución*. Cátedra feminismos.
- Rodríguez Gustá, A. L. (2008). Las escaleras de Escher: la transversalización de género vista desde las capacidades del Estado. *Aportes para el debate*, 53-70. Obtenido de <https://www.asociacionag.org.ar/pdfaportes/25/03.pdf>
- Rodríguez, A. Casas, D. Contreras, G. & Ruano, L. (2016). De la enfermiología a la salutogénesis: conceptos teóricos en la búsqueda

de la salud como derecho universal. *Revista Médica de la Universidad de Costa Rica*, 9(2).

Santarelli, N. (2023). *Las significaciones de las mujeres sobre sus experiencias de embarazos no deseados/abortos voluntarios farmacológicos en relación con la salud mental. Análisis desde una perspectiva feminista (San Luis y Mendoza, 2009-2019)*. [Tesis doctoral Doctorado en Estudios de Género, Dirección: Dra. C. Anzorena]. UNC.

Say, L., Chou, D., Gemmill, A., Tunçalp, Ö., Moller, AB., Daniels, J., Gülmezoglu, AM., Temmerman, M. & Alkema, L. (2014). *Causas globales de muerte materna: un análisis sistemático de la OMS*. Lancet Global Health.

Sívori, H. (2008). "GLTTB y otros HSH" Ciencia y política de la identidad sexual en la prevención del sida. En Pecheny M., Figari C. & Jones, D. *Todo sexo es político. Estudios sobre sexualidades en Argentina*. Libros del Zorzal.

Villasana, P. (2020). Acerca de la noción de Territorio. Una contribución a las Epistemologías del Sur. *Comunidad y Salud Año 2022*; 20(2)

WGNRR. (1984). Women's Global Network for Reproductive Rights. Recuperado en junio de 2023 de <http://wgnrr.org/>

Justicia de géneros y salud intercultural en Patagonia

Suyai García Gualda

Introducción

El presente escrito es parte de una investigación centrada en la problematización de la noción de justicia de géneros con especial atención al lugar que ocupan las políticas de la diferencia y las políticas de la igualdad en los debates y en la agenda política contemporánea. Su interés último se centra en observar y analizar bajo esta lupa la realidad de ciertos grupos sociales históricamente desaventajados, por caso: las mujeres indígenas. Se parte de entender que se tratan de sectores que demandan reconocimiento, redistribución y representación, es decir, políticas integrales, interculturales e interseccionales que sean capaces de atender a las múltiples formas de vulneración de derechos que padecen producto del reconocimiento erróneo o no reconocimiento, la desigualdad distributiva y la ausencia de paridad participativa (Fraser, 2008a; 2008b). En este sentido, se considera que la justicia de géneros debe ser pensada, abordada y analizada de manera situada, es decir, con la vista puesta en el contexto político, cultural e institucional. Vale agregar que se trata de una noción que remite al concepto de “ciudadanía”, temática arduamente explorada y problematizada desde la filosofía y teoría política liberal-occidental.

En este sentido, los feminismos latinoamericanos han colaborado notoriamente en la ampliación de los debates en torno a la ciudadanía con especial atención en la realidad que atraviesan las mujeres en territorios que han sido, a lo largo de los años, signados por procesos de conquista, colonización y despojo. Acorde a esta línea, se entiende como fundamental ahondar y problematizar aquellas políticas que se presentan desde los

organismos públicos como interculturales a fin de analizar en qué modo se reconoce y garantiza la efectiva representación de los grupos involucrados y cómo esto se traduce en una justa redistribución de recursos. Hoy en día las mujeres indígenas viven una ciudadanía restringida, ya que se enfrentan a numerosos obstáculos que impiden el pleno ejercicio de derechos y dificultan el acceso a condiciones de igualdad real de oportunidades. La desigualdad de género supone una estructura económica basada en la desigualdad distributiva, cuyo origen es la división sexual del trabajo que distingue entre trabajo remunerado (productivo) y no remunerado (reproductivo y de cuidados); y, a su vez, las diferencias de estatus que se entrelazan en términos simbólicos e identitarios en una sociedad androcéntrica y racista, dan lugar al reconocimiento erróneo o no reconocimiento de las mujeres indígenas al no considerarlas ciudadanas plenas capaces de interactuar en pie de igualdad en la vida social.

Esto demuestra que, a pesar de que los feminismos latinoamericanos han logrado con esfuerzo instalar temas en agenda e impulsar reformas jurídicas a favor de las mujeres, todavía existen barreras que imposibilitan la consolidación de sociedades con justicia social y de géneros. Según el planteamiento teórico de Nancy Fraser (2015), la justicia de género es un concepto complejo que debiera cumplir con un compuesto de siete principios normativos, a saber: (1) la anti-pobreza, es decir, la asistencia social con el ánimo de prevenir y erradicar la pobreza; (2) la anti-explotación, a fin de evitar la explotación de los sectores y sujetos-as no aventajados de la sociedad; (3) la igualdad de renta entre varones y mujeres; (4) la igualdad en el tiempo de ocio, lo cual supone la distribución equitativa de las tareas de cuidado; (5) la igualdad de respeto entre varones y mujeres, lo cual incluye el reconocimiento del trabajo de las mujeres no remunerado y de su condición de personas; (6) la anti-marginación, para garantizar la participación activa de las mujeres en la vida social y política; (7) y el principio anti-androcentrista, que implica poner fin al androcentrismo institucionalizado. Por esto, en un momento de

exacerbadas desigualdades, se requiere contemplar las problemáticas culturales e identitarias sin perder de vista las cuestiones propias del mundo del trabajo y la redistribución de recursos.

Dado este punto, cabe hacer una importante aclaración teórica: si bien las principales exponentes citadas en este trabajo hacen referencia al concepto de justicia de género en singular, se debe considerar una apuesta epistemológica y política hablar de géneros en plural; de esta forma, se logra cuestionar la mirada binaria-dicotómica del género consustancial a la modernidad occidental, es decir, se abre el diálogo y pasan a ser tenidas en consideración aquellas identidades no hegemónicas que rompen con el cisgenerismo y la heteronorma. Dicho esto, es importante destacar que este escrito tiene el propósito de reflexionar críticamente sobre las políticas de salud intercultural implementadas en la provincia de Neuquén y, para ello, se centra especialmente en la creación del Centro de Salud Raguiñ Kien. Visibilizar la importancia de los saberes no occidentales en las políticas sanitarias emerge como una demanda concreta de las mujeres indígenas frente al Estado, tal como lo manifestaron públicamente en el 14° Encuentro de Naciones y Pueblos Originarios (ENPO) que se desarrolló en el mes de octubre de 2022 en la Universidad Nacional del Comahue (Neuquén).

Por último, en cuanto a la estrategia metodológica, importa aclarar que se trata de una investigación teórica, aunque lo suficientemente flexible en su diseño como para articular técnicas de recolección y construcción de datos como el análisis documental, la observación y otros métodos biográficos. Para la realización del presente capítulo se partió de un riguroso proceso de relevamiento teórico en diálogo con el análisis de fuentes secundarias y notas construidas a partir de la observación en espacios de discusión, exposición y debate con comunidades mapuce y otros referentes. Los cuadernos de notas que se citan en esta oportunidad hacen parte de la sistematización realizada durante la labor de relatoría en la Mesa de Mujeres Originarias que tuvo lugar durante el 14° ENPO y de la

escucha atenta de los testimonios expuestos por autoridades mapuce y profesionales de la salud integrantes del Centro de Salud Intercultural en la mesa: Escuchando voces del Territorio que interpelan las Políticas Públicas de Salud. ¿Se participa en su construcción?, realizada en San Luis durante 2022 (XXXVII Congreso de Medicina General Equipos de Salud y Encuentros con la Comunidad, diciembre de 2022).

Justicia en el ámbito de la salud

El derecho a la salud es reconocido en un extenso corpus normativo nacional e internacional. De hecho, la salud es un derecho humano. Como expresan de Ortúzar y Suárez Ruíz (2021), “el derecho a la salud, concebido como derecho humano, se plantea el necesario equilibrio entre la autonomía, la justicia (equidad) y la eficiencia en el sistema de salud y la sociedad” (p. 1). Sin embargo, en Argentina no todas las personas tienen acceso a los servicios de salud, pues existen números obstáculos que impiden y/o dificultan que ciertos sectores sociales gocen de este derecho, siendo el caso de numerosas comunidades originarias. En este sentido, cabe decir que la retórica moderna ha sido, desde su origen, salvacionista y esto ha quedado manifiesto en el tenor universalista y occidelantocéntrico de la Declaración Universal de los Derechos Humanos. La tendencia homogeneizante de los marcos normativos nacionales e internacionales ha negado durante años –y de manera sistemática– el reconocimiento de la diferencia y de la diversidad étnica, de géneros, territorial, etaria, etcétera. En palabras de Rodríguez (2018):

las leyes y las políticas públicas [...] se basan en categorías universales y homogéneas de sujeto –la mujer, el afrodescendiente, el indígena, el gay– que en teoría sólo sufriría un determinado tipo de opresión o discriminación a pesar de que en la vida real los problemas de estos grupos sociales son producto de un entrecruzamiento de diferentes

tipos de subordinación o discriminación. Esta manera que tienen las instituciones estatales de estandarizar la diferencia trae como consecuencia que muchas personas queden fuera del marco de acción de las leyes o, peor aún, como sostiene Crenshaw (1986), que terminen en una situación de profundo desempoderamiento (p. 252).

En el caso de los pueblos y naciones indígenas, este proceso de discriminación y segregación tiene su punto de origen en la fundación de los estados modernos latinoamericanos. En Argentina, como en el resto de América Latina, el Estado-nación se construyó a partir de un sistemático y violento proceso de racialización de la vida sociopolítica (Quijano, 1999). Dicha racialización logró jerarquizar a las sociedades con base en una clasificación asentada en la distinción entre el uno (un nosotros) blanco, burgués, varón, europeo, civilizado y asalariado y el otro no-blanco, feminizado, salvaje y excluido de las relaciones asalariadas. De este modo, los estados (uninacionales y monoculturales) se impusieron por la fuerza y fueron legitimados por el constitucionalismo moderno. Desde entonces, la raza como patrón de poder ubica a lo-as-es no-blancos en calidad de ciudadanos-as-es de segunda y, especialmente en Argentina, configura una identidad nacional basada en un discurso “blanco-civilizado” que niega todo vestigio indígena.

La teoría de la colonialidad del género sostiene que el patrón global del capitalismo inaugurado por la “Conquista de América” utilizó la diferencia de género entre las razas para marcar la exclusión del otro racial del dominio de la especie humana. En este sentido, tal como asevera Berlanga Gayón (2015), desde entonces la valoración social de los-as-es sujetos-as-es es determinada por una clasificación que ha sido establecida a partir del género, la raza, la clase, la territorialidad, etcétera. Así, la violencia sobre las mujeres –más aún las no blancas–, la naturaleza y los territorios colonizados a lo largo del tiempo han sido un pilar fundamental al servicio de los “hombres blancos” que dieron curso a la llamada

modernización y al desarrollo del modo de producción capitalista. La modernidad capitalista y patriarcal no sólo considera a la naturaleza como objeto de dominio, sino también a los cuerpos, de modo que estos son concebidos como campos de dominio que permiten la obtención de ganancias. La lógica occidental, moderna y colonial instauró una visión biologicista de los cuerpos que todavía se impone y que, en cierta medida, permite comprender por qué, a pesar de los debates y avances, todavía impera un modelo biomédico claramente biologicista, ahistórico, asocial y profundamente mercantilista.

Este esquema dominante invisibiliza, oculta y expulsa hacia los márgenes a las otras formas de entender, vivir y atender a los procesos de salud, enfermedad, cuidados y muerte; sobre todo a aquellos que denuncian los estragos que el modelo económico predatorio extractivista supone sobre los cuerpos-territorios y territorios-tierra. En la actualidad, la salud se ha convertido en una mercancía a la que solamente pueden acceder quienes pueden comprarla/pagarla: se mercantiliza y privatiza la vida e incluso la salud pública. En este cuadro de situación, es factible afirmar que los estados violentan de manera sistemática los cuerpos-territorios de los pueblos y naciones indígenas, particularmente de las mujeres y niñas. Las mujeres originarias, en tanto hacedoras y defensoras del conocimiento ancestral, encarnan y padecen numerosas situaciones de represión, opresión, discriminación y exclusión; no sólo producto de la intersección entre género, etnia y clase, sino también debido a la fusión de patriarcado, colonización y racialización. Hoy en día, las mujeres indígenas se enfrentan a numerosas situaciones que dificultan el acceso a la salud e indudablemente esto ha quedado en evidencia durante el desarrollo de la pandemia COVID-19.

En este sentido, y de acuerdo con de Ortúzar y Suárez Ruíz (2021), las desigualdades en salud se originan en desigualdades sociales previas, por lo que se hace necesario reflexionar e ir más allá de lo estrictamente relacionado al “campo de la salud” al momento de debatir estos temas. Para discutir la justicia en el

ámbito de la salud (de Ortúzar, 2018) es menester advertir que la justicia distributiva y la justicia del reconocimiento de manera aislada e independiente resultan insuficientes para lograr la igualdad en salud ante la ola de privatizaciones de bienes comunes que vivimos en la actual etapa de acumulación capitalista. Ante este contexto, sin la participación efectiva de las comunidades afectadas, en este caso pueblos y naciones indígenas, es inviable la garantía de los derechos humanos. En términos de Fraser (2008), se requiere una concepción trifocal de la justicia que atienda también a la dimensión política en términos de paridad participativa; y, claramente, la paridad no se agota en aspectos estrictamente cuantitativos, sino que involucra la toma de la palabra, –la voz– como instrumento político, implica ser contados-as-es en los procesos de toma de decisiones.

Estos debates cobran importancia en una coyuntura marcada por el resurgimiento de discursos negacionistas y de odio que son impulsados tanto por sectores políticos neoliberales y neoconservadores como por los medios de comunicación masiva que intentan deslegitimar las reivindicaciones, demandas y luchas históricas de los pueblos indígenas. La emergencia de partidos políticos de derecha y ultraderecha, como es el caso de Javier Milei en Argentina, da cuenta de cómo ha ganado terreno la corriente de pensamiento libertarista o libertariana que entiende a la salud como un bien más de consumo que puede y debe ser regulado por el mercado. Esta corriente de pensamiento, cuyos mayores exponentes son Nozick y Engelhardt, niegan la existencia de la salud como un derecho, ya que parten de entender que la enfermedad es un hecho infortunado, pero no injusto (de Ortúzar, 2020, p. 182); en contraposición a los planteos de los pensadores igualitaristas, como Rawls y Daniels. En suma, en este documento proponemos reflexiones situadas dado que “no es posible pensar la salud en forma individual, abstraída de las relaciones sociales y del modelo productivo que pone en riesgo el bienestar, especialmente el bienestar de los grupos menos favorecidos en la distribución de bienes culturales y materiales” (Breihl citado en De Ortúzar, 2021, p. 3).

Salud colectiva e intercultural

La racionalidad moderna occidental que percibe, entiende y utiliza a la naturaleza como canasta de recursos está resquebrajándose, pues se expone ante una crisis del conocimiento que muestra las limitaciones de un sistema de muerte, esto nos coloca ante el enigma de la finitud y nos obliga a repensar en qué futuro queremos construir. En este contexto, la destrucción de la naturaleza y la degradación de las mujeres y disidencias sexogenéricas van de la mano, porque son una forma de anular la diversidad; en palabras de Shiva y Mies (2014): “[el capitalismo] no considera intrínsecamente valiosa la diversidad de la naturaleza en sí misma, sino que solo su explotación comercial en busca de un beneficio económico le confiere valor. El criterio del valor comercial reduce así la diversidad a la categoría de un problema, de una deficiencia” (p. 283). Los monocultivos, el neo-extractivismo, la producción industrial de medicamentos y alimentos implican prácticas y políticas que solapan la violación de los derechos humanos, máxime de los pueblos y naciones originarias. El incremento de la precariedad de la salud y el empobrecimiento de comunidades y pueblos no sólo erosiona la calidad de vida de las personas, sino que destruye y contamina sus hábitats.

Frente a esto, resulta inminentemente necesario poner en valor la diversidad, reconocer las diferencias cosmológicas, filosóficas, culturales y simbólicas requiere, también, de la redistribución de bienes comunes, como el territorio. No es factible dar lugar a la diversidad en un marco de expropiación y saqueo territorial. En este sentido, autoras ecofeministas argumentan que:

[...] la diversidad está en muchos aspectos en la base de la política de las mujeres y de la política ecológica. La política de género es en gran parte una política de la diferencia. La ecopolítica se basa asimismo en la variedad y las diferencias de la naturaleza, en contraposición a la uniformidad y

homogeneidad de las mercancías y los procesos industriales (Shiva y Mies, 2014, p. 284).

Por tanto, el dilema está en desentrañar el modo en que es factible instrumentar políticas sensibles a la diversidad y adecuadas a las necesidades particulares y diferenciadas de la ciudadanía en clave étnica, de géneros, territorial, etcétera.

La Patagonia argentina posee una memoria larga acerca del extractivismo, la desposesión y el despojo (Borde y Torres Tovar, 2017) que ha sido cristalizada en la institucionalización de lo que algunos-as pensadores-as denominan “la violencia de la diferencia”. La estructura institucional del estado es, desde sus orígenes, profundamente patriarcal y racista, lo cual es visible en el devenir de las políticas de salud en la provincia de Neuquén. Frente a esto emergen una serie de interrogantes, como por ejemplo si es posible consolidar políticas públicas sanitarias interculturales de espaldas a los conflictos territoriales que tienen lugar a lo largo y ancho de la región patagónica y que ponen en evidencia la histórica alianza entre estado y capital. También resulta inquietante saber si los discursos de gobierno basados en la interculturalidad despolitizan las luchas y formas de reexistencia de las naciones indígenas, es decir, ¿las políticas interculturales son dispositivos de poder con fines asimilacionistas? En definitiva, todas estas cuestiones invitan a indagar en la relación existente entre diversidad (étnica, de géneros, cultural), justicia y salud.

Frente a esto, cabe señalar que, durante años, el sistema sanitario neuquino ha sido considerado vanguardista, aunque siempre se trató de un modelo de planificación normativo, universalista y afín al modelo médico hegemónico. A lo largo de décadas, las políticas en salud funcionaron como instrumentos de cohesión, disciplinamiento y control de las diversas poblaciones y matrices culturales dentro de los límites provinciales. De hecho, siguiendo a Estrella (2017), podemos afirmar que, hacia finales de la década de los setenta, la incorporación de agentes sanitarios indígenas en áreas rurales tuvo como meta garantizar la seguridad

geopolítica en una zona de frontera como es la cordillera de Los Andes. Y, si bien las condiciones han cambiado a lo largo del tiempo, todavía se observan ciertos patrones que nos permiten encender alertas-sospechas sobre ciertas políticas que se presentan como integrales, intersectoriales, interseccionales e interculturales. Por esta razón, nos resuenan las palabras de Cuyul al aseverar que:

la política de salud desplegada en comunidades mapuche no interviene sobre la atención de salud precarizada y de estrato “índigente”, en la escasez de tierras, la contaminación letal de los territorios por la industria extractiva; ni en la pobreza y exclusión determinados por el despojo territorial. Todas estas cuestiones son dimensiones integrantes de un kúme mongen (buen vivir) y que son invisibilizadas por la política de salud en tanto no son problematizadas en tanto integralidad de relaciones que inciden en la salud (citado en Villasana, Moreno y Mancinas-Chávez, 2020, p. 47).

En efecto, ante la actual ofensiva neo-extractivista y la consecuente re-patriarcalización de los territorios (García Torres, Vázquez y Bayón, 2020), las demandas y necesidades de las comunidades indígenas no pueden ser pensadas desde perspectivas unidisciplinarias y distantes del diálogo y la ecología de saberes. Ante este marco político-económico, la salud colectiva debe resistirse a producir una narrativa universal, dado que eso supondría perpetuar la violencia epistémica y/o el racismo epistémico imperante (Rocha-Buelvas, 2017). De este modo, el fin último de la interculturalidad no debería de reducirse al mero reconocimiento de la diversidad cultural, sino que debe visibilizar y denunciar las múltiples formas de desigualdad que se imbrican tierra adentro. Considerando estos aspectos, es necesario entender que la cooptación y masificación de ciertos conceptos y perspectivas atenta contra la reexistencia de estos pueblos y naciones (Porto-Gonçalves, 2002) que ven diariamente avasallados sus derechos, más allá de la letra legal (nacional e internacional).

En el área de la salud, el debate actualmente oscila entre posturas que promueven la armonización a través de la institucionalidad estatal y otras que entienden a la cultura como un espacio de conflicto y lucha política: “no existe per se una interculturalidad en salud, más bien existen acciones desde el Estado y sus políticas que promueven ‘encuentros’, ‘diálogos’ (...) que más bien tiene fines integracionistas de carácter neocolonial” (citado en Villasana et al., 2020, p. 48). Todo esto, a la luz de los relatos que se han escuchado, permite problematizar y cuestionar a las políticas interculturales desplegadas en la provincia, es decir, impulsa a analizarlas y ponerlas en la mesa de debate como posibles dispositivos -encubiertos- de neocolonización (Villasana et al., 2020). A juicio del presente trabajo, ponderar la diversidad requiere comprender el proceso salud-enfermedad-cuidado-muerte desde la ecología de saberes y esto, en palabras de Rocha-Buelvas (2017), procura aceptar que el reto decolonial de la salud colectiva consiste en revalorizar e implementar el saber ancestral-comunitario como manifestación ético-política de autodeterminación y justicia social.

El Centro de Salud Raguñ Kien

La creación del Centro de Salud Raguñ Kien, en la cuenca de Ruca Choroí, ha sido la respuesta que el Estado provincial ha dado ante un reclamo histórico de las comunidades indígenas y de la sociedad civil de la zona de Aluminé en la cordillera neuquina, pues hasta hace no mucho estas comunidades dependían de un único hospital de baja complejidad. Este Centro de Salud no presenta antecedentes en el país, es decir, es el primero que presume la articulación de la medicina ancestral mapuce, *lawen*, y la biomedicina. El proyecto se erige en territorio de la comunidad mapuce Hiengueinhual y prevé un modelo de gestión participativa con una presencia protagónica de los-as-es mapuce y sus conocimientos. La meta, según declaraciones públicas de diferentes funcionarios-as, consiste en consolidar un espacio de trabajo

colectivo y colaborativo entre el equipo técnico del área de salud de la provincia, los equipos de salud de los Hospitales de Aluminé y Zapala y miembros de las comunidades mapuce Aigo y Hiengueinhual.

El imponente edificio con forma de medialuna se comenzó a construir hace décadas, pues se trata de una obra de infraestructura que ha ocupado a diversas gestiones de gobierno. Luego de años de espera, en plena pandemia y a finales de 2021, el gobernador Omar Gutiérrez, formalizó la puesta en marcha del comúnmente denominado “hospital intercultural”. Aquí resulta de interés hacer una pausa y reflexionar brevemente sobre la nominación de esta institución. De acuerdo con diferentes fuentes secundarias analizadas, puede decirse que se trata de un centro de salud, debido a que detenta un nivel de atención inferior y con menor complejidad que un hospital. Sin embargo, la explicación de los integrantes (mapuce y no mapuce) es otra. Según sus relatos, esta nominación no responde a estándares occidentales, sino que, al momento de discutir de qué modo se iba a denominar el lugar, se decidió de manera colectiva que sea un centro y no un hospital, ya que este último remite a prácticas biomédicas distantes y ajenas a la cultura y cosmovisión mapuce.

Esto, que al parecer puede resultar un detalle, es una muestra más de la tensión epistémica que subyace en este tipo de políticas públicas. Esta experiencia permite discutir de qué modo han sido parte de este proceso de institucionalización los denominados *otros saberes*, es decir, explorar cuál es el valor real que se atribuye a los conocimientos mapuce en el marco de esta política, atendiendo a que se trata de prácticas y conocimientos que a lo largo de los años han sido considerados saberes faltos de rigor científico. La cultura y cosmología originaria colisiona con el saber instrumental propio de la medicina moderna, puesto que la forma de relación que establecen los-as-es mapuce con la naturaleza (y todas las formas de vida) se contraponen con la racionalidad moderna colonial y capitalista. La cultura mapuce propone formas *otras* de pensar y abordar los procesos de salud-enfermedad-atención, los cuerpos —

y las corporalidades— e incluso las formas de ser/estar en el territorio-tierra (Breilh, 2011).

Para un anciano mapuce de la Cuenca Ruca Choroi ser trasladado al hospital de Aluminé ya era algo malo. Teníamos un caso particular de un abuelo que nunca había llegado al hospital y casi no conocía el pueblo. Ya anciano y sin capacidad para rechazar la internación, los familiares lo acompañan y termina internado. Pasa su primera noche y a la mañana siguiente cuando lo van a controlar a las 6am enfermería lo encuentran al revés, se había acostado con la cabecera hacia los pies. -No abuelo, no, así no es. Vuelta a acomodarlo con la cabecera donde corresponde. Pasa un día, sigue el tratamiento a la mañana siguiente: otra vez. Ya empezamos a dudar. Pasa otra mañana y ya dijeron bueno basta, le ataron las sábanas cosa que la cabecera quedara para donde tenía que estar. A la mañana siguiente ya todos queríamos saber qué había pasado. Lo van a ver y se había cambiado de cama. Se había acostado en la cama de al lado que estaba vacía, pero que tenía la cabecera hacia el este hacia el sol naciente donde nace la vida y donde él quería estar. Lo estábamos empujando hacia la muerte. A veces con buena voluntad, otras veces no tanto, a veces peor... con desestimación o desprecio, las pautas culturales son desconocidas, negadas y rechazadas. Este saber hegemónico oficial muchas veces se hace carne en cada uno de nosotros, trabajadores de la salud. Tenemos que romperlo y la única forma es juntarnos y escuchar, ser parte y ser colectivo (Cuaderno de notas, Gancedo en XXXVII Congreso FAMG, 2022).

El territorio es un eje vertebrador de la cultura mapuce, es el espacio socializado y culturalizado, portador de significados, que es parte del sistema social y, a su vez, condiciona su funcionamiento. Esto permite observar que, como dicen Borde y Torres (2017), “el territorio conecta con la salud y la vida, en tanto

en él se dan los procesos de producción y reproducción social, que son la base de la determinación social [de la salud]" (p. 272). En este sentido, adquiere vital relevancia la noción misma de determinación social, en tanto cuestiona al "paradigma empírico-funcionalista de la epidemiología y propone una herramienta para trabajar la relación entre la reproducción social, los modos de vivir y de enfermar y morir" (Breilh, 2013, p. 14), lo cual se hace indispensable al momento de registrar los modos mapuce de ser parte de una institución pública, como es el caso del Centro de Salud analizados.

Les puedo asegurar que el pueblo mapuce es uno solo, su cosmovisión, sus sentimientos no marcan diferencias. Si hay alguna diferencia es por el lugar a donde viven, ese territorio especial en donde se desarrollan marca características particulares. Por esto, nuestro proyecto del Centro de Salud Intercultural no es replicable exactamente, ni los otros ejemplos que hay en Chile, porque el territorio marca diferencias (Cuaderno de notas, Gancedo en XXXVII Congreso FAMG, 2022).

Dicho todo esto, es menester destacar que la inauguración de esta institución sanitaria tuvo lugar dentro de un contexto de elevada conflictividad e incertidumbre a escala provincial y nacional (e incluso mundial). Si bien es cierto que a priori esta acción se muestra como una respuesta institucional al problema que supone el no reconocimiento de la medicina ancestral mapuce, al mismo tiempo, es visible que opaca e ignora otras reivindicaciones históricas de las comunidades, por caso el reconocimiento legal de la propiedad comunitaria de la tierra y los territorios indígenas. Ergo, es imposible ignorar que durante 2021 se debatió acaloradamente la prórroga de la Ley Nacional N° 26.160; norma sancionada en 2006 con el fin de detener los desalojos y relevar los territorios indígenas. Al respecto, es importante agregar que la Provincia en numerosas oportunidades se mostró

hostil al relevamiento y a la emergencia territorial. De hecho, en los últimos años, se sucedieron numerosas disputas territoriales al calor de este marco legal.

Evidentemente este Centro de Salud Intercultural supone un proyecto que va más allá de la cuestión sanitaria y que pone en el centro de la discusión política la posibilidad o imposibilidad de gestar políticas públicas que superen la falsa antítesis reconocimiento-redistribución y comprendan el derecho a la salud como parte de la justicia social, de géneros y epistémica; de lo contrario, se corre el riesgo de repetir fórmulas departamentalizadas y caducas que lejos están de construir sociedades interculturales, equitativas y democráticas. La década de los noventa ya demostró, al menos en Argentina, que las políticas de reconocimiento sin una justa distribución de recursos resultan insuficientes. A modo de ejemplo se puede señalar que el reconocimiento constitucional de la pre-existencia étnica (artículo 75 inciso 17) se dio a la par de violentos procesos de expropiación y saqueo territorial, como fue el afamado conflicto Pulmarí en la zona en la que hoy se celebra este Centro de Salud (García Gualda, 2021).

A partir de los noventa, las organizaciones y comunidades mapuce comenzaron a desempeñar un rol fundamental en defensa de los bienes comunes y a transitar un arduo camino de lucha por reconocimiento identitario, autonomía y territorio; desde entonces, las mujeres resisten y luchan frente al avance del capital sobre sus territorios-tierra y cuerpos-territorios. La soberanía alimentaria que promueven estas mujeres, como también la práctica y recuperación de la medicina tradicional, son acciones que ponen en cuestión al orden económico, político y cultural vigente. Se trata de mujeres defensoras de los conocimientos ancestrales que se animan a apalabrar las múltiples formas de violencia y opresión que padecen en sus pueblos y naciones; son parte de colectivos históricamente desaventajados, pero también son mujeres que se animan a denunciar la violencia patriarcal y machista al interior de sus propias comunidades y organizaciones supra comunitarias, violencia que se solapa con otras formas de desigualdad estructural

y que requiere ser asumida como un problema de salud pública de manera urgente, tal como lo demandaron las asistentes al 14° Encuentro de Naciones y Pueblos Originarios (ENPO).

Conclusiones

En el mes de octubre del 2022 se realizó el Encuentro de Naciones y Pueblos Originarios (ENPO) de Argentina en la sede central de la Universidad Nacional del Comahue, en Neuquén. En dicho evento hubo lugar para el diálogo y debate colectivo y colaborativo de mujeres indígenas de diferentes pueblos y naciones. Entre los ejes que se destacan de las conclusiones, cabe mencionar los siguientes: 1. “las mujeres originarias necesitamos acceso a la salud, tener herramientas. Los centros de salud están lejos, estamos aisladas. Hay pocos agentes sanitarios en los territorios, hay ausencia de intérpretes bilingües”; 2. “nos encontramos sobrecargadas de trabajo no pago. Priorizamos el cuidado de otros y muchas veces nos descuidamos a nosotras mismas”; “en muchos casos no tenemos agua. La mujer indígena es territorio, por eso, la defensa del territorio y de todo lo que contiene es vital y fundamental para la proyección de la vida, para el cultivo tradicional y el resguardo de las semillas. Para fortalecer el sistema de salud ancestral”; y 3. “sin territorio no es posible el conocimiento ancestral, la recuperación territorial es un derecho, así como la defensa de los distintos espacios territoriales y comunitarios sagrados como cementerios y espacios ceremoniales” (ENPO, 2022).

Estas palabras, citadas textualmente del documento final del grupo de mujeres de pueblos originarios, dan cuenta de cómo el capitalismo colonial imperialista ha avanzado sobre la vida, los cuerpos y territorios de las mujeres indígenas y cómo continúa silenciando e invisibilizando su trabajo y saberes, cosmovisiones y prácticas tradicionales. Estas mujeres, en tanto sujetas y defensoras de derechos, lideresas indígenas que luchan por la preservación de los bienes comunes de la naturaleza, no dudan en manifestarse públicamente contra los intereses estatales y corporativos; estas

mujeres son percibidas como una amenaza. Se trata de mujeres que amenazan un orden social, político y económico que se sostiene sobre la división sexual del trabajo y el androcentrismo; mujeres que se atreven a levantar la voz. Por ello, en numerosos escenarios se considera que estas mujeres deben ser disciplinadas, de hecho, hasta hace poco menos de un año se vivió una situación de extrema gravedad: la detención arbitraria de mujeres e infancias que tuvo como resultado el nacimiento de un niño mapuce en cautiverio. La persecución, la represión, criminalización y judicialización de la lucha mapuce no cesa en el sur y es una constante que se sostiene a lo largo de los años y los sucesivos gobiernos.

Entonces, si el pueblo mapuce es uno solo, yo les pregunto: ¿será que del otro lado del Limay [en referencia al río que sirve de límite natural entre la provincia de Neuquén y la de Río Negro] es terrorista y quiere aprovecharse de las debilidades de la sociedad y del estado, reclamando cosas que no son? [en referencia a la detención arbitraria de mujeres e infancias en el marco de un conflicto territorial en Villa Mascardi en octubre de 2022] (Cuaderno de notas, Gancedo en XXXVII Congreso FAMG, 2022).

Frente a esta escalada de violencia y el recrudecimiento de un modelo económico que las coloca en el lugar de cuerpos sacrificables (García Gualda, 2017), estas mujeres visibilizan la importancia de recuperar el sentido de lo colectivo, la toma de decisiones de forma democrática y asamblearia. Dicho de otro modo, reivindican la participación política que promueve la horizontalidad y el consenso. Claramente esto no sólo supone poner en jaque la lógica occidental e individualista de la política, sino que invita a poner fin al androcentrismo y el sexismo que prima en las organizaciones indígenas. De sus testimonios y debates se desprende que las múltiples formas de violencia que les afectan deben ser atendidas y resueltas a partir de políticas (redistributivas, de reconocimiento y participación) sensibles a la

diversidad cosmológica y cultural. Por ello, insisten en la necesidad de elaborar protocolos de acción que partan de entender que la violencia es un problema de salud pública que tiene múltiples consecuencias, como la depresión, los suicidios, femicidios, etcétera; y, para esto, se requieren de transformaciones estructurales orientadas a regular la propiedad comunitaria de los territorios, pues la proyección de la vida -de las mujeres y sus comunidades- está sujeta a la defensa del territorio y otros bienes comunes estratégicos, como el agua. Sin territorio no es posible el conocimiento ancestral.

Se entiende que fortalecer los procesos autónomos y colectivos, la libre asociación de productores-as para la creación de espacio comunitarios y solidarios de producción para la salud integral y colectiva con base en la propia cosmología y cultura es -y debe ser- una apuesta fuerte de las propuestas alternativas. En este sentido, la puesta en marcha del Centro de Salud Intercultural en la Cuenca de Ruca Choroi puede significar un paso sustancial capaz de sentar las bases para la instrumentación de políticas sensibles a la diversidad desde una perspectiva interseccional e intercultural crítica. Según el personal que allí se desenvuelve:

[...] de este lado del Limay, este Centro es un ejemplo de diálogo, de comunicación y mutuo beneficio. En las bases del Centro está que no es un centro de salud mapuce, es intercultural y estamos convencidos de que todas las personas nos beneficiamos de este intercambio. No reniego de toda la sabiduría biomédica, reniego de la hegemonía que nos hace ver ese universo único, pareciera que la ciencia médica, la biomedicina, es capaz de abordar toda la complejidad y diversidad del ser humano, pero entonces vuelvo a esta pregunta: ¿será que de un lado es terrorista [el pueblo mapuce] y del otro lado negociador? O será que de un lado del Limay la realidad social política, persecutoria y disciplinaria es un poco distinta que de este lado (Cuaderno de notas, Gancedo en XXXVII Congreso FAMG, 2022).

En este marco, recuperar saberes ancestrales y proteger los bienes comunes, el resguardo de las semillas, emerge como clave para el sostenimiento de la vida, ya que los monocultivos de variedades de alto rendimiento también son una causa de destrucción del suelo, deficiencia alimentaria y desequilibrios en la nutrición. La diversidad de cultivos es fundamental para el resguardo de la fertilidad de los suelos. Además, hay que decirlo, las semillas comercializadas desplazan a las mujeres de los procesos de toma de decisiones, las invisibilizan e ignoran sus saberes ancestrales y, una vez más, las colocan en el lugar de fuerza de trabajo o mano de obra no cualificada, esto al margen del mercado laboral formal.

Las resistencias y luchas que hoy llevan a cabo las naciones y pueblos indígenas, especialmente las mujeres, se posicionan contra prácticas y propuestas dualistas dicotómicas, profundamente alterizantes del pasado. Las ontologías o formas relacionales de ser, hacer y conocer proponen nuevas prácticas. Los mundos relacionales se apartan de la idea de un único mundo que todos-as-es compartimos y presumen la posibilidad de pensar en muchos mundos que de manera interrelacionada mantienen su diferencia como mundos. De este modo, el espacio de lo común y las prácticas de lo colectivo, la relacionalidad y el pluriverso son herramientas para la lucha, son formas que facilitan o permiten visualizar y construir otros mundos posibles. Se trata de propuestas que ponen en jaque al modelo de desarrollo capitalista porque cuestionan la noción misma de propiedad privada, porque colocan el acento en relaciones no mercantiles y se presentan como alternativas que sirven como utopía, en tanto permiten cuestionar el orden establecido y se presentan como meta-objetivo que guía la acción política.

En síntesis, en un escenario de crisis sanitaria, ecosocietal y civilizatoria que muchas veces tiñe de letalidad al futuro, es indispensable recuperar experiencias situadas que, sin ser ideales, renuevan las esperanzas y permiten proyectar un futuro diferente. Un futuro en el que se puedan construir verdaderas relaciones interculturales un diálogo de saberes capaz de dar cuenta de

profundas transformaciones estructurales a favor de la justicia social, de géneros y epistémica en el que sea posible plantearse el desafío de despatriarcalizar el Estado y las relaciones sociales, un futuro en el que las relaciones humano-humano y humano-naturaleza tengan otra/nueva posibilidad, un otro metabolismo sociedad-naturaleza. Ante lo anteriormente expuesto, surge entender como de vital relevancia que se logre superar la antítesis reconocimiento-redistribución en las políticas sanitarias, pues las injusticias sociales son multidimensionales e interseccionales. Por tanto, como asevera Fidel Tubino (2018, p. 7), las políticas interculturales de reconocimiento deben siempre estar articuladas con políticas redistributivas y participativas de carácter transformativo y no meramente afirmativo.

Bibliografía

- Berlanga, M. (2015). Femicidio: el valor del cuerpo de las mujeres en el contexto latinoamericano actual. *Pelicano*, (1), 6-18. Recuperado de <https://bit.ly/2xjKQQQ>
- Borde, E., & Torres, M. (2017). El territorio como categoría fundamental para el campo de la salud pública. *Saúde Em Debate*, 41(spe2), 264-275. doi:10.1590/0103-11042017s222
- Breilh, J. (2011). La subversión del buen vivir (rebeldía esclarecida para el siglo XXI: una perspectiva crítica de la obra de Esteban Echeverría). *Salud Colectiva*, 7 (3), 389-397.
- Breilh, J. (2013). La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva). La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva). *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 31 (Suppl. 1), 13-27. Retrieved April 28, 2022, from <https://bit.ly/3mqMwhi>

- De Ortúzar, G. (2018). Concepciones de salud, derecho a la salud y genética. En Busdygan, D. (Coord.). *Rostros del Igualitarismo. Discusiones y desafíos filosóficos* (pp. 181-195). TeseoPress.
- De Ortúzar, G. (2020). Justicia social y derecho a la salud de migrantes latinoamericanos en una Argentina con legados neoconservadores. *Resistances. Journal of the Philosophy of History*, (1), 135 – 147.
- De Ortúzar, G. (2021). Presentación del dossier: Ética, ciencia y política sanitaria. Aportes filosóficos y transdisciplinarios para una transformación. *Journal of the Philosophy of History*, (2) <https://doi.org/10.46652/resistances.v2i3.5>
- De Ortúzar, G. y Suárez Ruíz, E. (2021). Presentación dossier Bioética después de la COVID-19. Derecho a la salud y garantía de bienes públicos en el contexto post-pandemia. *Cuadernos Filosóficos/Segunda Época*, (18).
- ENPO (2022). CONCLUSIONES Grupo de Trabajo Mujeres de Pueblos y Naciones Originarias. 14° Encuentro de Naciones y Pueblos Originarios, 28, 29 y 30 de octubre de 2022 Ciudad de Newken, Argentina.
- Estrella, P. (2017). *La salud pública en territorio mapuche. Relaciones interculturales, estrategias etnopolíticas y disputas en torno a las políticas de reconocimiento en la comunidad Payla Menuco, San Martín de Los Andes, provincia de Neuquén*. [Tesis doctoral, FFyL-UBA]. Repositorio FILODIGITAL. <http://repositorio.filo.uba.ar/handle/filodigital/4592>
- Fraser, N. (2008a). La justicia social en la era de la política de la identidad: redistribución, reconocimiento y participación. *Revista de trabajo*, 4(6), 2008, 83-99.
- Fraser, N. (2008b). *Escalas de justicia*. Herder.
- Fraser, N. (2015). *Fortunas del feminismo*. Traficantes de sueños.
- García Gualda, S. (2017). Cuerpos sacrificables. Mujeres Mapuce frente a la ofensiva extractivista. En O. Favaro y F. Lizárraga (Eds.) *Viejas tramas y nuevos sujetos. Instantáneas de la Patagonia Norte*. PubliFadecs.

- García Gualda, S. (2021). *Tejedoras de futuro. Mujeres mapuce y participación política*. Ed. TOPOS.
- García Torres, M.; Vázquez, E.; Cruz H. D. y Bayón Jiménez, M. (2020). Extractivismo y (re)patriarcalización de los territorios. En, D. Cruz Hernández y M. Bayón Jiménez (Coords.). *Cuerpos, territorios y feminismos. Compilación latinoamericana de teorías, metodologías y prácticas políticas* (pp. 23-44). CLACSO.
- Porto-Gonçalves, C. W. (2002). Da geografia às geo-grafias: Um mundo em busca de novas territorialidades. En A. E. Ceceña & E. Sader (Eds.), *La guerra infinita. Hegemonía y terror mundial* (pp. 217-256). CLACSO.
- Quijano, A. (1999). La colonialidad del poder. Cultura y conocimiento en América Latina. En S. Castro-Gómez et al. *Pensar (en) los intersticios. Teoría y práctica de la crítica postcolonial*. Centro Editorial Javeriano.
- Rocha-Buelvas, A. (2017). Pueblos indígenas y salud colectiva: hacia una ecología de saberes. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, (27), 1147-1161.
- Rodríguez Moreno, C. (2018). Apuntes para una crítica interseccional de las leyes y políticas públicas de reconocimiento de los derechos de la población LGBTI. En L. Núñez Rebolledo y L. Raphael de la Madrid (Coords.). *Buenas prácticas en el juzgar: el género y los derechos humanos* (pp. 251-26). UNAM.
- Shiva, V. y Mies, M. (2014). *Ecofeminismo. Teoría, crítica y perspectivas*. Econautas-Icaria.
- Tubino, F. (2018). La interculturalidad crítica latinoamericana como proyecto de justicia. *Fhi. Forum historiae iuris*, (27), 1-12.
- Villasana, P.; Moreno Leiva, G. y Mancinas-Chávez, R. (2020). Política pública intercultural de salud en Chile. Equidad desde la epidemiología crítica. *Revista Notas Históricas y Geográficas*, (25), 37-69.
- Villasana, P. Álvarez Zúñiga, M. Monteverde, A. (2021). Libertad, Derecho a la Diversidad y Crisis Civilizatoria. *Revista de Filosofía*, 38(99), 41 – 48.

De enfermo a paciente

Bruno Lutz

Introducción

Las palabras tienen su importancia. El significado de cada vocablo, ya sea por su etimología o por el contexto de su enunciación, remite a una representación compartida del mundo. El ámbito de la salud no está exento de este “juego del lenguaje” entre el decir y el comprender, como lo entendía Wittgenstein (2009, p. 171). A los tecnicismos propios de la ciencia de la salud se suman términos que tienen que ver con la dimensión administrativa y social del sector. Estos últimos remiten a la relación, mediatizada, o no, entre quienes proporcionan una atención a la salud y quienes la reciben.

Debido a la amplitud del tema, este ensayo se enfoca primeramente a reflexionar sobre el uso y significado, en el léxico de la salud, de los vocablos “enfermo” y “paciente”. Luego se examinará el condicionamiento del paciente mediante la institucionalización de su dependencia, señalando ahí la importancia de la espera. En un tercer apartado, se detallará la construcción de diferentes categorías de pacientes. Por último, las conclusiones partirán de retomar las principales aportaciones en torno a una profunda reflexión.

Las palabras “enfermo” y “paciente”

La Organización Mundial de la Salud define precisamente lo que es la salud y la enfermedad, mas no al sujeto de la enfermedad, es decir, al enfermo. Para la Real Academia de la Lengua Española, “enfermo” es, sencillamente, quien padece una enfermedad. En esta escueta definición hace eco la ausencia de dicho vocablo en el

“Glosario de términos aplicados a la seguridad del paciente” (SSA, 2016). Todo indica que el enfermo es el antónimo de una persona sana, de una persona que goza de buena salud. Se adivina intuitivamente que el enfermo es alguien que ha perdido el bienestar físico, mental o social. La etimología viene a precisar esa idea cuando se descubre que la palabra “enfermo” viene del latín *infirmus* que significa “el que no está firme”, y cuando alguien no está firme, cae y muere.

Investigadores de las Ciencias Sociales han reflexionado en torno al significado psicológico, antropológico y filosófico, tanto del enfermo (en tanto sujeto), como del “estar” enfermo. Laplantine, por ejemplo, en su obra clásica *Antropología de la enfermedad*, plantea al hombre enfermo como modelo relacional, ya que su sufrimiento funge como mediador entre su pasado (como sujeto sano) y su vida actual, entre él y los demás dentro de quienes se destaca la figura prominente del médico. Todavía, según ese autor, el enfermo es abordado por la ciencia médica a través de su enfermedad, desde el modelo etiológico o bien desde el modelo terapéutico. Al centrarse en la patología –como lo atestigua la parquedad de los tres organismos citados arriba–, ambos modelos excluyen al individuo de su propia enfermedad, lo desposeen de su vivencia cotidiana como enfermo. “Este proceso determina la conformación, por parte del sujeto sufriente, de una identidad particular atravesada por la enfermedad y sustentada por la extrañeza respecto del propio relato de su reciente ‘vida enferma’” (González Pérez, 2007, p. 137). De ahí la importancia de discernir entre quien se piensa enfermo y quien es calificado como tal. El primero interpreta libremente sus síntomas, reales o imaginarios, exactos o exagerados, para deducir que padece una enfermedad.¹ Puede sospechar que tiene determinada patología o estar convencido de que está enfermo; en todo caso, la representación

¹ Es de recordar la clásica obra de Moliere “El enfermo imaginario” que pone en escena la figura del hipocondriaco con su supuesta enfermedad, y con respecto a su entorno.

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

Se hace visible precisamente esta dimensión del tiempo en el término paciente. Conviene recordar que la paciencia es considerada una virtud desde tiempos remotos. En la Biblia, la paciencia es señalada como una capacidad relacionada con la fe, y más precisamente, como una prueba de fe. “Por tanto, hermanos, sean pacientes hasta la venida del Señor. Miren *cómo* el labrador espera el fruto precioso de la tierra, siendo paciente en ello hasta que recibe *la lluvia* temprana y *la tardía*” (Santiago 5:7). Pensadores cristianos, como Tertuliano, San Cipriano y San Agustín, glosaron sobre esta virtud que, según ellos, debe ser cultivada por los seguidores de Cristo (Sánchez Manzano, 1993). Particularmente interesante es la reflexión del predicador de Hipona, para quien la paciencia se convierte en una virtud humana cuando la causa que la genera es digna de ser alabada, como, por ejemplo, soportar con paciencia los males y rehusar la venganza. San Agustín se remite a la etimología del vocablo “paciente” que proviene del latín *patientia*, a *patiendo*, que significa “padecer”.² Cabe agregar que la palabra “paciente” también viene del latín *patiens* (sufriente, sufrido), la cual empezó a ser empleada en la literatura médica a partir del S. XV.

² <https://www.augustinus.it/spagnolo/pazienza/index2.htm>

Tres son los significados que podemos dar al vocablo “paciente”: 1) es alguien que sufre de una enfermedad. La Real Academia Española dice “persona que padece física y corporalmente y, especialmente, quien se halla bajo atención médica”; 2) es alguien que es o va a ser reconocido médicamente. Para la administración pública española es una “persona que requiere asistencia sanitaria y está sometida a cuidados profesionales para el mantenimiento o recuperación de su salud” (Ley 41/2002); mientras que en México la SSA (2015, p. 9) asigna al término “paciente” la categoría genérica de “persona que recibe atención a la salud”; y 3) es alguien que tiene paciencia, es decir, que tolera y aguanta calladamente. Ahora bien, las dos primeras definiciones remiten a un sujeto que padece una enfermedad, sin aportar precisiones sobre la naturaleza de la patología ni tampoco del sufrimiento que ocasiona. Debido a la evolución general de la comorbilidad de la población, y en particular la democratización de las enfermedades crónicas a raíz principalmente de malos hábitos de vida, es sugerente marcar esta diferencia al momento de hablar de los pacientes.

Se propone utilizar el término ‘paciente’ para los individuos con enfermedades agudas y transmisibles y el de ‘padeciente’ para quienes presentan enfermedades crónicas, con el fin de enfatizar esta condición particular en la que el enfermo sufre, experimenta, soporta, es decir, ‘padece’ la enfermedad con todas sus repercusiones físicas, psicológicas y sociales que se van presentando durante el curso de la misma (Cardoso Gómez et al., 2014, p. 41).

Desde esta perspectiva, los autores retoman la distinción que en el idioma inglés se hace entre *disease* (enfermedad) e *illness* (padecimiento). Anotan que referirse al padecimiento remite a la dimensión subjetiva de la carencia de salud. Asimismo, la distinción entre dos tipos de enfermos tratados por la biomedicina, distinción basada en el nivel de riesgo individual y colectivo,

permite a los creadores de la noción de “padeciente” promover la idea de una atención pluridisciplinaria basada en una comprensión empática del contexto socioeconómico del enfermo crónico, sus creencias y hábitos de vida. Sabiéndose enfermo crónico, el sujeto ha adoptado su padecimiento a su rutina para integrarlo a su forma de vida aceptando, hasta cierto punto, la pérdida de una parte de su autonomía. Al referirse a la importancia del ámbito cultural de cada padeciente Cardoso Gómez, et al. (2022) aseveran que se abre la posibilidad de una relación médico-enfermo que vaya más allá de una relación esporádica, vertical y autoritaria propia de la atención de enfermedades agudas. En este esquema, no se pide al enfermo ser paciente para con su tratamiento y con el médico que lo atiende, (con el fin de recuperarse después de 10-15 días de convalecencia), sino que se le acompaña en la larga duración de su enfermedad debido a que su patología implica una transformación de su manera de vivir, alimentarse y cuidarse. Así que, en el caso de los enfermos crónicos, se requiere de ellos una paciencia de largo alcance que termina con la remisión de su enfermedad. Se trata de una paciencia profunda equiparada a una resignación activa.

El paciente bajo tutela

La institución médica hospitalaria clasifica, controla y archiva. En las conclusiones de un estudio antropológico de una sala de hospital, la investigadora argentina Marta Crivos escribe:

Esta estructura vertical, al confluir en el paciente, supuesto beneficiario de la institución, produce un fenómeno que podríamos denominar 'inversión de la relación de servicio'. En un primer momento el hospital se postula al servicio del enfermo, en un segundo momento es el paciente quien se encuentra a disposición del hospital (1988, p. 136).

Este punto es de fundamental importancia, pues al ingresar al hospital, ya sea en Urgencias o en consulta externa, la persona enferma se ve relegada a la categoría de "paciente".

Los pacientes dejan de ser quienes eran antes de ser atendidos en unidades médicas. Convertirse en paciente es aceptar, incluso en contra de su voluntad, una despersonalización que lo despoja temporalmente de su identidad. Al recibir un tratamiento médico o quirúrgico no tienen otra opción que la de abandonar la imagen de sí que ocupaban cuando eran personas sanas. Para los administrativos, los pacientes son un número de expediente y, en el mejor de los casos, un apellido. Para el personal médico los pacientes se distinguen entre sí por su número de cuarto, número de cama, o bien, por su patología. El personal de enfermería y de trabajo social que está más en contacto con los pacientes llega incluso a designarlos coloquialmente por vocablos extraídos del léxico parental: "m'hija", "mami", "madre", "padre" (en su relato autobiográfico, el Dr Testa (1996) revela que, durante su hospitalización, la joven enfermera lo llamaba "bebe" y "muñeco"). Así, en el contexto de una relación entre los trabajadores del sector salud y los pacientes, el empleo de estos términos indica un supuesto nexo de parentesco o, por lo menos, una posición dentro de una familia. También marca simbólicamente una diferencia de estatus. Esta deshumanización, cuyas expresiones varían de un hospital al otro, de un servicio al otro, no deja de afectar la integridad psicológica del enfermo, quien suele buscar mecanismos ocultos para resistir a la negación institucional de su existencia y mantener una relación estrecha con sus familiares.

Cuando la institución médico-hospitalaria se refiere a la categoría genérica de "los pacientes", debe recordarse que esta está conformada por hombres y mujeres, salvo lugares donde se atiende exclusivamente a pacientes de un solo sexo, como las clínicas de la mujer, por ejemplo; la integración de sujetos de ambos sexos en la población de "los pacientes" no es una cosa anodina, sino que refiere implícitamente a dos grandes maneras de relacionarse con

el tiempo y la expresión del dolor. Como lo mencionan los investigadores Tagliacozzo y Mauksch (1982)

Así se supone que el hombre debe controlar más la conducta expresiva basada en quejas y gemidos, y se desaprueba menos a la mujer cuando explota el papel de enferma mediante una conducta pasiva y dependiente. Por lo común, toda la muestra estudiada concordó en que era más difícil para la mujer ser paciente (p. 321).

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

Ya Rossi muy atinadamente señala:

[...] alentar la adecuación de los pacientes y de los usuarios al proyecto biomédico contemporáneo induce a una

reformulación del estatus y del lugar del ser humano –mujeres y hombres– al encarar la salud y la enfermedad. En ese sentido, un sujeto racionalizado se vuelve normalizado: se somete a la optimización (2018, p. 23).

La "posesión" del paciente

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

El vínculo entre el personal del hospital y los familiares es una relación de poder mediatizada por la institución, en la cual cada parte desarrolla una serie de estrategias para reivindicar su rol respectivo y defender sus intereses. Enfermos y acompañantes tienen la expectativa de una atención rápida y eficiente, así como de recibir un buen trato por parte de los trabajadores del sector salud, mientras que estos últimos esperan de los usuarios docilidad, paciencia y disciplina. El paciente y sus familiares pueden quejarse e incluso demandar a una enfermera o un doctor por negligencia médica, pero, por su parte, los miembros de la institución tienen la posibilidad de emplear medidas de represalia hacia los quejosos e incluso negarles la atención médica. Lo que está en juego en esta relación de poder –que se verifica en la presencia (a la vez obligada, necesaria y voluntaria) de los familiares– es el control de la calidad en el servicio.

De esta manera, en lo que respecta al paciente hospitalizado, este no tiene otra opción que la de transferir su soberanía a médicos y enfermeras, quienes representan a la institución. Su debilidad física y la gravedad de sus malestares merman frecuentemente su voluntad para asumir el control soberano de su proceso de curación. El fenómeno de la desposesión de la identidad previa del internado en lugares de encierro, como lo estudió Goffman (2001), puede aplicarse al hospital.

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

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

expropia al enfermo de su enfermedad para convertirlo en un sujeto carente de potestad: el paciente.

La autonomía del enfermo en la vida cotidiana es, por ejemplo, la de los millones enfermos de diabetes que van a consulta externa de manera regular, toman sus medicamentos y se presentan para recibir sus dosis semanales de insulina, pero cuando surge una agravación de la enfermedad, las personas diabéticas deben de ser tratadas, cambian de categoría o, mejor dicho, pasan de la categoría de enfermos autónomos a enfermos dependientes. Primero son sus familiares respectivos –en general mujeres– quienes lo o la tratan como *su* paciente. Le dan los cuidados esenciales hasta llevarlo a un hospital para que lo atiendan en Urgencias. En virtud del amor que siente por él o por ella, así como de los nexos de parentesco con que están relacionados y de la cercanía emocional que sienten con el enfermo, se apropian de él. Esta transferencia a terceros de la responsabilidad de su vida lo convierte automáticamente en paciente, dado que es un sujeto pasivo que espera la remisión de sus males mediante la intervención de un cuerpo de profesionales; ha transferido, voluntariamente o no, la soberanía de su salud, deja que los medicamentos y las terapias tengan el efecto esperado sobre su organismo, por lo que se resigna a cumplir con lo que se le pide.

La estructura vertical de la organización del hospital confluye en el paciente. Este se halla sometido a las decisiones que emanan de todos los grupos del personal. Tanto para la administración del hospital como para el sector médico y para-médico, el paciente debe ser fundamentalmente pasivo para garantizar su adaptación a condiciones preestablecidas (...) Tanto la organización médico-docente de la cátedra como la estructura administrativa hospitalaria tienden a la instrumentación del paciente quien, en la práctica, ya no es el beneficiario de la institución sino el 'objeto' indispensable para la consecución de fines extra-asistenciales" (Crivos, 1988, pp. 134-137).

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

La espera es una de las maneras privilegiadas de experimentar el poder, así como el vínculo entre el tiempo y el poder, y habría que inventariar, analizar, todas las conductas asociadas al ejercicio de un poder sobre el tiempo de los demás, tanto por parte del poderoso (dejar para más tarde, dar largas, dilatar, entretener, aplazar, retrasar, llegar tarde; o, a la inversa, precipitar, sorprender) como del 'paciente', como suele decirse en el universo médico, uno de los paradigmas de la espera ansiosa e impotente. La espera implica sumisión: propósito interesado de algo particularmente deseado, que modifica de manera duradera, es decir, durante todo el tiempo que dura la expectativa, la conducta de quien, como suele decirse, está pendiente de la decisión esperada (1999, p. 302).

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

Tipología de pacientes

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

[...] ll) una relación médico-paciente asimétrica; m) relación de subordinación técnica y social del paciente, que puede llegar a la sumisión (institución psiquiátrica); n) concepción del paciente como ignorante, como portador de un saber equivocado; ñ) el paciente como responsable de su enfermedad; o) inducción a la participación subordinada y pasiva del paciente como "consumidor de acciones de salud [...] (Menéndez, 1998, p. 18)

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

Generalmente, el paciente adapta su conducta para adecuarla a lo que el médico y las enfermeras esperan de él, siendo estas expectativas rara vez expresadas verbalmente. El ser un "buen paciente" se resume frecuentemente a hacer una muestra de

cooperación, paciencia y resignación. En condiciones normales, es decir, al margen de una situación de conflicto entre el enfermo y el personal, estas expectativas se basan en la posición del paciente en la institución proveedora de atención a la salud. En efecto, no tiene las mismas incidencias ser cliente de un hospital privado que ser derechohabiente de un hospital público, siendo legitimado en el primer caso para exigir una calidad de atención a la altura de lo que paga, mientras que en el segundo la modesta cotización del trabajador limita anticipadamente sus expectativas. A esta relación económica con la institución de salud, como factor determinante de las expectativas del paciente, debe sumarse la eficacia diferenciada de cada unidad de salud.

Si el personal es insuficiente y los enfermos son en número excesivo, es más probable que el paciente muestre una mayor tolerancia en cuanto a un tiempo de espera más largo y a una corta duración de la consulta. “Uno de los factores en que se basan los escrúpulos del paciente para no imponer demandas al personal hospitalario es su conciencia de la presencia de otros, con frecuencia más enfermos que él...” (Tagliacozzo, Mauksch, 1982, p. 315). Motivado por la empatía y el deseo de pasar desapercibido, el paciente suele contener su voluntad de saber y ser atendido. La mirada de los demás y la mirada sobre los demás refuerza el proceso de imitación en el paciente, de tal manera que tiende a buscar actuar de la misma forma que sus correligionarios con tal de ser visto como “buen paciente”.

Estudios como el de Lorber (1982), y la narración de un médico argentino hospitalizado en cardiología (Testa, 1993), demuestran cuáles son las expectativas mutuas del personal médico de un hospital por un lado y de los pacientes por el otro. Se confirmó que existe el estereotipo del “buen paciente” y del “paciente difícil”. El primero es un paciente amable, dócil, que coopera con el médico y las enfermeras, puede experimentar dolor y necesitar una medicación diferente, pero no se queja de la atención recibida; el “buen paciente” es el paciente que no quita al personal un tiempo indebido debido a sus preguntas, quejas y solicitudes de atención; en

cambio, el “paciente difícil” es alguien que pide explicaciones de tal forma que su cooperación depende de las respuestas que recibe, condiciona la aceptación de su rol de paciente, pide más atención que los demás pacientes y distrae al personal al grado de provocar molestia; la manera ruda y hasta despótica en cómo reclama a médicos y enfermeras lo ubica en la categoría de “paciente difícil”. La investigadora Lorber precisa que encontró, en el discurso del personal, dos tipos de “pacientes difíciles”: quienes debido al dolor que padecen exigen una atención constante, pero al final son agradecidos, y quienes, debido a su carácter y tendencia hipocondriaca, exigen indebidamente una atención adicional. Los primeros son, hasta cierto punto, disculpados, mientras los segundos son precozmente dados de alta (Lorber, 1982, pp. 355-356).

Ahora bien, la calificación del paciente por el personal médico puede referirse también a su capacidad de comprensión, y por ende de cooperación. Al respecto, Menéndez (1998, p. 21), siguiendo a Donovan y Blake, acepta que se ha desarrollado el tipo ideal de paciente que es el “paciente bien informado”, es decir, un sujeto enfermo que posee un saber técnico, que lo traslada a su propia experiencia de enfermedad. El poder referir, por parte del paciente, un padecimiento con una rápida asimilación de los términos técnicos, de los tipos de exámenes y los procedimientos quirúrgicos que corresponden, permite a los doctores ahorrar tiempo en darle explicaciones.

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

Aunado a lo anteriormente señalado, puede aseverarse que un paciente informado es un paciente que se comporta como alguien

interesado por la medicina, alguien que es capaz de informarse por sí solo y, eventualmente, por medio de profesionistas experimentados. Enfermeras y médicos valoran en sobremanera el hecho de que un paciente sea comprensivo, sepa esperar de forma abnegada y no les quite su tiempo. El personal médico es quien posee la hegemonía del control de los tiempos.

El hacer esperar puede resultar ser una estrategia del médico para controlar el tiempo de quienes vienen a consultarlo, aunque represente para el galeno una mayor carga de trabajo. De forma muy atinada, Pritchard anota:

La paradoja central es que los médicos, que se convencen de que son personas ocupadas sin tiempo suficiente, automáticamente pierden su autonomía de tiempo y la libertad que la acompaña. Al aceptar el poder de controlar el tiempo de las personas, pueden perder el control de su propio tiempo, siendo éste una fuente de poder (1992, p. 88).

Tener una agenda saturada es visto como una marca de prestigio. El tiempo promedio de espera para sacar una cita y para permanecer en la sala del consultorio antes de ser atendido, da a los enfermos una indicación de la fama del galeno.

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

Otro aspecto de esta relación desigual es la de contar con pacientes cautivos. Tener una clientela, es decir una lista de

personas que han acudido una o varias veces para ser atendidas por un problema de salud, es una información valiosa, un bien simbólico que posee un valor fiduciario. Al momento de abrir un nuevo gabinete médico, traspasarlo o venderlo, la clientela puede formar parte o no de la transacción, según el tipo de acuerdo. Un médico que se muda lejos o se jubila puede “ceder” sus pacientes a su sucesor.

En el caso de un servicio de Urgencias, el personal médico se ve obligado a priorizar la atención de los pacientes que se presentan en función de la gravedad de su estado. Esta valoración médica sucinta sobre la base de algunos criterios básicos, conocida como *Triage* (Illescas, 2006), responde a la imposibilidad de atender a todos los pacientes en cuanto lleguen, debido a su número excesivo, el número reducido de médicos o por los espacios limitados en la sala de espera. Asimismo, los enfermos son divididos en categorías (generalmente asociadas a un color) y quienes cuyo estado de salud no es juzgado grave; entonces son relegados a la categoría de los que van a esperar más, o bien, se les puede negar la atención médica y mandar a consulta externa. En otras palabras, los pacientes cuya enfermedad o traumatismo no es juzgado prioritario en la evaluación del *Triage*, son conminados a ser los más pacientes. Si bien este sistema permite una gestión racional de los recursos médicos disponibles, por otro lado, legaliza la espera de los pacientes. Asimismo, es posible afirmar que el *Triage* –incluso con diferentes intervalos de tiempo de espera según las categorías de enfermos– “fabrica” pacientes porque deben esperar recibir una atención médica durante el tiempo que corresponde a su estado de salud (Lutz, 2022, pp. 75-81).

Cabe agregar que esta voluntad de intervenir en el destino de los cuerpos puede llegar a expresarse como una forma de violencia ejercida sobre los enfermos al amparo del status de la profesión de médico (Castro, 2014). Cuando existe, la violencia verbal se suele manifestar mediante el uso intencional de términos técnicos desconocidos por las personas ajenas al campo médico, una comunicación en forma de encuesta dominada por la desconfianza

del médico. En estos casos, el paciente se convierte en el chivo expiatorio de los disfuncionamientos organizaciones y de las frustraciones del personal médico.

Conclusiones

Designado a un enfermo atendido por un médico, el término “paciente” posee, en su mismo sentido etimológico, el doble sentido de alguien que sabe esperar y, adicionalmente, alguien resignado, abnegado y dócil. Siendo su origen una virtud religiosa, la paciencia, una vez secularizada por las instituciones médicas y hospitalarias, se constituye como la principal actitud que debe de tener el enfermo cuando recibe un tratamiento. Se le pide paciencia para poder ver los resultados de su tratamiento, al mismo tiempo que se le exige una total confianza y cooperación para con los médicos.

El paciente es una invención de la medicina occidental cuando luchaba por la hegemonía de la atención a la salud en contra de los curanderos. El enfermo se ha convertido progresivamente en paciente al ser atendido por médicos acreditados e instituciones hospitalarias. Desde el siglo XVI, el paciente se ha constituido en objeto de una atención continuada con un expediente a su nombre que recoge su historial médico. Así, se sella una relación contractual entre quien demanda una atención a la salud y quienes la proporcionan. Visionario, Ivan Illich escribió hace medio siglo: “La nueva política médica tiene como principal propósito la programación del sistema industrial en vista de reducir los riesgos de caída; transforma el mundo en hospital para pacientes vitalicios” (1975, p. 101). Así que el paciente posee esa característica de ser dependiente, de formar parte de un sistema, característica que lo diferencia del enfermo que padece de un disfuncionamiento fisiológico, biológico o corporal, pero que aún no es cliente de ningún profesional de la salud. En ese sentido, el paciente es considerado como alguien que está en proceso de recuperación, mientras el enfermo es visto como un sujeto apático o ignorante que desatiende los síntomas de su patología. La automedicación, o el

recurso a especialistas no reconocidos por las instituciones de salud, lo mantiene en la categoría de enfermo. La virtud del primero se verifica en la transferencia voluntaria de una parte de su soberanía, mientras que la falla del segundo se traduce en la agravación de su enfermedad conforme no es tratada.

Un elemento más que se mostró en el presente ensayo es la construcción, por parte del personal médico de, por lo menos, dos tipos de paciente. Se trata de la elaboración empírica de estereotipos basados en la experiencia y en las expectativas del personal de salud en su interacción con los enfermos. El “buen paciente” es un enfermo que se comporta tal como se espera, es decir, alguien que tiene plena confianza en el médico y en las enfermeras, que reduce sus solicitudes de atención a lo elemental, que no exige ni se queja. En cambio, el “paciente difícil” es alguien que pide al personal un tiempo que no pueden ni están dispuestos a consagrar a una sola persona, es un ente inconforme que negocia su cooperación. Cabe señalar que las condiciones organizacionales de atención a la salud, en particular las condiciones laborales, el tipo de servicio médico que se brinda y la afluencia de los enfermos tienden a moldear el contorno de las categorías del “buen paciente” y del “paciente difícil”.

En todo caso, la relación médico-paciente suele ser una relación vertical basada en la transmisión condicionada de una información: el diagnóstico y de su correlato, el tratamiento. No obstante, la experiencia de profesionistas de la salud hospitalizados ha permitido a una parte de ellos comprender mejor el rol del enfermo y desarrollar posteriormente una mayor empatía con sus pacientes (Testa, 1993). La humanización de la relación entre proveedores de servicio de salud y beneficiarios es posible siempre y cuando se cultive una confianza mutua sin priorizar consideraciones de tiempo, como Balzac nos lo ha maravillosamente contado en su novela *El medico rural*.

Bibliografía

- Álvarez, R. (2014), Paciente y padeciente. *Revista de la Facultad de Medicina*, 57(5), 1-2.
- Auyero, J. (2013), *Los pacientes del Estado*. Eudeba.
- Balzac, H. (2005), *El médico rural*. Tres Cantos.
- Bourdieu, P. (1999), *Meditaciones pascalianas*. Anagrama.
- Cardoso, M., Zarco, A., Aburto, I. & Rodríguez, M. (2014), Padeciente: un aporte conceptual para la conformación de un modelo de atención a las enfermedades crónicas. *Revista de la Facultad de Medicina*, 57(5), 32-42.
- Cardoso, M., Zarco A., Ponce, M. Robles, B. & Aburto, I. (2022), La cultura del padeciente en el descontrol de la enfermedad crónica no transmisible. *Revista de la Facultad de Medicina*, 65(3), 40-57.
- Casas, D., Rodríguez, A. & Casas, I. (2015), Medicina basada en existencias: la espera del paciente en un acto médico agotado. *Medware*, 15(2), 1-8.
- Castro, R. (2014). Génesis y práctica del habitus médico autoritario. *Revista mexicana de sociología*, 76(2), 167-197.
- Crivos, M. (1988). Estudio antropológico de una sala de hospital. *Medicina y Sociedad*, 11(5-6), 127-137.
- Ferrero, L. (2003). Tiempo y ritual en la organización del cuidado médico. *Cuadernos de Antropología Social*, (18), 165-183.
- Foucault, M. (2001). *Defender la sociedad. Cursos en el Collège de France (1975-1976)*. FCE.
- Goffman, E. (2001). *Internados: ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*. Amorrortu.
- Illescas, G. (2006). Triaje: atención y selección de los pacientes. *Trauma*, 9(2), 48-56.
- Illich, I. (1975). *Némesis médica. L'expropriation de la santé*. Akklesia.
- Langdon, E. & Braune, F. (2010). Antropología, salud y enfermedad: una introducción al concepto de cultura aplicado a las ciencias de la salud. *Revista Latino-Americana Enfermagem*, 18(3), 177-185.
- Laplantine, F. (1999). *La antropología de la enfermedad*. Eds. del Sol.

- Lorber, J. (1982). Pacientes fáciles y difíciles: concordancia y divergencia en un hospital general, en E. Gartly Jaco (Comp.), *Pacientes, médicos y enfermedades*. IMSS, pp. 335-359.
- Lutz, B. (2022). *Esperar en Urgencias en hospitales públicos de México*. Amazon.
- Menéndez, E. (1998). Modelo médico hegemónico: reproducción técnica y cultural. *Natura Medicatrix*, (51), 17-22.
- Pérez, G. (2007). Filosofía de la enfermedad: vulnerabilidad del sujeto enfermo. *Archivos Argentina Pediatría*, 2(105), 134-142.
- Pritchard, P. (1992) Doctors, patients and time, en Frankenberg, R. *Time, Health and Medicine*. Sage Publications, pp.75-93.
- Rossi, I. (2018). Implicaciones culturales y sociales de la medicina. *Revista de Conamed*, 23(supl. 1), 19-23.
- Sánchez, M. (1993). La exhortación a la paciencia. Tertuliano, San Cipriano y San Agustín y la evolución de la prosa. *Epos Revista de filología*, (9), 51-65.
- Tagliacozzo, D., Hans O. & Mauksch. (1982), La opinión del paciente sobre el papel del paciente, en Gartly, E. (Comp.), *Pacientes, médicos y enfermedades*. IMSS, pp.309-334.
- Tejerizo, L. (2011). El enfermo como concepto. *Anales de la Real Academia Nacional de Medicina*, Tomo CXXVIII, Cuaderno Cuarto, Madrid, pp.723-734.
- Testa, M. (1993). El Hospital visto desde la cama del paciente. *Salud, problema y debate*, (9), 1-24.
- Wittgenstein, L. (2009), *Tractatus logico-philosophicus*. Gredos.
- Zola, I. (1967), Pathways to the doctor - from person to patient. *Social Science & Medecine*, 7(9), 677-689.

Cambio climático y salud mundial. El caso de Italia y la República de San Marino

Manuela Garau
Alejandra Rodríguez Torres
Donovan Casas Patiño

Introducción

La Salud Colectiva, que tanto éxito ha tenido en América Latina, tiene sus orígenes en la medicina preventiva y en la medicina social, y se estructura como corriente de pensamiento, práctica teórica y movimiento social. Además, es interdisciplinaria, lo que permite la construcción de un conocimiento ampliado de la salud (Duarte Nunes, 1994, pp. 5-21). Sin embargo, el debate sobre la salud colectiva, antes de la epidemia del Covid-19, permanecía al margen del debate mundial, relegado a un tema de nicho, incapaz de sacudir las leyes de la economía y de la globalización. Hasta el trágico acontecimiento pandémico, las leyes de la economía se habían apoderado de todo, incluida la salud; de hecho, la globalización ha producido una salud desigual, como afirma el título del libro de Michael Marmot (2016).

"Hoy más que nunca", afirma Walter Ricciardi, "debemos preocuparnos por factores relacionados con la creciente movilidad humana, la capacidad de adaptación de virus y bacterias, el impacto de los conflictos y las crecientes desigualdades en el acceso a la salud que aumentan la vulnerabilidad de las personas" (Ricciardi, 2021, p. VI). El Covid-19 dejó claro a todos que "la salud global es lo que estamos viviendo en nuestra piel: la fuerte interdependencia de la salud humana con los factores medioambientales, sociales y culturales" (Ibid., p. VII). En referencia específica al cambio climático, no podemos olvidar

entonces, como escribió Andy Haines, que "el panorama actual es dramático" (Haines, 2021, p. 33).

En este marco, Italia y San Marino poseen extraordinarios ejemplos de salud global, es decir, sistemas sanitarios universalistas basados en la equidad y en los que la salud es un derecho. Sin embargo, ante la magnitud de la emergencia del Covid-19, los dos sistemas sanitarios no pudieron resistir la oleada del virus. No bastaba con tener grandes sistemas sanitarios. Por eso, tras los dos años de pandemia, estos dos países firmaron varios acuerdos, a nivel estatal y local, para mitigar los futuros riesgos y vulnerabilidades que plantean las pandemias y el cambio climático, comprometiéndose a promover la colaboración para reforzar sus sistemas sanitarios, aprovechar al máximo los recursos humanos y financieros, desarrollar la investigación de nuevos fármacos y vacunas, formar al personal médico y de enfermería, luchar contra las desigualdades y combatir el cambio climático. En otras palabras, trabajar juntos y globalmente, con conciencia y civismo.

Cambio climático y salud pública en Italia después de Covid-19

En Italia, ya a finales de la década de 1970, la cuestión de la protección de la salud pública empezó a asociarse con la defensa de la salud medioambiental. En otras palabras, como afirma Giorgio Cosmacini, "la salud también es ecología" (Cosmacini, 2005: 486). Giovanni Berlinguer, en su Introducción al libro *Medicina y sociedad*, escribe que "la medicina puede, con las curas y aún más con la prevención, contrarrestar los males del atraso y las distorsiones del progreso" (Berlinguer, 1977, p. 8). En las décadas siguientes, no sólo los iniciados, sino también la opinión pública italiana empezó a tomar conciencia de las emergencias medioambientales en nuestro país: el agujero de ozono, el efecto invernadero, las inundaciones, las sequías y otras anomalías climáticas. Y luego están la contaminación, los residuos que hay que eliminar, el aumento del consumo de energía procedente de fuentes muy contaminantes como el carbón y el gas, la deforestación, el deslizamiento de tierras, el deshielo de los

glaciares de los Alpes y los Apeninos. Todas ellas son emergencias ambientales que denotan cómo el hombre ha consumido y sigue consumiendo naturaleza desde hace décadas; emergencias que se agravan aún más por los efectos de la globalización "que relanza el hiperconsumo y propaga el llamado consumo irreversible" (Cosmacini, 2005, p. 569), lo que Giovanni Sartori definió en uno de sus artículos como "desarrollismo ciego" (Sartori, 2005, p. 1)¹. Contra estos efectos nefastos para el medio ambiente, el compromiso ético-político de los gobiernos de muchos países, entre ellos Italia, llevó a la firma del Protocolo de Kioto en 1997 (Ministero delle Infrastrutture e dei Trasporti, Ente Nazionale per l'Aviazione Civile, s.d.)² en un intento de reaccionar ante la crisis medioambiental, pero también desencadenó la reacción, a veces violenta, de movimientos ecologistas, como el movimiento no-global que en 2002 se manifestó en Génova contra la cumbre de los ocho países más industrializados del mundo, provocando disturbios y enfrentamientos con la policía (Andretta et al., 2002). Hoy en día, cada vez es más urgente defender el *hábitat* en el que vivimos para preservarlo de la contaminación y la alteración hidrogeológica (MerCALLI, 2018; Ercolini, 2014; Corona & Realfonzo, 2017; Leone, 2011; Varani & Primi, 2012; Forlani, 2005). El *desarrollismo ciego*, es decir, el hiperconsumo global que propaga y genera un consumo irreversible, con la explotación sin límites de los escasos recursos del planeta en nombre del dios dinero, ha roto los

¹ Giovanni Sartori es también autor del volumen *La terra scoppia. Sovrappopolazione e sviluppo*, 2003.

² Es un acuerdo internacional para combatir el calentamiento global y fija objetivos precisos para reducir las emisiones de gases responsables del efecto invernadero y el calentamiento global. Firmado el 11 de diciembre de 1997, entró en vigor el 16 de febrero de 2005 tras la ratificación de Rusia, ya que el tratado estipulaba que debía ser ratificado por al menos 55 países para entrar en vigor y que estos países representaran no menos del 55% de las emisiones mundiales de gases de efecto invernadero. Aunque Estados Unidos formó parte del acuerdo, no lo ha ratificado. Estados Unidos es responsable del 36,8% de las emisiones totales de gases de efecto invernadero. El último país en ratificar el Protocolo de Kioto fue Australia, el 2 de diciembre de 2007. (Cf. Ministero delle Infrastrutture e dei Trasporti, Ente Nazionale per l'Aviazione Civile, s.f.).

equilibrios milenarios de la naturaleza. La ruptura de estos equilibrios ha provocado una serie de emergencias medioambientales, pero también sanitarias, como emergió clara y dramáticamente con la epidemia de Coronavirus-19 en los años 2020-2021 que puso de rodillas al sistema sanitario italiano (Iacona, 2020; Vicarelli, Giarelli, 2022; Foglietta, 2020; Ricciardi, 2021, 2023; Geddes da Filicaia, 2020)³, considerado uno de los mejores del mundo⁴, destacando sus debilidades y criticidades. Una emergencia sanitaria mundial que en Italia también ha producido una crisis económica a gran escala (Sa Riva et al., 2022; Bellettini & Goldstein, 2020), contribuyendo a poner de manifiesto todos los límites de la globalización, el consumo irreversible y la falta de respeto por el medio ambiente. Paradójicamente, Covid-19, al poner en crisis la economía mundial, ha contribuido a reducir las emisiones de CO₂ en todo el mundo. En China, sólo en enero y febrero de 2020, las emisiones de CO₂ descendieron un 25% en comparación con el mismo periodo de 2019 (Tartaglia, 2020, p. 79). "A medida que el tsunami vírico se desplaza a otros países y, en particular, a Europa, empezando por Italia, y a Estados Unidos, esta contracción de las emisiones se amplía y generaliza" (Ibid., p. 79).

Aparte del clima, también hay problemas de contaminación con los que tiene que lidiar el virus. El Valle del Po, debido a su conformación, es una especie de cuenco en el que los niveles de polvo y contaminantes son mucho más elevados que en otras partes de Italia o incluso de Europa:

³ En los últimos años se han publicado varios estudios sobre Covid-19 y la crisis del sistema nacional de salud italiano, entre ellos los siguientes: Iacona, 2020; Vicarelli, Giarelli (a cura di), 2022; Foglietta (a cura di), 2020; Ricciardi, 2021, 2023; Geddes da Filicaia, 2020.

⁴ En 2022, el sistema nacional de salud italiano ocupaba el noveno lugar en términos de calidad, después de Europa del Norte (Islandia, Noruega, Países Bajos, Luxemburgo, Finlandia, Suiza y Suecia) y Australia. Cf. Redazione Ansa, 2022. Según una investigación de Bloomerg, la sanidad italiana ocupó el cuarto lugar en 2018, el segundo en Europa después de España. (Cf. Bloomerg, 2023).

[...]. Pues bien, en las dos primeras semanas de marzo, el aire de Turín nunca había sido tan sano; ¿será porque ha disminuido el volumen de tráfico? También aquí el virus fue rápido y eficaz. [...]. Se diría que el planeta decidió tomar un poco de antibiótico para controlar una plaga especialmente molesta (Ibid., pp. 80-82).

Angelo Tartaglia, en su “Carta de un físico a la política”, sostiene que, en un mundo globalizado, los virus se mueven más rápido de lo que se tarda en producir una vacuna y, en esas condiciones, aumentarán los riesgos de nuevas pandemias (Ibid., p. 85).

La desconfianza y el egoísmo, que caracterizan toda la historia de la humanidad, han experimentado en los últimos dos siglos y medio, paralelamente a un grandioso desarrollo tecnológico, una sistematización en un marco a su manera coherente y que corresponde a una ideología específica:

[...]. El marco, más que una ideología, ha adquirido las connotaciones de una religión dogmática e idolátrica. [...]. Esta 'religión' tiene sus teólogos y predicadores, capaces de identificar y denunciar con prontitud cualquier herejía que ponga en duda la divinidad. [...]. Las verdaderas leyes universales son las de la economía; las de la naturaleza son secundarias y maleables. [...]. Ahora resulta, sin embargo, que las leyes de la física y de la termodinámica son mucho más sólidas que las del mercado, y que los gráficos de los gases de efecto invernadero, las temperaturas, el nivel del mar, etc., son mucho más relevantes y perentorios que los resultados del Dow Jones o del Nasdaq (Ibid., pp. 89-91).

Frente a la crisis económica producida por el Covid-19, la Unión Europea intervino asigando, en el marco de la UE de

Nueva Generación (NGEU)⁵, el Plan de Recuperación, o Plan Nacional de Recuperación y Resiliencia (PNRR), elaborado por el Consejo de Ministros de Mario Draghi y aprobado por el Parlamento italiano, el cual prevé para Italia una financiación de 191.500 millones de euros en inversiones a través del "Mecanismo de Recuperación y Resiliencia", más otros 30.600 millones de euros, que forman parte de un fondo complementario, por un total de 222.100 millones de euros. Este plan se divide en seis puntos: 1) Digitalización, innovación, competitividad, cultura, con 49.200 millones de euros; 2) Revolución verde y transición ecológica, con 68.600 millones de euros; 3) Infraestructuras para la movilidad sostenible, con 31.400 millones de euros; 4) Educación e investigación, con 31.900 millones de euros; 5) Inclusión y cohesión, con 22.400 millones de euros; 6) Salud, con 18.500 millones de euros⁶. De estos 222.100 millones de euros, 118.500 millones, es decir, el 53,3% del total, se destinan a la transición ecológica y la revolución verde, la movilidad sostenible y la salud, sin olvidar que también están previstas inversiones para el sistema nacional de salud y la investigación médica en los ámbitos de la digitalización, la innovación y la educación e investigación. En referencia al sexto punto, se prevén fondos para reforzar la prevención y los servicios sanitarios sobre el terreno con la modernización y digitalización del sistema sanitario y un acceso de calidad a la asistencia. El Plan también, invierte en asistencia de proximidad repartida por todo el territorio y activa 1,288 Hogares Comunitarios y 381 Hospitales Comunitarios. Se refuerza la atención domiciliaria para llegar al 10% de la población mayor de 65 años, la telemedicina y la teleasistencia, con la activación de 602 Centros Operativos Territoriales. El Gobierno invierte en la modernización del parque tecnológico y el equipamiento para el diagnóstico y el tratamiento,

⁵ Para más información, cf. <https://next-generation-eu.europa.eu/index_en> (9 de julio de 2023).

⁶ Cf. *Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza*, <<https://st3.idealista.it/news/archivio/2021-04/pnrr.pdf>> (9 de julio de 2023).

con la compra de 3,133 nuevos equipos de gran tamaño, y en infraestructuras hospitalarias, como las adecuaciones antisísmicas.

El Plan refuerza la infraestructura tecnológica para la recogida, procesamiento y análisis de datos, incluyendo el despliegue de la Historia Clínica Electrónica (Asociación Nacional de Jóvenes Innovadores, 2021).

El Plan de Recuperación puede considerarse un "Plan Marshall" que también pretende reducir el CO2 a largo plazo; un plan que va en la dirección propuesta en 2020 por Angelo Tartaglia en su ya mencionada *Carta de un físico a la política*:

[...] será necesario un esfuerzo inversor sin precedentes para equipar al país ante posibles nuevas crisis futuras, por ejemplo, reforzando los servicios sanitarios que antes se reducían por "improductivos"; para aumentar la resiliencia de los territorios que se han vuelto extremadamente frágiles debido a una proliferación desmesurada de zonas edificadas y de instalaciones a su servicio; para recuperar zonas comprometidas por políticas medioambientales inexistentes, etcétera. Entre otras cosas, un plan extraordinario de inversiones de este tipo también ofrecería importantes oportunidades para impulsar el empleo y redistribuir la renta global (Tartaglia, 2020, pp. 83-84).

En la reunión de ministros de Sanidad del G7, celebrada en Nagasaki los días 13 y 14 de mayo de 2023, el ministro italiano Orazio Schillaci declaró: "Hemos compartido un documento⁷ que sienta las bases de una acción eficaz para reforzar la salud mundial y la universalidad de la cobertura sanitaria. La prevención, la innovación, la equidad y la inversión en mano de obra son algunos

⁷ Para una visión más completa del contenido del documento final aprobado en la reunión de Ministros de Sanidad del G7 en Nagasaki, cf. G7 Nagasaki Health Ministers' Communiqué, Nagasaki (Japan), on 13 and on 14 May 2023, <<https://www.quotidianosanita.it/allegati/allegato1684147142.pdf>> (9 de julio de 2023).

de los puntos sobre los que hemos expresado la posición de Italia con vistas a un enfoque colaborativo"⁸. Otro punto se refería a la innovación sanitaria como herramienta para reforzar la arquitectura sanitaria mundial, tal y como prevé el Plan de Recuperación. Además, el ministro añadió: "las contramedidas médicas son un elemento esencial de la preparación y la respuesta ante cualquier amenaza epidémica o pandémica". A nivel mundial, no podemos dejar pasar la oportunidad de redefinir las herramientas para desarrollar una estrategia global sobre contramedidas médicas con una clara identificación de la gobernanza, las responsabilidades y los recursos disponibles, en una perspectiva de mayor equidad, con especial atención a los países de ingresos medios y bajos⁹.

Tras la epidemia de Covid-19, Italia adoptó inmediatamente medidas en todas las instancias institucionales nacionales, europeas y mundiales para reforzar la salud global y la universalidad del sistema sanitario en el marco del desarrollo sostenible, como se desprende de los objetivos que el país se fijó al aplicar el Plan de Recuperación. En esta situación, es prioritaria la coordinación con los 27 estados que componen la Unión Europea, cada uno de los cuales ha recibido o está recibiendo los recursos financieros de su propio Plan de Recuperación dentro del PNR, cuyas cifras, expresadas en euros, son inferiores a las establecidas por la Comisión Europea para los demás estados miembros, siendo Italia el mayor beneficiario, seguido de España, Francia, Polonia, Grecia y, después, los demás países de la UE (El PNR italiano y la comparación con los demás países europeos, 2021)¹⁰. Los recursos asignados en el marco del NGEU ascienden a un total de 723.800 millones de euros. De estos recursos, casi un tercio, es decir, el 30,7%, se asignó a Italia, mientras

⁸ G7 Ministri Salute, Schillaci: forte condivisione su azioni per rafforzare la salute globale e universalità, (2023).

⁹ *Ibidem*. Cf. también, G7 Ministri Salute, Schillaci: forte condivisione su azioni per rafforzare la salute globale e universalità, 2023; y C.F., 2023.

¹⁰ Il Pnrr italiano e il confronto con gli altri paesi europei, 2021.

que los recursos restantes, equivalentes al 69,3% del total, se asignaron a los demás países de la UE.

También hay que señalar que Italia, aunque mantiene una relación privilegiada con los países de la UE, mantiene relaciones internacionales y de buena vecindad con dos microestados que están rodeados por territorio italiano. Se trata del Estado de la Ciudad del Vaticano, el país más pequeño del mundo, cuyas relaciones se rigen por los Pactos de Letrán (Jemolo, 1963, pp. 431-506; Maresca, 2020), firmados en 1929, y que contienen un tratado, una convención y un concordato, este último revisado en 1984, y que aún hoy regulan las relaciones entre ambos Estados (Cardia, 1980; Leonzio, 1984); y la República de San Marino¹¹, considerada la república más antigua del mundo, enclavada entre Emilia Romagna y Las Marcas, que mantiene relaciones bilaterales con 154 Estados, 153 de ellas a nivel diplomático¹², que utiliza el euro como moneda a partir de 2021 en virtud de un acuerdo firmado con la Unión Europea en 2020, y que puede presumir de una relación privilegiada con Italia (Cámara de Diputados - XVI Legislatura - Dossier de Documentación, Servizio Studi - Departamento de Asuntos Exteriores, 2009; Vedovato, 1959, pp. 501-538; Botteghi, 2018-2019), tal como demuestran los acuerdos bilaterales en diversos sectores, incluidos los del ámbito sanitario, en particular los celebrados después de Covid-19, que analizaremos a continuación.

¹¹ La República de San Marino es el tercer Estado más pequeño de Europa, con 61.196 km² y algo menos de 34.000 habitantes.

¹² Cfr. Repubblica di San Marino, Segreteria di Stato per gli Affari Esteri, per la Cooperazione Economica Internazionale e per le Comunicazioni, s.d. A este respecto, cabe señalar que las relaciones consulares entre San Marino y algunos países latinoamericanos, especialmente Argentina y Uruguay, se remontan a la segunda mitad del siglo XIX, favorecidas también y especialmente por el fenómeno migratorio sanmarinense dirigido a estos dos Estados. Con especial referencia a las relaciones consulares entre San Marino y Uruguay, véase Martino Contu, 2013: 206-220.

El sistema sanitario de San Marino antes y después de Covid-19

El sistema sanitario público de la República de San Marino, creado en torno a los años 50, es gratuito, de alto nivel y está considerado uno de los mejores del mundo (Carli, 2021). En los países pequeños se dan las condiciones para construir sistemas sanitarios resistentes y sostenibles (Azzopardi-Muscat, s.f.). Los microestados podrían convertirse en prototipos del nuevo modelo sanitario. Las políticas relacionadas con la salud suelen ser más factibles.

"La cohesión social, a menudo una característica de los Estados pequeños, puede permitir una vigilancia sanitaria más exhaustiva de la población. El menor tamaño de la población facilita la creación y el mantenimiento de registros nacionales. La "distancia más corta" entre la investigación, la política y la práctica permite una asimilación más rápida de la intervención política" (Ibid, p. 22).

Mientras que el sistema político es capaz de actuar más rápidamente en un área pequeña con una población numéricamente limitada (Ibid., p. 22). Un estudio de 2016 sobre la evaluación del rendimiento de los servicios sociosanitarios en las Marcas, una región italiana, y la República de San Marino, mostró que este último territorio es el "mejor dotado de recursos, con una tasa de equilibrio del 74,4%, mientras que el Área Vasta de la Región de las Marcas exhibe un nivel decididamente inferior, del 49,3%" (Renzi & Franci, 2016, p. 16).

Sin embargo, durante el bienio Covid-19 surgieron las críticas al sistema sanitario de San Marino, como también ocurrió en Italia.

Los dos últimos años de la emergencia Covid han sacado completamente a la luz las zonas grises y han hecho estallar las numerosas criticidades y cronicidades. Hoy urge reflexionar sobre qué tipo de sistema sanitario queremos.

La situación actual de la sanidad en San Marino se caracteriza por la supresión de ciertos servicios, la inexistencia de una medicina territorial sustituida por un centro de llamadas, tiempos de espera extremadamente largos (tanto que se prefiere la sanidad privada), el cierre o la reducción intermitente de ciertos departamentos y ambulatorios como pediatría, cardiología, etc.; centros de salud que no siempre son capaces de responder a las necesidades de los usuarios, una sala de urgencias que también se utiliza para visitas y controles que son responsabilidad de los médicos de cabecera y donde uno se ve obligado a contar sus problemas de salud en voz alta por el interfono, en una sala de espera, ¡en medio de otras personas desafiando a la intimidad! O peor aún, servicios que no se han adaptado al aumento significativo y preocupante de ciertos trastornos o patologías, sobre todo en los niños. [...]. El gasto total en sanidad en San Marino ha pasado de 83 millones de euros en 2010 a 107 millones de euros en 2020, un aumento de 24 millones de euros, es decir, un 28% más, mientras que el número de pacientes solo ha aumentado un 4%. Si tomamos como indicador el gasto per cápita en 2010, en materia de sanidad y asistencia social era de unos 2.500 euros por usuario, hoy es de 3.100 por persona (mucho más que en Italia). [...]. Analizando las últimas decisiones tomadas por el ejecutivo uno tiene la sensación de que no es Covid quien ha invertido la tendencia con respecto a la calidad de nuestra prestación sanitaria, sino más bien las políticas que querrían dismantelar cada vez más un servicio sanitario público, que ha sido un buque insignia durante tantos años, sustituyéndolo por servicios privados y de pago o, en el mejor de los casos, donde la salud de los ciudadanos será decidida por gestores privados o concertados con el Estado (*San Marino. Demos: "¿Sigue existiendo la sanidad pública?", 2022*).

Más allá de estas cuestiones críticas, el sistema sanitario de San Marino sigue siendo, y como ya se ha mencionado, uno de los mejores del mundo. El nuevo Plan de Salud 2021-2023, aprobado

por el Gran y General Consejo (CGG)¹³, "sitúa a la persona en el centro de su actuación con el objetivo de garantizar un sistema sanitario y sociosanitario capaz de dar respuestas adecuadas a la demanda sanitaria procedente de los ciudadanos/usuarios/pacientes"¹⁴. Se "caracteriza por una fuerte búsqueda de la sostenibilidad del sistema sanitario, un plan que, consciente del envejecimiento de la población y de la reducción de los nacimientos, sea capaz de hacer frente a las nuevas fragilidades ligadas a las personas mayores, a las personas con polimorbilidad, adaptando sus servicios a las necesidades de la sociedad y de los más necesitados" (Secretaría de Estado de Sanidad y Seguridad Social, Seguridad Social y Asuntos Sociales, Asuntos Políticos, Igualdad de Oportunidades e Innovación Tecnológica, 2021, p. 4). Además:

[en] continuidad con el sistema universalista, que siempre ha caracterizado a nuestro sistema sanitario, su sostenibilidad puede alcanzarse, por tanto, mediante la reorganización de los servicios, la eliminación de criticidades y despilfarros, con un enfoque integral de la adecuación de los servicios sanitarios" (Ibid., p. 4).

Otro aspecto interesante es que el "plan sanitario y socio-médico también pretende ser propulsor de una asistencia sanitaria que en una dimensión global, a través de un cuidadoso sistema de normas y reglamentos, pueda ser catalizador de nuevas inversiones" (Ibidem., p. 4). De nuevo:

¹³ Es el Parlamento unicameral de San Marino.

¹⁴ Segreteria di Stato per la Sanità e la Sicurezza Sociale, la Previdenza e gli Affari Sociali, gli Affari Politici, le Pari Opportunità e l'Innovazione Tecnologica, *Piano Sanitario e Socio Sanitario, Repubblica di San Marino 2021-2023* (2021): 4; cf., también, <<https://www.consigliograndeegenerale.sm/on-line/home/streaming-video-consiglio/scheda17171460.html>> (14 de julio de 2023) e Segreteria di Stato per la Sanità e la Sicurezza Sociale, 2021: 1-24.

A través de una acción conjunta y compartida, la integración de las competencias del I.S.S., la Autoridad, el Comité de Bioética de San Marino y el Comité de Ética para la Experimentación y la Investigación y la Universidad, la asistencia sanitaria de San Marino también podrá ser un importante motor económico mediante la promoción de la innovación, la tecnología y la experimentación" (Ibidem., p. 4).

Por otro lado, resulta evidente que

la reciente pandemia de SRAS-CoV 2 ha puesto de manifiesto lo importante que es la red de relaciones internacionales en caso de emergencia" (Ibidem: 4). Por ello, el Plan prevé el relanzamiento de la acción "que ha visto a San Marino desempeñar un papel central en el inicio de la propuesta en el seno de la OMS de la sección de los Pequeños Países, una pequeña realidad que puede ser un gran recurso para los efectos positivos sobre la salud pública" (Ibidem., p. 4).

En el Plan se subraya que la pandemia de Covid-19 ha cambiado "el enfoque del problema de la prevención y la gestión de las enfermedades transmisibles. Incluso al margen de este dramático acontecimiento, las enfermedades infecciosas siguen constituyendo una carga importante en el mundo, tanto en los países en desarrollo como en los industrializados, a pesar de los grandes progresos realizados en la prevención y el tratamiento de las enfermedades infecciosas" (Ibid., p. 38).

Además, se han amplificado los factores capaces de favorecer o potenciar, individualmente o en combinación, la aparición y propagación de enfermedades infecciosas. Entre ellos cabe citar el cambio y la adaptación de los agentes microbianos y el desarrollo de la resistencia a los antimicrobianos, la susceptibilidad variable de los seres humanos, la dinámica demográfica y los estilos de vida; el cambio climático y la modificación de los ecosistemas; el desarrollo económico, tecnológico e industrial y el uso del suelo; el

aumento de los movimientos de población y del comercio; la reducción de la inversión en medidas preventivas de salud pública; las guerras, el hambre, la pobreza y las desigualdades sociales. Estos factores siguen siendo de plena actualidad y se pusieron de manifiesto de forma dramática durante la pandemia de COVID-19 (Ibid., pp. 38-39).

El capítulo 11 del Plan está dedicado a las redes externas. Se hace especial hincapié en la necesidad de "consolidar y seguir desarrollando la red con el sistema nacional de salud italiano y, en particular, con las regiones vecinas" (Ibid., p. 58), a saber, Emilia Romagna y Las Marcas.

Con referencia a la cooperación existente en el sector sanitario con Emilia Romagna (RER) y Marche, se desarrollarán ulteriormente los protocolos operativos entre el I.S.S. y los establecimientos sanitarios y socio-sanitarios italianos con el objetivo principal de hacerse cargo de la persona en su totalidad, la cual, incluso en los establecimientos fuera del territorio de San Marino, debe sentirse parte de un único itinerario de atención diagnóstica y terapéutica. Esta sinergia no debe considerarse un mero intercambio de servicios, sino una oportunidad para que los ciudadanos sanmarinenses e italianos utilicen recíprocamente los servicios y las vías de atención diagnóstico-terapéutica de ambos sistemas sanitario y sociosanitario (Ibidem., p. 58).

Por último, las redes también pueden y deben extenderse más allá de Italia.

Las colaboraciones se llevarán a cabo [...] con otras regiones italianas y otros países, con especial atención a aquellos que cuentan con sistemas sanitarios de excelencia y con los países que forman parte de la "Plataforma Estratégica para los Países Pequeños" en virtud del Acuerdo entre San Marino y la OMS. En el marco de las iniciativas de los países pequeños, debe prestarse especial atención a la posibilidad de intercambiar experiencias profesionales y profesionales, así como de compartir caminos comunes y apoyarse mutuamente. La reciente emergencia sanitaria provocada por la pandemia de SARS-CoV 2 ha demostrado lo

importante que es trabajar en red y compartir caminos comunes con otros sujetos, ya sean Regiones italianas o Instituciones nacionales e internacionales (Ibidem., p. 58).

Acuerdos sanitarios bilaterales

Entre 2020 y 2022, la República del Titán e Italia firmaron tres memorandos de entendimiento y un plan de acción en el ámbito sanitario. El 26 de marzo de 2020, en Roma y en plena emergencia pandémica, el Ministerio de Sanidad de la República de Italia y la Secretaría de Estado de Sanidad y Seguridad Social de la República de San Marino firmaron un “Protocollo d'Intesa di Mutua Collaborazione” válido hasta la duración de la emergencia Covid-19 para adoptar medidas similares y posiblemente coordinadas para prevenir y combatir el contagio por Coronavirus (Memorando de Entendimiento de Cooperación Mutua, 2020), "tanto en términos sanitarios como en su contribución a la seguridad pública, reforzando así la colaboración y cooperación mutuas, así como la eficacia de las medidas en los territorios fronterizos"¹⁵. El 11 de enero de 2021, con firmas separadas, en Roma y San Marino, las dos partes mencionadas firmaron un nuevo Memorando de Entendimiento de Cooperación Mutua, válido hasta la duración de la emergencia Covid-19, para prevenir y contrarrestar la infección por Coronavirus¹⁶; también, mediante el suministro por parte de Italia a petición de San Marino, de dosis de vacunas anti-Covid

¹⁵ Cf. el siguiente enlace en la página web del Ministerio de Sanidad italiano: <<https://www.salute.gov.it/portale/rapportiInternazionali/dettaglioContenutiRapportiInternazionali.jsp?lingua=italiano&id=3024&area=rapporti&menu=vuoto>> (10 de julio de 2023).

¹⁶ Cf. *Ibidem*. Para conocer el contenido del Memorándum de Entendimiento de Colaboración Mutua, cf. <https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pagineArree_3024_5_file.pdf> (10 de julio de 2023).

para garantizar la cobertura de vacunación de la población de San Marino¹⁷.

En 2021, el 17 de mayo en San Marino y el 18 en Roma, los respectivos Ministerios de Sanidad de ambos países firmaron un Plan de Acción trienal (2021-2023)¹⁸ para colaborar en los siguientes ámbitos:

1. Planificación sanitaria y sociosanitaria - modelos de cooperación sanitaria básica, especializada y de excelencia - acreditación institucional - cooperación regional y servicios integrados de información sanitaria - seguridad de la asistencia y gestión de riesgos

2. Salud pública, enfermedades infecciosas y crónico-degenerativas y sus factores de riesgo modificables, encuestas de vigilancia para todos los grupos de edad

3. Sangre y componentes sanguíneos, células, órganos y tejidos

4. Medicamentos y materias primas farmacéuticas, productos sanitarios, cosméticos y biocidas

5. Alimentos para grupos de población específicos contemplados en el Reglamento (UE) 609/2013, alimentos enriquecidos con vitaminas, minerales y otras sustancias determinadas contemplados en el Reglamento (CE) 1925/2006, complementos alimenticios contemplados en la Directiva 2002/46/CE, medicamentos veterinarios contemplados en el Reglamento (UE) 2019/6 por el que se deroga la Directiva 2001/82/CE, los registros de explotaciones ganaderas y no ganaderas contemplados en el Reglamento (CE) 1760/2000, los

¹⁷ Cabe señalar que, en la primera fase pandémica, San Marino, a la espera de las dosis de Pfizer y Moderna, con la intermediación de Italia, recurrió a Rusia para obtener las primeras 7.500 dosis de Sputnik e iniciar la campaña de vacunación de su población el 25 de febrero de 2021. Cf. Cacciotto, 2021; Rodriguez, 2021; San Marino, procede la vaccinazione con Sputnik V, 2021.

¹⁸ Para más detalles, véase el texto del Plan de Acción:

<https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pagineAree_3024_6_file.pdf> (10 de julio de 2023).

controles oficiales de seguridad alimentaria, es decir, el sistema de controles oficiales de los alimentos, los piensos, la salud animal y el bienestar de los animales contemplado en el Reglamento (UE) 2017/625;

6. Investigación científica, ensayos clínicos a nivel europeo

7. Definición de las iniciativas, también reglamentarias, con vistas al reconocimiento de los títulos de la carrera profesional

8. Apoyo a la aplicación de un sistema de formación médica continua en la República de San Marino

9. Inicio de un debate sobre la colaboración para el cultivo de cannabis con fines médicos y para la producción farmacéutica de medicamentos de origen vegetal a base de cannabis¹⁹.

El último acuerdo, es el Memorando de Entendimiento firmado por los dos Ministerios de Sanidad en Roma el 1 de septiembre de 2022, que renueva el anterior Protocolo firmado el 11 de enero de 2021, con los mismos objetivos de prevenir y combatir la propagación del Covid-19²⁰.

En los últimos años, San Marino también ha adoptado posiciones claras en materia de protección y salvaguardia del medio ambiente, adhiriéndose en 2018 al Día Mundial del Suelo, promovido por la FAO²¹, y estableciendo al año siguiente un punto focal para la lucha contra el cambio climático (*Istituto a focal point per la lotta ai cambiamenti climatici*, 2019).

Sin embargo, este camino comenzó en 2010 con la adhesión al Protocolo de Kioto y continuó en 2015 con la adhesión de la pequeña República a los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) propuestos en la Agenda 2030 de la ONU en 2018 con la ratificación

¹⁹ *Ibidem*, art. 1, *Aree prioritarie della collaborazione*.

²⁰ Cf. el texto del Memorandum de Acuerdo de Colaboración Mutua: <https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pagineAree_3024_7_file.pdf> (10 de julio de 2023).

²¹ World Soil Day: San Marino in primo piano nella lotta ai cambiamenti climatici e alla tutela del suolo (2018), 5 de diciembre, servicio de la RTV San Marino, <<https://www.sanmarinortv.sm/news/attualita-c4/wuorld-soil-day-san-marino-primo-piano-nella-lotta-ai-cambiamenti-climatici-alla-tutela-suolo-a51977>> (11 de julio de 2023).

y firma del Acuerdo de París (*Il percorso di San Marino per il contrasto ai cambiamenti climatici*, 2023) y con la participación en Glasgow, en noviembre de 2021, en la COP26 (*La Repubblica de San Marino participa en la COP26*, 2021).

Entonces, El Congreso de Estado, mediante Resolución de 5 de mayo de 2020, estableció la "Mesa para el Desarrollo Sostenible" con el objetivo de elaborar un "Plan de Acción para la consecución de los Objetivos de Desarrollo Sostenible" de la Agenda 2030 de las Naciones Unidas, una mesa que permitió por primera vez la participación directa de organizaciones de la sociedad civil comprometidas en actividades relacionadas con el desarrollo sostenible, con especial referencia al movimiento Viernes por el Futuro. La "Mesa para el Desarrollo Sostenible" envió su solicitud de candidatura para presentar el Informe Nacional Voluntario (RNV) con ocasión del Foro Político de Alto Nivel de 2021, que fue aceptada (*Il percorso di San Marino per il contrasto ai cambiamenti climatici*, 2023).

Tras la presentación del primer Informe Nacional Voluntario, la "Mesa del Desarrollo Sostenible", el microestado activó identificar estrategias y proyectos para responder a los objetivos (ODS) propuestos en la Agenda 2030 de la ONU y, con el fin de comprender mejor cuán atenta está la República de San Marino a las cuestiones de sostenibilidad ambiental, a propuesta del Embajador de la Misión Permanente de la República de San Marino ante las Naciones Unidas en Ginebra Marcello Beccari el Gobierno solicitó y obtuvo de la ONU la celebración en San Marino de los trabajos del 83º período de sesiones del Comité de Desarrollo Urbano, Vivienda y Ordenación del Territorio de la Comisión Económica Europea de las Naciones Unidas (CEPE), al que asistieron no sólo el Presidente de la CEPE, sino también los representantes de 56 países miembros de la CEPE y el Ministro de Territorio de Andorra²².

²² Il percorso di San Marino per il contrasto ai cambiamenti climatici (2023). *Sanmarinofixing*, 26 de mayo.

El resultado de la 83ª Sesión de la UNECE fue la "Declaración de San Marino" para una arquitectura sostenible e inclusiva²³, junto con la redacción del "Perfil Sostenible de la Ciudad de San Marino" (*Il percorso di San Marino per il contrasto ai cambiamenti climatici*, 2023), "un documento que enumera una serie de recomendaciones dirigidas a la acción a corto y medio plazo y cuyo objetivo es mejorar la capacidad del Gobierno para desarrollar e implementar políticas y programas urbanos sostenibles e inclusivos" (Ibid.). Más recientemente, San Marino, a través de su Secretario de Estado para el Territorio y el Medio Ambiente, Stefano Canti, y de la Embajadora de San Marino ante la Unión Europea, Elena Molaroni, participó en la Conferencia de Alto Nivel sobre Cambio Climático de la Organización para la Seguridad y la Cooperación en Europa (OSCE), celebrada en Viena, junto a otros 25 Ministros de Medio Ambiente y Enviados Especiales sobre Cambio Climático, con el objetivo de promover y apoyar el diálogo y las acciones conjuntas "para detener el cambio climático y los daños medioambientales" (*Il Segretario di Stato per il Territorio alla Conferenza di Alto Livello dell'OSCE*, 2023)²⁴.

En cuanto a las políticas medioambientales y la cooperación en el ámbito de la salud entre Italia y el pequeño Estado, nos gustaría mencionar, en particular, el Acuerdo entre el Gobierno de la República Italiana y el Gobierno de la República de San Marino sobre cooperación económica, firmado en San Marino por los respectivos Ministros de Asuntos Exteriores el 31 de marzo de 2009 (s/a., 2009). El artículo 3 del Acuerdo, titulado *Collaborazione nel campo della protezione dell'ambiente*, establece lo siguiente:

²³ *La Dichiarazione di San Marino per un'architettura sostenibile*, 2022, artículo disponible en <<https://ilgiornaledellambiente.it/dichiarazione-san-marino-per-architettura-sostenibile/>> (11 julio 2023); Di Marzo, 2022, artículo disponible en <https://www.archiportale.com/news/2022/10/architettura/nazioni-unite-architetti-ingegneri-e-urbanisti-uniti-sotto-il-segno-della-sostenibilit%C3%A0_90768_3.html> (11 de julio de 2023).

²⁴ *Il Segretario di Stato per il Territorio alla Conferenza di Alto Livello dell'OSCE* (2023). *Sanmarinofixing*, 10 de julio.

Las Partes convienen en la oportunidad de estrechar sus lazos en el ámbito de la protección y salvaguarda del medio ambiente y de la reducción de la contaminación, identificando soluciones comunes para promover el desarrollo sostenible, de conformidad con los Acuerdos Multilaterales sobre Medio Ambiente pertinentes y las Directivas/Reglamentos de la UE. En este contexto, las Partes reconocen el área del cambio climático como un tema prioritario para el desarrollo de proyectos y actividades de colaboración que pueden ser una herramienta útil para mitigar los efectos del cambio climático y reducir las emisiones de gases de efecto invernadero, así como tener un impacto positivo en el desarrollo social y económico.

En este contexto, considerando que la República se ha adherido al Convenio de Viena para la Protección de la Capa de Ozono de 1995 y al Protocolo de Montreal relativo a las sustancias que agotan la capa de ozono de 1987, y tiene la intención de adherirse al Protocolo de Kyoto de 1997, las Partes se comprometen a desarrollar un proceso duradero de colaboración en materia de cambio climático, a la luz de los objetivos y principios contenidos en los convenios y protocolos mencionados. La cooperación incluirá la aplicación en la República de San Marino del marco técnico, legislativo e institucional adecuado para poner en práctica los compromisos y objetivos establecidos en los convenios y protocolos mencionados (Ibidem, Art. 3).

Por su parte, el artículo 11, titulado *Collaborazione in campo sanitario*, estipula para ambas Partes, sin perjuicio de las limitaciones derivadas de la pertenencia de Italia a la Unión Europea, [que] se comprometen a prestarse la máxima cooperación mutua, a intercambiar información y a facilitar los acuerdos técnicos y administrativos sobre los procedimientos necesarios para permitir la introducción en el mercado italiano de

- medicamentos y materias primas farmacéuticas
- productos sanitarios, cosméticos y biocidas
- productos alimenticios destinados a una alimentación especial regulados por la Directiva 89/398/CEE

- complementos alimenticios regulados por la Directiva 2002/46/CE;

- alimentos enriquecidos con vitaminas, minerales y otras sustancias reguladas por el Reglamento (CE) 1925/2006.

Las Partes también se comprometen a proporcionar la máxima cooperación mutua para facilitar la verificación de los establecimientos de producción y envasado de los productos mencionados.

Se convocará lo antes posible una mesa redonda para examinar la posibilidad de ampliar la cooperación sanitaria existente a otros sectores, con la participación también de las Regiones italianas interesadas y/o limítrofes con San Marino, a fin de lograr una integración óptima de los respectivos programas sanitarios y sociosanitarios y verificar, en interés mutuo, modelos de cooperación sanitaria básica, especializada y de excelencia (Ibidem, Art. 11).

En aplicación del Acuerdo de Cooperación Económica de 2009, en los años siguientes se firmaron protocolos en los ámbitos de la salud, el medio ambiente y, también en otros sectores, entre la República de San Marino y las regiones de Emilia Romagna²⁵ y Las Marcas²⁶, la ciudad de Rímimi (*Rimini e San Marino: alleanza su infrastrutture, sanità, sport e ambiente*, 2022) y la Universidad Católica de Milán en el ámbito de la educación superior en salud y medicina (*Sanità: intesa su formazione tra San Marino e Università*

²⁵ Destacamos el Protocolo de cooperación sanitaria y sociosanitaria entre la Región Emilia Romagna y la República de San Marino de 4 de diciembre de 2017, y el acuerdo sobre la gestión de residuos urbanos, especiales y peligrosos para su valorización y eliminación, firmado en Bolonia el 10 de octubre de 2018. Ambos acuerdos pueden descargarse de la página web de la Región de Emilia Romagna en el siguiente enlace: <<https://www.regione.emilia-romagna.it/relazioni-internazionali/attivita-internazionali/accordi-e-intese-di-collaborazione>> (15 de julio de 2023).

²⁶ Cf. el Acuerdo de cooperación en el ámbito sanitario y sociosanitario entre la pequeña República y la Región de Las Marcas, firmado en San Marino el 29 de abril de 2016. El acuerdo puede descargarse del sitio web del Gran Consejo General de la República de San Marino: <<https://www.consigliogrande generale.sm/on-line/home.html>> (15 de julio de 2023).

Cattolica, 2023), por mencionar solo algunos, contribuyendo a construir y seguir desarrollando la red de cooperación, especialmente en los ámbitos de la salud y el medio ambiente, entre ambos países.

Conclusiones

Las relaciones entre Italia y San Marino, históricamente inspiradas, como ya se ha dicho, en relaciones amistosas y de buena vecindad, se han intensificado a lo largo del siglo XXI tanto a nivel estatal y regional, especialmente con las regiones italianas vecinas (Emilia Romagna y Marche) como a nivel local (con la ciudad de Rimini) y otras instituciones, como la Universidad Católica de Milán. Estas relaciones se concretaron en la firma de acuerdos en los ámbitos sanitario, social y medioambiental. Especialmente tras el paréntesis de Covid-19, Italia y San Marino han reforzado y desarrollado aún más la red de su cooperación en los sectores mencionados y, a través de Italia, también con la Unión Europea. San Marino, al mismo tiempo, ha desarrollado y sigue desarrollando la red de cooperación especialmente con los Estados pequeños, pero también con los países europeos y no europeos, territorialmente más extendidos, y con los organismos internacionales, consciente de que, frente a los peligros derivados de la explotación excesiva del recurso tierra, ningún País permanece inmune o capaz de afrontar de forma autónoma los peligros y riesgos de contaminación o de "luchar" contra las nuevas pandemias. La única alternativa pasa por la colaboración y el trabajo en red a escala mundial, es decir, aunando esfuerzos, aportando recursos humanos y financieros y compartiendo buenas prácticas. Por otra parte, como ha escrito Mark Dybul, ahora "todo ha cambiado, de nuevo. La pandemia de COVID-19 nos ha recordado que la salud también es fundamental para la economía y su crecimiento, así como para *el desarrollo humano*" (Dybul, 2021, p. 14). Las respuestas deben darse a escala mundial, reaccionando "a nivel sistémico, desarrollando una red de sistemas sanitarios

nacionales y subnacionales que sean capaces de identificar y responder rápidamente a un ataque" (Ibid., p. 15). Por último, "habrá que construir una nueva relación entre *la salud, la economía y el cambio climático*" (Ibid., p. 15). Y este es el camino emprendido por Italia y San Marino tras la crisis pandémica de 2020-2021.

Bibliografía

- Andretta, Massimiliano, Della Porta, Donatella, Mosca, Lorenzo (2002). *Global, No Global, New Global*. Laterza.
- Azzopardi-Muscat, Natasha (s.d.). *Piccoli Paesi nel XXI secolo, come costruire Sistemi Sanitari resilienti e sostenibili*. Island and Small States Institute at the University of Malta.
- Bellettini, Giorgio, Goldstein Andrea, a cura di (2020). *L'economia italiana dopo il Covid-19. Come ricominciare a crescere?* Bononia University Press.
- Berlinguer, Giovanni (1977). *Presentazione*. In: *Medicina e società*. Milano: Le Scienze.
- Bloomerg (2023). Sanità italiana al 4° posto nel mondo. Bloomerg: il Sistema sanitario italiano tra i più efficienti, 16 marzo, artículo consultabile su <<https://fondoassistenzaebenessere.it/sanita-italiana/>>, 30 de junio de 2023.
- Botteghi, Sofia (2018-2019). *San Marino: storia, evoluzione economica e normativa della Repubblica, e analisi dei rapporti con la vicina Italia*. Tesi di Laurea, Luiss Guido Carli di Roma, Dipartimento di Impresa e Management.
- C.F. (2023). G7 Salute. Il primo dopo il Covid, rilancia impegno a investire sulla sanità anche ora che la pandemia non è più un'emergenza. Il documento finale approvato. *Quotidiano Sanità*, 15 maggio, artículo consultabile su <https://www.quotidianosanita.it/governo-e-parlamento/articolo.php?articolo_id=113764> (9 de julio de 2023).
- Cacciotto, Cecilia (2021). Covid: ecco perché San Marino ha comprato 7.500 dosi del vaccino russo Sputnik V. *Euronews*, 24

febbraio, articolo consultabile su <<https://it.euronews.com/2021/02/24/covid-ecco-perche-san-marino-ha-comprato-7500-dosi-del-vaccino-russo-sputnik-v>> (10 de julio de 2023).

Camera dei Deputati – XVI Legislatura – Dossier di documentazione, Servizio Studi – Dipartimento Affari Esteri (2009). *Riunione congiunta delle Commissioni Affari esteri della Camera dei deputati e del Consiglio grande e generale della Repubblica di San Marino*. Documentazione e Ricerche, n. 94, 2 de noviembre.

Contu, Martino (2013). Le fonti dell' Archivo Histórico Diplomático de Montevideo sull'attività dei consoli di San Marino in Uruguay e dei rappresentanti della Banda Orientale nella Repubblica del Titano tra XIX e XX secolo. *Ammentu. Bollettino Storico, Archivistico e Consolare del Mediterraneo* (ahora *Ammentu. Bollettino Storico e Archivistico del Mediterraneo e delle Americhe*), III, 3, enero-diciembre: 206-220.

Cardia, Carlo (1980). *La riforma del Concordato. Dal confessionismo alla laicità dello Stato*. Torino: Einaudi.

Carli, Alessandro (2021). La sanità sammarinese è tra le migliori al mondo. *Sanmarinofixing*, 26 marzo, articolo consultabile su <<https://sanmarinofixing.com/2021/03/26/la-sanita-sammarinese-e-tra-le-migliori-al-mondo/#:~:text=Il%20sistema%20sanitario%20sammarinese%20%C3%A8,quello%20francese%20e%20quello%20italiano.>>> (14 de julio de 2023).

Corona, Gabriella, Realfonzo, Riccardo (2017). *Le politiche per l'ambiente in Italia*. Milano: Franco Angeli.

Cosmacini, Giorgio (2005). *Storia della medicina e della sanità in Italia*. Roma-Bari: Laterza.

Da Riva, Francesco, Franza, Enea, Lo Conte, Giustino (2022). *Il Covid19 e l'impatto sull'economia italiana*. Brindisi: Universitalia.

Di Marzo, Cecilia (2022). Nazioni Unite: architetti, ingegneri e urbanisti uniti sotto il segno della sostenibilità. *Archiportale*, 5 de octubre, artículo en <https://www.archiportale.com/news/2022/10/architettura/nazioni-unite-architetti-ingegneri-e-urbanisti-uniti-sotto-il-segno-della-sostenibilit%C3%A0_90768_3.html> (11 de julio de 2023).

Duarte Nunes, Everardo (1994). Saúde coletiva: história de uma idéia i de um conceito. *Saúde e Sociedade*, 3 (2): 5-21.

Dybul, Mark (2021). *Pronostici sulla salute globale nei prossimi 5-10 anni*. In: Ricciardi, Walter, Vella, Stefano, a cura di (2021). *La salute globale*. Roma-Bari: Laterza.

Foglietta Fosco, a cura di (2020). *Rivoluzione Covid. Cambiamenti e riforme del Sistema sanitario nazionale ai tempi della pandemia*. Roma: Tab Edizioni.

Forlani, Luciano (2005). *I veleni dell'aria. Fonti di energia alternative*. Bologna: Clueb.

G7 Ministri Salute, Schillaci: forte condivisione su azioni per rafforzare la salute globale e universalità (2023), 14 de mayo, artículo en <https://www.salute.gov.it/portale/news/p3_2_1_1_1.jsp?lingua=italiano&menu=notizie&p=dalministero&id=6256> (9 de julio de 2023).

G7 Ministri Salute, Schillaci: forte condivisione su azioni per rafforzare la salute globale e universalità (2023). *Panorama della Sanità*, 15 de mayo, artículo en <<https://www.panoramasanita.it/2023/05/15/g7-ministri-salute-schillaci-forte-condivisione-su-azioni-per-rafforzare-salute-globale-e-universalita/>> (9 de julio de 2023).

G7 Nagasaki Health Ministers' Communiqué, Nagasaki (Japan), on 13 and on 14 May 2023, <<https://www.quotidianosanita.it/allegati/allegato1684147142.pdf>> (9 de julio de 2023).

Geddes da Filicaia, Marco (2020). *La sanità ai tempi del coronavirus*. Roma: Il Pensiero Scientifico.

Haines, Andy (2021). *L'impatto del cambiamento climatico sulla salute*. In: Ricciardi, Walter, Vella, Stefano (a cura di). *La salute globale*. Roma-Bari: Laterza.

Iacona, Riccardo (2020). *Il sistema sanitario nei giorni del Covid-19: cosa ha funzionato e cosa è andato storto*. Ebook. Milano: Piemme.

Il percorso di San Marino per il contrasto ai cambiamenti climatici (2023). *Sanmarinofixing*, 26 de mayo, artículo consultabile su <<https://sanmarinofixing.com/2023/05/26/il-percorso-di-san-marino-per-il-contrasto-ai-cambiamenti-climatici/>> (11 de julio de 2023).

Il Pnrr italiano e il confronto con gli altri paesi europei (2021), 11 de octubre, artículo en <<https://www.openpolis.it/il-pnrr-italiano-e-il-confronto-con-gli-altri-paesi-europei/>> (10 de julio de 2023). Il Segretario di Stato per il Territorio alla Conferenza di Alto Livello dell'OSCE (2023). *Sanmarinofixing*, 10 de julio, artículo en <<https://sanmarinofixing.com/2023/07/10/il-segretario-di-stato-per-il-territorio-alla-conferenza-di-alto-livello-dellosce/>> (11 de julio de 2023).

Istituito a San Marino un focal point per la lotta ai cambiamenti climatici (2019). *Libertas*, 18 de agosto, artículo en <<https://www.libertas.sm/notizie-2019-08-18-istituito-a-san-marino-un-focal-point-per-la-lotta-ai-cambiamenti-climatici/>> (11 de julio de 2023). Jemolo, Arturo Carlo (1963). *Chiesa e Stato in Italia negli ultimi cento anni*. Torino: Einaudi.

La Dichiarazione di San Marino per un'architettura sostenibile (2022). *Il Giornale dell'Ambiente*, 20 de octubre, artículo en <<https://ilgiornaledellambiente.it/dichiarazione-san-marino-per-architettura-sostenibile/>> (11 de julio de 2023).

La Repubblica di San Marino partecipa alla COP26 (2021), 29 de octubre, <https://www.esteri.sm/pub2/EsteriSM/dettaglio_notizia.html?idItem=471b2af5-6ae2-4e02-b002-1711833f28d7> (11 de julio de 2023).

Leone, Ugo (2011). *Nuove politiche per l'ambiente*, nona ristampa. Roma: Carocci.

Leonzio, Vittorio, a cura di (1984). *Il nuovo Concordato tra Stato e Chiesa in Italia*. Modena: Logos.

Maresca, Pierfrancesco (2020). *Tra conciliazione e nuovo concordato. Storiografia sui rapporti tra Stato e Chiesa (1922-1984)*. Milano: EBS Print.

Marmot, Michael (2016). *La salute diseguale*. Roma: Il Pensiero Scientifico Editore (Tit. or. *The Health Gap, The Challenge of an Unequal World* (2016). London: Bloomsbury).

Mercalli, Luca (2018). *Non c'è più tempo. Come reagire agli allarmi ambientali*. Torino: Einaudi. Ercolini, Rossano (2014). *Non bruciamo*

il futuro. La mia battaglia per l'ambiente, una nuova politica, il futuro dell'Italia. Milano: Garzanti.

Ministero delle Infrastrutture e dei Trasporti, Ente Nazionale per l'Aviazione Civile (s.d.). Il Protocollo di Kyoto, artículo en <<https://www.enac.gov.it/ambiente/impatto-ambientale/le-emissioni-gassose/il-protocollo-di-kyoto>>, consultado el 30 de junio de 2023.

Piano d'Azione (2021), <https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pagineAree_3024_6_file.pdf> (10 de julio de 2023).

Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (2021), <<https://st3.idealista.it/news/archivie/2021-04/pnrr.pdf>>, 28 de abril (9 de julio de 2023).

Protocollo d'Intesa di Mutua Collaborazione (2020). <https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pagineAree_3024_4_file.pdf> (10 de julio de 2023).

Protocollo d'Intesa di Mutua Collaborazione (2021), <https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pagineAree_3024_5_file.pdf> (10 de julio de 2023).

Protocollo d'Intesa di Mutua collaborazione (2022), <https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pagineAree_3024_7_file.pdf> (10 de julio de 2023).

Redazione Ansa (2022). Sanità italiana nella Top Ten mondiale per qualità, 25 de julio de 2022, artículo en <https://www.ansa.it/canale_saluteebenessere/notizie/sanita/2019/11/21/sanita-italiana-nella-top-ten-mondiale-per-qualita_16629239-eacc-437a-beae-a4c1629efdd9.html> (30 de junio de 2023).

Redazione dell'Associazione Nazionale Giovani Innovatori (2021). Approvato il Recovery Plan: tutte le misure per startup e innovazione, 28 de abril, artículo en <https://www.angi.tech/service/approvato-il-recovery-plan-tutte-le-misure-per-startup-e-innovazione/?gclid=EAIaIQobChMI38LCpbuCgAMVxD4GAB26uw3dEAAYBCAAEgIFg_D_BwE> (9 de julio de 2023).

Renzi, Pietro, Franci, Alberto (2016). La valutazione della performance nei servizi socio-sanitari: un'applicazione. *Impresa Sanità*, settembre: 16.

Report del Consiglio Grande e Generale di San Marino del 24 maggio pomeriggio (2023). *Dire*, 29 de mayo, artículo en <<https://www.dire.it/24-05-2023/914906-report-del-consiglio-grande-e-generale-di-san-marino-del-24-maggio-pomeriggio/>> (11 de julio de 2023).

Repubblica di San Marino, Segreteria di Stato per gli Affari Esteri, per la Cooperazione Economica Internazionale e per le Comunicazioni (s.d.). *Rapporti bilaterali della Repubblica di San Marino*, información disponible en <<https://www.esteri.sm/pub1/EsteriSM/Relazioni-Internazionali/Rapporti-Bilaterali.html>>. (11 de julio de 2023).

Ricciardi, Walter (2021). *Introduzione*. In: Ricciardi, Walter, Vella, Stefano (a cura di). *La salute globale*. Roma-Bari: Laterza: I-VII.

Ricciardi, Walter (2021). *Sanità pubblica. Scienza politica per la salute dei cittadini*. Milano: Vita e Pensiero.

Ricciardi, Walter (2023). *Il servizio sanitario nazionale. Performance ed equità dopo decentramento, autonomia e sussidiarietà*. Ebook.

Milano: Vita e Pensiero.

Rimini e San Marino: alleanza su infrastrutture, sanità, sport e ambiente (2022). *Corriere Romagna*, 8 de noviembre, artículo en <<https://www.corriereromagna.it/rimini-e-san-marino-alleanza-su-infrastrutture-sanita-sport-e-ambiente/>> (15 de julio de 2023).

Rodriguez, Giovanni (2021). Covid. L'Italia lascia San Marino senza vaccini e la Repubblica decide di acquistare quello russo. *Quotidianosanità*, 19 de febrero, artículo en <https://www.quotidianosanita.it/cronache/articolo.php?articolo_id=92724&utm_source=dlvr.it&utm_medium=twitter> (10 de julio de 2023).

San Marino, procede la vaccinazione con Sputnik V (2021).

Euronews, 9 de abril, artículo en <<https://it.euronews.com/2021/04/09/san-marino-procede-la-vaccinazione-con-sputnik-v>> (10 de julio de 2023).

San Marino. Demos: «esiste ancora una sanità pubblica?» (2022). Libertas, 5 de junio, artículo en <<https://www.libertas.sm/san-marino-demos-esiste-ancora-una-sanita-pubblica/>> (12 de julio de 2023).

Sanità: intesa su formazione tra San Marino e Università Cattolica (2023). Italpress, 19 de abril, comunicato disponibile en <<https://www.italpress.com/sanita-intesa-su-formazione-tra-san-marino-e-universita-cattolica/>> (15 de julio de 2023).

Sartori, Giovanni (2003). La terra scoppia. Sovrappopolazione e sviluppo. Milano: Rizzoli.

Sartori, Giovanni (2005). Chi nega la cattiva salute della terra. Corriere della Sera, 17 de agosto: 1.

Segreteria di Stato per la Sanità e la Sicurezza Sociale (2021). Indirizzi generali per il Piano Sanitario della Repubblica di San Marino 2021- 2023, aprobados por Delibera CGG n. 24 del 23 de febrero: 1-24, disponible en <<file:///C:/Users/martinocontu/Downloads/17122870Indirizzigen.Pia.pdf>> (14 de febrero de 2023).

Segreteria di Stato per la Sanità e la Sicurezza Sociale, la Previdenza e gli Affari Sociali, gli Affari Politici, le Pari Opportunità e l’Innovazione Tecnologica (2021). Piano Sanitario e Socio Sanitario, Repubblica di San Marino 2021-2023, p. 4, disponibile en <https://www.gov.sm/pub2/GovSM/dam/jcr:5fd7db5b-6495-48d5-b347-ccdb3f2d360b/PianoSanitario2021_23_approvato_CGG_DeliberaCdS.pdf> <<https://www.consigliograndeegenerale.sm/on-line/home/streaming-video-consiglio/scheda17171460.html>> (14 de julio de 2023).

Tartaglia, Angelo (2020). Clima, lettera di un fisico alla politica. Torino: Gruppo Abele.

Varani, Nicoletta, Primi, Antonella (2012). Politiche per l’ambiente. Limena (Padova): Libreria Universitaria.

Vedovato, Giuseppe (1959). Le relazioni Italia San Marino. Rivista di Studi politici Internazionali, Vol. 26, n. 4, ottobre-dicembre: 501-538.

Vicarelli, Giovanna, Giarelli Guido, a cura di (2022). Libro bianco. Il servizio sanitario nazionale e la pandemia da Covid 19. Problemi e proposte. Milano: Franco Angeli.

World Soil Day: San Marino in primo piano nella lotta ai cambiamenti climatici e alla tutela del suolo (2018), 5 de dicembre, servizio de la RTV San Marino,
<<https://www.sanmarinortv.sm/news/attualita-c4/wuorld-soil-day-san-marino-primo-piano-nella-lotta-ai-cambiamenti-climatici-alla-tutela-suolo-a51977>> (11 de julio de 2023).
<https://next-generation-eu.europa.eu/index_en> (9 de julio de 2023).
<https://wipolex-res.wipo.int/edocs/lexdocs/treaties/it/it-sm2/trt_it_sm2.pdf> (11 de julio de 2023).
<<https://www.consigliograndeegenerale.sm/on-line/home.html>> (15 de julio de 2023).
<<https://www.regione.emilia-romagna.it/relazioni-internazionali/attivita-internazionali/accordi-e-intese-di-collaborazione>> (15 de julio de 2023).
<<https://www.salute.gov.it/portale/rapportiInternazionali/dettagliContentiRapportiInternazionali.jsp?lingua=italiano&id=3024&area=rapporti&menu=vuoto>> (10 de julio de 2023).

Perspectivas teóricas de la salud colectiva latinoamericana y nuevos desafíos para el campo en el Siglo XXI

Cristian David Osorio Figueroa

Ernestina Tecu

Monique Azevedo Esperidião

Introducción

El origen de la Salud Colectiva es complejo y no fue producto de una acción racional planificada por un conjunto de actores, y sí, de intersecciones y entrecruzamientos, que permitieron que actualmente sea un campo de saberes y prácticas en continua redefinición (Vieira-da-Silva, 2015). Esta se produce de una crítica al discurso biomédico e higienista de la salud pública (Camargo Jr, 2015). También se distancia del pensamiento médico preventivista y de la llamada salud comunitaria. Este distanciamiento permitió dar vida a luchas por la democratización de la salud mediante el pensamiento crítico. Al mismo tiempo, la densidad teórica y metodológica de la cual se apoya tiene por finalidad comprender las estructuras y las relaciones sociales (Paim, 2006; Souza, 2014).

En su definición, la Salud Colectiva es un campo de saber, ámbito de prácticas y un ámbito de actuación profesional (Paim, 2008; Vieira-da-Silva, 2015). La actual configuración de la Salud Colectiva se debe a la consolidación de tres áreas de concentración o subcampos: epidemiología, políticas, planificación y gestión en salud y ciencias sociales en salud (Vieira-Da-Silva, 2023). Cada una de esas áreas se encuentra sustentada en el trípode: práctica política transformadora, saberes y construcción de una nueva estatalidad democrática (Fleury, 2018).

Estos saberes en continua redefinición y avance fueron necesarios para que el campo de la Salud Colectiva realizase una ruptura con las tradiciones clásicas del higienismo, de la salud

pública tradicional y de la medicina preventiva. Como estrategia de distinción al momento de constituirse como un espacio nuevo, fue necesario el esfuerzo de elaborar constructos teóricos capaces de dar cuenta de las necesidades sociales del momento histórico-social. Para el efecto, se nutrió de la filosofía, sociología, ciencia política y antropología.

De tal forma, realiza una reconceptualización epistémica, teórica y sociopolítica que permitiese la acción práctica, social y política (Ianni, 2021). Actualmente, la evaluación de programas y políticas está consolidándose como un subespacio, en la medida que gana autonomía en relación con las otras áreas de concentración (Furtado & Vieira-Da-Silva, 2014), por lo que también es importante considerarla como susceptible a la densidad teórica y no sólo su uso instrumental.

Recientemente algunas autoras que analizaron la producción científica en el área identifican una fragilidad teórica, al no ser explicitadas las categorías teóricas, por ser más descriptivos que analíticos o poco consistentes teóricamente (Esperidião, 2018). Por otro lado, existen investigaciones en el área de políticas con formulaciones descriptivas de carácter primario con densidad teórica debilitada, lo cual reverbera y compromete la cualidad científica y evita la práctica de investigación comprometida y con poder transformador (Schraiber, 2015). Evidentemente, en las tres áreas de concentración puede haber diferencias, por ejemplo, las ciencias sociales en salud requieren explicitar sus elementos teóricos y conceptuales de forma más extensiva (Camargo Jr et al., 2010).

Otras revisiones sobre el estado del arte en Brasil demuestran los avances y limitaciones en las tres áreas de concentración en los enfoques teórico-metodológicos adoptados, con fuerte influencia del contexto político e institucional y de las políticas de gobierno (Paim & Almeida Filho, 2023). En Guatemala, se ha observado una producción acrítica, con poca explicitación de sus elementos teóricos o bien, una posible influencia de los contextos de alta represión en la baja producción científica (Figueroa & Tecú, 2021). Contrario a otros países donde existe una tendencia al fortalecimiento de los

elementos metodológicos, aún sin explicitar los elementos teóricos que sustenten el análisis (Arzuaga et al., 2015).

En este contexto, discutimos, es importante revisitar las propuestas teóricas clásicas y contemporáneas que sustentaron la configuración de la Salud Colectiva Latinoamericana, además de apuntar nuevas teorías que han fortalecido este campo de conocimiento y propuestas teórico-metodológicas capaces de responder a las realidades complejas e interseccionales de la posmodernidad globalizada y marcada por el neocolonialismo del siglo XXI. Con esto, el capítulo pretende contribuir al fortalecimiento del campo de la Salud Colectiva para la producción científica teóricamente densificada y con compromiso ético-político. Además, apuntar posibilidades teórico-metodológicas para atender las problemáticas actuales y dar continuidad al proyecto de radicalización democrática comenzado por la Salud Colectiva Latinoamericana en la segunda mitad del siglo pasado.

El objetivo del presente ensayo es revisitar las perspectivas teóricas clásicas y contemporáneas en el estudio de la Salud Colectiva Latinoamericana. Además de identificar propuestas teóricas capaces de responder a nuevos objetos y preguntas en el contexto de las problemáticas sociales posmodernas y neocoloniales en el siglo XXI en América Latina.

Este trabajo constituye un ensayo de carácter teórico-reflexivo de las principales teorías en el campo de la Salud Colectiva. En el cual se pretende responder a las siguientes preguntas: ¿Cuáles son los fundamentos teóricos y autoras/es de las principales corrientes de la Salud Colectiva en América Latina?; ¿Cuáles son las teorías capaces de atender a los nuevos objetos y nuevas preguntas para la Salud Colectiva en el contexto latinoamericano?

Considerando estas preguntas fue posible sistematizar cuatro corpus teóricos de la Salud Colectiva: un corpus de autorías de la Salud Colectiva en la América Latina que tuvieron influencia en como otras teorías provenientes de otras disciplinas han sido utilizadas. Por eso, posteriormente se presente el corpus de las teorías sociológicas tanto clásicas, como contemporáneas. Por

último, un último corpus de teorías (re)emergentes para nuevos objetos. Finalmente, se reflexiona sobre las contribuciones de las teorías para la fundamentación y renovación del campo. Cada uno de estos corpus puede ser de inspiración para cada una de las áreas de salud colectiva, a pesar de que, actualmente algunos se expresen con más vehemencia en algún área de concentración.

Corpus del pensamiento crítico de la salud colectiva en América Latina

América Latina ha realizado importantes aportes teóricos para el estudio de los objetos de la Salud Colectiva mediante diferentes pensadoras/es provenientes del pensamiento crítico en salud y la Salud Colectiva a lo largo de su consolidación como campo. Muchas de las teorías se han valido de las teóricas clásicas y sociológicas y otras disciplinas. Dentro de las teorías clásicas están aquellas ligadas al marxismo estructuralista. Por ejemplo, los textos de Asa Cristina Laurell (1982) fundantes del entendimiento de la determinación del proceso de salud-enfermedad por la forma apropiación de la naturaleza por las personas. Para ello, Asa Cristina realizaba el estudio del proceso de trabajo, considerando su carácter histórico y colectivo.

Por su parte, Cecilia Donnangelo (1979) fue pionera del pensamiento en Salud Colectiva mediante sus trabajos que versaban sobre el trabajo médico. Con sus trabajos, Donnangelo inaugura un cuadro teórico específico sobre la teoría del trabajo en salud (Nunes, 2008), y la medicalización como producto histórico sociocultural, capaz de organizar a vida de forma material y simbólicamente (Schraiber & Mota, 2015). Referencial teórico que continua vigente para la comprensión de las prácticas de salud.

Ricardo Bruno Mendes-Gonçalves, profesor del departamento de Medicina Preventiva de la Universidad de São Paulo, tuvo un papel importante para la construcción del campo de la Salud Colectiva. Sus aportes principales tienen relación con la teoría del proceso de trabajo en salud para comprender la parcialidad política

y los límites prácticos de estos en la práctica médica. Con esto, abrió camino para el estudio de las prácticas en salud con fuerte densidad teórica basada en el materialismo y la historia para la investigación teórica y aplicada de carácter reestructivo (Ayres, 2015).

Mario Testa, de nacionalidad argentina, es un actor importante de la planificación sanitaria en América Latina. Estudió en el Centro de Estudios del Desarrollo de la Universidad Central de Venezuela (CENDES). Fue funcionario de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en Washington y en el Centro Panamericano de Planificación de Salud en Santiago de Chile (Giovanella, 1990). Durante el periodo de dictadura militar en el país argentino, Testa partió para el exilio durante 1976 a 1985 (Instituto de Salud Colectiva, 2021).

Algunos de los fundamentos teóricos del autor son: la comprensión de la planificación como una práctica histórica, el postulado de coherencia para el entendimiento de las políticas, planes y proyectos, realizando una diferenciación de las relaciones entre países capitalistas dependientes y los países capitalistas centrales. Además, la incorporación del poder como categoría central y explicativa de la realidad (Giovanella, 1990). Testa se aparta de la idea de la planificación como un acto objetivo que intenta alcanzar un determinado objetivo e indica que no es otra cosa, más que un hecho político, cuya selección de variables para explicar la realidad, representa la interpretación de la persona que planifica sobre el proceso de organización social (Testa, 1971).

Para el autor el objetivo central de la planificación debe ser el contribuir para crear condiciones propicias que posibiliten la realización de acciones que conduzcan a cambios sociopolíticos y económicos en los países (Testa, 2020). De tal forma, coloca al planificador como parte de una fuerza social y que lucha por el poder.

Entre otros pensadores fundamentales para el área de la planificación se encuentra Carlos Matus (1996), para este pensador de origen chileno, la planificación tradicional, que él llama de normativo, no posee el instrumental necesario para que el actor participe en el juego de una manera más efectiva. Algunos

elementos teórico-metodológicos importantes del autor para el análisis de las prácticas de planificación se encuentra el triángulo de gobierno, es decir, la articulación entre el proyecto de gobierno, la gobernabilidad y la capacidad de gobierno (Aleluia et al., 2023). La fuerza del referencial teórico de Matus también se expresa en la teoría de la producción social en su libro *Teoría del Juego Social* (Aleluia et al., 2022; Matus, 2007).

Algunos enfoques enriquecieron estos elementos teóricos provenientes de las teorías clásicas, por ejemplo, las experiencias de la planificación estratégica situacional en diálogo con la teoría de la acción comunicativa de Habermas. Esto puede tener utilidad para otorgar de mayor densidad el análisis de las prácticas mediante la comprensión de la cultura de comunicación como estrategia de viabilidad a un proyecto y el rescate de la subjetividad en el campo de la salud (Rivera & Artmann, 2013).

Otro pensador importante en la constitución del campo de la Salud Colectiva es Juan Samaja. Este autor parte del método histórico-dialéctico y el método psicogenético de Jean Piaget, junto a la semiótica de Charles Sanders Peirce, una visión ampliada de lo que se conoce como “salud” y elementos fundamentales para entender la reproducción social para comprender los procesos sociales, políticos, económicos, culturales y ambientales (Almeida-Filho, 2006; Samaja, 2004).

Pedro Luis Castellanos también fue fundamental para el entendimiento de la reproducción social, para el autor, esta se extiende a los elementos ecológicos, políticos y económicos, extrapolando el biologicismo (Medeiros et al., 2022). Esto puede tener implicaciones teórico-metodológicas para el entendimiento de los procesos de salud enfermedad y constituye una base teórica para el modelo de atención de vigilancia, con su perspectiva de la epidemiología crítica (Teixeira & Solla, 2006). Otros pensadores situados desde esta epidemiología crítica se encuentran Jaime Breilh (Breilh, 2013), Naomar de Almeida Filho (Paim & Almeida Filho, 2023) y José Ricardo Ayres.

Una de las contribuciones fundamentales para las ciencias sociales en salud fue Juan César García. Sus principales contribuciones están relacionadas con la educación médica, la formación de profesionales de salud, el papel de la ciencia y tecnología y los movimientos sociales en salud. Sus aportes teóricos-metodológicos permitieron develar la influencia hegemónica el padrón de práctica en la formación médica, considerando el contexto histórico-social de la formación (Nunes, 2013). Por lo tanto, encontró una relación íntima entre el proceso de trabajo, los modelos de atención a la salud y la formación médica (Cardoso de Matos Pinto et al., 2023).

Bibeu (1992) discute sobre los dispositivos patogénicos estructurales, entendiendo que, desde el proceso colonial, la historia fue modelada para la profundización de las desigualdades y de la violencia. Desde la perspectiva latinoamericana, Paul Hersch (2013, 2020) utiliza el referencial teórico de la colonialidad para el entendimiento de los procesos de (des)atención de la salud-enfermedad que influencia en la permanencia de mecanismos formales de prácticas que desconsideran las causas estructurales de la enfermedad, como reflejo de la dominación histórica del saber y del poder.

Corpus de teorías sociológicas y la salud colectiva

Para fines del presente ensayo se realizará una división de las principales ideas sociológicas como lo menciona Paulo César Alves (2020). Según el autor, los clásicos son aquellos pensadores que, situados entre 1850 y 1920, ayudaran a formar un modelo de objetividad científica predominante en los años dorados de la sociología. Por otro lado, las teorías sociológicas contemporáneas realizan una nueva revisión e interpretación abriendo las fronteras disciplinarias con reapropiaciones de otras disciplinas como la filosofía y otras ciencias sociales. La Salud Colectiva se ha valido de ambas teorías sociológicas para adensar teóricamente los estudios,

inclusive realizando aproximaciones para su operacionalización por lo cual se presentan de forma sucinta algunas de ellas.

Corpus de teorías sociológicas clásicas

El corpus de las teorías sociológicas clásicas se expresa con más fuerza en el área de políticas, planificación y gestión. De estas, solamente se explorarán dos: la contribución de Marx con fuerte influencia en las primeras formulaciones de la Salud Colectiva y Gramsci, faltando así las contribuciones de Weber.

Existe una epistemología marxista que permite ver de modo diferente los desafíos impuestos por la modernidad basada en el individualismo y en la captura de la subjetividad como forma de legitimación del poder político. Las contribuciones intelectuales del marxismo son importantes para la comprensión realista del mundo, como una situación de dominación y conflicto, así como la existencia de racionalidades instituidas y mediadoras de relaciones políticas, económicas y espacio de las luchas sociales. Igualmente, ha fundamentado movimientos por la democratización del derecho a la salud y permitido una postura crítica sobre los elementos materiales y no materiales en la producción de servicios de salud. Inclusive sobre la propia definición de salud como proceso social e histórico. Asimismo, las/os investigadores también son sujetos históricos desde los cuales son realizadas lecturas de sus experiencias subjetivas, rompiendo con la falsa objetividad de la ciencia tradicional. El entramado teórico utilizado en dichas propuestas presenta el marxismo no para ver cosas diferentes, sino como posibilidad de ver de modo diferente (Bottomore, 2001; Collins, 2009; Godelier, 1989; Kallscheuer, 1989).

Otro punto importante para el estudio en Salud Colectiva es la relación entre el Estado y las organizaciones de la sociedad civil, toda vez las políticas de promoción de la salud exigen participación social y articulación intersectorial. Para esto, algunas autoras/es han utilizado el concepto de Estado, más allá del gobierno administrativo proveniente de Gramsci. La noción de Estado

ampliado es la suma de la sociedad política más la sociedad civil (Teixeira, 2010). Las categorías teóricas em Gramsci han auxiliado estudios sobre la participación popular (Silva & Teixeira, 2014) entre otros estudios de análisis política en salud (Federico, 2013).

Corpus de teorías sociológicas contemporáneas

Un referencial teórico con potencial de profundizar y develar estructuras ocultas o, por lo menos, no visibles es la sociología reflexiva de Pierre Bourdieu. Algunos de los conceptos centrales utilizados en el estudio sociohistórico de las políticas son espacio social, campo, *habitus*, *illusio* y agentes. La posibilidad de estudiar la sociogénesis de las políticas públicas tiene que ver con la posibilidad de comprender las causas y lógicas de su constitución. Esto no solamente con fines teóricos, sino para auxiliar la práctica en la medida que se evitan problemas éticos y operacionales, al no desperdiciar recursos y tiempo en inventar el “agua azucarada” para su implementación. Además, el análisis histórico permite el diseño de escenarios futuros (Vieira-da-Silva et al., 2016).

En las ciencias sociales y salud, la etnometodología de Harold Garfinkel ha mostrado potencial para el estudio de diversos objetos de la Salud Colectiva. Por ejemplo, este referencial auxilia el análisis de la investigación cualitativa y es útil para direccionar los elementos operativos de la investigación al tomar como punto de partida el “hacer hablar”, entendiendo que durante este proceso es que se verbalizan la realidad social, ya que toda acción es consciente (Carvalho et al., 2023). Para Alain Coulon, uno de los principales exponentes de la etnometodología, destaca como atributo principal de la metodología, la posibilidad de establecer una relación entre los niveles micro y macro en el análisis sociológico, contrario a las teorías clásicas (Sposito et al., 2017).

En el área de políticas, planificación y gestión en salud, diversos autores se inspiraron para realizar modificaciones a los modelos de atención vigentes para garantizar el carácter integral de la atención a la salud con fuerte densidad teórica. Teixeira

(2003), realizó la identificación de los modelos y movimientos ideológicos según su fundamento filosófico conceptual identificando las contribuciones de autores como Félix Guattari y Cornelius Castoriadis. Así como, el estudio del cuidado y su dimensión ética mediante los aportes de Heidegger, Habermas y Ricoeur.

Para la Salud Colectiva pensar teoría y praxis ha sido fundamental. Por ejemplo, en el contexto de la reforma sanitaria brasileira, ha sido motivo de constante reflexión la constitución permanente del sujeto, así como la necesidad de radicalizar la democracia. Para esto los estudios de Mouffe (2015) han sido importantes sobre la democracia radical y la necesidad de la formulación de políticas realmente públicas y no Estatales.

Por su parte, los abordajes fenomenológicos sobre el proceso salud-enfermedad-cuidado han tomado un gran auge en la producción del conocimiento en Salud Colectiva y las ciencias sociales en salud, en general. Basado en las obras de Husserl en 1936 y las contribuciones subsecuentes de Heidegger y Schutz en 1960-1970, los abordajes fenomenológicos se interesan por la experiencia de enfermar y los significados atribuidos a estas experiencias (Alves, 2006). Como parte de las llamadas nuevas sociologías, la fenomenología parte del presupuesto que las actitudes y las acciones de las personas adquieren significados según los contextos en los cuales suceden. De esta forma, el mundo de las actividades humanas o el “mundo de la vida” es el que interesa para descubrir los significados de las acciones (Alves, 2006).

El punto central de los estudios fenomenológicos es la “experiencia”, entendida como la forma que los sujetos vivencian su mundo, o la forma en la que la persona es en el mundo. Los estudios fenomenológicos sobre la salud y la enfermedad privilegian las acciones y los hechos, más que las ideas y los razonamientos por detrás de las acciones. Para la fenomenología, lo expresado no existe de forma separada de la acción de expresar. La encarnación o el *embodiment* es precisamente otro de los presupuestos teóricos de la fenomenología. Por tanto, el cuerpo

acaba siendo uno de los elementos básicos de este tipo de estudios, pues el cuerpo se vuelve el mecanismo de intermediación de las acciones y las experiencias. Finalmente, para la fenomenología la sociedad no es la suma de subjetividades o un objeto predeterminado en el que se insertan subjetividades, por el contrario, la sociedad adquiere un carácter relacional en la fenomenología (Alves, 2006).

Una de las principales influencias de pensadoras/es en Salud Colectiva de América Latina fue la epistemología histórica de Georges Canguilhem y su obra *Lo normal y lo patológico*. Ayres (2016) sistematiza las contribuciones de este autor en dos vertientes: primero, en la comprensión de la génesis y los fundamentos epistemológicos de la epidemiología y segundo, la visión crítica al uso instrumental y tecnista de las prácticas de atención a la salud.

Finalmente, uno de los menos estudiados pero que, consideramos puede tener una contribución importante es el concepto de “Gran Salud” en Friedrich Nietzsche (Fink, 1976). De hecho, la enfermedad que diagnostica Nietzsche y a cuya superación dedica su obra es, como efecto, una enfermedad histórica, cultural, civilizacional, "supraindividual", por lo que la terapia también tendrá que ser, en caso de que sea posible, un proceso que necesariamente implicará un cambio social, cultural y civilizatorio profundo y radical (Faustino, 2017, p. 24). A pesar, de ser fundamentalmente individualista, su postura para la salud abre para un estudio de las prácticas desde una perspectiva totalizadora, que valdrá la pena ser mejor explorada.

Corpus de teorías (re)emergentes para narrativas otras

El cuerpo ha sido un lugar privilegiado en los estudios de la Salud Colectiva Latinoamericana. Sea desde una perspectiva constructivista-materialista del cuerpo como la dimensión física de la experiencia vivida, sea desde perspectivas fenomenológicas enfocadas en las experiencias de vida y el acuerpamiento de esas

experiencias. Sin embargo, los últimos años han visto el surgimiento de nuevas teorías, y la reemergencia de teorías formuladas en la última mitad del siglo pasado, que potencian el estudio de las experiencias corporales del proceso de determinación social de la salud-enfermedad-cuidado. Estas teorías, proponemos, son capaces de sustentar narrativas *otras* a los discursos institucionalizados sobre la salud y la Salud Colectiva. Colocando en tensión nuestros presupuestos sobre las experiencias de salud en contextos racializados y situados en la intersección de los sistemas de género, colonialidad, raza/etnia/color, clase social, nacionalidad, capacitismo y etarismo, por mencionar algunos.

Decolonialidad y Colonialidad del Género

En un primer corpus teórico, situamos los aportes de la Decolonialidad y la Colonialidad del Género. En un primer ejercicio, Aníbal Quijano ha discurrido sobre la configuración del pensamiento colonial y la configuración de una nueva subjetividad a partir de la necesidad del colonizador de demarcar una diferencia jerárquica para poder comprender y validar su existencia en el encuentro con sociedades *otras* (Quijano, 1999). De esta forma, dice Quijano (2011), el colonizador crea la categoría raza para distinguir su humanidad de la no-humanidad de las sociedades de Abya Yala. Esta distancia marcada entre lo humano y lo no-humano, problematizan Meneses y Bidaseca, ha servido de sustento para el pensamiento abismal. Denotando el carácter científico a los métodos y las técnicas propias de occidente y un carácter precientífico o no-científico a toda forma de conocimiento del Sur global (Meneses & Bidaseca, 2018).

Por su parte, pensadoras feministas como Maria Lugones, Oyèrónké Oyěwùmí, Rita Segato y Karina Ochoa Muñoz han remarcado que, además de la categoría raza creada por el colonizador durante el siglo XVI, también la categoría Género ha sido creada para imprimir una materialidad significativa al cuerpo racializado, que sirva de jerarquía para la organización de la

sociedad colonizada (Lugones, 2008; Muñoz, 2014; Oyěwùmí, 2017; Segato, 2010). Desde perspectivas distintas, a veces disonantes, estas pensadoras han propuesto que la categoría género ha sido impuesta de una forma colonial a los cuerpos racializados, introduciendo marcas de género propias de occidente en un contexto, para algunas, carente de dichas marcas; para otras, con sus marcas culturales propias de género.

Los aportes de la Decolonialidad y la Colonialidad del Género han propiciado importantes reflexiones en la Salud Colectiva Latinoamericana. Señalando la colonialidad en el pensamiento biomédico, la colonialidad del Género en las representaciones del cuerpo sexuado y deseante racializado, y problematizando la intersección de raza y género en la determinación social del proceso salud-enfermedad-cuidado (Gonzaga & Mayorga, 2019; Júnior & Carvalho, 2022; Sevalho, 2022). Otro encuentro poderoso ha surgido entre los estudios sobre discapacidad y el pensamiento Decolonial y la Colonialidad del Género, permitiendo analizar que las expectativas capacitistas de los cuerpos guardan una íntima relación con la imposición de una lectura colonial de los cuerpos racializados (Morán & Tiseyra, 2019).

Nuevos paradigmas de investigación y producción del conocimiento

Las críticas decoloniales al pensamiento sanitario han motivado a recurrir a marcos teórico-metodológicos con la capacidad de descolonizar la investigación en salud. Como ejemplo, podemos mencionar los aportes del Centro de Estudios Sociales de Coimbra y el Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales para el desarrollo de metodologías basadas en las Epistemologías del Sur. Partiendo del principio de la justicia cognitiva, las Epistemologías del Sur contestan las visiones hegemónicas globales que descalifican saberes y epistemes no occidentales. Esta contestación se materializa en la Ecología de Saberes, reconociendo que ningún saber sostiene el estatuto único de validez, siendo todos los saberes incompletos, y siendo todos

los saberes escuchados de forma profunda para posibilitar un pensamiento post-abismal (Meneses & Bidaseca, 2018).

Por otro lado, los aportes teóricos de Edgar Morin, Jean Piaget y Eric Jantsch han ido reclamando un espacio importante en el pensamiento de la Salud Colectiva Latinoamericana. La transdisciplinariedad ha ido ganando un espacio importante en la producción del conocimiento sanitario, con publicaciones dedicadas a reflexionar sobre su aplicación en la Salud Colectiva (Almeida-Filho, 2006; Esser Días, 2005; Libreros Piñeros, 2012), y algunos estudios ya realizados que permiten ver su inmenso potencial para repensar los presupuestos dados por la ciencia moderna y abrir el espacio para narrativas *otras* en este espacio de conocimiento sanitario (Berger-González et al., 2015).

La transdisciplinariedad comprende lo que está *entre* las disciplinas, *a través* de varias disciplinas y *más allá* de las disciplinas (Nicolescu, 1996). Dicho de otra forma, reconoce que las disciplinas tienen un espacio de aplicación restringido, existiendo espacios entre las disciplinas, a través y más allá de ellas que incluye otras formas de conocer y comprender la Realidad en sus múltiples planos. La transdisciplinariedad postula que las disciplinas son capaces únicamente de conocer fragmentos de un único plano de la Realidad, por lo que la transdisciplinariedad se nutre del pensamiento disciplinar y se expande a otros planos de conocimiento para poder explicar otros planos de la Realidad (Nicolescu, 1996). Así, se van tejiendo posibilidades de diálogos con voces tradicionalmente dejadas de lado por el pensamiento disciplinar y la ciencia moderna.

Existe, además, un cuerpo teórico-metodológico que reemerge desde las voces que han habitado los márgenes de la ciencia occidental. Desde una perspectiva decolonial, y aspirando a la emancipación de las perspectivas coloniales sobre la ciencia, las metodologías indígenas de investigación y los métodos poscoloniales representan también un nuevo paradigma en la investigación y la producción de conocimiento. Bagele Chilisa, en su obra sobre los métodos de investigación indígena postula la

necesidad de situar nuestra perspectiva desde los márgenes del imperialismo y el colonialismo para poder superar las formas occidentales de estudiar y explicar la realidad en los contextos racializados (Chilisa, 2020).

Para tal fin, Chilisa inspirada en autoras como Linda Smith y Poka Laenui propone una serie de estrategias para decolonizar la investigación. Entre estas, podemos mencionar la deconstrucción y reconstrucción de nuestros presupuestos y las formulaciones previas realizadas sobre nuestros contextos locales desde perspectivas coloniales, para reconstruirles a partir de nuestras propias experiencias corporales. Asimismo, el principio de la autodeterminación y la justicia social aparecen como clave para este proceso, toda vez que suponen afirmar las formas propias de hacer-saber y saber-hacer. De la mano de lo anterior, la legislación sobre los cuidados éticos para la protección del conocimiento científico indígena aparece como una imperativa para Chilisa. Finalmente, el uso del lenguaje propio de las comunidades y pueblos indígenas representa una última estrategia para la decolonización de los métodos de investigación (Chilisa, 2020). La aplicación de estas estrategias y el uso de los métodos de investigación indígenas representan una gran oportunidad para fortalecer el pensamiento de la Salud Colectiva Latinoamericana, sobre todo con el creciente interés por la Salud Indígena (Rocha-Buelvas, 2017).

Feminismos e interseccionalidad

Los feminismos han tenido una fuerte influencia en la configuración del pensamiento de la Salud Colectiva Latinoamericana. Tanto las perspectivas de género y salud, como la incorporación del marco de la interseccionalidad han contribuido a enriquecer el pensamiento sanitario, incorporando la categoría género en el análisis del proceso de determinación social de la salud-enfermedad-cuidado (Couto, 2019). Con el tiempo, las perspectivas feministas han ido ganando un lugar importante en la

producción teórica en Salud Colectiva, con plurales posicionamientos feministas. Quizás la formulación feminista que mayor atención ha recibido ha sido el análisis interseccional elaborado por Kimberlé Crenshaw (1994) y previamente conceptualizado por las feministas de color del Colectivo del Río Combahee en Estados Unidos.

La perspectiva interseccional ha sido llevada a la Salud Colectiva Latinoamericana para pensar los entrecruces complejos de raza, género, etnicidad y orientación sexual, y la influencia del encuentro de estos marcadores sociales en el proceso de determinación social de la salud-enfermedad-cuidado. De esta forma, se han desarrollado inúmeros estudios con este abordaje, para reflexionar sobre cómo las desigualdades sociales y en salud son consecuencia de la interseccionalidad que habitan los cuerpos. Además de evidenciar las experiencias en salud de estos cuerpos situados en la intersección de género, raza, clase social y etnicidad.

Fiel a la tradición feminista del “no existe movimiento sin teoría, ni teoría sin movimiento” la formulación de teorías en la Salud Colectiva Latinoamericana se ha visto también influenciada por los movimientos feministas y LGBTQIA+. Lucila Szwarc y colaboradoras (2022) afirman que los movimientos sociales feministas han conseguido impactar no solo en las agendas políticas de salud en la Argentina, sino también en la producción teórica y científica sobre la salud. La influencia de los feminismos ha propiciado levantar cuestionamientos sobre la ceguera de género en los estudios clásicos sobre salud, además de permitir pensar en *otras saludes* definidas por las mujeres, en su pluralidad (Fernández et al., 2020; Szwarc et al., 2022).

Consideraciones finales

Revisitar las teorías ovulares de la Salud Colectiva Latinoamericana permite a las y los investigadores, teóricas y teóricos de este campo densificar las producciones de conocimiento con las teorías y metodologías que delinearón este espacio. Por su

parte, las nuevas teorías que han sido incorporadas, en cierta medida, en este campo nos proveen la posibilidad de continuar madurando el pensamiento en la Salud Colectiva Latinoamericana, incorporando las perspectivas de quienes habitamos en la intersección de múltiples categorías sociales y encarnamos los márgenes de la ciencia occidental. Los nuevos paradigmas y la influencia de los movimientos sociales en la producción de conocimiento en esta área tienen el potencial de continuar con la transformación de la realidad sanitaria en los territorios de las Américas Latinas. Mientras continúa trabajándose por la radicalización democrática y la garantía del derecho a la salud. Sobre todo, en los contextos posmodernos y neocoloniales globalizados del siglo XXI que vivimos. Este texto posee limitaciones al no ser exhaustivo en las diferentes teorías posibles para el análisis de los objetos de la Salud Colectiva.

Bibliografía

Aleluia, Í. R. S., Medina, M. G., Vilasbôas, A. L. Q., & Viana, A. L. D. Á. (2022, 2022-05-01). Gestão do SUS em regiões interestaduais de saúde: análise da capacidade de governo. *Ciência & Saúde Coletiva*, 27(5), 1883-1894. <https://doi.org/10.1590/1413-81232022275.10392021>

Aleluia, Í. R. S., Vilasbôas, A. L. Q., Pereira, G. E., Nunes, F. G. d. S., Pereira, R. A. G., Nunes, C. A., & Prado, N. M. d. B. L. (2023). Gestão estadual da atenção primária à saúde em resposta à COVID-19 na Bahia, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 28.

Almeida-Filho, N. (2006). Complejidad y transdisciplinariedad en el campo de la Salud Colectiva: evaluación de conceptos y aplicaciones. *Salud colectiva*, 2(2), 123-146.

<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=73120203> (IN FILE)

Alves, P. C. (2006). A fenomenologia e as abordagens sistêmicas nos estudos sócio-antropológicos da doença: breve revisão crítica. *Cadernos de Saúde Pública*, 22(8), 1547-1554.

https://www.scielo.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/csp/v22n8/03.pdf

Alves, P. C. (2020). Clássicos/contemporâneos: A relação entre a teoria sociológica clássica e a contemporânea. In R. d. C. Fazzi & J. A. Lima (Eds.), *Campos das ciências sociais* (pp. 124-142). Vozes.

Arzuaga, M. A., Correa, A. H., & Florez-Torres, I. E. (2015, 2015-06-15). Production of Knowledge in the Master's Program in Collective Health of the Faculty of Nursing at Universidad de Antioquia, 1996-2013. *Investigación y Educación en Enfermería*, 33(2). <https://doi.org/10.17533/udea.iee.v33n2a03>

Ayres, J. R. d. C. M. (2015). Ricardo Bruno: história, processos sociais e práticas de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 20, 905-912.

<https://doi.org/https://doi.org/10.1590/1413-81232015203.00112015>

Ayres, J. R. d. C. M. (2016). Georges Canguilhem e a construção do campo da Saúde Coletiva brasileira. *Intelligere*, 2(1), 139-155.

Berger-González, M., Stauffacher, M., Zinsstag, J., Edwards, P., & Krütli, P. (2015). Transdisciplinary Research on Cancer-Healing Systems Between Biomedicine and the Maya of Guatemala: A Tool for Reciprocal Reflexivity in a Multi-Epistemological Setting. *Qualitative Health Research*, 26(1), 77-91.

<https://doi.org/https://doi.org/10.1177/1049732315617478>

Bibeau, G. (1992). ¿Hay una enfermedad en Las Américas? In C. Pinzón, R. Suárez, & G. Garay (Eds.), *Cultura y salud en la construcción de las Américas. Reflexiones sobre el sujeto social* (pp. 41-69). Instituto Colombiano de Cultura.

Bottomore, T. (2001). *Dicionário do pensamento marxista* (W. Dutra, Trans.; L. Harris, V. G. Kiernan, & R. Miliband, Eds. 1 ed.). Zahira. (A dictionary of marxist thought)

Breilh, J. (2013). La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (Salud Colectiva). *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 31, 13-27. http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-386X2013000400002&nrm=iso

Camargo Jr, K. R. d. (2015). Planejamento em Saúde: entre a reflexão e o ato. In T. W. Baptista, C. d. S. Azevedo, & C. V.

Machado (Eds.), *Políticas, Planejamento e Gestão em Saúde* (1 ed., pp. 11-14). Editora Fiocruz. (Reprinted from 2019)

Camargo Jr, K. R. D., Coeli, C. M., Caetano, R., & Maia, V. R. (2010, 2010-06-01). Produção intelectual em saúde coletiva: epistemologia e evidências de diferentes tradições. *Revista De Saude Pública*, 44(3), 394-398. <https://doi.org/10.1590/s0034-89102010005000008>

Cardoso de Matos Pinto, I., Soares, C. L. M., Santos, L., Belisário, S. A., & Nunes Matos, T. C. (2023). De recursos humanos a trabalho e educação na saúde: o estado da arte no campo da saúde coletiva. In J. Paim & N. d. Almeida Filho (Eds.), *Saúde Coletiva; Teoria e Prática*. MedBook.

Carvalho, E. L., Castellanos, M. E. P., Teixeira, A. M. F., Lima, M. A. G. D., & Coulon, A. L. L. (2023, 2023-05-01). Trabalhadores de apoio de um hospital de referência na Bahia, Brasil, no enfrentamento da COVID-19: essenciais e invisíveis. *Ciência & Saúde Coletiva*, 28(5), 1355-1364. <https://doi.org/10.1590/1413-81232023285.10972022>

Chilisa, B. (2020). *Indigenous Research Methodologies* (2nd ed.). Sage.

Collins, R. (2009). A tradição do conflito. In *Quatro tradições sociológicas* (pp. 49-72). Vozes.

Couto, M. T., Oliveira, E. d., Separavich, M. A. A., & Luiz, O. d. C. (2019). La perspectiva feminista de la interseccionalidad en el campo de la salud pública: revisión narrativa de las producciones teórico-metodológicas. *Salud Colectiva*, 15(e1994). <https://doi.org/https://doi.org/10.18294/sc.2019.1994>

Crenshaw, K. W. (1994). Mapping the Margins: Intersectionality, Identity Politics, and Violence Against Women of Color. In Routledge (Ed.), *The Public Nature of Private Violence* (1st ed., pp. 26).

Donnangelo, M. C. F., & Pereira, L. (1979). Medicina e Estrutura Social. In *Saúde e Sociedade* (2 ed., pp. 11-14). Duas Cidades.

Esperidião, M. A. (2018). Análise política em saúde: síntese das abordagens teórico-metodológicas. *Saúde em Debate*, 42(spe2), 341-360. <https://doi.org/10.1590/0103-11042018s224>

- Esser Días, J. (2005). La transdisciplinariedad compleja como referente teórico para el abordaje del proceso-salud-enfermedad. *Investigación en Salud*, 7(1), 24-27.
<https://www.medigraphic.com/pdfs/invsal/isg-2005/isg051e.pdf>
- Faustino, M. (2017). A 'grande libertação' e a doutrina nietzschiana da saúde: A 'grande saúde' nos prefácios a Humano, Demasiado Humano. *Estudos Nietzsche*, 8(2), 20-39.
- Federico, L. (2013). *Contribuciones para la comprensión y crítica del pensamiento estratégico en salud* [Tesis, Universidade Federal da Bahia]. Salvador.
- Fernández, C., Pascualidades, L. N., & Turconi, J. (2020). Salud colectiva, decolonialidad y feminismo(s). Apuestas desde el diálogo de saberes entre mujeres. *ConCienciaSocial*, 4(7), 262-278.
<https://revistas.unc.edu.ar/index.php/ConCienciaSocial/article/view/30762>
- Figueroa, C. O., & Tecú, E. (2021). Perspectivas sobre la producción científica en Políticas, Planificación y Gestión en Guatemala. In R. Missias-Moreira & C. C. Mesquita (Eds.), *International Handbook for the Advancement of Public Health Policies: Health Policy, Planning and Management* (1 ed., Vol. 1, pp. 284-304). Publicações ESS.
- Fink, E. (1976). *A filosofia de Nietzsche* (J. L. D. Peixoto, Trans.). Editorial Presença. (NIETZSCHES PHILOSOPHIE)
- Fleury, S. (2018). Revisitar a teoria e a utopia da reforma sanitária In S. Fleury (Ed.), *Teoria da reforma sanitária: diálogos críticos* (pp. 31-85). Editora Fiocruz.
- Furtado, J. P., & Vieira-Da-Silva, L. M. (2014, 2014-12-01). A avaliação de programas e serviços de saúde no Brasil enquanto espaço de saberes e práticas. *Cadernos de Saúde Pública*, 30(12), 2643-2655. <https://doi.org/10.1590/0102-311x00187113>
- Giovanella, L. (1990). Planejamento estratégico em saúde: uma discussão da abordagem de Mário Testa. *Cadernos de Saúde Pública*, 6(2), 129-153. <https://doi.org/10.1590/s0102-311x1990000200003>

Godelier, M. (1989). O marxismo e as ciências do homem. In E. J. Hobsbawm (Ed.), *História do Marxismo* (Vol. 11, pp. 359-387). Paz e Terra.

Gonzaga, P. R. B., & Mayorga, C. (2019). Violências e Instituição Maternidade: uma Reflexão Feminista Decolonial. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 39(2), 59-73.

<https://doi.org/https://doi.org/10.1590/1982-3703003225712>

Hersch-Martínez, P. (2013). Epidemiología sociocultural: una perspectiva necesaria. *Salud pública de México*, 55(5), 512-518.

Hersch-Martínez, P. (2020). *La colonialidad como dispositivo patogénico estructural: hacia una sociología de las emergencias en el campo de la salud*. Clacso.

Ianni, A. M. Z. (2021, 2021-01-01). Saúde Coletiva e historicidade do conhecimento: teoria, interdisciplinaridade e o sujeito contemporâneo. *Cadernos de Saúde Pública*, 37(12).

<https://doi.org/10.1590/0102-311x00227521>

Instituto de Salud Colectiva. (2021). *Fondo Mario Testa*.

Universidad Nacional de Lanús. Retrieved 12/08/2021 from <http://isco.unla.edu.ar/fondo-mario-testa>

Júnior, A. C. F. d. S., & Carvalho, C. A. d. (2022). Falo, feijão e fuzil: uma leitura decolonial das questões de gênero, de raça e de classe nas narrativas do barebacking sex. *Revista Eletrônica de Comunicação, Informação & Inovação em Saúde*, 16(2), 332-346.

<https://doi.org/https://doi.org/10.29397/reciis.v16i2.3156>

Kallscheuer, O. (1989). Marxismo e teorias do conhecimento. In E. J. Hobsbawm (Ed.), *Historia do Marxismo* (pp. 13-101). 1989.

Laurell, A. C. (1982). La salud-enfermedad como proceso social. *Revista latinoamericana de Salud*, 2(1), 7-25.

Libreros Piñeros, L. (2012). El proceso salud enfermedad y la transdisciplinariedad. *Revista Cubana de Salud Pública*, 38(4), 622-628. https://www.scielo.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/rcsp/v38n4/spu13412.pdf

Lugones, M. (2008). Colonialidad y Género. *Tabula Rasa*(9), 73-102. http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1794-24892008000200006&nrm=iso

- Matus, C. (1996). *Política, Planejamento e Governo* (L. S. Pinheiro, Ed. 2 ed., Vol. I). Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada.
- Matus, C. (2007). *La Teoría del Juego Social* (2 ed.). Ediciones de la Universidad de Lanús.
- Medeiros, M. S. D., Augusto, L. G. D. S., Costa, A. M., Barca, S., Santos, S. L. D., Gonçalves, I. C. D. M., Martinez-Espinosa, F. E., & Rocha, D. F. D. (2022, 2022-01-01). A Reprodução Social como perspectiva metodológica para análise contextualizada das condições de vida e de saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, 38(10). <https://doi.org/10.1590/0102-311xpt150320>
- Meneses, M. P., & Bidaseca, K. (2018). Introdução: As Epistemologias do Sul como expressão de lutas epistemológicas e ontológicas. In M. P. Meneses & K. Bidaseca (Eds.), *Epistemologías del Sur* (1era ed., pp. 468). CLACSO. <https://www.jstor.org/stable/pdf/j.ctvnp0k5d.3.pdf>
- Morán, J. A. P., & Tiseyra, M. V. (2019). Encuentro entre la perspectiva decolonial y los estudios de la discapacidad. *Revista Colombiana de Ciencias Sociales*, 10(2), 497-521. <https://doi.org/https://doi.org/10.21501/22161201.2893>
- Mouffe, C. (2015). *Sobre o Político*. Editora, WMF Martins Fontes.
- Muñoz, K. O. (2014). El debate sobre las y los amerindios: entre el discurso de la bestialización, la feminización y la racialización. *El Cotidiano*(184), 13-22. <https://www.redalyc.org/pdf/325/32530724005.pdf>
- Nicolescu, B. (1996). *La transdisciplinariedad: Manifiesto* (M. V. Gómez, Trans.; J.-P. Bertrand, Ed. 1 ed.). Multiversidad Mundo Real Edgar Morin, A.C.
- Nunes, E. D. (2008, 2008-06-01). Cecília Donnangelo: pioneira na construção teórica de um pensamento social em saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 13(3), 909-916. <https://doi.org/10.1590/s1413-81232008000300013>
- Nunes, E. D. (2013, 2013-01-01). O pensamento social em saúde na América Latina: revisitando Juan César García. 29(9), 1752-1762. <https://doi.org/10.1590/0102-311x00020613>

- Oyěwùmí, O. (2017). *La invención de las mujeres. Una perspectiva africana sobre los discursos occidentales del género* (A. Montelongo, Trans.). Virus Editorial.
- Paim, J. (2006). *Desafios para a Saúde Coletiva no Século XXI*. Edufba.
- Paim, J. (2008). *Reforma sanitária brasileira: contribuição para a compreensão e crítica* (1 ed.) [Edição de Kindle.]. Edufba, Fiocruz.
- Paim, J., & Almeida Filho, N. d. (2023). *Saúde coletiva: teoria e prática* (2 ed.). MedBook.
- Quijano, A. (1999). Colonialidad del poder, cultura y conocimiento en América Latina. *Dispositivo*, 24(51), 137-148. <https://www.jstor.org/stable/41491587>
- Quijano, A. (2011). Colonialidad del poder y clasificación social. *Contextualizaciones Latinoamericanas*, 3(5), 1-33. <http://contextlatin.cucsh.udg.mx/index.php/CL/article/view/2836/7460>
- Rivera, F. J. U., & Artmann, E. (2013). Planejamento e gestão em saúde: flexibilidade metodológica e agir comunicativo. In F. J. U. Rivera (Ed.), *Análise estratégica em saúde e gestão pela escuta* (pp. 17-35). Fiocruz. <https://doi.org/https://doi.org/10.7476/9788575413036.0002>.
- Rocha-Buelvas, A. (2017). Pueblos indígenas y Salud Colectiva: hacia una ecología de saberes. *Revista de Salud Colectiva*, 27(4), 1147-1161. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312017000400015>
- Samaja, J. (2004). *Epistemología de la salud: reproducción social, subjetividad y transdisciplina*. Lugar Editorial.
- Schraiber, L. B. (2015). Engajamento Ético-Político e Construção Teórica na Produção Científica do Conhecimento em Saúde Coletiva. In T. W. Baptista, C. d. S. Azevedo, & C. V. Machado (Eds.), *Políticas, Planejamento e Gestão em Saúde* (1 ed., pp. 33-58). Editora Fiocruz. (Reprinted from 1)
- Schraiber, L. B., & Mota, A. (2015, 2015-05-01). The social in health: trajectory and contributions of Maria Cecília Ferro Donnangelo. *Ciência & Saúde Coletiva*, 20(5), 1467-1473. <https://doi.org/10.1590/1413-81232015205.00482015>

- Segato, R. L. (2010). Los cauces profundos de la raza latinoamericana: una relectura del mestizaje. *Crítica y Emancipación*, II(3), 11-44. <https://biblioteca-repositorio.clacso.edu.ar/bitstream/CLACSO/16125/1/CyE3.pdf#page=12>
- Sevalho, G. (2022). Contribuições das críticas pós-colonial e decolonial para a contextualização do conceito de cultura na Epidemiologia. *Cadernos de Saúde Pública*, 38(6), 1-14. <https://doi.org/doi: 10.1590/0102-311XPT243421>
- Silva, T. P. C., & Teixeira, C. F. D. S. (2014, 2014-12-01). Significado político do MobilizaSUS na Bahia nos óculos de Gramsci, pela lente da reforma sanitária brasileira. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 18(suppl 2), 1283-1297. <https://doi.org/10.1590/1807-57622013.0372>
- Souza, L. E. P. F. (2014, Outubro/dezembro). Saúde pública ou saúde coletiva? *Revista Espaço para a Saúde*, 15(4), 7-21. <https://doi.org/10.22421/15177130-2014v15n4p7>
- Sposito, M. P., Bueno, B. O., & Teixeira, A. M. F. (2017, 2017-12-01). Por uma sociologia dos etnométodos para compreender o mundo da educação: contribuições de Alain Coulon. *Educação e Pesquisa*, 43(4), 1253-1268. <https://doi.org/10.1590/s1517-97022017430400201>
- Szwarc, L., Maffeo, F., & Vásquez, S. S. F. (2022). Aportes de los activismos feministas y LGBT+ en Argentina a la construcción de una salud feminista. *Revista de Historia*(23), 205-229. <https://revele.uncoma.edu.ar/index.php/historia/article/view/4521/61523>
- Teixeira, C. (2010). Enfoques teórico-metodológicos do planejamento em saúde. In C. Teixeira, A. L. Vilasboas, M. Rocha, S. Cerqueira, & W. De Jesus (Eds.), *Planejamento em saúde: conceitos, métodos e experiências* (pp. 17-32). EDUFBA.
- Teixeira, C. F. (2003). A mudança do modelo de atenção à saúde no SUS: desatando nós, criando laços. In C. F. Teixeira & J. Solla (Eds.), *Modelo de atenção à saúde: vigilância e saúde da família* (pp. 19-58). Edufba.
- Teixeira, C. F., & Solla, J. (2006). *Modelo de atenção à saúde: vigilância e saúde da família*. EDUFBA.

- Testa, M. (1971). *La Salud y el Proceso de Organización Social* [Borrador].
- Testa, M. (2020). *Pensar en Salud*. EDUNLa Cooperativa.
- Vieira-da-Silva, L. M. (2015). Gênese Sócio-Histórica da Saúde Coletiva no Brasil. In N. T. Lima, J. P. d. Santana, & C. H. A. Paiva (Eds.), *Saúde coletiva: a Abrasco em 35 anos de história* (pp. 25-48). Fiocruz. <https://doi.org/10.7476/9788575415900.0003>
- Vieira-Da-Silva, L. M. (2023, 2023-01-01). Subcampos e espaços na Saúde Coletiva: fronteiras e integração. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 27. <https://doi.org/10.1590/interface.220380>
- Vieira-Da-Silva, L. M., Chaves, S. C. L., Esperidião, M. A., Barros, S. G. D., & Souza, J. C. (2016). Análise sócio-histórica das políticas de saúde: algumas questões metodológicas da abordagem bourdieusiana. In C. F. Teixeira (Ed.), *Observatório de análise política em saúde: abordagens, objetos e investigações* (pp. 15-40). EDUFBA. <https://doi.org/10.7476/9788523220211.0002>

Agradecimientos.

Este trabajo fue apoyado por la Secretaría Nacional de Ciencia y Tecnología de Guatemala (SENACYT) y el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT), a través del Fondo Nacional de Ciencia y Tecnología (FONACYT) y el Fideicomiso Nacional de Desarrollo Científico y Tecnológico (FINDECYT). Subvención N° FINDECYT/EducaCTi 10-2023 y 13-2023.

Hacia una racionalidad compleja de la salud: una perspectiva desde agentes de servicios de salud de la ciudad de Manizales

Dora Cardona Rivas
Pedro Enrique Villasana López
Eugenia Nieto M

Introducción

El estudio orientado al Análisis Cultural de la Salud desarrollado por la Facultad de Odontología de la Universidad Autónoma de Manizales (Mimeografiado, 2000), realizado con diferentes grupos sociales, ha mostrado que las personas demandan servicios de salud a diferentes sistemas de atención y que entre estos se evidencian desacuerdos de diferente naturaleza. Ello parece responder a que si bien etimológicamente la palabra salud deriva del latín “*salus*”, (del griego: *olos*) que significa todo y hace referencia a una condición ideal total, los conceptos de salud han tenido históricamente diferentes definiciones, contextos y presupuestos que revelan las cosmovisiones dominantes en un momento y un tipo de sociedad determinado. Esto nos ha llevado a acercarnos, a través de la investigación de carácter crítico-hermenéutico con diferentes responsables de los sistemas de atención a la salud: Institucional, y terapias alternativas con el propósito de develar las perspectivas que subyacen a la atención en salud a partir de los conocimientos, creencias y prácticas que orientan su hacer en salud.

Objetivos

Objetivo general

Colaborar en la comprensión del concepto de salud que subyace a los conocimientos, creencias y prácticas de actores implicados en la atención a la salud en el municipio de Manizales.

Acerca del método

Se realizó una investigación de carácter crítico-hermenéutico, a través de la cual se identificó, sistematizó e interpretó la experiencia vital de 5 representantes de Sistemas Médicos: 03 médicos con formación académica y practicantes de la Acupuntura, la Bioenergética y otras prácticas de sanación, 01 sacerdote que practica la sanación y 01 representante de la perspectiva holística, a quienes les fueron realizadas entrevistas en profundidad. El criterio de inclusión fue la voluntad de participar en el proceso de investigación y el consentimiento informado respectivo. Las categorías iniciales de análisis fueron los conocimientos, creencias y prácticas de cada uno de los participantes y el instrumento utilizado fue una entrevista enfocada.

Para el análisis la información obtenida entre los diferentes responsables de cada sistema en estudio fue transcrita, codificada y descrita con base en las categorías iniciales de análisis con la finalidad de identificar las representaciones acerca del concepto de salud, a partir de sus conocimientos, creencias y prácticas. Los testimonios de los participantes fueron identificados como entrevista (E) y con un número su participación individual (E1, E2...)

Para la interpretación, mediante un proceso de triangulación; se contrastaron los resultados con referentes teóricos (investigaciones anteriores) y la propia pre-comprensión del fenómeno por parte del equipo de investigación.

Resultados

Discurso acerca de los Conocimientos

Entre las prácticas de atención de salud se encuentran aquellas: a) que se restringen solamente a lo corporal, y que tienen cuya tradición histórica corresponde medicina occidental. Un profesional encargado de la atención en salud dentro del SGSS colombiano expresa:

“...parto de la identificación del motivo de consulta de los pacientes abordándolo con base en sus síntomas, seguidamente la obtención de los signos vitales y la exploración física del sistema cuya dolencia refiere el paciente. procedo a enviar análisis de sangre, radiografías u otros procedimientos que me permiten la visualización de órganos. Usualmente le digo al paciente que con tales procedimientos sabremos qué tipo de tratamiento ordenar y...Que cuando tenga los reportes se presente nuevamente a consulta; para aliviar los síntomas que presenta la persona formulo algunos medicamentos...” [E1]

Cabe mencionar que los medicamentos utilizados son los autorizados para la atención médica en el país, que son en su mayoría químicos.

Un profesional que practica la acupuntura para calmar el dolor señala:

“cuando se punza un sitio del cuerpo usted estimula terminaciones libres para el dolor donde sea (excepto uñas y pelo) ... en cualquier parte usted estimula y encuentra terminaciones a nivel de la sustancia gris periventricular, las diversas láminas del rexel del asta anterior de la médula espinal activan el sistema reticular que alertan... para que se produzcan sustancias antinocioceptivas...ésta es una forma indirecta de demostrar que el sistema opiáceo endógeno ayuda a mitigar el dolor”. [E2]

La acupuntura, según su concepto, tiene una acción fisiológica directa. En los casos que ha fallado, lo cual ha ocurrido en pacientes de edad avanzada, lo atribuye al deterioro de lo que él llama los sistemas homeostáticos del cuerpo humano.

Discurso acerca de las creencias

Los sacerdotes sanadores entienden la salud reconociendo gran preponderancia en lo espiritual y lo psíquico, y expresan:

“La salud es vista en dos dimensiones la física y la espiritual...Muchas personas ...viven enfermas porque quizás en su vida interior están enfermas.... Por ejemplo, una persona no perdona a otra y maneja resentimientos y amarguras, el cuerpo mismo asume una actitud y el cuerpo mismo se enferma...” [E3].

Una idea de la integralidad de la salud humana es revelada por al expresar:

“la salud incluye todas las esferas del ser humano, lo filosófico, lo emocional, lo espiritual lo que la personas piensan, los mitos que uno trae, las creencias, todas sus tristezas y alegrías, sus esperanzas y desesperanzas..... Uno... no puede como sacar la vida por un lado y el proceso salud-enfermedad por otro... Una persona está saludable, si se reconoce como individuo, que se reconoce en la sociedad en que vive, aporta, le aporta al universo... nadie puede decir que es saludable sólo ni que puede generar salud sólo, si no se entiende como parte de un conjunto” [E4]

La salud no es algo externo a las personas,

“la salud, la entiendo como una serie de condiciones que hacen que el ser humano alcance el bienestar. Tales condiciones ...implican las interacciones con el medio ambiente, la cultura... Yo trabajo sobre lo

físico, lo emocional y lo mental.....la interacción armónica entre los tres... es necesario para que las personas se sientan bien” [E5]

Discurso acerca de las prácticas

Un profesional practicante de las terapias alternativas nos ubica en otro ambiente de atención a quien acude en busca de la solución de alguna dolencia. Aquí lo que se pone en evidencia es la comunicación como centro de la relación terapéutica. Dice:

“lo primero es la creación de un ambiente de confianza e igualdad entre el terapeuta y el consultante a través de la eliminación de barreras comunicativas (como el escritorio) y que se promueva la apertura de canales de comunicación abiertos, transparentes y con la profundidad necesaria para poder lograr un acercamiento a la dolencia física desde los elementos centrales de la medicina china (por ejemplo) y sus correlatos emocionales. [E4]

A través de una relación en la que terapeuta y paciente se acercan a una perspectiva de salud integrada contribuye a develar como: *“la concentración de los efectos de las emociones “negativas” se refleja en órganos y sistemas llevando a desarrollar afecciones orgánicas; estas podrían dominarse en la medida que se ejerza el dominio y control de tales emocionalidades”. [E4]*

Los sacerdotes sanadores dicen: *utilizamos como mediadores de sanación la oración y la imposición de manos. A través de estas prácticas las personas recuperan la salud la cual incluye los factores psíquicos... Existe un elemento que prima en los procesos de sanación, la fé.*

“Dios trabaja en equipo conmigo, yo creo que Dios me usa para sanar a las personas. Cuando yo oro por una persona enferma yo tengo fé en que esa persona va a ser sanada...pero aquí está la otra parte, ...la persona debe tener fé para recibir la sanidad” [E3].

Discusión

Como se lee en los párrafos previos, ninguna de las concepciones que subyacen a las distintas prácticas médicas, excepto la institucional, pretende por sí misma dar cuenta de la salud; para todos se trata de un sistema de relaciones que nos permite promover una perspectiva sistémica de la salud en la cual cobran vida los principios: hologramático, dialógico y recursivo del pensamiento complejo de Morin.

Iniciamos señalando que los conceptos básicos, el lenguaje científico, el modo de pensar (racional, analítico, lineal y reduccionista de la tradición positiva) del modelo hegemónico de salud, son inadecuados para comprender la vida y en ella la salud. A la ruta de atención a la salud realizada a nivel institucional precede el principio de simplicidad en la que la experiencia está constituida por aquellos aspectos que pueden someterse a experimentación y medición que aceptan leyes simples. mecánicas que siguen una linealidad causa efecto. En esta ruta: *“procedo a enviar análisis de sangre, radiografías u otros procedimientos que me permiten la visualización de órganos. Usualmente le digo al paciente que con tales procedimientos sabremos qué tipo de tratamiento ordenar [E3];* así el cuerpo separado de la psiquis, de la emocionalidad, del conocimiento, de los otros. El ambiente propiciado por la especialización médica por órganos y sistemas que explican la vida humana ha llevado a que la atención a la salud sea fragmentada, basada en evidencias de orden tecnológico profundizando cada vez más la desintegración del cuerpo biológico y la mirada desagregada y parcial de la salud humana. Las propiedades integrales que constituyen la salud humana son destruidas cuando el sistema de salud la descompone, física o teóricamente, en elementos aislados. Este modelo pretende definir lo normal y lo patológico a partir de promedios y desviaciones en torno a diferentes parámetros biológicos favoreciendo así ampliación de mercados mediante la generación de nuevos medicamento para nuevas enfermedades (González, 2011).Y más profundamente, al

separar el fenómeno salud-enfermedad de la realidad, elimina las determinaciones históricas que le confieren sus características únicas: vida y humanidad cuya defensa constituye la función social de las personas a su cuidado (Testa 1990).

La finalidad fue y es establecerse en el imaginario científico, social, político y cultural como la única forma universal de desarrollar la verdad de los conocimientos científicos relativos a la salud, así como de las humanidades invisibilizando a las culturas no occidentales y con ellas su forma específica de racionalidad cultural e histórica; descalificando así mismo cualquier alusión al conocimiento de esa otredad. En contraposición a ello, el énfasis sobre las partes producto de la modernidad y de la explosión del conocimiento: mecanicista, atomista y reduccionista ha venido siendo reemplazado por un enfoque sistémico que postula “un todo complejo de partes interrelacionadas e interdependientes en lugar de entidades separadas” (Cummings, 1980). Reconsiderar el enfoque de los sistemas biológicos complejos permite integrar en la visión salud-enfermedad los aspectos psicológicos, culturales, ambientales y sociales; los seres vivos conforman subsistemas que a su vez hacen parte de un sistema superior que incluye el entorno.

Al cambio de perspectiva contribuyen las críticas al modelo hegemónico, propio del sistema de atención institucional, que incluyen: a) la mercantilización, al constante incremento del costo de atención de la enfermedad y, más recientemente, del costo de la salud; b) la pérdida de eficacia biomédica respecto de ciertos procesos de salud-enfermedad-atención-prevención que, en gran medida, tienen que ver con el desarrollo de una medicina cada vez más desigual; c) la tendencia a focalizar los objetivos y los recursos del sector salud en los niveles secundario con una constante tendencia a la especialización que impide la puesta en marcha de alternativas de promoción-prevención en la salud (Meléndez, 2020). Su resultado, la medicalización, tiene que ver con una ampliación ideológica, técnica y normativa del modelo médico hegemónico de cada vez mayores áreas de atención, dejando en un

plano secundario el tema de las relaciones que subyacen entre los órganos y sistemas en el proceso de la vida.

Y es que hoy no podríamos hablar del hombre y de la salud al margen de la discusión actual, que intenta superar la compartimentalización que de la vida humana ha hecho la ciencia, en la medida que, a mayores niveles de profundización en los objetos de estudio de las disciplinas, mayor fragmentación de lo humano, mayor conocimiento de las partes y menor comprensión sobre el todo. Significa también “una fragmentación progresiva de la unidad social primigenia entre el ser humano y la naturaleza” (Testa, 1990, p.151). Ser Humano que se constituye como tal, en sus múltiples dimensiones, en el conjunto de relaciones que establece con el Universo, con el mundo natural y social, “como totalidad en el mundo, con el mundo y para el mundo, en el cual se constituye y por el cual es constituido” (Villasana 2006, p. 86).

Por fortuna, se han comenzado a reconocer y aplicar otras perspectivas u otras metáforas que están rompiendo los límites de la perspectiva hegemónica que aportan la posibilidad de reevaluar y ampliar el horizonte de pensamiento, y las prácticas de cuidado de la salud (Najmanovich, 2023). Se trata de resquebrajar la rigidez de los procesos de pensamiento impuestos por occidente, para intentar comprender el sentido y el fondo de esas otras maneras de organizar la vida (Pérez-Ordoñez, 2021).

Y en este contexto que otros profesionales de la medicina que han enriquecido su práctica del diagnóstico y tratamiento de las alteraciones de la salud, nos revelan una comprensión más profunda del proceso salud-enfermedad a través de las relaciones sistémicas que configuran el desenvolvimiento de la vida humana. Se pone en evidencia la recuperación de los aspectos afectivos, emocionales, cognitivos, relacionales y culturales. Veamos algunas.

Para quienes se inscriben en la aplicación de la bioenergética sus expresiones revelan, la pertinencia de establecer relaciones dialógicas entre terapeuta y paciente-persona a través de una comunicación abierta y bidireccional que confiere valor a las

maneras como se expresa el dolor, el malestar, la enfermedad. Pero además se abre el horizonte de posibilidad de actuar sobre las manifestaciones físicas de enfermedad a través de terapias alternativas e impulsa la potencia de transitar hacia pensamientos y sentimientos de bienestar, en cada persona. Aquí, lograr que cada paciente ejerza la fuerza y el valor para asumir una vida sana son críticos; y en ello el terapeuta se consagra; sus postulados implican una profunda relación entre las partes y el todo. Emerge así la complejidad que radica exactamente en los entrecruzamientos entre las esferas espiritual, mental, somática (Maldonado & Sandoval, s/f)

Igualmente se reconoce que los sistemas están regulados no sólo por factores energéticos y materiales conocidos, sino también por campos invisibles de organización. Estos campos generan componentes causales de modificaciones en los patrones estructurales y comportamentales de los sistemas. El campo energético del hombre incluye componentes electrostáticos, magnéticos, electrónicos, sónicos, térmicos y visuales, cuyas mediciones coinciden con procesos fisiológicos normales. Para algunos estudiosos del tema “se puede considerar el cuerpo desde un concepto cuántico de energía que surge de la naturaleza celular atómica del cuerpo en funcionamiento y que atraviesa los tejidos y los sistemas” (Brennan 1987, p. 27). Esta perspectiva articula la biología y la física en un sistema abierto cuando los terapeutas afirman. *“la salud, la entiendo como una serie de condiciones que hacen que el ser humano alcance el bienestar...”* [E5], y el hombre es comprendido como microcosmos del universo de la perspectiva oriental de la salud. Para ellos, el cuerpo humano es un sistema indivisible formado por componentes relacionados entre sí, como una red compleja e intrínsecamente dinámica. Se trata de una concepción dinámica, como señala Najmanovich:

Las concepciones dinámicas no se detienen en el pensamiento de la corporalidad, y nos dan la oportunidad de concebir la salud como una relación del hombre con su

entorno. No es el cuerpo el que enferma sino el ser humano. Más aún, la persona humana dotada de emoción y conciencia, afectiva y capaz de conocer, imaginativa y social, inconciente y entramada, es la que enferma o sana, la que vive o muere (Najmanovich, 2023, p.10).

En esta misma dirección, en la filosofía tradicional china la relación armoniosa entre humanos, animales, plantas y el ambiente hacen parte de su comprensión de la salud por milenios (Yang & Zhou, 2023)

Un análisis de la práctica de la sanación por parte de sacerdotes consagrados a las religiones señala que la relación entre salud y religión es normal para los seres humanos. Shriver & Col señalan que los sentimientos y las ceremonias religiosas y los religiosos profesionales estarán siempre presentes cuando la gente se encuentre enferma. Estamos en presencia de un fenómeno humanístico amplio, no de un interés exótico presente esporádicamente en la historia de la humanidad (Shriver, 1980). Las prácticas de cuidado de la salud en las que subyace el aspecto moral y religioso se ha denominado medicina holística (Healing, 1978). También los ritos y ceremonias que colocan en relación a los curanderos o chamanes y los enfermos durante la atención en salud se interpretan a menudo en términos de fuerzas sobrenaturales que se canalizan a través del curandero (Capra, 1992).

La comparación entre atención institucional/alternativa nos lleva a acordar con Morin que estamos en presencia de una crisis cognitiva revelada en la incapacidad de abordar los problemas de salud desde diferentes perspectivas aun en presencia de sobreabundancia de información, por la fragmentación de las disciplinas, la hiperespecialización, la mirada objetivista y cuantitativa de la vida y la salud que rompe con la complejidad de lo real (Yanes, 2015).

Por ello, Morin nos remite a los sistemas biológico y cultural humanos. Ambos son sistemas abiertos al flujo constante de materia, energía e interacciones con el medio. Tanto en el uno como

en el otro, lo esencial no es lo estructural funcional sino los procesos y relaciones entre procesos realizados entre los componentes de cada sistema y entre los sistemas. Como ejemplo de las complejas redes de interacción existentes en los seres humanos por ejemplo entre cerebro y espíritu, se ha establecido que las depresiones psicológicas afectan negativamente al sistema inmunológico; los estados psicológicos dependen de determinados complejos neuronales como la serotonina; las enfermedades espirituales pueden convertirse en enfermedades corporales (psicosomáticas); la hipnosis puede desencadenar alteraciones fisiológicas y somáticas; la autoeducación de la voluntad puede controlar los latidos del corazón; los tabués y maldiciones pueden matar o la curar (Morin, 1980, p. 82).

Fuera del ejercicio de los sistemas de salud institucionales, los demás sistemas dispuestos para mejorar las condiciones de salud nos presentan la amplitud y profundidad de las relaciones, entre sistemas biológicos, sociales, económicos y culturales. Las interacciones sociales mediadas por terapeutas no convencionales favorecen una relación permanente entre el sistema biológico y el sistema cultural que hace que la sociedad se encuentre en permanente relación entre sus componentes y el entorno, lo cual ubica a la salud dentro de una categoría más compleja aún que es el ecosistema.

En este contexto la salud humana, es un sistema holístico, en el que cada parte contiene información sobre el todo. Según esta teoría, el cuerpo humano contiene información hologramática en cada célula, tejido y órgano que se relaciona con el cuerpo completo. Cada parte del cuerpo humano no sólo funciona como un sistema separado, sino que está conectado a todo el cuerpo. Por lo tanto, las enfermedades y los trastornos no sólo afectan a una parte del cuerpo, sino que también tienen un impacto en el cuerpo como un todo. Comprender el principio hologramático alude a comprender la relación parte-todo: el todo está en la parte y la parte está en el todo. La riqueza de las organizaciones hologramáticas consiste en que cada célula u órgano es singular y original, al

mismo tiempo que contiene los caracteres generales del sistema viviente como un todo. “La idea de holograma trasciende el reduccionismo que no ve más que órganos y sistemas, y al holismo que no ve más que el todo” (Morin, 1994, p.15).

La representación del todo en la parte, ha sido documentada, también, desde diferentes representaciones de la salud y de la enfermedad. En el campo de la iridología, el mapa topográfico del iris, dividido y estructurado en zonas bien delimitados, se representan cada uno de los sistemas orgánicos del cuerpo [Sagrera, 1991]. Esta representación, permite que, de una manera global, a través del estudio del iris se puede visualizar el estado general de una persona.

Reconocer el principio hologramático promueve enfoques terapéuticos más integrativos y más eficaces para la prevención y el tratamiento de enfermedades, tal como señalan quienes practican la sanación o los bioenergéticos para quienes la salud humana es un fenómeno complejo y multifacético que no puede ser entendido o abordado completamente desde una sola perspectiva y cuyo conocimiento requiere, además, la aplicación práctica del principio dialógico en la salud humana que consiste en fomentar un diálogo abierto y respetuoso entre los pacientes y los profesionales de la salud para que puedan trabajar juntos para entender mejor los problemas de salud, identificar los factores subyacentes que contribuyen a las enfermedades y desarrollar soluciones.

Simultáneamente a lo hologramático del hombre como ser biológico y cultural todos sus constituyentes se remiten y coproducen mutuamente; se trata de la recursividad. Todas las dimensiones del comportamiento humano, afectivas, intelectuales, espirituales y culturales son producto de la evolución biológica; pero la cultura da lugar a características originales que retro actúan sobre el ser biológico. “Todo lo que es biológico en el hombre está al mismo tiempo embebido, enriquecido, mezclado con la cultura, y forma parte de la cultura.... Se puede decir incluso que lo más irremediamente biológico es al mismo tiempo lo más

irreductiblemente cultural” (Morin, 1990). Lo biológico se inscribe en un proceso histórico-cultural, social y abierto a la influencia de múltiples elementos en permanente relación. En la vida, la salud, como su condición necesaria y suficiente está permanentemente atravesada por las tensiones y conflictos propios de la sociedad y la cultura. Y es en esa conflictuación que el sentido de la alteración en la salud orienta la búsqueda de terapias alternativas de origen y evolución cultural en la que se entremezclan lo físico, lo mental psicológico, lo emocional y lo espiritual, en el proceso de interpretación y de tratamiento. En esas búsquedas se distancian de los saberes profesionales académicos convencionales. Cada vez más la sociedad ejerce una presión considerable sobre el sistema de salud para que superen la parcial estructura mecanicista de la atención a la salud contemporánea y desarrollen un criterio más integrado, integral y holístico de la salud.

Y es que con base en los sistemas que configuran la vida humana (sistema biológico y el sistema cultural) y su condición, la salud, las concepciones de los diferentes grupos humanos coinciden en la idea de complejidad. No se puede entender la salud en términos de elementos separados, porque en ella se incorporan la experiencia de la satisfacción de las necesidades materiales (básicas), afectivas, sociales y espirituales [Cardona, 1998]; las relaciones con el entorno natural y social que se influyen mutuamente. La experiencia más completa de salud se alcanza cuando todos los sistemas que configuran la vida están bien equilibrados e integrados. “Los sistemas están todos integrados y sus propiedades no pueden reducirse a las de unidades más pequeñas” (Capra, 1992, p. 143).

Los descubrimientos realizados sobre la complejidad y amplitud de la red psicosomática, desde principios de los años ochenta, llevan a reconocer como cada uno de los eventos que tienen lugar en el proceso de despliegue de la vida humana hacen parte de la salud humana. Los reconocimientos de los procesos implicados en la red psicosomática son sociales, culturales, psíquicos, trasciende el enfoque biologicista, y posiciona a la salud

como una construcción social y cultural que va a influir y determinar la vivencia subjetiva [Vargas, 2013] Intersubjetiva y comunal. Dicha complejidad e integralidad de la salud humana, es sentida desde diversas perspectivas; expresa Losev:

“Se dice que la gripe se origina en el resfriado. No sé. Quizás es así. Pero que el mismo resfriado resulta de un estado anímico, de una contrariedad o una desgracia – esto lo he vivido muchas veces. Usualmente, cuando comienzan a echarlo a uno del trabajo, allí mismo se resfría uno... Se dice que lo psíquico no ocupa espacio, que no tiene extensión, pero ¿cómo es posible? Yo, o cualquier otro distinguimos perfectamente el dolor sordo del dolor agudo, el cortante del punzante, el dolor de los huesos de un pinchazo, etc, etc... Usted probablemente dirá que el alma no puede caer a los talones. En lo que a mí se refiere, -ay- demasiadas veces se me ha caído el alma a los pies, como para que yo lo tomara como una metáfora o una mentira” (Losev 1998, p.72).

El cuerpo y el alma son dos aspectos de una misma realidad unitaria, que es psíquica sin dejar de ser física, y física sin dejar de ser psíquica, aunque, claro está, no siempre de manera consciente (Chiozza, 2008).

Los desarrollos evidenciados desde las prácticas de atención en salud alternativas (no convencionales) revelan, de alguna manera, la presencia de un tipo de reflexividad en tanto capacidad de los actores de comprender la realidad y pensar su acción con el fin de responder a los intereses relacionados con lo cultural e identitario de los individuos en su demanda de atención a la salud. Y si bien trascienden la racionalidad de las ciencias de corte anglosajón y europeo, mostrando múltiples puntos de partida e interacción entre las prácticas de salud y trayectorias de abordaje múltiples, no se entabla el diálogo intercultural que trasciende los conocimientos, creencias y prácticas de atención en salud a la organización de sistemas de salud universales como una estrategia

de afrontamiento de la determinación y las inequidades estructurantes de desigualdad e inequidades sociales que están a la base de los procesos salud-enfermedad (Breilh, 2010). La interculturalidad requerida es aquella que reconoce una ecología de saberes y diversos tipos de medicinas cooperantes y asociadas en el abordaje de los procesos de salud-enfermedad-atención-cuidado (legitimidad, financiamiento y legalidad) (Basile, 2021).

Y es que la complejidad de la salud y su atención constituyen sistemas multidimensionales cuya dinámica relacional implica pensar, dar lugar y proponer mundos de sentido y nuevos lenguajes sobre la salud y su mantenimiento para el desenvolvimiento de la trama de la vida. Se trata de establecer ámbitos de conocimiento sustentados en las diversas formas del conocimiento y la experiencia humana y sus múltiples articulaciones para explicar diferentes fenómenos del entorno natural y socio-humano.

La trama de la vida es una idea milenaria que ha sido utilizada a lo largo de la historia de la humanidad por místicos, filósofos y poetas para expresar su visión del trenzado y la interconexión entre todos los fenómenos naturales, humanos y sociales (Ortiz, 2017, p. 359).

Esto implica la construcción de un método en el que se consideren “ la unidad en la diversidad y la diversidad en la unidad; de distinguir sin separar ni oponer; de reconocer la simbiosis, la complementariedad, y a veces incluso la hibridación, entre orden y desorden, patrón y desvío, repetición y bifurcación, que subyacen a los dominios de la materia, de la vida, del pensamiento y de las construcciones sociales; de tratar a lo paradójico como una expresión de la resistencia al dualismo disyuntor y, por tanto, como foco de emergencias creadoras e imprevisibles; de introducir al sujeto en el conocimiento, al observador en la realidad; de reconectar, sin fundir, ciencia, arte,

filosofía y espiritualidad, así como vida e ideas, ética y estética, ciencia y política, saber y hacer” (De Almeida, 2008, p.22).

Conclusiones

1. La atención a la salud en el sistema de salud institucional mantiene el modelo de salud biologicista y tecnocrático basado en los reduccionismos ontológicos y epistemológicos propios de la ciencia moderna.

2. La atención a la salud en los sistemas alternativos revela una representación de la salud en perspectiva compleja al poner en evidencia los principios dialógicos, hologramático y recursivo a la base de sus conocimientos y prácticas. Revelan en consecuencia, múltiples puntos de partida e interacción entre las prácticas de salud y trayectorias de abordaje múltiples.

3. Sin embargo, no se entabla el diálogo intercultural que trasciende los conocimientos, creencias y prácticas de atención en salud a la organización de sistemas de salud universales como una estrategia de afrontamiento de la determinación y las inequidades estructurantes de las desigualdades e inequidades sociales de los procesos de salud-enfermedad-atención-cuidado.

4. La perspectiva compleja de la salud promueve la apertura a la pluralidad de sentidos, de prácticas, de opciones abiertas al diálogo para reconocer los elementos, lenguajes y concepciones que incidan en los procesos de comprensión de la salud como condición de la vida, y que como sistema abierto implica la presencia consustancial del ambiente, su interdependencia e inseparabilidad. Y es aquí el espacio en el que la determinación social se configura como una constante de identificación paradigmática y asociada a ella, la multidimensionalidad de los fenómenos de la salud y de las dinámicas que estructuran las sociedades humanas. Imperativo develar la existencia de múltiples formas de determinación dialéctica.

Bibliografía

Basile Gonzalo. [2021]. Refundación de los sistemas de salud en Latinoamérica y el Caribe: apuntes para repensar y descolonizar las teorías y políticas. Dossier de salud internacional Sur Sur no. 7. Buenos Aires: FLACSO República Dominicana.

Breilh Jaime (2010). Epidemiología: economía política y salud. Bases estructurales de la determinación social de la salud Editores: Universidad Andina Simón Bolívar / Corporación Editora Nacional.

Brennan Ann Barbara. (1987). Viviendo en un planeta de energía. En: Manos que curan. Disponible en: http://destudiantil.ubio.bio.cl/dde_concepcion2/wp-content/uploads/2021/10/Manos-que-curan-Barbara-Ann-Brennan.pdf. Fecha de consulta, mayo 2023.

Capra, Fritjof (1992). El punto crucial. Ciencia, Sociedad y Cultura Naciente. Buenos Aires: Editorial Troquel S. A.

Cardona-Rivas Dora, Nieto-Murillo Eugenia, Isaza Gloria y otros. (1998). La salud: Una experiencia de satisfacción vital. Trabajo de investigación presentado en las IX jornadas de Epidemiología. Santafé de Bogotá

Cummings KM. Bringing the Models Together: An Empirical Approach to Combining Variables Used to Explain Health Actions. *Journal of Behavioral Medicine*. 1980;3(2).

González-Moreno M. (2011). EMILIO LA ROSA. 2009. La fabricación de nuevas patologías. De la salud a la enfermedad. México: F.C.E. THEORIA. Revista de Teoría, Historia y Fundamentos de la Ciencia, 26 (2):256-258. Universidad del País Vasco/Euskal Herriko Unibertsitatea Donostia-San Sebastián, España

Chiozza, Luis (2008). Significados inconcientes específicos de los trastornos coporales. Medicina y Psicoanálisis: Indagaciones sobre la relación entre el cuerpo y el alma. Buenos Aires: Libros del Zorzal, 2008).

De Almeida, Maria da Conceicao (2008). Para comprender la complejidad. México: DR Multiversidad Mundo Real Edgar Morin, A.C.

LA PATRA (1978). Healing. Nueva York: McGrawHill. Citado en: Educación Médica y salud. 1983 17: 363-397.

Lander Edgardo. (2001). Pensamiento crítico latinoamericano. Una impugnación del eurocentrismo- Revista de Sociología enero de 2001. DOI: 10.5354/0719-529X.2001.27766 Disponible: https://www.researchgate.net/publication/318840171_Pensamiento_critico_Latinoamericano_impugnacion_del_eurocentrismo/link/5a1d5e470f7e9b2a53171b51/download

Losev Alexev Fiodorovich. (1998). Dialéctica del Mito. Traducido del texto Dialektika Mifa por Marina Kuzmina. Santafé de Bogotá: TM Editores e Impresores. Disponible: https://proletarios.org/books/Losev-Dialectica_del_mito.pdf Fecha de consulta: mayo de 2023.

Madoery, Oscar (2015). Modos diferentes de pensar el desarrollo de América Latina Revista del CLAD Reforma y Democracia, núm. 62, junio, 2015, pp. 5-38 Centro Latinoamericano de Administración para el Desarrollo Caracas, Venezuela

Maldonado, CE., Sandoval, J. La salud en perspectiva de complejidad. La lucha con el lenguaje: Sanalogía y Valeología. <https://pensamientocomplejo.org/mdocs-posts/la-salud-en-perspectiva-de-complejidad/> sf.

Meléndez Eduardo. (2020). Modelo médico hegemónico: tendencias posibles y tendencias más o menos imaginarias. Salud Colectiva.

Morin, Edgar. (1980). El Método: La vida de la vida. Madrid: Ediciones Cátedra.

Morin, Edgar. 1994. El Método. El conocimiento del conocimiento. Madrid: Ediciones Cátedra S.A.

Morin, Edgar. 1990 . Introducción al pensamiento complejo. Barcelona: Gedisa.

Ortiz, A. (2017, enero-julio). La nueva ciencia que visiona Fritjof Capra. *Rev. Cient. Gen. José María Córdova* 15(19), 349-362. DOI: <http://dx.doi.org/10.21830/19006586.89>

Pérez-Ordoñez I. (2021). Exploración a la profundidad de nuestras diferencias: hacia una cartografía de ontologías originarias. Guatemala, -Campus central https://www.academia.edu/59826315/EXPLORACION_A_LA_PROFUNDIDAD_DE_NUESTRAS_DIFERENCIAS_HACIA_UNA_CARTOGRAFIA_DE_ONTOLOGIAS_ORIGINARIAS

Sagrera Fernandiz J. 1991. Diagnóstico por el iris. *Enciclopedia de Medicina Natural*. Colombia: Ediciones Lerner Ltda

Najmanovich, Denis, Vera Lennie (2004) Pasos hacia un pensamiento complejo en salud <https://datospdf.com/queue/pasos-hacia-un-pensamiento-complejo-en-salud>. Abril 14 de 2023.

Najmanovich, Denis (sf). Complejidad y Salud. Disponible https://www.academia.edu/41012763/Complejidad_y_Salud

Shriver Donald Jr (1980). The interrelationships of religion and medicine. In :*Medicine and Religion. Some definitions and goals*, en Shriver, Jr. DW ed. *Medicine and Religious Strategies of Care*. Pittsburgh, Pennsylvania, University of Pittsburgh Press. Citado en *Medicina y Sociedad: las corrientes de pensamiento en el campo de la salud*. Tomado de: *Educación Médica y salud*. 1983 17: 363-397

Testa, Mario y muchos colaboradores anónimos. (1990) *Pensar en Salud*. Organización Panamericana de la Salud-Organización Mundial de la Salud.

Vargas-Araya, Priscilla. (2013). Las enfermedades psicosomáticas y el malestar emocional de los (as) estudiantes de la Sede del Atlántico, Universidad de Costa Rica. *Revista Intersedes*. XIV. (28): 5-23. 2013.

Villasana, P (2006). “Aproximación a la noción de salud en la globalización desde la epistemología de Edgar Morin. *Revista Salud de los Trabajadores*. Vol. 14, nº 01. Enero – junio 2006. 77 – 88.

Yanes Guzmán Jaime (2015). *Complejidad y calidad de la educación*. Santiago de Chile: Ril, 2015.

Yang, Guo-Jing; Zhou Xiao-Nong (2023). One Health concept: Viewed by Chinese traditional philosophy from a millennial history. *CABI One Health* 2:1-3

<https://doi.org/10.1079/cabionehealth.2023.0010>

Universidad Autónoma de Manizales. Facultad de Odontología (2000) *Análisis cultural de la Salud*. Mimeografiado.

Gestión corresponsable de las zoonosis para la garantía del derecho a la salud. Una mirada desde la Salud Colectiva

Juan Vicente Quintana Adrián
Jostron Freddy Romero
Donovan Casas Patiño

Introducción

A finales del 2022 se cumplió el tercer año de la aparición de la enfermedad respiratoria llamada COVID-19, conocida así por sus siglas en inglés. Es causada por el virus SARS-CoV-2, cuyo origen es animal ya que pertenece a la gran familia de los coronavirus que infectan tanto a seres humanos como a algunos animales gracias a los saltos interespecies que se producen por sus mutaciones genéticas.

La COVID-19 tiene su primera notificación clínica en la ciudad de Wuhan, China, el 31 de diciembre de 2019 y gracias a su rápida propagación a escala comunitaria, regional e internacional, fue declarada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como pandemia el 11 de marzo de 2020. Para la fecha del 26 de diciembre de 2022 la Organización Panamericana de la Salud (OPS) reporta que se han presentado un total de 81.921.710 casos y 1.757.849 fallecimientos por la COVID-19.

Estudios epidemiológicos señalan que la COVID-19 ha potenciado también las causas de muerte por enfermedades preexistentes en las personas que la han padecido y hasta ahora son incipientes los conocimientos relacionados sobre los impactos de esta enfermedad en quienes le han sobrevivido, así como también son preliminares las investigaciones relacionadas con

los efectos colaterales en los cuerpos-territorios de las personas causados por la ejecución de métodos preventivos tales como el distanciamiento social o la restricción de la movilidad humana o

por la aplicación de métodos terapéuticos como los medicamentos y las vacunas por parte de los servicios públicos de salud.

Para el 26 de febrero de 2020 se anunció la presencia del coronavirus en América Latina, una región con una elevada riqueza en biodiversidad que sufre degradación ambiental y del hábitat por un modelo de desarrollo extractivista que desforesta nuestros bosques, llanuras y montañas para la explotación agrícola, hídrica y minera, actividades que expulsan a los animales de sus entornos naturales y acerca a los seres humanos a sitios donde existen virus zoonóticos desconocidos altamente contagiosos, que mutan con rapidez y para los cuales no existen cura.

Como podremos apreciar a continuación, la pandemia de COVID-19 ha hecho evidente que existe una relación estrecha entre la alteración del entorno ambiental y la salud animal, la vegetal, la humana y que el origen de las zoonosis son una muestra palpable de las intervenciones humanas en los ecosistemas bajo un modelo de acumulación de capital llamado la ecología - mundo capitalista, que a través de su circuito de transformación de bienes materiales y mercancías (extracción, producción, circulación consumo y descarte), expone microorganismos de sus hábitats alterados.

Por ello, para el estudio de estas enfermedades, es imperativo incorporar de manera complementaria las visiones que en cuanto a la salud tienen las distintas disciplinas del conocimiento y profesiones como los médicos veterinarios, zootecnistas, médicos, agrónomos, ecólogos, biólogos, economistas, epidemiólogos, sociólogos, educadores, antropólogos, ingenieros, estadísticos, informáticos, comunicadores sociales, entre otros, pero también nuestros referentes culturales, comunitarios e indígenas, quienes mantienen una relación estrecha con el entorno que nos rodea, para establecer una ecología de saberes que nos permita, mediante una gestión corresponsable de la salud, construir posibles alternativas para proteger la vida y la salud de las desigualdades e injusticias que afectan la vida de aquello humano y no humano que habita nuestra casa común.

Los impactos socioambientales en el Sur Global y su relación con las zoonosis

Las zoonosis (del griego *zoon*, animal y *nosos*, enfermedad), son enfermedades infecciosas de los animales que puede infectar al ser humano, estas son transmitidas a las personas por contacto directo con algún fluido corporal como la orina o la saliva o por el consumo de la carne de un animal que sea portador de un virus, de bacterias, parásitos o de hongos infecciosos, también se puede transmitir mediante la presencia de algún intermediario (vector) como pueden ser los mosquitos u otros insectos que trasladen estos microorganismos de los animales a las personas.

El término zoonosis fue utilizado por primera vez por Rudolph Virchow en su obra "Manual de patología y terapia especial" publicada en 1855 donde mostró los resultados de su investigación sobre la triquinosis. Virchow, un prestigioso médico patólogo, antropólogo, biólogo, político, periodista y revolucionario alemán, padre de la patología moderna y fundador de la medicina social, destacaba la relación existente entre política, medicina, hambre, enfermedad y pobreza y defendía que entre la Medicina Humana y la Veterinaria no debería haber líneas divisorias.

De acuerdo con la OMS, las zoonosis son un grave problema de salud pública en todo el mundo y han tenido un aumento progresivo, en las últimas décadas se han descrito más de 250 de estas enfermedades y cada año de las cinco nuevas enfermedades humanas que aparecen tres de ellas tienen origen animal y un dato interesante es que al menos un 75% de los agentes patógenos responsables de las enfermedades infecciosas emergentes tienen origen zoonótico.

En lo que va del siglo XXI la última de las enfermedades de origen zoonótico en generar una alerta sanitaria ha sido la COVID-19 producida por el coronavirus SARS-CoV-2, sin embargo, a esta enfermedad le preceden otras como el Síndrome Respiratorio Agudo Grave (SARS) que en el periodo de 2002 al 2003, produjo

774 víctimas y es considerada la primera pandemia del siglo XXI, también está el Síndrome Respiratorio de Oriente Medio (MERS) surgido en 2012, que ya ha elevado la cifra de fallecimientos a 823, o el brote de Ébola de 2013 al 2016, que causó 11.310 fallecimientos en Liberia, Guinea y Sierra Leona y más de 2.000 en la República democrática del Congo, o la pandemia de 2009 por el virus influenza H1N1, que produjo más de 18.000 víctimas mortales, que se suman a los 32 millones de muertes por la pandemia de SIDA, siendo los murciélagos, camellos y monos los animales identificados como reservorios de estas enfermedades.

En América Latina, según datos aportados por la Organización Panamericana de la Salud, (OPS, 2022) las enfermedades zoonóticas más frecuentes son: la tuberculosis, brucelosis, leptospirosis, rabia, leishmaniasis, cisticercosis, hidatidosis, ántrax, la fiebre aftosa, fasciolosis, en algunas regiones la trichinellosis, la Teníais, la Cisticercosis, y la Encefalitis Equina de Venezuela.

Entre las razones que dan origen a estas enfermedades y a su propagación podemos mencionar: la incorporación de poblamientos humanos en territorios que contienen reservorios naturales de infección, las migraciones internacionales, el comercio de animales, los desastres naturales, la cría intensiva de animales para el consumo, el aumento de la población humana y su acercamiento a los hábitats de los animales silvestres, la organización de las ciudades y el hacinamiento en las viviendas, la resistencia a los antimicrobianos, las migraciones, los cambios en las prácticas agrícolas y de los sistemas de producción animal, la desaparición de grandes zonas forestales por la expansión de la frontera agrícola, la proliferación de monocultivos y la desregulación de los ciclos vitales de la naturaleza y de los animales, las guerras, entre otros.

Para De Sousa Santos (2020), detrás de las causas de la emergencia de la COVID-19 como una enfermedad zoonótica se encuentra el modelo de desarrollo, de Estado y de sociedad que tenemos. El modelo de desarrollo capitalista desprecia todos los

conocimientos que defienden la naturaleza e intenta convertir la naturaleza en un recurso natural infinitamente disponible que, mediante acciones expoliadoras y extractivistas, la desregulación comercial, la apertura y ampliación del mercado de los *commodities*, mercantiliza el ambiente, abaratando sus recursos y sus servicios. En nuestro sur global, la implementación de este modelo de desarrollo también ha favorecido la expansión de la frontera agrícola para la siembra de los monocultivos, lo cual provoca que los territorios sean cada vez más sensibles a la contaminación por los agroquímicos y fertilizantes utilizados generando graves daños a la salud humana, animal, vegetal y a la de los ecosistemas.

De igual manera en la región gana terreno la industria de la cría intensiva de ganado y de aves para consumo humano que suele hacer un uso abusivo de antibióticos en estos animales, lo cual produce en sus organismos aumento de la resistencia antimicrobiana (RAM). Lo anterior, representa un factor potencialmente peligroso para la propagación de enfermedades que pasen de los animales a las personas porque los microorganismos causantes de las zoonosis se hacen resistentes a los antibióticos. Esto resulta muy preocupante dado que, según estimaciones de la Organización Mundial de Salud Animal (OIE), aproximadamente el 75% de las enfermedades infecciosas emergentes que afectan a los seres humanos son de origen animal, lo cual demuestra un origen claro de la COVID-19 y que abre las puertas para la reproducción eventos similares en un futuro cercano.

América Latina es la región más desigual del mundo en términos de concentración de la riqueza; asimismo, su recaudación fiscal sigue siendo baja y los ingresos a menudo no se traducen en mejores servicios públicos, OXFAN (2022). En esta región son también limitados el acceso a la tenencia de la vivienda, al agua de consumo, a la comunicación, donde el empleo informal la fragilidad de los derechos laborales y los salarios injustos siguen siendo lo habitual, además en la región con servicios básicos educativos y sanitarios precarios. En relación a esto último, desde antes de la pandemia, los sistemas de salud en la región se

encontraban ya muy fragmentados, debilitados, desfinanciados, con infraestructuras desprovistas de capacidad para la atención y con poca articulación con las organizaciones comunitarias, así como con otras instancias del Estado encargadas también del manejo de las enfermedades zoonóticas.

Gracias al impacto y al deterioro que este modelo de desarrollo ha tenido sobre la naturaleza, en la sociedad y en los cuerpos territorios de las vidas humanas y no humanas en nuestra región, tal como observa Paz (2012), se han generado conflictos socioambientales importantes que guardan mucha relación con las zoonosis y que se manifiestan tanto en zonas rurales como urbanas e implican, a los actores más diversos, entre los que destacan: los campesinos, los indígenas, las mujeres, los adultos mayores, los afrodescendientes, los grupos ambientalistas, los habitantes de las ciudades, los académicos, los representantes de los seres vivos no humanos y a las organizaciones comunitarias, es decir los más pobres y excluidos, a quienes podemos mirar como subalternos, en el marco de las relaciones de dominación que impone el modelo de ecología-mundo capitalista, y a los terratenientes, al Estado, las corporaciones nacionales, al complejo médico-farmacéutico internacional, a las organizaciones filantrópicas y transnacionales quienes son los agentes de dominación y sometimiento ambiental, que tienen comportamientos de deterioro ambiental ante los cuales se deben desplegar mecanismos de justicia ambiental.

De igual modo, podemos decir que la pandemia es la expresión de una crisis multidimensional que enferma al planeta, así que, si nos proponemos ir al rescate de una redefinición de la salud, debemos tener en cuenta que es preciso mirar la salud de una manera territorializada, concurrente, holística, democrática, participativa, soberanista y complementaria, para ello, es imperativo trascender las concepciones antropocentristas de la salud, su énfasis en la enfermedad, superar los intereses del complejo médico industrial y los de la medicalización de la sociedad. La vida humana solo representa el 0,01% de la vida en el planeta por lo que hablar de salud y solo centrarse en la salud

humana es un acto egoísta que niega la vida de lo otro no humano, por lo tanto, es necesario integrar una visión de la salud que tenga en cuenta también lo animal, lo vegetal y lo ambiental.

Vale destacar que, con la pandemia de la COVID-19 se ha visibilizado la importancia del papel del Estado en la gestión de la crisis sanitaria, en donde la concurrencia y el trabajo articulado de múltiples instituciones ha sido pilar fundamental para mejorar su capacidad resolutoria ante la misma y ha permitido el funcionamiento de actividades esenciales. Sin embargo, la experiencia pandémica en la región, nos ha venido a ratificar que este accionar interinstitucional sanitario con sus mecanismos de control social, mira la salud desde el enfoque de un modelo médico hegemónico, centrado en la enfermedad, que es de carácter individualista, biologicista, farmacológico, tecnocrático y colonizador del saber, del poder y del ser. Gracias a ello se han facilitado la mercantilización de la pandemia, lo que ha incrementado las inequidades en los cuidados integrales, así como en la prevención, la atención y en la curación; es decir, en el acceso a los servicios sanitarios y a los programas de vacunación, lo cual ha impedido dar garantías integrales al Derecho a la Salud de la población.

En este orden de ideas, Meneses (2021), señala que el problema de la pandemia explotó cuando se focalizó en el Norte global y que la solución del mismo fue pensada por la OMS para estas sociedades para quienes también fueron priorizadas las vacunas, generando así desigualdades e injusticias en otras partes del mundo que no contaban con medios para educar a los niños en estas circunstancias, no hay ordenadores en las casas, también en el sur global donde abunda aún más el desempleo y donde no pueden asumir los costos que implican las vacunas.

Para De Sousa Santos (2021) las principales víctimas de estas injusticias al Sur de la Cuarentena son las mujeres son consideradas “las cuidadoras del mundo”, prevalecen en la prestación de cuidados dentro y fuera de las familias. Prevalecen en profesiones como enfermería o asistencia social, que estarán en la primera línea

de atención a los enfermos y ancianos dentro y fuera de las instituciones, además por otro lado señala que se sabe que la violencia contra las mujeres tiende a aumentar en tiempos de guerra y crisis, y ahora ha aumentado, por lo cual esta pandemia pone en evidencia la cualidad colonialista, racista, patriarcal y clasista propia de la sociedad occidental.

La salud humana, entre lo público y lo colectivo

El concepto más tradicional que conocemos de la salud está centrado en los seres humanos, fue propuesto en 1947 por la Constitución de la (OMS) el cual dice que la salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solo la ausencia de enfermedad. Este es un concepto que a pesar de superar los aspectos negativos centrados en la enfermedad e incluir otros aspectos no biológicos como lo social, tiene un carácter estático que produce contradicciones con el orden histórico, político y territorial de las sociedades contemporáneas.

De igual manera, en nuestra región, la referencia al completo estado de bienestar hace que esta definición de salud sea imposible de cumplirse gracias a las desigualdades e inequidades sociales que vivimos en el sur global. Además, desde esta perspectiva se contribuye con la medicalización de la salud, de la vida, de la muerte y, por consiguiente, de toda la sociedad, favoreciendo a las industrias farmacéuticas y de tecnología médica, haciendo énfasis en la atención sanitaria y en la mercantilización de las enfermedades.

Sobre la base de la construcción de conceptos de la salud humana, podemos mencionar el correspondiente a la salud pública que es una práctica que hace referencia a la implementación de diversos servicios orientados a la atención a la salud de la población de parte del Estado. En ella destaca una lógica de mercado, en la que se hace presente un modelo operativo de práctica de salud sustentado en la intervención técnica que procura la protección y recuperación de la salud de la población.

Entre los aspectos destacables de los propósitos de la salud pública se encuentran aquellos que menciona la Asamblea Mundial de Salud en 1988 relacionados con garantizar para la salud una posición destacada en el contexto del desarrollo social, todos ellos con un fuerte matiz mercantilista que facilita su privatización, entre ellos se encuentran: conseguir que los servicios de salud extiendan la cobertura a toda la población; avanzar en la comprensión de las relaciones entre economía y salud; y racionalizar el desarrollo y la utilización de tecnologías en salud para garantizar una mejor calidad de la atención.

Desde esta perspectiva, la Salud Pública ocupa un espacio distinto de aquel que es dominado por la Clínica, quien tradicionalmente ha estado dedicada de la curación y la rehabilitación y delega en la salud pública el riesgo y la prevención de la enfermedad. La perspectiva de la Salud Pública es cuestionada por Granda (2000), quien manifiesta que así la salud pública se responsabilizaría de las causas que se encuentran por fuera de la máquina corporal, pasando a denominarla como la “enfermología pública” práctica de atención a la salud en la cual se mira al individuo desde el momento anterior al constituirse como paciente, es decir como un *Ser* potencialmente enfermable o fallecible, por su relación con animales, vegetales, el ambiente y otras personas que pueden causar riesgos de enfermar y morir.

Por su parte, la Salud Colectiva se plantea como alternativa a la visión mercantilista de la salud pública, aborda la salud-enfermedad de los sujetos a partir de una perspectiva histórica y social, según plantea Bertolozzi (2012) citando a Nunez (1994) este término surge en 1979, cuando un grupo de profesionales, salubristas y docentes del área de medicina preventiva y social buscaron crear un campo científico con orientación teórica, metodológica y política que privilegiase lo social como categoría analítica. La autora antes citada manifiesta que la Salud Colectiva plantea la determinación social del proceso colectivo de protección de la salud, es decir, articula la salud-enfermedad a los procesos generales/estructurales de la sociedad y a

los procesos particulares y singulares y además defiende la soberanía sanitaria de los pueblos.

Para Bertolozzi (2012), la determinación social de la salud hace referencia a buscar comprender cómo viven y cómo se enferman los sujetos, donde establecen relaciones sociales y donde se concretiza la vida y el trabajo, es decir, comprender el proceso salud- enfermedad en el concreto de la vida. De esta manera, se trasciende el énfasis en la atención a la salud y entran en juego otros aspectos como la educación, la historia, lo político, la cultura, el trabajo, la alimentación, el territorio, las relaciones sociales y las relaciones de los seres humanos con los seres vivos no humanos y con su entorno vital.

Como podemos apreciar, en las últimas décadas hay una evolución en la concepción de la salud humana, se supera el enfoque centrado en la enfermedad, así como su concepción estática y es comprendida como un proceso inherente a los modos y estilos de vida de las personas entre los cuales se encuentra por supuesto su relación con el ambiente, es un proceso que está en relación dialéctica con la enfermedad. Sin embargo, estas definiciones aún tienen un carácter muy antropocéntrico por lo cual no son suficientes para dar respuesta a una comprensión holística de las zoonosis, a las circunstancias que están relacionadas con la emergencia de las mismas y a su gestión corresponsable, por ello debemos conocer las perspectivas de la salud ambiental y de la salud no humana (la salud vegetal y animal).

La salud ambiental y la salud no humana

Como ya sabemos, existe una relación entre la salud humana y el ambiente, la misma ha sido estudiada por diversas corrientes del pensamiento, una de ella es la llamada corriente *azul* de la ecología, la cual se preocupa por los efectos que el medio ambiente tiene sobre la salud humana. Para la OPS (2022), la salud ambiental es una rama de la salud pública, que se refiere a la intersección entre el medioambiente y la salud pública, aborda los factores

ambientales que influyen en la salud humana, y que incluyen factores físicos, químicos y biológicos, y todos los comportamientos relacionados con estos” (p. 1).

Tal como podemos apreciar, esta concepción de la salud ambiental, tiene un carácter estrictamente antropocéntrico ya que fija su mirada en aspectos de la salud y enfermedad humanas que son determinados por factores ambientales, además asume a la naturaleza como un *objeto* externo al sujeto, cuyas características y cualidades pueden causar daños a la salud de este, no es una definición de salud que hable para sí (para el ambiente), sino para los seres humanos. Esta definición omite mencionar además los impactos que las transformaciones materiales concretas, provocadas por el modelo de ecología-mundo capitalista, tienen en la naturaleza y en el devenir histórico, político, económico, social y ambiental de quienes en ella habitamos.

Desde una perspectiva de la salud colectiva, los desarrollos teóricos relacionados con la salud ambiental obedecen más a un enfoque sistémico que a un enfoque de complejidad, algunos autores como Almeida-Filho, (2006), han referido que se debe construir un sólido corpus teórico en salud ambiental que permita la resolución de problemas en este campo. Para Eslava (2016), también es fundamental asumir el enfoque de la complejidad en el estudio de la salud ambiental dadas las características de indeterminación e impredecibilidad del ambiente, para superar los modelos deterministas de causalidad y la linealidad en el pensamiento, incorporando conceptos como teoría ecosocial, justicia ambiental y ecología política dentro del arsenal conceptual de la salud ambiental, ya que esta incluyen conceptos como la equidad, el reconocimiento, la participación, análisis crítico, la acción política, reconocimiento de los derechos, determinación social de la salud, transdisciplinareidad y el desarrollo comunitario.

En otro orden de ideas, la concepción tradicional de la salud vegetal hace referencia a una disciplina del conocimiento que abarca aquellas medidas de protección de los cultivos de plantas y

su defensa ante los peligros que representan las plagas y enfermedades vegetales, las cuales son una amenaza a la seguridad alimentaria de la población y a la estabilidad de los entornos ecológicos. Desde esta perspectiva, economicista y utilitarista de la naturaleza, es importante ejecutar medidas de detección, seguimiento, control y erradicación de plagas, de las arvenses y otros organismos que generan enfermedades en las plantas, las medidas permitidas en la normativa básica y la coordinación entre las instituciones con competencia en el área y evitando su dispersión a otras áreas a través de la interacción humana.

La salud vegetal resulta importante porque las plantas son la fuente del aire que respiramos y la mayor parte de los alimentos que comemos, ella contribuye a la mejora de la salud de las personas y por lo tanto a la preservación de la vida de todos los seres vivos en el planeta. Por ello, se hace imperativo la construcción de una visión de la salud vegetal que mire a las plantas como sujetos compositivos de un ecosistema, que tienen una conexión intrínseca con las otras formas de vida existentes humana y no humanas y que la misma está determinada, en las dimensiones singulares, particulares y generales, por aspectos biológicos-geofísicos-químicos y sociales existentes en su entorno.

Entre las principales amenazas que tenemos para la salud vegetal encontramos la contaminación antrópica, el cambio climático, la deforestación, la quema, deterioro de los suelos por el empleo de maquinarias y de agroquímicos, la contaminación del agua, los organismos modificados genéticamente, los cultivos intensivos y la interrupción de los ciclos biogeoquímicos (el del agua, el carbono, el nitrógeno, el fósforo y el azufre) tan importantes para la vida; todos ellos efectos negativos que tienen como base de origen al modelo agrícola híbrido, mecánico, biotecnológico y químico propios de la visión de la ecología-mundo capitalista que expone a los trabajadores agrícolas a químicos que afectan la salud, jornadas laborales intensas y con un tiempo de descanso mínimo.

La ecología-mundo capitalista es una forma de producir-organizar el espacio, el poder, la naturaleza, la riqueza, mediante flujos de energía y capital que conectan ecosistemas y sistemas de trabajo humano y natural, Moore (2016). Hoy en día los productores de las semillas transgénicas, son las mismas multinacionales que controlan el mercado de los agroquímicos, (insecticidas y herbicidas). Estas empresas, desarrollan tecnologías para abaratar los costos de producción de los alimentos, fomentan legislaciones y crean procesos laborales para facilitar una mayor extracción de la plusvalía explotando la mano de obra de los agricultores y en el caso de la salud humana gran parte de los medicamentos necesarios para la cura y tratamiento de enfermedades son producidos por estas mismas empresas.

Por su parte, la concepción más común de la salud animal está orientada a visiones economicistas relacionadas con la explotación animal para la producción de alimentos para los seres humanos. Los llamados productores de proteína animal se refieren a la misma como un estado adecuado o condición de equilibrio que favorece el mejor comportamiento fisiológico y productivo, en el cual los animales no están afectados por ninguna enfermedad y que, en un medio ambiente apropiado, transforman pastos, sales y suplementos en carne y leche de buena calidad, en un medio ambiente que les brinda comodidad, Fedegán Colombia (s/f). Este modelo de salud animal se enfoca en privilegiar la rentabilidad de los negocios sobre el bienestar y la salud integral de los animales.

En el mundo animal, la posibilidad de transmisión de enfermedades zoonóticas está motivada a procesos destructivos que ya hemos mencionado, para el caso de la producción animal está relacionada con el hacinamiento, el stress, el cansancio, la mala nutrición, poca disponibilidad de agua, baja calidad de los alimentos, inadecuadas temperaturas, falta de aseo corporal y de limpieza de su entorno, deficiente atención y cuidado, inapropiada medicación, falta de abrigo, limitada posibilidad de manifestar un comportamiento natural, movilidad en espacios adecuados y cualquier transporte inseguro u otro proceso

humano, físico y social del entorno que altere el bienestar o forma de producción animal.

Como podemos apreciar, existe una relación profunda entre la salud de los animales, su bienestar y la salud humana, por ello, al ser notificada una alteración de la perturbación de dicho bienestar por la emergencia de una zoonosis esta debe ser atendida en primera instancia por la salud pública humana y por la salud pública veterinaria mediante la ejecución de programas de promoción de salud como de prevención, vigilancia, control y erradicación de enfermedades, tanto en personas como en animales sean estos de producción, silvestres o domésticos.

Pero, comprendiendo las zoonosis como un proceso salud-enfermedad, sobre ella deben actuar también por un conjunto de instituciones multidisciplinarias e intersectoriales dedicadas a garantizar el derecho a la salud humana y no humana desde una perspectiva integral, que involucre a la organización popular con aquellas otras instituciones que desarrollen conocimientos y tecnologías autóctonas e implementen planes de protección, promoción y cuidados de: el ambiente, de la educación, de la actividad laboral, de la cultura local, del ocio, de la seguridad social y pública, protección y cuidado animal, entre otros factores importantes que determinan un entendimiento más profundo de los procesos salud – enfermedad, porque lo que está detrás de la aparición de una enfermedad zoonótica no es más que la vulneración de los derechos colectivos humanos y no humanos provocada por la visión de la ecología-mundo capitalista.

El Enfoque “Una Salud” y los actores que le impulsan

Mirar la salud desde un enfoque integral implica reconocer que existen vínculos, interdependencia y complementariedad entre la salud de los seres humanos, los animales domésticos y silvestres, las plantas y el medioambiente. Una Sola Salud, es un enfoque, integrador, unificador, transversal, multisectorial, transdisciplinario y de acción participativa que tiene como objetivo

lograr resultados de salud óptimos y sostenibles para la interfaz hombre-animal-planta-medio ambiente, en todos los niveles de la sociedad (OHHLEP, 2021).

Este enfoque, es utilizado para coordinar esfuerzos de prevención y respuesta frente a las enfermedades zoonóticas y está concebido para diseñar y aplicar programas, políticas, leyes e investigaciones con los cuales lograr mejores resultados en la gestión de los riesgos sanitarios mundiales, desde el control de las enfermedades hasta el calentamiento global y se sugiere realizar de forma cooperativa entre los sectores de la sanidad animal, la salud humana y el medio ambiente. Quienes han impulsado tal coordinación han sido, la Organización Mundial de Sanidad Animal (OMSA, anteriormente OIE), junto con la Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO), la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Programa de las Naciones Unidas para el Medio Ambiente (PNUMA).

A estas instituciones promotoras del enfoque “Una Sola Salud” las financian sus Estados miembros y también reciben donaciones voluntarias, sin embargo, desde su nacimiento ellas han estado influenciadas por el Fondo Monetario Internacional, el Banco Mundial, la Organización Mundial de Comercio y la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE), también les han apoyado financieramente organizaciones filantrópicas como la fundación Bill y Melinda Gates, la fundación Rockefeller, la Alianza para las Vacunas (GAVI), Rotary International, Philanthropic Trust, Monsanto y Syngenta quienes se han convertido en los brazos filosóficos, técnicos y operativos del orden alimentario, sanitario, médico, científico, tecnológico, agroquímico, transgénico y farmacéutico internacional, imponiendo indirectamente a las naciones directrices y políticas públicas orientadas a la atención sanitaria, la provisión de medicamentos y vacunas, las materias primas, las fuentes de energía, la fuerza de trabajo y la alimentación de los países, profundizando con ello el avance del modelo de la ecología-mundo

capitalista y el debilitamiento de la soberanía sanitaria y alimentaria de nuestros países.

Con el devenir de la pandemia de la COVID-19 en Latinoamérica y en los países que la componen comienzan a estructurarse acciones para consolidar la iniciativa “Una Sola Salud” en el marco de los compromisos asumidos para alcanzar los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) de la Agenda 2030. Hasta el momento, no son claros los indicadores útiles para medir su avance ni tampoco se han desarrollado instrumentos para evaluar sus impactos, asimismo, en la región se producen una serie de situaciones que limitan el accionar interinstitucional para la gestión de las zoonosis.

Es importante mencionar que son incipientes los esfuerzos que en la región se realizan para articular los ministerios de salud, ambiente y agricultura sobre las zoonosis y el tratamiento de sus consecuencias sociales y económicas, esto debido a que sus acciones siguen realizándose de manera aisladas, dispersas y no complementarias, desde sus singulares visiones de la salud (centradas en la enfermedad) no construyen puntos de encuentro concretos para gestionar de manera compartida, soberana y territorializada los procesos que nos protegen de las zoonosis y la prevención de los procesos peligrosos que las producen.

En el plano de una gestión corresponsable, en la propuesta Una Sola Salud se observan ciertas limitaciones de orden operativo que se manifiestan en lo local, por ejemplo, las autoridades de salud humana siguen requiriendo al Estado que se atienda prioritariamente a las zoonosis provocadas por aquellas poblaciones de animales que conviven con personas en zonas populares, pero, las instituciones de salud animal correspondientes a los ministerios de agricultura, mediante sus políticas públicas y en coordinación con los productores orientan sus prioridades al tratamiento de los animales que tienen rentabilidad económica porque son los destinados al consumo humano, mediando allí intereses económicos por encima de los intereses sociales.

Reflexiones para una gestión corresponsable de las zoonosis

El impacto causado por el modelo de desarrollo de ecología mundo capitalista en la naturaleza sigue siendo un tema postergado, los acuerdos internacionales establecidos para el cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) de la Agenda 2030 en materia ambiental a duras penas son suscritos o ratificados por los países del norte global, quienes son los generadores de las mayores cantidades de gases de efecto invernadero contaminantes así como los impulsores de los modelos extractivistas destructores de la naturaleza, condiciones estas que favorecen la emergencia de las zoonosis.

La salud pública humana y la salud pública veterinaria están dedicadas a crear condiciones idóneas para el diagnóstico, la prevención, control, curación y rehabilitación de las enfermedades y solo para el caso en que se presentan las zoonosis se producen acercamientos entre ellas. La lógica del mercado desde la cual están pensadas estas visiones de la salud pública hace que su accionar sea funcional a un complejo médico farmacéutico que mercantiliza la salud, la vida y toma el control de los cuerpos territorios de los seres a los que atienden.

Una visión más integradora y crítica de las zoonosis como un proceso salud enfermedad, tal como plantean la corriente del pensamiento de la salud colectiva, de la epidemiología crítica, de la complejidad y la “decolonialidad”, daría una perspectiva multidisciplinaria, intersectorial y complementaria para ejecutar acciones de las ciencias de la salud, las ciencias sociales, las ambientales, entre otras, que contribuyan a garantizar más ampliamente el derecho a la salud tanto de los humanos, de los no humanos y de la naturaleza.

Dadas las condiciones de desigualdad social, a los conflictos ambientales y a la profundización del modelo ecología mundo capitalista que se presentan en nuestro sur global, las instituciones del Estado de la mano con las organizaciones comunitarias debemos prepararnos de manera integradora, concurrente y

complementaria para prevenir y contener la emergencia y reemergencia de las enfermedades zoonóticas, la aparición de las mismas es cada vez más frecuentes y su contagio y letalidad cada vez mayores.

En los marcos regulatorios existentes en muchos países de la región, difícilmente se manifiestan iniciativas por formar e incorporar a las organizaciones comunitarias en la gestión de soluciones que permitan promover la salud y prevenir estas enfermedades, lo anterior es fundamental para crear procesos desmedicalizados, democráticos, participativos, promotores de la protección del ambiente, del cuidado de la vida humana y no humana y de su salud común como lo son la vigilancia epidemiológica de estas enfermedades pero también su monitoreo estratégico participativo.

El énfasis característico de la propuesta Una Sola Salud está centrado en la solución a los problemas sanitarios globales a los que se enfrenta nuestra sociedad, pero no hace reparos para hacer frente a iniciativas tendientes a socavar el derecho a la salud como lo es la cobertura universal de la salud, de hecho, se encuadra con esta. Esta visión hace que la salud sea funcional al mercado, que se precipite hacia la privatización de los servicios asistenciales bajo un enfoque alopático, centrado en la enfermedad y su cura.

De igual manera, Una Sola Salud, está centrada en la perspectiva que impone el norte global a través de sus grandes corporaciones, empresas e instituciones filantrópicas, con ella se subalternizan otras maneras de mirar la salud, cerrando espacios a experiencias milenarias como el enfoque de la Salud Total China, la Medicina Ayurveda Hindú, el pensamiento filosófico del buen vivir nuestro americano así como también invisibiliza las categorías fundamentales de la salud colectiva necesarias para el alcance pleno del derecho a la salud como lo son los cuidados integrales a la salud, el territorio, la igualdad y equidad social, justicia ambiental, ecología política y las perspectiva de género, etnia y raza los cuales también requieren de ser tomados en consideración mediante la conjunción, articulación, concurrencia y

complementariedad integral de diversas disciplinas del conocimiento con la participación del pueblo organizado.

Bibliografía

Agronomes & Vétérinaires Sans Frontières, (30 de diciembre de 2022). Salud animal y salud pública veterinaria: un desafío global mundial. https://www.avsf.org/public/policy-brief-salud-animal_esp_web.pdf

Almeida-Filho, N. (2006). Complejidad y transdisciplinariedad en el campo de la salud colectiva: evaluación de conceptos y aplicaciones. *Salud Colectiva*, 2, 123-146.

Castillo, G., Muñoz, L., y Molano, F. (28 de diciembre de 2022). Las pandemias como resultante de la reciente ecología-mundo capitalista. *Revista Panameña de Ciencias Sociales*, (5), pp. 61-78, Junio, 2021, ISSN: 2710-7531. [Archivo PDF]. <https://sociologia-alas.org/wp-content/uploads/2021/06/Pandemias-como-resultante-de-la-reciente-ecologia-mundo-capitalista-1-1.pdf>

De Sousa Santos, B. (2020). *La cruel pedagogía del virus*. Buenos Aires: CLACSO, [86 pp.].

Eslava, J. (2016). Reflexiones acerca de la relación ambiente y salud: pensando en ambientes saludables. Juan Carlos Castañeda, editor. -- Primera edición. -- Bogotá: Universidad Nacional de Colombia (Sede Bogotá). Facultad de Medicina. Departamento de Salud Pública.

Fuentes Cintra, M., Pérez García, L., Suárez Hernández, Y., Soca Pérez, M., & Martínez Martínez, A. (2006). La zoonosis como Ciencia y su Impacto Social. *REDVET. Revista Electrónica de Veterinaria*, VII(9), 1-19.

Granda, E. (2000). La salud pública y las metáforas sobre la vida, *Rev. Fac. Nac. Salud Pública*; 18(2): 83-100.

Máttar, Salim, & González T, Marco. (2020). Coronavirus: Crónica de una zoonosis anunciada. *Revista MVZ Córdoba*, 25(2), 1-3. Epub August 28, 2021 <https://doi.org/10.21897/rmvz.2048>

Meneses, M. (31 de marzo de 2023): “Tenemos que reaprender a conocernos y a reconocer los saberes de los demás”.

<https://www.ehu.es/es/-/maria-paula-meneses-tenemos-que-reaprender-a-conocernos>

Menéndez, E. (1987). Modelo hegemónico, crisis socioeconómica y estrategias de acción del sector salud. Jornadas de Atención Primaria de la Salud (1987-1993).

MOORE, J.W. (2016): “El Fin de La Naturaleza Barata: O Cómo Aprendí a Dejar de Preocuparme Por ‘El’ Medioambiente y Amar La Crisis Del Capitalismo”, *Relaciones Internacionales*, 33, pp. 143–74.

Nunes ED. (1994). Saúde Coletiva: história de uma RR, Almeida MCP, Silva IA. *Classificaidéia e de um conceito. Saude Sociedade*. 1994; 3(2): 5-21.

OMS, FAO, OMSA, PNUMA (2022). Marco estratégico de colaboración sobre la resistencia a los antimicrobianos - juntos por «Una sola salud» [Strategic framework for collaboration on antimicrobial resistance – together for One Health]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

One Health High-Level Expert Panel (OHHLEP), Adisasmito, W.B., Almuhairi, S., Behraves, C.B., Bilivogui, P., Bukachi, S.A. et al. (2022) One Health: a new definition for a sustainable and healthy future. *PLoS Pathog* 18(6): e1010537. <https://doi.org/10.1371/journal.ppat.1010537>.

Organización Panamericana de la Salud, (30 de diciembre de 2022). Determinantes Ambientales de Salud. <https://www.paho.org/es/temas/determinantes-ambientales-salud>.

Paz, M. (2012). Deterioro y resistencias. Conflictos socioambientales en México pags (27-49) en Tetreault, Darcy Victor (2012). Conflictos socioambientales y alternativas de la sociedad civil / Coord. e introd. de D.V. Tetreault, H. Ochoa García, E. Hernández González; pref. de J. Martínez Alier, B. Rodríguez Labajos. Guadalajara, México: iteso. 278 p. (Alternativas al desarrollo)

Pérez Rincón, M. (2018). "La Justicia Ambiental como línea estratégica de la Economía Ecológica: ¿cómo evidenciar las injusticias ambientales?" *Gestión y Ambiente* 21(1): 57-68.

Rodríguez Ferri, E. F., & Calvo Sáez, L. A. (2021). Zoonosis: la cara oculta de la pandemia COVID-19. *Revista De Medicina Y Cine*, 16(e), 247–259. <https://doi.org/10.14201/rmc202016e247259>

Tealdi, J. C. (Dir.). (2008a). *Diccionario Latinoamericano de Bioética*. Bogotá: UNESCO y Universidad Nacional de Colombia.

Walker, J., Martin, M., Seery, E., Abdo N., Kamande A., y Lawson M. (28 de diciembre de 2022). Índice de Compromiso con la Reducción de la Desigualdad (Índice Cri), Informe de investigación de OXFAM. [Archivo PDF]. https://oi-files-cng-prod.s3.amazonaws.com/lac.oxfam.org/s3fs-public/file_attachments/rr-cri-2022-111022-informe%20esp.pdf

Determinantes emergentes del Covid-19 en México

Donovan Casas Patiño
José Martín Reyes Pérez
Yuridia Sánchez Repizo

Introducción

Se acaba la emergencia por pandemia de COVID, pero este virus muta y camina permanentemente entre nosotros (Al-Aly et al., 2021; TheLancet, 2021). Los efectos a nivel mundial mostraron la existencia de múltiples escenarios respecto al proceso salud/enfermedad/atención/cuidado/muerte, nos podemos referir a la influencia de los llamados Determinantes Sociales de la Salud (DSS), los cuales son los elementos que intervienen de manera directa o indirecta en la forma de afrontar la salud, la enfermedad o la muerte de todo un colectivo (TheLancet, 2021 & Who, 2011). Los DSS proponen un nuevo modelo de análisis, invitan a dejar atrás la mirada basada en el enfoque de multicausalidad de los factores de riesgo y las condiciones de vida de todos los colectivos. Los DSS basan su análisis en el marxismo y en el materialismo histórico, posiblemente condicionada por el determinismo de la base económica sobre la supra estructura de la sociedad (Breilh, 2013). Estos elementos de análisis se encuentran en la conformación de las organizaciones fácticas como la estructura en salud, la economía, la educación, la salud pública, la política pública y la legislación principalmente (Franco, 2013).

Los DSS pueden condicionar conductas negativas o positivas en los colectivos en relación a la aceptación de modelos preventivos, educativos y de promoción en salud esto por la nula claridad política de decisión social y la fragilidad del sistema en salud. La pandemia de COVID-19 ha hecho reconsiderar a los

Estados que los modelos de anclaje económico y político de este nuevo siglo han fracasado, y que se deben crear nuevas formas de gobernar y gobernarse, para hacer cumplir el derecho universal en salud, del cual emanan conceptos internacionales apegados a los Objetivos de Desarrollo Sostenible agenda 2030 de la Organización de las Naciones Unidas. De esta forma la Salud Pública debe tener una mirada crítica con una postura trans, multi e interdisciplinar, en función de acciones intersectoriales para mejorar la situación socioeconómica, política y ambiental, el estilo de vida y la biología, entre otros que son parte de la génesis en salud de nuestros contextos sociales (Laurell, 1982 & Varela, 2001).

Métodos

Estudio descriptivo, se construyó y validó para este fin un instrumento de captura basado en algunos DSS de interés para su análisis por el momento de la pandemia: políticas públicas en salud, determinantes económicos y sistemas de salud. El primer instrumento contenía 38 ítems el cual se sometió a validación por un panel de expertos en las áreas de: salud colectiva, salud pública y políticas públicas. Ya obtenido el instrumento final se procedió a llenar la cédula a través de fuentes bibliográficas en el periodo comprendido del 01 de diciembre del 2019 al 30 de junio del 2022 (periodo que comprende los cambios epidemiológicos de las cuatro olas de COVID). Al momento de llenar la cédula se apreciaron cuatro categorías emergentes (*socialización de la información, educación, vacunación y datos epidemiológicos de relevancia según los momentos de pandemia*). Finalmente se realizó un análisis de cada categoría según los ítems evaluados con las respectivas referencias.

Resultados y análisis

Políticas públicas en salud

Las políticas públicas en salud fueron elaboradas por los líderes políticos del mundo, optando por decisiones de tinte draconiano (en alusión a Dracón, a quien muchos consideran como el primer legislador de Grecia y que se dio a la tarea de realizar el primer código criminal democrático) (McNeli, 2020 & La vanguardia, 2020). Cabe mencionar que nunca se vislumbraron los contextos sociales tan diferentes y variados entre continentes, países o barrios, se tomaron decisiones políticas que relegaron libertades civiles y derechos humanos, lo que condicionó poco apego ciudadano a estas leyes, lo cual se observó a través de colectivos manifestándose por el rechazo: al uso de cubrebocas, al confinamiento social –en viviendas que no cuentan con los servicios básicos como luz, agua y desagüe–, a la vacunación en masa, a la suspensión de actividades cívicas o festivas y a la inexistencia del virus.

Estas políticas públicas en salud en su gran mayoría, como la de confinamiento, uso de cubrebocas y distanciamiento social, impactaron de manera negativa, la histeria colectiva por la difusión del coronavirus produjo saqueos en supermercados como en México, Italia, Honduras, Brasil, Argentina, Perú y Panamá, “...a pesar de que no existe ningún tipo de restricción de apertura de los comercios, ni problemas en el aprovisionamiento...en México se autodenominaron: Saqueos COVID 19...” (Clemente, 2003 & Bristow, 2008). De esta forma el saqueo y vandalismo se convierte en un comportamiento social, que ofrece la oportunidad de obtener algo material e ignorando las reglas sociales.

En México se creó en mayo del 2020, un semáforo de riesgo epidemiológico por iniciativa del Gobierno Federal y la Secretaría de Salud, esto para transitar hacia una nueva normalidad pandémica, un sistema de monitoreo para la regulación del uso del

espacio público de acuerdo con el riesgo de contagio de COVID-19, basado en cuatro colores: rojo, amarillo, naranja y verde (DOF, 2021), esto permitió limitar el desplazamiento social en todo el territorio, es de mencionar que el día 7 de marzo del 2022 (Castañeda, 2022), todo el país está en color verde, con lo cual no hay restricción alguna para el uso del espacio público, desde escuelas a conciertos, esta iniciativa logró impactar en los colectivos de manera favorable al ser un instrumento visible en redes sociales, lo que permitió una transición hacia una nueva normalidad postpandemia.

Socialización de la información (infodemia)

Se pudo observar las dificultades para regular y legitimar la información relacionada a la salud con el incremento de noticias falsas (*fake news*) que fueron rápidamente divulgadas por las diferentes redes sociales lo cual representa un nuevo reto social por la manera virtual y global (Gutiérrez, 2005 & Phillips, 2016) alimentando el temor o miedo, apostando por teorías de conspiración y desafiando los discursos biomédicos sobre la existencia del virus, con lo cual las conductas irracionales del ser humano fueron convertidas en colectivas.

Las *fake news* como fenómeno de comunicación se convirtieron paradójicamente en una pandemia de infodemia trasgrediendo lo público, lo privado, lo institucionalizado, lo científico manipulando la subjetividad de los colectivos lo que conllevó al riesgo de una toma de decisión mal informada (El Universal, 2020 & El Clairín, 2020), así como de reacciones sociales que ocasionar conflictos sociales de gran envergadura (agresiones contra personal de salud, estigmatización contra extranjeros, uso de remedios sin evidencia científica).

En México, se instrumentó por orden del Gobierno Federal y la Secretaría de Salud una conferencia vespertina diaria encabezada por el subsecretario de Prevención y Promoción de la Salud, esto con el fin de mitigar la desinformación generada en

todos niveles, y además, proponer una postura oficial del gobierno ante el combate a la pandemia. Esto inició en marzo del 2020, cuando México tenía 4 muertes asociadas a COVID-19, esta iniciativa ocasionó choques entre distintas interpretaciones oficiales de diferentes niveles de gobierno, alentado por bancadas partidistas de carácter opuesto al gobierno. Los debates más importantes fueron:

a) El nivel de gravedad de la epidemia existiendo posicionamientos extremos de mínimos y máximos: “no es un asunto grave...no me lo habían informado y todos los días tenemos reunión sobre la pandemia...” (Madrid, 2021 & Gobierno de México, 2020).

b) La negación en la disrupción en las cadenas globales de suministro del sector farmacéutico. En las cuatro olas de la pandemia el gobierno afirmaba “no tenemos datos de falta de medicamentos...o personal en salud...todos tendrán espacio para su atención...no hay excusas hay medicamentos y se debe cumplir...” (López, 2021). La realidad mostraba lo contrario, era evidente la saturación de los servicios de salud y la falta de recursos materiales y humanos, no sólo para los pacientes con necesidades de atención por enfermedad de Covid-19, sino de pacientes con enfermedades crónicas degenerativas, cirugías de urgencia, atención de embarazadas, enfermedades neoplásicas, etc. Esto condicionó grandes desconciertos en la conciencia ciudadana, incrementando la pérdida de credibilidad hacia la política pública de salud del régimen de la “Cuarta Transformación” y alimentando la anarquía en los comportamientos preventivos ante la pandemia (Madrid, 2021), a lo cual el modelo de comunicación gubernamental fracasó.

Determinante económico

Hubo una reducción en la producción de mercancías, el cierre de fronteras, el consumo disminuido, cierre de restaurantes, cines, gimnasios, mercados públicos, incertidumbre en la inversión, entre

otros. De esta forma se interrumpieron las redes de suministro, producción de bienes básicos y los capitales abandonaron los mercados emergentes, estos elementos que son el pilar que sostiene la economía mundial fueron sometidos por una pandemia de origen viral. El resultado en el panorama económico fue una caída inminente de las bolsas desde Tokio a New York pasando por Europa y Oceanía los mercados financieros se desplomaron (Milenio, 2020), y aunado a esto el desempleo se disparó a niveles históricos en “México 1 millón y medio de empleos formales perdidos por la contingencia... el sector inmobiliario cayó...” (El economista, 2021) y a “nivel mundial se estima que mil 250 millones de trabajadores están en riesgo de despidos o reducción de salarios” (El economista, 2021). Cabe mencionar que en México surgieron nuevos modelos de trabajo como el híbrido -combinar labores tanto en oficina como en casa- y para profesionales existió un posicionamiento global a través del empleo virtual (Laureles, 2021).

Cabe señalar que México fue de los pocos países en el mundo, que afrontó la pandemia sin ningún préstamo internacional, lo que obligó a empresarios a realizar presión mediática a través de medios de comunicación para conseguir apoyos económicos del tipo subvención, lo cual no fue aceptado por parte del Gobierno Federal (La jornada, 2020). De esta forma una pandemia asestó un fuerte golpe al capitalismo (Zizek, 2020) el consumo como cultura se limitó y los bienes de consumo están en duda de su propia necesidad real, lo cual impacta de manera directa o indirecta en todos los integrantes de los colectivos.

Sistema de salud

En cuanto a este determinante, se dividió básicamente en dos posturas para su análisis: la del estado –un sistema complejo y fragmentado– y la de los profesionales y trabajadores del área de la salud. La primera hace alusión a una preparación tecnológica y humana de recursos que exige la pandemia, además de considerar primordial el mantenimiento económico en salud del país por lo

cual justifica toda toma de decisión a fin de evitar una crisis económica en salud. La segunda es la voz de los actores que están en el campo de acción y que independientemente de la fila política de sus estados y centros de trabajo, la exigencia es la misma, falta de recursos y protección para desempeñar su trabajo.

La postura del Estado y sus instituciones en salud, fue enfocarse en cubrir faltantes en el área con profesionales de la salud, para este fin, se lanzó una convocatoria nacional para contratar en las instituciones públicas (Instituto Mexicano del Seguro Social, Instituto de Salud para el Bienestar, Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado) pero solo por un período de seis meses, con todas las prestaciones de ley y recibiendo por adelantado su primer pago de sueldo. Se logró contratar a 6,600 médicos (especialistas y generales) y 12,300 enfermeras especialistas y generales, además, de manera interina se reclutó a médicos/as de todas las áreas de especialidad para dedicarse a la atención de pacientes COVID.

Otra estrategia en salud, fue la reconversión hospitalaria, las instituciones de la Asociación Nacional de Hospitales Privados y del Consorcio Mexicano de Hospitales se aliaron para lograr este fin (Trabajo cotidiano, 2021 & Gobierno de México, 2020) desde una coordinación sectorial, pasando por una comunicación efectiva interinstitucional, hasta uso racional de recursos y atención médica continua. Esta reconversión fue galardonada por la Organización Panamericana de la Salud y la Organización Mundial de la Salud (La jornada, 2020), sin embargo, los profesionales del área de la salud, muchos de ellos eran inexpertos en el área de reconversión y aun así fueron enviados a combatir la pandemia, con médicos residentes, internos y de servicio social, los cuales fueron utilizados para responder a la emergencia nacional, muchas veces sin proporcionarles la capacitación necesaria ni el equipo de protección personal. Ante esta situación la mortalidad más alta del mundo en profesionales se presentó en México con más de 3,330 profesionales del área muertos en ejercicio profesional por infecto contagiosidad, esto contrapone el derecho fundamental a la salud un riesgo laboral

en estas áreas de atención en pandemia (Gobierno de México, 2020), a esto el Gobierno Federal les llamo “héroes de la salud” y les hizo un memorial (La jornada, 2020 & La redacción, 2021) de esta forma evito rumores en torno a la falta de una ética laboral hacia estos profesionales del área de la salud, la salud no fue una prioridad nacional para estos recursos humanos.

Esto también nos lleva a replantear la realidad en salud México, donde debemos considerar que la población total es de 126 millones de mexicanos según el último Censo de Población y Vivienda, y que de acuerdo con datos de la Secretaría de Salud Federal, en recursos humanos para la salud hay 277 mil 287 médicos ejerciendo su profesión, esto significa 2.4 médicos por cada 1,000 habitantes, en cuanto a los profesionales en formación se cuenta con 1.5 médicos residentes, pasantes e internos de pregrado y 2.9 enfermeros(as) por cada mil habitantes, el indicador más bajo en los integrantes de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos. Respecto a la infraestructura en salud se evidenciaron carencias estructurales, inequidad y desigualdad del sistema de salud: México enfrentó la pandemia por COVID-19 con 60,600 camas y 5,523 respiradores mecánicos, con un 0.38 por ciento del producto interno bruto de inversión en ciencia, con 1,071 especialistas en Neumología –adultos y pediatría-, y desabasto de medicamentos en todos los niveles de atención, y además, desaparece el seguro popular y nace el Instituto de Salud para el Bienestar Animal político, 2020 & Vargas, 2020), ante estos datos no existe en México una política clara en inversión para la formación en recursos humanos, ni infraestructura o desarrollo tecnológico para la salud, un planteamiento a futuro para próximos eventos en salud no es prioridad nacional.

La respuesta de los profesionales de la salud fue una organización para comprar sus propios insumos –para tratamiento en zonas de alto riesgo viral por infecto contagiosidad–, realizaron capacitaciones entre pares a nivel nacional como internacional y efectuaron manifestaciones en las calles para expresar su necesidad de protección laboral, también expusieron que sufrían de

amenazas de despido por negarse a atender en área COVID, eran hostigados de un día para otro con normativas y protocolos de atención cambiantes y en muchas de las ocasiones sin recursos materiales planteados en estos protocolos, incluso llegaron a hacer uso de la improvisación de material médico ante escasos, lo cual al parecer estaba justificado, hicieron uso de tratamientos experimentales en los pacientes con el uso de: –lopinavir, ritonavir, hidroxiclороquina, tocilizumab, remdesivir, suero hiperinmune, interferón beta, entre otros– (González-Castro, 2022), las Academias de medicina al principio de la pandemia abandonaron al gremio médico. En lo social surgieron, actos como enfermeras rociadas con cloro [38], negación en la prestación de servicios como el de transporte público o alimentación en aplicación móvil, agresiones físicas y verbales (Vergara, 2020 & Peralta 2020), a los profesionales de la salud, estas muestras sociales y laborales denotan nula empatía de la población y estructura en salud, esta pandemia en México vislumbro en los profesionales del área de la salud: flexibilización, precarización laboral, violencia estructural en salud y olvido social.

Vacunación

La vacunación entendida como una herramienta eficaz para la búsqueda de una inmunidad global ante el COVID-19, se enfrentó a diferentes elementos: desarrollo de vacunas, la producción, comercialización, distribución de las vacunas y financiación del proceso. En un primer escenario, la primera vacuna creada fue la Sputnik V esta se aprobó en agosto del 2020 y empezó a administrarse en diciembre en la capital de Moscú, siendo Rusia el primer país en el mundo en iniciar la vacunación masiva a su población (BBC, 2020). En México se inició con la vacuna de Pfizer/BioNTech el 24 de diciembre del 2020 y fue la primera en administrarse en grupos de riesgo: personal del área de la salud y pacientes mayores de 60 años de edad. Hasta ese momento, las vacunas aplicadas en México habían probado su eficacia en la

reducción de síntomas significativos y también en la minimización del riesgo de muerte (Zerega, 2021), el inicio de la vacunación masiva fue el 14 de febrero del 2021 (Zerega, 2021). En esta primera etapa la vacunación mostró rechazo por parte de los colectivos, los motivos fueron variados: temor a las reacciones adversas, la carrera comercial entre laboratorios –que no aseguraba una bio-seguridad “...somos los cobayos...me quieren matar...”- (N.d.-f, 2021), también se encontró que a mayor nivel de estudios, más rechazo a la vacuna, la ideología política de izquierda se inclina más a la vacunación, en contraparte con los de ideología de derecha o centroderecha que rechazan la vacunación, asociación de la pandemia con teorías conspirativas y el desconocimiento en la existencia del COVID-19, falta de confianza en las instituciones de salud, esperas prolongadas para la aplicación de la vacuna, mala información por parte del sistema de salud, así como *fake news* – “...no te vacunes te colocaran un...chip para controlarte... un GPS para vigilarte...te inyectaran un nuevo virus...” (BBC, 2021 & Vacunación, 2021). Este panorama muestra un gran abanico de elementos, que muchos de ellos se confrontan con la postura oficial del Gobierno Federal y la Secretaria de Salud en México.

México en 2022 inicio con 72 millones de personas con esquema completo de vacunación equivalente a un 89 por ciento de la población, cabe mencionar, no hay aplicación de vacuna en menores de doce años excepto cursen con alguna comorbilidad que amerite vacunación, o tengan un amparo federal -250 amparos hasta este momento- (Suarez, 2021). Las autoridades sanitarias sostienen que menores de 12 años no son población de riesgo, por lo cual cientos de padres en México han buscado el derecho a que sus hijos sean vacunados solicitando a los tribunales en México un amparó para ser vacunados, en ese sentido la salud en México debe ser peleada en los tribunales de justicia (Suarez, 2021), lo que bióticamente contrapone derechos individuales y colectivos al ser padres que solicitan amparos de manera individualizados.

México trata de estar a la vanguardia de la producción de vacunas, el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología y el

Laboratorio Avi-Mex elaboran la vacuna Patria la cual está en Fase 1 con un estudio de 91 voluntarios (Cortes, 2022), esta iniciativa entre empresa privada y gobierno habla de buenas voluntades en favor de tener cierta independencia global en la producción de biológicos, aunque los tiempos no se ajustan ya para una pronta utilización de la vacuna Patria, esta podría ser utilizada en el esquema de vacunación de gratuidad federal en México.

Datos epidemiológicos

En México cabe describir las cuatro olas que hasta el momento se han presentado. La primera ola de Coronavirus inició el 28 de febrero del 2020, al confirmarse el primer caso de COVID-19 (Economista, 2020) y con el primer muerto el día 3 de marzo del 2020 (BBC, 2020). En ese momento se inició el monitoreo del COVID-19 a través de los sistemas de vigilancia: hospitalaria -registra información de personas graves, monitorea su desenlace y verifica servicios de salud disponibles- y centinela -arraigado en clínicas, mide casos leves, pero ninguno capturaba asintomáticos o realizo seguimiento post-covid de pacientes. El Gobierno Federal y la Secretaria de Salud iniciaron con campañas de prevención y promoción de distanciamiento social, se continuó con fronteras abiertas al comercio y turismo internacional –sin solicitud de pruebas de PCR negativa para ingreso a territorio nacional- (Mxico ONU, 2020 & Fondo Ruso, 2021). La recomendación de “testing, testing, testing” de Tedros Adhanom Ghebreyesus (Barrientos, 2020), fue inviable en México por carecer de pruebas y además, de ser de alto costo para el sistema de salud, con la realización de pruebas de diagnóstico generalizadas, junto con el aislamiento de los infectados, el rastreo de contactos y la cuarentena de esos contactos (Robert, 2020), México podría haber tenido una mejor respuesta a la pandemia. La segunda ola inicio en diciembre del 2020, un mes plagado de festividades, con relajación en medidas de prevención y con una primera ola muy larga que nunca concluyo, esto condujo a un aumento de contagios por COVID-19, con pico

de contagios en enero del 2021 y muertes con una tasa de 29 por cada 10 mil habitantes, nunca antes se había registrado ese dato en México asociado a COVID-19 (Zepeda, 2021). Un dato relevante fue que la primera ola azotó a poblaciones marginadas y la segunda ola iniciaba azotando a estratos sociales medios y altos (Galindo, 2021). En ese contexto, el oxígeno medicinal escaseo y los concentradores aumentaron de precio, las camas con ventilador en hospitales se saturaron, y, aunado a lo anterior, esta ola provocó la mitad de las muertes maternas en los primeros 3.5 meses de 2021 equivalentes al 37 por ciento de los reportados en 2020 (Martínez, 2021). Cabe destacar que en este periodo se confirma que el COVID-19 es la segunda causa de muerte en México, por debajo de Enfermedades del Corazón (Castillo, 2020 & Villanueva, 2021).

La tercera ola, inicio entre julio y agosto del 2021, la variante delta del COVID-19 dominó en esta ola afectando a menores de 30 años, aunque la letalidad fue menor a las dos olas anteriores, la vacunación fue un punto fuerte para evitar enfermedad severa y muerte por COVID (Galindo, 2021).

La cuarta ola, inició en diciembre del 2021, la variante omicron del COVID-19 hizo su aparición, se minimizó su peligrosidad (La Jornada, 2021) pero por otro lado utilizando campañas de concientización de medidas higiénicas y distanciamiento social (UNAM, 2021). A pesar que la cuarta ola se anunciaba por una variante no letal esto demandó una ocupación del 30 % de camas con ventiladores y un total de 829 defunciones (Camhaji, 2022). En las cuatro olas en México las medidas de restricción para la llegada de viajeros del exterior no existieron.

Educación

Como último determinante, la educación, fue trasladada a los hogares mexicanos para evitar la propagación rápida del virus COVID-19. Esto generó que aproximadamente 30 millones de alumnos, tuvieran que dejar de ir a sus centros escolares a partir del 14 de marzo del 2020. La educación por medios digitales a

través de plataformas que requieren internet y dispositivos móviles, detectó que existe en el país una brecha de desigualdad digital, donde el 76.6% de la población urbana es usuaria de Internet, mientras que en la zona rural la población usuaria se ubica en 47.7 por ciento y aunado a esto sólo el 44.3% dispone de computadora en sus hogares (Gerardo & Cardozo, 2020).

A partir del 7 de enero del 2022, se regresó a clases presenciales encontrando las áreas escolares saqueadas y vandalizadas, sin agua potable para uso y consumo, sin servicios sanitarios, con aulas son pequeñas y sin ventilación, con grupos numerosos de alumnos por salón y profesores que presentan comorbilidades de riesgo a pesar de esta, aunado a la nula vacunación en menores de 12 años (Poy, 2021). Cabe señalar que, al momento de terminar este trabajo, aún no se han vacunado a la población menor de 12 años a pesar que contamos con una sindemia de sobrepeso y obesidad infantil en niños de 8-12 años.

Conclusión

El presente trabajo partió de la caracterización de tres DSS en un momento de pandemia, y en el proceso de análisis se pudieron observar la emergencia de 4 subcategorías interrelacionadas y determinantes de la evolución de la pandemia a tener presentes en otros escenarios de salud.

Las políticas públicas en salud restrictivas para la movilización y continuidad de las actividades cotidianas condicionaron una crisis paradójica por los estragos económicos de una sociedad que depende de la movilidad diaria, con el avance de la pandemia el determinante económico tomó jerarquía para definir las acciones en salud. Los sistemas de salud por su parte dieron prueba de su vulnerabilidad estructural y de la falta de recursos humanos para la salud lo cual es un punto crítico a resolver en los próximos años si consideramos que México tiene otra pandemia que atender como lo es la obesidad y sus comorbilidades.

La expresión de lo que se podrían considerar determinantes emergentes resulta aún más interesante ya que uno de ellos referido en este documento como socialización de la información, hace referencia al papel de los medios de comunicación, la *mass media* y las redes sociales como instrumentos para legitimar, descalificar, afirmar o confrontar información. Esta forma de comunicación requiere de una regularización más estricta sobre los contenidos y veracidad de la información a fin de evitar las *fake news* o contenido que sea de contrapeso a las acciones tomadas y sustentadas en la evidencia técnico-científica en ese momento.

El otro determinante emergente relevante fue la vacunación, dada las características de la pandemia este punto definió el comportamiento de las cuatro olas descritas en este documento. Se reconoce la postura y la preocupación del Estado mexicano por distribuir la vacuna de manera gratuita, iniciando por la población más vulnerable y atendiendo al total de la población respetando la libertad de aceptar ser vacunados.

Por último, se describe los efectos de la pandemia sobre la educación, dejando ver de igual manera la vulnerabilidad estructural en cuanto a la falta de equipamiento para otorgar una educación a distancia, así como la precarización de las instalaciones que impiden ambientes saludables dentro de los salones de clase, siendo centros que podrían considerarse como salutogénicos.

La crisis ocasionada por el COVID-19, debe replantear los modelos en salud de todo el mundo, en esta ocasión fue un virus letal, pero continuamos con la escalada de enfermedades crónicas no transmisibles. Una propuesta es incidir ante situaciones de crisis en salud que apelen por una respuesta social organizada lo cual requiere una estructura sólida con legitimación de sus instituciones de salud y articulación con el resto de los elementos de manera vertical y horizontal.

Bibliografía

- Agresión racista de un italiano contra un filipino al creer que era chino.* (2020, February 26). La Vanguardia. <https://www.lavanguardia.com/vida/20200226/473793996247/agresion-racista-italiano-filipino-chino.html>
- Al-Aly, Z., Xie, Y., & Bowe, B. (2021). High-dimensional characterization of post-acute sequelae of COVID-19. *Nature*, 594(7862), 259–264. <https://doi.org/10.1038/s41586-021-03553-9>
- AMLO reclama a funcionarios del sector salud por falta de medicamentos.* (2021, Noviembre 10). La Jornada. <https://www.jornada.com.mx/notas/2021/11/10/politica/amlo-a-gabinete-ya-no-hay-excusas-para-desabasto-de-medicinas/>
- Ante la cuarta ola, expertos de la UNAM dan recomendaciones.* (2021, Diciembre 2). Gaceta UNAM.
- Arellano, O. L., Escudero, J. C., & Moreno, L. D. C. (2008). Los determinantes sociales de la salud: una perspectiva desde el Taller Latinoamericano de Determinantes Sociales sobre la Salud, ALAMES. *Social medicine (Social Medicine Publication Group)*, 3(4), 323–335. <https://www.medicinasocial.info/index.php/medicinainasocial/article/view/260>
- Barrientos-Gutiérrez, T., Alpuche-Aranda, C., Lazcano-Ponce, E., Pérez-Ferrer, C., & Rivera-Dommarco, J. (2020). La salud pública en la primera ola: una agenda para la cooperación ante Covid-19. *Salud Publica de Mexico*, 62(5, sep-oct), 598–606. <https://doi.org/10.21149/11606>
- BBC News Mundo. (2020a, March 19). Coronavirus. *BBC*. <https://www.bbc.com/mundo/noticias-america-latina-51959283>
- BBC News Mundo. (2020b, December 11). Covid-19: cuánto tiempo se demoró en encontrar la vacuna para algunas enfermedades (y por qué este coronavirus es un caso histórico). *BBC*. <https://www.bbc.com/mundo/noticias-55232518>

BBC News Mundo. (2021, February 8). El país que rechaza la vacuna contra la covid-19 y dice que “no hay coronavirus.” *BBC*. <https://www.bbc.com/mundo/noticias-55964675>

Breilh, J. (2013). La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva). *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 31, 13–27. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=12028727002>

Bristow, M. (n.d.). Bbc news. *BBC*. Retrieved August 9, 2023, from <http://news.bbc.co.uk/2/hi/asia-pacific/7783640.stm>

Camhaji, E. (2022, February 2). *Ómicron lleva a México a superar las 800 defunciones en un día*. Ediciones EL PAÍS S.L. <https://elpais.com/mexico/2022-02-02/omicron-lleva-a-mexico-a-superar-las-800-defunciones-en-un-dia.html>

Castañeda, M. J. (2022, March 4). *Ciudad de México regresará a semáforo verde el próximo lunes*. Ediciones EL PAÍS S.L. <https://elpais.com/mexico/2022-03-04/ciudad-de-mexico-regresara-a-semaforo-verde-el-proximo-lunes.html>

Castillo, F. L. (2020, December 24). *Arrancó la vacunación contra Covid-19*. *La Jornada*. <https://www.jornada.com.mx/notas/2020/12/24/politica/arranco-la-vacunacion-contra-covid-19/>

Clarín.com. (2020, April 7). *Sospechaba que su mujer tenía coronavirus: la mató y se suicidó*. *Clarín*. https://www.clarin.com/internacional/estados-unidos/sospechaba-mujer-coronavirus-mato-suicidio_0_ThbAUzvXd.html

Clemente, M. A. (2003). Redes sociales de apoyo en relación al proceso de envejecimiento humano. Revisión bibliográfica [The relation between social supports networks and the process of human aging. Bibliographical review]. *Interdisciplinaria Revista de Psicología y Ciencias Afines*, 20(1). <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=18020103>

Coronavirus disease (COVID-19): Contact tracing. (n.d.). *Who.int*. Retrieved August 9, 2023, from <https://www.who.int/news-room/questions-and-answers/item/coronavirus-disease-covid-19-contact-tracing>

Cortés, J. C. (2022, February 14). *Vacuna Patria es segura en humanos; publican resultados previos de ensayo Fase I*. El Universal. <https://www.eluniversal.com.mx/nacion/vacuna-patria-es-segura-en-humanos-publican-resultados-previos-de-ensayo-fase-i>

de la República, P. (n.d.). *Versión estenográfica*. Gob.Mx. Retrieved August 9, 2023, from <https://www.gob.mx/presidencia/articulos/version-estenografica-conferencia-de-prensa-informe-diario-sobre-coronavirus-covid-19-en-mexico-238806?idiom=es>

de Medios, D. (2020, December 17). *La Jornada: Héroes anónimos*. La Jornada. <https://www.jornada.com.mx/2020/12/17/opinion/014a1pol>

de Medios, D. (2021a, August 30). *La Jornada: México, sin problemas de liquidez; la asignación del FMI va a deuda: SHCP*. La Jornada. <https://www.jornada.com.mx/2021/08/30/economia/020n1eco>

de Medios, D. (2021b, December 6). *La Jornada: Ómicron: negligencias en el AICM*. La Jornada. <https://www.jornada.com.mx/2021/12/06/politica/016a1pol?partner=rss>

Deportes, U. (2020, April 5). *Médico del Reims se suicida; tenía coronavirus*. El Universal. <https://www.eluniversal.com.mx/universal-deportes/futbol/coronavirus-medico-del-reims-se-suicida-tenia-covid-19>

DOF - Diario Oficial de la Federación. (n.d.). Gob.mx. Retrieved August 9, 2023, from https://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5593313&fecha=14/05/2020

Economista, E. (2020a, February 28). *Secretaría de Salud confirma el primer caso de coronavirus en México*. El Economista. <https://www.eleconomista.com.mx/politica/Secretaria-de-Salud-confirma-el-primer-caso-de-coronavirus-en-Mexico-20200228-0061.html>

Economista, E. (2020b, April 7). *ANTAD reporta 53 saqueos en tiendas ante contingencia por coronavirus*. El Economista. <https://www.eleconomista.com.mx/empresas/ANTAD-reporta-53-saqueos-en-tiendas-ante-contingencia-por-coronavirus-20200406-0098.html>

El Hospital. (2020, June 10). *México aumentó cuatro veces su producción de ventiladores de respiración asistida*. El Hospital. <https://www.elhospital.com/temas/Mexico-aumento-cuatro-veces-su-produccion-de-ventiladores-de-respiracion-asistida+134664>

Franco A. (2013). Global determination and health: the broad framework of the determinants of health. *Rev. Fac. Nac. Salud Pública*. 2013; 31 (supl 1): S73-S86. Link: <http://www.scielo.org.co/pdf/rfnsp/v31s1/v31s1a09.pdf>

Galindo, J. (2021, September 17). *La tercera ola del coronavirus cede en México tras causar menos muertes que las anteriores*. Ediciones EL PAÍS S.L. <https://elpais.com/mexico/2021-09-17/la-tercera-ola-del-coronavirus-cede-en-mexico-tras-provocar-menos-muertes-que-las-anteriores.html>

Galindo, J., & Pérez, D. M. (2021, January 5). *La segunda ola de coronavirus en Ciudad de México empieza en las zonas acomodadas*. Ediciones EL PAÍS S.L. <https://elpais.com/mexico/sociedad/2021-01-05/la-segunda-ola-de-coronavirus-en-ciudad-de-mexico-empieza-en-las-zonas-acomodadas.html>

Gerardo, L., & Cardozo, M. (n.d.). *La educación en México en tiempos de COVID-*. Unam.Mx. Retrieved August 9, 2023, from <https://www.iisue.unam.mx/medios/educacion-futura-mencion-del-articulo-de-marion-lloyd-en-el-libro-educacion-y-pandemia-894.pdf>

Gone, H. (2020, March 20). *Alerta Coronavirus: Últimas Noticias y Recomendaciones*. N+. <https://noticieros.televisa.com/coronavirus-covid19-noticias-recomendaciones/>

González-Castro, A., Cuenca Fito, E., Fernandez, A., Escudero Acha, P., Rodríguez Borregán, J. C., & Peñasco, Y. (2022). Primera y segunda oleada de enfermedad por coronavirus-19: un estudio comparativo en pacientes hospitalizados en una UCI de un hospital universitario de tercer nivel. *Medicina intensiva*, 46(3), 166–168. <https://doi.org/10.1016/j.medin.2021.02.009>

Gutiérrez Vidrio, S., & Reyna Ruiz, M. (2015). El papel de las emociones en la incitación al consumo: Análisis de un programa radiofónico de corte religioso. *Comunicación y sociedad*

(Guadalajara), 23, 125–147. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0188-252X2015000100006

Kaplan, G. A. (2006). *Social Determinants of Health*, 2nd Edition. M Marmot and R Wilkinson (eds). Oxford: Oxford University Press, 2006, pp. 376, \$57.50. ISBN: 9780198565895. *International Journal of Epidemiology*, 35(4), 1111–1112. <https://doi.org/10.1093/ije/dyl121>

Laureles, J. (2021, June 4). *Tras la pandemia, mexicanos prefieren trabajar de manera híbrida*. La Jornada. <https://www.jornada.com.mx/notas/2021/06/04/politica/laborarian-62-de-los-trabajadores-de-manera-hibrida-revela-estudio/>

Laurell, A. C. (n.d.). *La Salud-Enfermedad como proceso social*. Org.Ar. Retrieved August 9, 2023, from <https://red.amr.org.ar/wp-content/uploads/sites/3/2015/10/n19a061.pdf>

Madrid, J. E. (n.d.). Iteso.Mx. Retrieved August 9, 2023, from http://bibliotecadigitalconeicc.iteso.mx/bitstream/handle/123456789/5610/2021_Las%20contradicciones%20de%20la%20pol%3%adtica%20de....pdf?sequence=1&isAllowed=y

Madrid, J. E. (2021, August 14). *Las contradicciones de la política de comunicación*. Siempre!; Revista Siempre! <http://www.siempre.mx/2021/08/las-contradicciones-de-la-politica-de-comunicacion/>

Martínez, Á. C. (2021, April 26). *Segunda ola causa la mitad de muertes maternas por Covid*. La Jornada. <https://www.jornada.com.mx/notas/2021/04/26/politica/segunda-ola-causa-la-mitad-de-muertes-maternas-por-covid/>

McNeil, D. G., Jr. (2020, March 22). The virus can be stopped, but only with harsh steps, experts say. *The New York Times*. <https://www.nytimes.com/2020/03/22/health/coronavirus-restrictions-us.html>

México enfrenta emergencia por COVID-19 con 60,600 camas y 5,523 respiradores mecánicos. (2020, March 24). Animal Politico. <https://www.animalpolitico.com/2020/03/mexico-enfrenta-emergencia-covid-19-camas-respiradores-mecanicos/>

México, O. N. U. (n.d.). *mayo 2021 - ONU México*. ONU México | Enfermedad por el Coronavirus (COVID-19). Retrieved August 9, 2023, from <https://coronavirus.onu.org.mx/2021/05>

México produce lote de prueba de vacuna Sputnik V; es el primer país en Norteamérica en hacerlo. (2021, July 5). El Financiero. <https://www.elfinanciero.com.mx/salud/2021/07/05/mexico-produce-lote-de-prueba-de-vacuna-sputnik-v-es-el-primer-pais-en-norteamerica-en-hacerlo/>

Milenio Digital. (2020, March 16). *Bolsas de Europa, Asia y América se desploman ante coronavirus*. Grupo Milenio. <https://www.milenio.com/negocios/coronavirus-covid-19-tira-bolsas-america-europa-asia>

Peralta, L. M. (2020, April 7). *Aumentan las agresiones a personal de la Salud en México por Covid-19*. El Diario de Yucatán. <https://www.yucatan.com.mx/mexico/aumentan-las-agresiones-a-personal-de-la-salud-en-mexico-por-covid-19>

Phillips, T. (2016, February 12). China's young reporters give up on journalism: "You can't write what you want." *The Guardian*. <https://www.theguardian.com/world/2016/feb/12/china-journalism-reporters-freedom-of-speech>

Política, E., & Yañez, B. (2021, July 20). *La tercera ola de COVID-19: sin disponibilidad 12 hospitales de la CDMX*. ADNPolítico. <https://politica.expansion.mx/cdmx/2021/07/20/la-tercera-ola-de-covid-19-sin-disponibilidad-12-hospitales-de-la-cdmx>

Poy y Georgina Saldierna, L. (2021, July 9). *Mantiene la SEP su plan de volver el 30 de agosto a las clases presenciales*. La Jornada. <https://www.jornada.com.mx/notas/2021/07/09/politica/mantiene-la-sep-su-plan-de-volver-el-30-de-agosto-a-las-clases-presenciales/>

Robert F. (2020) The standard coronavirus test, if available, works well—but can new diagnostics help in this pandemic?. Link: <https://www.science.org/content/article/standard-coronavirus-test-if-available-works-well-can-new-diagnostics-help-pandemic>

Suárez, K. (2021, September 10). *La vacuna contra la covid para los niños en México se consigue en los tribunales*. Ediciones EL PAÍS S.L.

<https://elpais.com/mexico/2021-09-10/la-vacuna-contrala-covid-para-los-ninos-en-mexico-se-consigue-en-los-tribunales.html>

Trabajo coordinado, fundamental para lucha contra el Covid-19: IMSS. (2021, March 21). La Jornada. <https://www.jornada.com.mx/notas/2021/03/21/politica/trabajo-coordinado-fundamental-para-lucha-contrael-covid-19-imss/>

Vacunación COVID a menores con comorbilidades: Te explicamos qué son. (2021, October 20). El Financiero. <https://www.elfinanciero.com.mx/salud/2021/10/18/vacunacion-covid-a-menores-con-comorbilidades-te-explicamos-que-son/>

Varela, J. L. M. (2001). La figura de Dracón en el debate sobre el origen del estado ateniense. *Polis: revista de ideas y formas políticas de la Antigüedad*, 13, 7–32. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=287577>

Vargas, M. V. (2020, September 9). *El gobierno destina 4.47% más a Ciencia y Tecnología para 2021.* Expansión. <https://expansion.mx/tecnologia/2020/09/09/el-gobierno-destina-4-47-mas-a-ciencia-y-tecnologia-para-2021>

Vergara, R. (2020, April 7). *El IMSS condena agresiones a personal de salud por covid-19: 'son los verdaderos héroes'.* Proceso. <https://www.proceso.com.mx/624856/imss-condena-agresiones-covid-19-verdaderos-heroes>

Villanueva, D. (2021, January 27). *Covid-19, la segunda causa de muerte en México: Inegi.* La Jornada. <https://www.jornada.com.mx/notas/2021/01/27/economia/coronavirus-la-segunda-causa-de-muerte-en-mexico-inegi/>

Zepeda, C. (2021, August 25). *Pandemia dispara 82% las muertes en enero-marzo en México: Inegi.* La Jornada. <https://www.jornada.com.mx/notas/2021/08/25/politica/reporta-inegi-368-mil-906-muertes-en-enero-marzo-por-covid-19/>

Zerega, G. (2021, February 15). *México vive su primer día de vacunación masiva contra la covid: "Recibir la dosis nos da mucha esperanza."* Ediciones EL PAÍS S.L. <https://elpais.com/mexico/2021-02-15/mexico-vive-su-primer-dia-de-vacunacion-masiva-contrala-covid-recibir-la-dosis-nos-da-mucha-esperanza.html>

Zerega, G., Camhaji, E., & Galindo, J. (2021, February 17). *Así avanza la vacunación contra la covid-19 en México*. Ediciones EL PAÍS S.L. <https://elpais.com/mexico/2021-02-23/asi-avanza-la-vacunacion-contra-coronavirus-en-mexico.html>

Zizek, S. (2020, February 27). *Slavoj Zizek: Coronavirus is 'Kill Bill'-esque blow to capitalism and could lead to reinvention of communism*. RT International; RT. <https://www.rt.com/op-ed/481831-coronavirus-kill-bill-capitalism-communism/>

(N.d.-a). TheLancet.com. Retrieved August 1, 2023, from [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(20\)32656-8/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(20)32656-8/fulltext)

(N.d.-b). TheLancet.com. Retrieved August 1, 2023, from [http://www.thelancet.com/journals/lancet/issue/vol380no9845/pII S0140-6736\(12\)X6037-9](http://www.thelancet.com/journals/lancet/issue/vol380no9845/pII S0140-6736(12)X6037-9).

(N.d.-c). Who.int. Retrieved August 1, 2023, from http://www.who.int/sdhconference/declaration/Rio_political_declaration_Spanish.pdf.

(N.d.-d). Gob.Mx. Retrieved August 1, 2023, from https://coronavirus.gob.mx/wp-content/uploads/2020/07/Lineamientos-Reconversion-Hospitalaria_05042020_2.pdf

(N.d.-e). Com.Mx. Retrieved August 1, 2023, from <https://www.jornada.com.mx/ultimas/cultura/2020/05/24/fachada-del-siglo-xxi-rinde-homenaje-a-los-201cheroes-de-la-salud201d-6668.html>

(N.d.-f). Efe.com. Retrieved August 1, 2023, from <https://www.efe.com/efe/espana/sociedad/el-rechazo-a-las-vacunas-contra-la-covid-19-sigue-cayendo/10004-4573182>

*Aspectos socio-históricos de los Determinantes Sociales en
Salud: contrastaciones de viejas y nuevas pandemias en el
contexto italiano*

Fabio Manuel Serra
Donovan Casas Patiño
Alejandra Rodríguez Torres

Introducción

En el transcurso de la historia de la humanidad se sucedieron muchas epidemias y pandemias que caracterizaron la vida y la sociedad de cada época. La lucha de los individuos contra las enfermedades es un aspecto muy interesante, especialmente porque la salud colectiva¹ se determina a través de un proceso que cae sobre la entera agrupación humana. En este ensayo se pretende examinar la situación del contexto italiano en el siglo XXI a la luz de la pandemia de COVID-19, enfrentando los instrumentos jurídicos usados por el gobierno con los decretos otorgados por el virrey del Reino de Cerdeña en Antiguo Régimen, en casos específicos de epidemias. El sentido de esta aportación es la de evaluar la capacidad humana de aprender de la historia, especialmente en el campo de la salud, y también su incapacidad a evitar errores que ya en el pasado se revelaron fatales. Sin embargo, antes de principiar este análisis es necesario empezar con una reflexión epistemológica sobre la salud colectiva, a la luz de los estudios filosóficos más relevantes para este tema.

¹ La definición de *salud colectiva* está conectada a la de *determinación social de salud*, así como dice claramente Jaime Breilh (2013, pp. 14 - 15).

Reflexión epistemológica sobre la salud colectiva

La vida humana es una realidad muy preciosa por cada individuo. De hecho, podemos reflexionar sobre este punto a través de las palabras de Karl Popper: «Como dijo una vez Josef Popper-Lynkeus, cada vez que muere un ser humano, es todo un universo el que se destruye (nos damos cuenta de ello en cuanto nos identificamos con ese ser humano)²». Sin embargo, el ciclo de la vida de las personas sigue tanto la naturaleza como el proceso de las enfermedades, que pueden cortar de modo relevante el tiempo de supervivencia en el mundo. Así resulta claro que cada patología puede ser fatal por un individuo, como en el ejemplo del cáncer. Sin embargo, en otros casos, recordamos las enfermedades infecciosas, que se transmiten con rapidez de persona en persona, y que pueden afectar negativamente a la salud pública. Efectivamente, por cada situación médica que se produce en un contexto social, se releva como múltiples factores culturales, políticos y económicos influyen en la calidad de la vida.

En este sentido, parece claro por qué la Organización Mundial de la Salud publicó los *Determinantes Sociales en Salud* (DSS)³, que pretenden explicar estos factores y su peso en el contexto global. La importancia de estos índices puede ser aplicada a todas las enfermedades, como por ejemplo la Diabetes Mellitus (DM), la obesidad y, claramente, la COVID-19. El aporte de los DSS en el caso de la DM, por ejemplo, fue señalado en tiempos recientes: «de esta manera, los DSS develan los complejos nudos de esta enfermedad a partir de la *política pública en salud*, puesto que toda política debe estar orientada en forma ideológica a la toma de decisiones de un grupo para alcanzar ciertos objetivos» (Flores Garnica, Casas Patiño, Rodríguez Torres y Reyes Pérez, 2021, p. 16).

² Popper y Eccles, 1981, p. 13.

³ A través de este enlace se pueden obtener mayores informaciones, y también examinar el marco conceptual de los DSS: <https://www.paho.org/es/temas/determinantes-sociales-salud> (15 de junio de 2023).

El rol de la política en el contexto de la salud siempre es determinante y permanece conectado con la epidemiología. «Por eso la epidemiología es un terreno de lucha de ideas, de disputa sobre cómo enunciar la salud y cómo actuar, y esa disputa obedece a intereses sociales encontrados» (Breilh, 2013, p. 14). No es suficiente: todos los eventos humanos permanecen encuadrados bajo las categorías de espacio (el lugar) y de tiempo, que claramente son irrepetibles (Serra, 2018, p. 103), y producen efectos diferentes incluso variando una sola condición. A éstas se debe añadir la categoría de la *persona* (Breilh, 2013, p. 15). Todas estas variables contribuyen integralmente a la determinación del estado de salud global del contexto social de referencia; a esto hay que sumarle que cada variable puede generar resultados diferentes, según la doctrina de la teoría del caos⁴. Sin embargo, igualmente como en meteorología, también en el contexto de la Salud Pública se procede con la elaboración de pensamientos críticos e investigaciones para garantizar a toda la población el mantenimiento del estatus básico en el contexto de la salud. En este sentido, el sistema de los DSS permite una evaluación de las condiciones necesarias y suficientes para el objetivo principal, que es la Salud Colectiva.

En el contexto político actual, pero, es necesario poner de relieve la crisis de la Modernidad, especialmente en el sentido de la *ilusión de seguridad*, que va a fracasar contra los límites de la sostenibilidad (Villasana López, 2020, p. 21). Esta ilusión

⁴ Verdad que la teoría del caos se originó en el contexto meteorológico; sin embargo, siguiendo lo que dice Mario Testa (1989), «son las ciencias –en verdad ramas de una sola ciencia– naturales las que desencadenan en sus trabajadores la reflexión sobre su quehacer» (p. 17). Por tanto, parece claro lo que Lorenz (1963) afirma: «Lack of periodicity is very common in natural systems, and is one of the distinguishing features of turbulent flow. Because instantaneous turbulent flow patterns are so irregular, attention is often confined to the statistics of turbulence, which, in contrast to the details of turbulence, often behave in a regular well-organized manner». Igualmente, la interacción entre la *persona*, el *lugar* y el *tiempo* está caracterizada por una ‘turbulencia’ que no se puede someter a simetrías o resultados periódicos. Pro consiguiente, hay una cantidad de variaciones enorme en cada contexto de esa interacción.

caracterizó también la población italiana al principio de la pandemia de COVID-19. En este ensayo, por tanto, intentaremos evidenciar el impacto de los elementos conectados a los DSS en el enfrentarse a la enfermedad infecciosa, considerando también algunos elementos históricos.

La pandemia de COVID-19 en Italia

El virus SARS-CoV-2 que transmite la enfermedad de COVID-19 se originó en 2019. En el diciembre del mismo año, en China, se documentaron 174 casos de la patología (OMS, 2021, p. 7). A pesar de la situación en el Este del mundo, en el transcurso de los primeros meses de 2020, en Italia se percibió una sensación de seguridad frente a la emergencia sanitaria conectada al virus. Esta percepción se mantuvo estable a pesar de la descubierta de los primeros casos de COVID-19 de dos chinos que llegaron a Milán el 23 de enero de 2020 (Severgnini, 31 de enero de 2020). Sin embargo, el gobierno italiano decidió evacuar todos los connacionales que en aquel momento estaban en Wuhan, y esta decisión se realizó a través de la intervención del Aeronáutica Militar (Ministero della Salute, 16 de junio de 2023). Los italianos repatriados fueron puestos en cuarentena, y solamente uno de ellos dio positivo al virus.

La situación empezó a mudar el 20 de febrero, cuando un hombre que nunca fue a China se encontró enfermo por SARS-CoV-2. La médica que estaba curando este señor decidió hacer un test para buscar la COVID-19, a pesar de las líneas de intervención, que prohibían este proceso si el enfermo no provenía de China. El resultado fue claro: positivo. En el día 23 de febrero se encontraron poco más de 300 ciudadanos positivos, y el número salió a 4000, en el territorio de Codogno, en una semana (AGI, 16 de junio de 2023). Para evitar el pánico general, los programas televisivos transmitieron comerciales oficiales que decían textualmente: «L'infezione da Coronavirus colpisce le vie respiratorie, *ma non è affatto facile il contagio*, soprattutto se usiamo prudenti norme

igieniche⁵» (Canal ViviCentro Network, 16 de junio de 2023). Sin embargo, la situación empeora progresivamente, con el aumento de infecciones en todas las regiones italianas, hasta la decisión del gobierno de adoptar medidas extraordinarias a través de los instrumentos jurídico del D.P.C.M., es decir, Decreto del Presidente del Consejo de los Ministros y del D.L., es decir, Decreto Ley.

Mediante el D.P.C.M. 8 de marzo de 2020, publicado en la Gaceta Oficial⁶, se ordenó a las poblaciones de la región de Lombardía, a las de las provincias de Módena, Parma, Piacenza, Reggio nell'Emilia, Rímíni, Pésaro y Urbino, Alessandria, Asti, Novara, Verbano-Cusio-Ossola, Vercelli, Padova, Treviso, y finalmente Venecia permanecer confinadas en sus domicilios, salvo graves motivos de urgencia. El día siguiente, a través del D.P.C.M. 9 de marzo de 2020⁷, el *encierro* (llamado también *lockdown* en Italia) se extendió a todo el territorio nacional.

Esta disposición se reforzó con el D.L. 25 de marzo de 2020 núm. 19⁸, y el estado de confinamiento en casa permaneció hasta el D.L. 16 de mayo de 2020 núm. 33⁹, que textualmente ordenó al art. 1: «A decorrere dal 18 maggio 2020, cessano di avere effetto tutte le misure limitative della circolazione all'interno del territorio regionale di cui agli articoli 2 e 3 del decreto-legge 25 marzo 2020, n. 19, e tali misure possono essere adottate o reiterate, ai sensi degli stessi articoli 2 e 3, solo con riferimento a specifiche aree del

⁵ La traducción al castellano es la siguiente: «La infección por Coronavirus afecta a las vías respiratorias, *pero el contagio no es fácil*, sobre todo si tenemos unas normas de higiene prudentes».

⁶ El texto integral se encuentra al siguiente enlace: <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2020/03/08/20A01522/sg> (16 de junio de 2023).

⁷ El texto integral se encuentra al siguiente enlace: <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2020/03/09/20A01558/sg> (16 de junio de 2023).

⁸ El texto integral se encuentra al siguiente enlace: <https://www.normattiva.it/uri-res/N2Ls?urn:nir:stato:decreto.legge:2020-03-25;19> (16 de junio de 2023).

⁹ El texto integral se encuentra al siguiente enlace: <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2020/05/16/20G00051/sg> (16 de junio de 2023).

territorio medesimo interessate da particolare aggravamento della situazione epidemiologica¹⁰».

Por consiguiente, desde el 18 de mayo fue posible salir de casa libremente y tomar posesión de un principio de normalidad. Sin embargo, el peligro de una nueva ola de infección preocupó a los Presidentes de las Regiones poco afectadas de la enfermedad en el período febrero - mayo. Este es el caso de Cerdeña: en efecto, el presidente Christian Solinas ha propuesto permitir el acceso a la isla sólo después de un hisopado antiCovid obligatorio. Sin embargo, el gobierno nunca aceptó esta sugerencia y, por tanto, cuando en el verano 2020 se verificó un pequeño aumento de casos de COVID-19 en Cerdeña, el presidente Solinas emitió una orden: la Ordenanza núm. 43 de 11 de septiembre de 2020¹¹, a través de la cual se obligaban las personas que querían llegar a Cerdeña a presentar un certificado de ingreso para monitorar la situación. También, el art. 10 ordenaba: «A far data dal 14 settembre 2020 e salva l'adozione di ulteriori provvedimenti in conseguenza della rilevazione dei dati epidemiologici della regione, tutti i passeggeri che intendono fare ingresso nel territorio regionale, provenienti dall'estero e/o dal territorio nazionale, sono invitati a presentare, all'atto dell'imbarco, l'esito di un test – sierologico (IgG e IgM) o molecolare (RNA) o Antigenico rapido – eseguito non oltre le 48 ore dalla partenza, che abbiano dato esito negativo per covid-19. I passeggeri potranno, alternativamente, dimostrare, sempre all'atto dell'imbarco, di aver compilato on line apposita autocertificazione, ai sensi e per gli effetti di cui al DPR n. 445/2000, comprovante di

¹⁰ La traducción al castellano es la siguiente: «A partir del 18 de mayo de 2020, todas las medidas de restricción de la circulación en el territorio regional a que se refieren los artículos 2 y 3 del Decreto-Ley nº 19, de 25 de marzo de 2020, dejan de tener efecto, y dichas medidas podrán adoptarse o repetirse, en aplicación de los mismos artículos 2 y 3, únicamente con referencia a zonas específicas del mismo territorio afectadas por un empeoramiento particular de la situación epidemiológica».

¹¹ El texto integral se encuentra al siguiente enlace:

https://www.regione.sardegna.it/documenti/1_231_20200912190059.pdf (16 de junio de 2023).

essersi sottoposti, nelle 48 ore antecedenti all'ingresso nel territorio regionale, ad un test sierologico, molecolare o antigenico, il cui esito è risultato negativo, avendo cura di indicare obbligatoriamente: a) il tipo di test effettuato e la data di esecuzione; b) il nome della struttura (pubblica, privata o privata accreditata) presso la quale lo stesso test è stato effettuato. I passeggeri sono tenuti a compilare la suddetta autocertificazione nell'ambito della registrazione di cui al precedente art. 1)¹²».

A pesar de esta orden, el gobierno italiano no aceptó la decisión de Cerdeña, y apeló al Tribunal Administrativo, que suspendió la orden el 17 de septiembre (Altalex, 16 de junio de 2023) y, finalmente, el 7 de octubre declaró inadmisibles los artículos 10, 11 y 12¹³.

Las preocupaciones del presidente Solinas se revelaron correctas: dentro del mes de octubre de 2020 se produjo una nueva ola de contagios en toda Italia, y fue necesario nuevamente limitar la agrupación pública de individuos y también se estableció un

¹² La traducción al castellano es la siguiente: «A partir del 14 de septiembre de 2020, y sin perjuicio de la adopción de nuevas medidas como consecuencia de la detección de datos epidemiológicos en la región, se invita a todos los pasajeros que pretendan entrar en el territorio de la región, procedentes del extranjero y/o del territorio nacional, a presentar, en el momento del embarque, el resultado de una prueba -serológica (IgG e IgM) o molecular (ARN) o antigénica rápida-realizada a más tardar 48 horas antes de la salida, que haya dado un resultado negativo para la COVID-19. Como alternativa, los pasajeros podrán demostrar, también en el momento del embarque, que han cumplimentado una autocertificación en línea, de conformidad y a efectos del Decreto Presidencial n.º. 445/2000, que acredite que se ha sometido a una prueba serológica, molecular o antigénica en las 48 horas anteriores a la entrada en la región, cuyo resultado haya sido negativo, teniendo cuidado de indicar obligatoriamente: a) el tipo de prueba realizada y la fecha en que se llevó a cabo; b) el nombre de la instalación (pública, privada o privada acreditada) en la que se realizó la prueba. Los pasajeros deberán cumplimentar la citada autocertificación como parte de la inscripción a que se refiere el artículo 1 anterior)».

¹³ Esta información proviene de un documento oficial de la Región de Cerdeña: <https://delibere.regione.sardegna.it/protected/53346/0/def/ref/DBR53223/> (16 de junio de 2023).

toque de queda a nivel local. El D.P.C.M. 24 de octubre de 2020¹⁴ contiene todas las órdenes del gobierno para enfrentarse a la pandemia en ese momento. Una novedad absoluta se observa en el D.P.C.M. 3 de noviembre de 2020, porque el art. 1 párrafo 3 extendió el toque de queda a toda Italia, desde 20:00 horas hasta 5:00 horas. También este D.P.C.M. se refirió al documento científico producido por INAIL (2020), que propuso la hipótesis de cuatro escenarios diferentes por los lugares en Italia a nivel local: el primero, que indica el riesgo de contagio menor posible; el segundo, con el riesgo moderado; el tercero, con riesgo alto; y finalmente el cuarto, con el riesgo de contagio elevado (pp. 20 y 21). En realidad, el análisis conducido por INAIL se enfocó sobre la real posibilidad de los hospitales y de las estructuras sanitarias de soportar el número de enfermos, para garantizar la mejor asistencia posible. Los artículos 2 y 3 del D.P.C.M., por tanto, establecieron las medidas para limitar el contagio en las zonas que pertenecían a los escenarios 3 y 4, hasta a nuevos encierros en casa de la población.

La situación seguía fluctuando hasta el mes de marzo de 2021, cuando se empezó masivamente la campaña de vacunación. A través del D.L. 22 de abril 2021 núm. 52 art. 9¹⁵ se instituyó la certificación verde –llamada también *Green Pass*–, otorgada a quienes ha realizado la vacuna, a quienes han realizado test de COVID-19 negativo y a quienes se han recuperado de la enfermedad causada por SARS-CoV-2; cada caso tenía una duración diferente. El más largo, por supuesto, fue para la vacunación, hasta el próximo refuerzo.

En el verano de 2021 se permitieron nuevas y progresivas reaperturas de actividades sociales. El D.L. 23 de julio de 2021 núm. 105¹⁶, en su art. 3, obligó a toda la población italiana al uso del *Green*

¹⁴ El texto integral se encuentra al siguiente enlace: <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2020/10/25/20A05861/sg> (16 de junio de 2023).

¹⁵ El texto integral se encuentra al siguiente enlace: <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2021/04/22/21G00064/sg> (17 de junio de 2023).

¹⁶ El texto integral se encuentra al siguiente enlace: <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2021/07/23/21G00117/sg> (17 de junio de 2023).

Pass para acceder a servicios culturales y recreativos, centros deportivos, congresos, institutos culturales, restaurantes, e incluso concursos públicos para el acceso al empleo público. Esta decisión produjo una ola de protestas por los individuos que no querían hacer la vacunación (llamados *No Vax*) ni tampoco respetar a las reglas antiCovid, y por esto –y por consiguiente a los datos pandémicos de Italia– el gobierno realizó un nuevo decreto: el D.L. 26 de noviembre de 2021 núm. 172¹⁷. A través del art. 5, de hecho, se instituyó el *Super Green Pass*, un documento que fue otorgado expresamente en caso de vacunación o de recupero total de la enfermedad. A pesar de las últimas dificultades del invierno 2021-2022, la situación progresivamente se normalizó, y el gobierno decretó, a través del D.L. 24 de marzo de 2022 núm. 24¹⁸, que desde el 1^{er} de abril terminaría el estado de emergencia.

Del principio de la pandemia a finales de enero de 2022, en Italia, se registraron 10.953.342 casos de enfermedad por COVID-19 (ISTAT, 17 de junio de 2023, p. 2).

Comparación entre la pandemia de COVID-19 en Italia y la peste de los años 1652-1656 en Cerdeña

¿Por qué comparar la pandemia de COVID-19 con un evento histórico lejano, cómo es la peste de mediados del siglo XVII? A esta pregunta podemos encontrar respuestas diferentes, pero la más significativa es la de Benedetto Croce (1969), en su ensayo sobre la génesis de la historiografía:

«Perché, a che cosa è valsa la precedente ricerca di verità, se quella ricerca non ha fornito una regola o programma dell'azione, non è stata, come un tempo si diceva, *magistra*

¹⁷ El texto integral se encuentra al siguiente enlace: <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2021/11/26/21G00211/sg> (17 de junio de 2023).

¹⁸ El texto integral se encuentra al siguiente enlace: <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2022/03/24/22G00034/sg> (17 de junio de 2023).

vitae? E, più strano ancora, le azioni che seguono a quella verità sono varie, diverse, tra loro contrarie e discordanti¹⁹» (p. 85).

En verdad, la historia nos puede ofrecer una gran cantidad de ejemplos de vida y enseñar como solucionar a problemas diferentes (*magistra vitae*), pero los hombres de cada época no se revelan buenos alumnos. Realmente, enfrentando los hechos históricos de la epidemia de peste del siglo XVII a la pandemia de COVID-19 es posible evaluar algunos aspectos socio-históricos que debemos poner de relieve.

La pestilencia de mediados del siglo XVII llegó a Cerdeña a través de un barco que vino de Tarragona en 1652 y que atracó en Alguer (Manconi, 1994, pp. 43 y 44); de hecho, el morbo que se manifestó en Valencia en 1647 –y desde noviembre de aquel mismo año hasta cuatro meses sucesivos produjo la falta de casi 30.000 personas–, se difundió rápidamente en el Mediterráneo (Manconi, 1994, pp. 36 y 37). La enfermedad infecciosa afectó al Norte de Cerdeña en los primeros años, y luego pasó al Sur de la isla y desapareció progresivamente a finales de 1656, pero manteniendo algunos brotes locales también en 1657. En una zona muy densamente poblada como Cágliari y Nora, se observó un drástico descenso de la población del -13,75% entre el censo de 1655 y el de 1678, debido a la peste y la posterior hambruna (Puggioni, 1997, p. 214).

Lo que parece relevante en este contexto es el aspecto de las medidas a la pestilencia otorgadas por el gobierno del virrey, el conde de Lemos, que en la primera fase de la epidemia «preferì ufficialmente ignorare la gravità della situazione sanitaria: per il governo la peste non esisteva in Sardegna, il viceré la definiva

¹⁹ La traducción al castellano es la siguiente: «Porque, ¿de qué servía la búsqueda previa de la verdad, si esa búsqueda no proporcionaba una regla o programa de actuación? Como solía decirse, *magistra vitae*? Y, más extraño aún, las acciones que siguen a esa verdad son diversas, diferentes, contrarias y discordantes entre sí».

semplicemente una febbre²⁰» (Floris, 2008, p. 392). Efectivamente, el virrey siguió en esta posición hasta 1655 (Floris, 2008, p. 392); pero, antes de ese momento, sus políticas se revelaron muy peligrosas:

«Il peggio fu che, mentre a Cagliari cercavano di nascondere la verità e ne ritardavano la divulgazione, nel porto le navi e i vascelli mercantili entravano e uscivano e il viceré concedeva patenti di sanità e passaporti come si fa in tempi di normalità sanitaria. In forza di quelle patenti i vascelli avevano libero accesso in tutti i porti che toccavano. E con le stesse mercanzie che avevano caricato a Cagliari portarono il fomite e attaccarono la peste a Napoli, a Roma, a Genova e in altre località italiane. La strage fu terribile in quelle città, che diedero la colpa al Conte di Lemos e gli addebitarono colpe gravissime davanti al re²¹» (Aleo, 1998, p. 221).

Realmente, los consejos ciudadanos locales fueron los más interesados a solucionar el problema, juntamente a los médicos, que estuvieron reunidos en la *junta del morbo* central y en aquellas de cada villa o ciudad (Manconi, 1994, pp. 146 - 149). Así, en la ciudad real de Iglesias, afectada por el morbo en 1656, el jefe consejero don Antiogo de Salazar convocó la reunión de la junta del morbo y de los consejeros,

«los quales | 18 r. | per socorrer a les necessitats se oferirán en temps tant cal[...]sos com los tenem [...] [...]si declarar[...] | de la peste i mal contagios que ha picat en la p(rese)nt ciutat; tant per a

²⁰ La traducción al castellano es la siguiente: «prefirió ignorar oficialmente la gravedad de la situación sanitaria: para el gobierno, la peste no existía en Cerdeña, el virrey se limitaba a llamarla fiebre».

²¹ La traducción al castellano es la siguiente: «Lo peor era que, mientras en Cágliari trataban de ocultar la verdad y retrasaban su divulgación, en el puerto entraban y salían barcos y buques mercantes y el virrey concedía licencias sanitarias y pasaportes como se hace en tiempos de normalidad sanitaria. En virtud de esas licencias, los buques tenían libre acceso a todos los puertos que tocaban. Y con la misma mercancía que habían cargado en Cágliari llevaron el fomite y atacaron la peste en Nápoles, Roma, Génova y otros lugares de Italia. La matanza fue terrible en aquellas ciudades, que culparon al Conde de Lemos y le culparon muy gravemente ante el Rey».

come[nz]ar de [...] i altres | coses que serán necessaries en lazareto que se ha de acomodar per los [ma]lat picat[...] [...] en | casa, per socorrer als convalescents pagar gastos ordinariis i extraordiariis a[...]a | metat, pagar guardias, medisinas y alt(re)s²²».

A pesar de las lagunas en el manuscrito original, es posible entender muy bien el sentido de las decisiones del consejo. En el ámbito local, por tanto, se evidenció la voluntad de ayudar a los enfermos y ofrecer el soporte necesario a los convalecientes y garantizar la seguridad sanitaria de la ciudad. Tras el rechazo inicial de la epidemia, el gobierno central también decidió tomar las medidas de contención necesarias, emitiendo, por ejemplo, la siguiente orden:

«Sia per quant se ha experimentat q(ue) per la negligencia y desidia de las justissias de les ciutats, viles y llochs del p(re)nt Reñie se son | inficionades moltes de aquelles, no ostant q(ue) ab diferents ordens apretats | que se estigues ab tot cuidado y vigilançia, manant lis tinguessen guar|dies en aq(ue)lles per que no entrassen perçonas ni robbas infectas, y no curán(do)|se de açó com devían, se van inficcion(es) per cada día; mult y viles | per molt que ab diferents medis avem procurat q(ue) se atajas, no ostant | aquells moltes viles del p(re)nt Reñie no uden estar a la obediència deguda, | i pasar avant dit contagi, y en particular en la vila de Mandas que, per | la inobediència de aq(ue)llos, nos ha obligat a enviar dos pesas de atil|lería para +atja+ (sic) lo n(ost)re comissary, lo nob(le) d(o)ctor dom Ángel de Muncada, | razar las

²² Texto tomado por A.H.C.Ig., sección I^a, registros, 157, ff. 17 v. y 18 r. Transcripción paleográfica realizada por Fabio Manuel Serra. La traducción al castellano actual es la siguiente: «que para atender las necesidades ofrecerán en estos tiempos (...) y declaran que la peste y el mal contagio han golpeado esta ciudad. Para empezar, de (...) y otras cosas que serán necesarias en el lazareto que se ha de poner en orden para los enfermos transportados allí desde su casa, (y) para socorrer a los convalecientes (hay que) pagarles las provisiones ordinarias y extraordinarias, pagar las guardias, pagar las medicinas y otras (cosas)».

casas y personas que no voldrán obedir tant en dita vila com | en las demás²³».

Entre todas las medidas para solucionar el problema de la peste, el gobierno del Antiguo Régimen, tanto del virrey como de las ciudades, usó el instrumento del *encierro*, igualmente al *lockdown* para evitar la difusión de la COVID-19 en Italia. Claramente, las diferencias se encuentran en las sanciones: en el siglo XXI no es posible pensar al utilizo de artillería para destruir casas y matar personas que no respectan a las leyes. Por otro lado, ya en el siglo XVII existieron las *licencias sanitarias*, necesarias para el comercio y la posibilidad de viajar. Estos documentos se pueden confrontar con el *Green Pass*, a pesar del hecho que el virrey le concedió sin un control efectivo, y claramente recordando que el *Green Pass* del siglo XXI recae sobre el carácter científico de las vacunas. El virrey, por su parte, parece casi un “*No Vax*”, como los que no querían vacunarse en Italia y protestaron contra las restricciones sanitarias; no obstante, su posición no fue ideológica sino política. En el contexto de los ayuntamientos locales, en cambio, se encuentra la voluntad de ofrecer asistencia a todos los súbditos, porque esta gente y su profesionalidad fue la riqueza de cada pueblo, villa o ciudad. A nivel local hemos visto la cooperación entre médicos y

²³ Texto tomado por la *crida* del virrei Lemos, en A.H.C.Ca., *Lazzaretto - sanità*, vol. 462. Transcripción paleográfica realizada por Fabio Manuel Serra. La traducción al castellano actual es la siguiente: «Por lo que se ha experimentado, debido a la negligencia y apatía de los oficiales de justicia de las ciudades, villas y lugares de este Reino, se han violado muchas órdenes, que se habían dictado, por lo que es necesario dictar órdenes de cuidado y vigilancia, para que se envíen guardias a esas (zonas infectadas) para que no puedan entrar personas ni cosas infectadas, y al no cuidarlas como se debe, se produzcan nuevos brotes de la enfermedad. En muchas villas, de hecho, a pesar de nuestros cuidados, la enfermedad se ha extendido, y esto es debido a que dichas villas no quieren escuchar y mostrar la obediencia debida, y así superar dicho contagio. En particular, la villa de Mandas, por su desobediencia, nos ha obligado a enviar allí dos piezas de artillería, para uso de nuestro comisario don Ángel de Muncada, para arrasar las casas y personas que no obedezcan las órdenes de confinamiento, tanto en dicha villa como en las demás».

sanitarios (la *junta del morbo*) y los políticos (el consejo cívico), así como acaeció en Italia en el siglo XXI (por ejemplo, los estudios de INAIL sobre el impacto de la difusión de SARS-CoV-2 y los cuatro escenarios regionales). Por otro lado, existieron también personas que no fueron capaces de aceptar a las órdenes, y por tanto contribuyeron en la difusión del morbo, por desobediencia al encierro.

Esta comparación nos ofrece un punto de vista interesante, porque podemos decir claramente que los hombres siempre mantienen soluciones, hábitos y puntos de vista que en la historia no mudan mucho. Realmente, la idea de usar una licencia sanitaria –tanto que sea otorgada por el virrey o por los médicos que han vacunado un individuo– es una práctica que, incluso intuitivamente, pretende garantizar la seguridad de las personas que no se ven obligadas a encerrarse. Igualmente, el mismo encierro y la reducción de los contactos sociales son otras medidas necesarias en caso de epidemia.

En todo este contexto se puede evaluar el aporte de los DSS en el contexto de una Salud Pública, que se extiende en el concepto de Salud Colectiva tanto en el Siglo XVII como en el Siglo XXI.

Consideraciones socio-históricas sobre los Determinantes Sociales en Salud

El análisis de los hechos históricos que hemos visto poco antes podría inducirnos a creer erróneamente que sólo la política ha influido en la gestión y resolución de los problemas pandémicos. En verdad, esto es incorrecto. Antes de todo, sabemos que la política está conectada con la economía, y no se puede pensar, por ejemplo, a un encierro global de la población sin predisponer ayudas económicas. Para hacer esto, pero, es necesario disponer de los recursos monetarios. Esta exigencia se verificó también en el siglo XVII, como nos ha mostrado el documento producido por el consejo cívico de Iglesias. Además, no debemos olvidar el rol de los factores biológicos, de los conductuales y, especialmente, de los

psicosociales. De hecho, nunca puede existir una cohesión global de la sociedad, tampoco frente a una pandemia mundial. Entre los mismos negacionistas de la COVID-19 se manifestaron diferencias ideológicas y pensamientos contrastantes. Otro elemento fundamental en este contexto. Cada individuo intenta sobrevivir y beneficiarse al máximo. Por esta razón, también las condiciones económicas, culturales y sociales (es decir, la *posición social*) son importantes y fundamentales.

Además de lo que hemos visto hasta ahora, lo que es realmente importante señalar es el valor socio-histórico de los DSS. En efecto, si consideramos la comparación realizada entre los acontecimientos que tuvieron lugar en Italia en el siglo XXI y en el Reino de Cerdeña en el siglo XVII, no podemos dejar de observar las grandes similitudes. Esto demuestra que los DSS no sólo tienen actualidad, sino también relevancia histórica.

Conclusión

Por último, para concluir este trabajo, conviene proponer una breve reflexión: ¿cuánto puede enseñar la Historia al Hombre del presente en materia de Salud Colectiva? en mi opinión, como ya afirmaba Giambattista Vico (1977, pp. 252 y ss.), existen cursos y recurrencias históricas que nos permiten comprender el presente y planificar el futuro gracias al conocimiento del pasado. En términos de Salud Colectiva, por tanto, la contribución de los historiadores es tan importante como la de los médicos, infectólogos, sociólogos, antropólogos, filósofos, biólogos y todo el saber científico humano, en la perspectiva más amplia de la transdisciplinariedad. La gestión de la pandemia de COVID-19 demostró, al menos en Italia, cómo ni siquiera se tuvo en cuenta a los historiadores, cuando los conocimientos derivados de epidemias pasadas y las políticas aplicadas para hacerles frente también podrían haber sido útiles en la gestión de los acontecimientos de aquel momento. Todo ello, por supuesto, teniendo siempre en cuenta los DSS.

Bibliografía

- AGI. Covid, tre anni fa iniziava l'incubo in Italia con il "paziente zero". <<https://www.agi.it/cronaca/podcast/2023-02-20/covid-tre-anni-fa-inizio-incubo-paziende-zero-italia-20185794/>> (16 de junio de 2023).
- Aleo, J. (1998). *Storia cronologica del Regno di Sardegna dal 1637 al 1672*. F. Manconi (editor). Núoro: Ilisso Edizioni.
- Altalex. Sardegna, TAR sospende l'ordinanza sui test COVID obbligatori. <<https://www.altalex.com/documents/news/2020/09/17/tar-sardegna-sospende-ordinanza-su-test-covid-obbligatori>> (16 de junio de 2023).
- Breilh, J. (2013). La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva). *Rev. Fac. Nac. Saludi Púbrica*, núm. 31 (supl. 1), pp. 13 - 27.
- Canal ViviCentro Network (16 de junio de 2023). *Spot TV sul Coronavirus con Michele Mirabella*. YouTube. <https://www.youtube.com/watch?v=j3nyaDIM8O0> .
- Croce, B. (1969). *Filosofia e Storiografia*. Bari: Laterza & Figli.
- Flores Garnica, A., Casas Patiño, D., Rodríguez Torres, A. y Reyes Pérez, J.M. (2021). Determinantes Sociales de la Salud: una reflexión sobre la Diabetes Mellitus. *Diotima Revista Científica de Estudios Transdisciplinaria*, septiembre-diciembre, vol. 6, núm. 18, pp. 15 - 27.
- Floris, F. (2008). *Storia della Sardegna*. Roma: Newton Compton Editori.
- INAIL (2020). *Prevenzione e risposta a COVID-19: evoluzione della strategia e pianificazione nella fase di transizione per il periodo autunno-invernale*. Roma: Ministero della Salute, Istituto Superiore di Sanità. <<https://www.inail.it/cs/internet/docs/alg-pubblicazione-covid19-prevenzione-risposta.pdf>> (17 de junio de 2023).
- ISTAT. Impatto dell'epidemia COVID-19 sulla mortalità totale della popolazione residente. Anni 2000-2001 e gennaio 2022. <https://www.istat.it/it/files//2022/03/Report_ISS_ISTAT_2022_tab3.pdf> (17 de junio de 2023).

- Lorenz, E.W. (1963). Deterministic Nonperiodic Flow. *Journal of the Atmospheric Sciences*, vol. 20. pp. 130 - 141.
- Manconi, F. (1994). *Castigo de Dios. La grande peste barocca nella Sardegna di Filippo IV*. Roma: Donzelli Editore.
- Ministero della Salute. Rimpatriati con volo militare 56 cittadini italiani provenienti da Wuhan. <https://archive.is/20200224202453/http://www.salute.gov.it/portale/news/p3_2_1_1_1.jsp?lingua=italiano&menu=notizie&p=dalministero&id=4042> (16 de junio de 2023).
- OMS (2021). *WHO-convened global study of origins of SARS-CoV-2: China Part*. <<https://www.who.int/publications/i/item/who-convened-global-study-of-origins-of-sars-cov-2-china-part>> (15 de junio de 2023).
- Popper, K. R. y Eccles, J. C. (1981). *L'Io e il suo cervello. Materia, coscienza e cultura. Vol. 1*. Roma: Editore Armando Armando.
- Puggioni, G. (1997). Peste in Sardegna (1652 - 1657). En B. Anatra, G. Puggioni y G. Serri, *Storia della popolazione in Sardegna nell'Epoca Moderna*. Cagliari: AM&D Edizioni.
- Serra, F.M. (2018). Riflessioni sulla logica in rapporto al metodo storiografico. Paragone tra il lavoro dello storico e quello dello storiologo. *RiMe, Rivista di Storia dell'Europa Mediterranea*, núm. 2/I n.s., junio, pp. 101 - 123, DOI:10.7410/1350.
- Severgnini, C. (31 de enero de 2020). Coronavirus, primi due casi in Italia. https://www.corriere.it/cronache/20_gennaio_30/coronavirus-italia-corona-9d6dc436-4343-11ea-bdc8-faf1f56f19b7.shtml.
- Testa, M. (1989). *Pensar en Salud*. Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud.
- Vico, G. (1977). *Scienza Nuova*. P. Rossi (ed.). Milán: BUR - Rizzoli Editore.
- Villasana López, P. E. (2020). De la crisis de los fundamentos, a los fundamentos de una crisis civilizatoria más allá de la Modernidad. COVID 19 como catalizador en Chile. *Salud y Bienestar Colectivo*, núm. 4 (2), pp. 18 - 28.

Abreviaturas

En este trabajo se usarán algunas abreviaturas que es necesario explicar en este párrafo.

Antes de todo, señalamos los criterios de edición del texto.

– Q(ue) = abreviaciones en el texto original, resueltas por el investigador.

– P[es]te = letras que faltan en el texto original, insertadas por el investigador.

– [...] = falta en el texto no integrada por el investigador.

(sic) = palabra que se presenta exactamente de esta forma en el documento original.

| = final de línea en el manuscrito original.

Posteriormente, indicamos las otras abreviaturas:

– A.H.C.Ca. = Archivo Histórico Comunal de Cágliari.

– A.H.C.Ig. = Archivo Histórico Comunal de Iglesias.

– art. = artículo.

– D.L. = Decreto Legge.

– D.P.C.M. = Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri.

– f. = folio.

– ff. = folios.

– INAIL = Istituto Nazionale di Assicurazione Infortuni sul Lavoro (Instituto Nacional de seguro de accidentes de trabajo)

– ISTAT = Istituto Nazionale di Statistica (Instituto Nacional de Estadística)

– núm. = número.

– OMS = Organización Mundial de la Salud.

– p. = página.

– pp. = páginas.

– r. = recto.


– ss. = siguientes.


– v. = verso.

– vol. = volumen.


– ††ablat† = texto sin sentido o sin conexión con el argumento.


Autoras e autores

Alejandra Rodríguez Torres. Doctora en Ciencias en Salud Colectiva (UAM-Xoc). Profesora Universidad Autónoma del Estado de México (CU Amecameca), Candidata a Investigadora por el Consejo Mexicano de Ciencia y Tecnología (CONACYT), Miembro de la Red Internacional en Salud Colectiva y Salud Intercultural (RED SACSIC).  ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2582-0625>


Bruno Lutz. Departamento de Relaciones Sociales Universidad Autónoma Metropolitana y miembro del Sistema Nacional de Investigadores (SNI), nivel 2. Licenciatura en Sociología y Etnología, Maestría en Antropología, Doctorado en Ciencias Sociales (UAM), posdoctorado de Sociología UNAM. Premio Iberoamericano de Literatura Cámara Nacional de Comercio, 2022, Premio Nacional de Excelencia Profesional, Senado de la República 2021. Ha impartido numerosas conferencias en eventos especializados, y ha publicado una cincuentena de artículos científicos en diferentes revistas internacionales. Autor de los siguientes libros: Esperar en urgencias en hospitales públicos de México (2022), Control y disciplina de los campesinos en México (2021), Vivirlo para contarlo. Diario de un sociólogo en campo (2021).  ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1406-8906>


Claudia C. Anzorena. Activista feminista. Integrante de La Malona colectiva feminista de Mendoza (Argentina) y de la Campaña Nacional por el Derecho al Aborto Legal Seguro y Gratuito desde 2005. Licenciada en Sociología UN Cuyo, Especialista en género y políticas públicas (Priggep – Flacso), Magister en Política y Gestión de la Educación (UN Luján) y doctora en Ciencias Sociales de la UBA. Posdoctorada en Salud Colectiva. Investigadora independiente del CONICET, Grupo de Estudios de Género y

Teoría Crítica (INCIHUSA, CCT, Mendoza). Docente y coordinadora académica Maestría en Estudios Feministas de la Universidad Nacional de Cuyo. Ha publicado numerosos artículos en revistas científicas, congresos y de divulgación. Autora del libro *Mujeres en la trama del Estado: una lectura feminista de las políticas públicas*, editado en 2013, en Mendoza por la Ediunc. Afiliación: INCIHUSA-CONICET, CCT, Mendoza, Argentina// Universidad Nacional de Cuyo.  ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3074-2278>


Cristian David Osorio Figueroa. Sanitarista guatemalteco. Estudiante de doctorado en Salud Colectiva en el Instituto de Salud Colectiva (ISC) de la Universidad Federal de Bahía (UFBA). Maestro en Salud Colectiva por la Universidad Estatal de Feira de Santana (UEFS). Especialista en Desarrollo Humano por la Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO). Miembro del programa integrado de investigación y cooperación técnica en Formación y Evaluación de la Atención Básica (GRAB) del Instituto de Salud Colectiva. Miembro de la Red Internacional en Salud Colectiva y Salud Intercultural (REDSACSIC). Beneficiario de una beca de estudios del Consejo Nacional de Desarrollo Científico Tecnológico (CNPq), Brasil (141960 / 2020-5). AFILIACIÓN INSTITUCIONAL: Instituto de Salud Colectiva (ISC) de la Universidad Federal de Bahía (UFBA).  ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6278-8265>

Donovan Casas Patiño. Médico Cirujano, Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria, Maestro en Población y Salud, Doctor en Ciencias de Salud Colectiva, Posdoctor en Antropología Social, Posdoctor en Antropología Médica. Profesor en la Universidad Autónoma del Estado de México CU Amecameca en la Licenciatura en Nutrición y Posgrado en Maestría en Sociología de la Salud – CONACYT. Reconocimiento Perfil PROMEP SEP y Pertenece al Sistema Nacional de Investigadores CONACYT Nivel I. Líder del Cuerpo Académico “Nutrición Humana, Educación y Salud


Colectiva” en Consolidación SEP UAEM 277. Presidente de la RED Internacional en Salud Colectiva y Salud Intercultural con registro en la UAEM en Redes Temáticas clave 5087/ 2020. Líneas de actividad académica y de investigación: Análisis desde la Salud Colectiva al proceso salud, enfermedad, atención, cuidado y muerte.  ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3129-9418>

Dora Cardona Rivas. Post-doctorada en Salud Colectiva. RED Internacional en Salud Colectiva y Salud Intercultural [RED SACSIC] y Academia Internacional en Ciencias Político - Administrativas y Estudios de Futuro · IAPAS. Doctorado en Ciencias Sociales (CINDE-Universidad de Manizales). Magister en Educación y Desarrollo Social. (CINDE- Universidad Pedagógica Nacional. Epidemióloga de Campo (INS Colombia y CDC Atlanta). Curso de Posgrado en Políticas Sociales (Universidad del Litoral de Argentina). Estimación de costos para Evaluación de Programas de Salud, Servicios y Tecnologías. (Institute of Clinical and Healthcare Effectiveness of Argentina). Licenciatura en Bacteriología y Laboratorio Clínico. (Universidad Católica de Manizales). Investigadora Asociada. Departamento Administrativo de Ciencia, tecnología e innovación. Colombia. Afiliación: Universidad Autónoma de Manizales.  ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5378-3518>


Ernestina Tecu. Travesti indígena Maya Achi de Guatemala. Licenciada en medicina, con estudios de posgrado en Derechos Humanos y Estudios de Género y Políticas Públicas en la Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO-Buenos Aires). Estudiante de maestría en Salud Colectiva en el Instituto de Salud Colectiva (ISC) de la Universidad Federal de Bahía (UFBA). Becada por la Coordinación para el Perfeccionamiento del Personal de Educación Superior (CAPES). Realiza investigaciones sobre Género, Sexualidad, Erotismo y Salud, Salud de las Comunidades y Pueblos Indígenas, VIH/SIDA y prácticas de (auto)cuidado. Artista del cuerpo y la palabra escrita. AFILIACIÓN


INSTITUCIONAL: Instituto de Salud Colectiva (ISC) de la Universidad Federal de Bahía (UFBA).  ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6461-7195>


Eugenia Nieto M. Magister en Salud pública. Universidad Autónoma de Manizales. 2012 Especialista en Salud Pública. Universidad Autónoma de Manizales. 2006 Magíster en Educación y desarrollo social. Universidad Pedagógica Nacional. 1996 Enfermera. Universidad de Caldas. 1984.

Fabio Manuel Serra. (Iglesias, Cerdeña 1983) es doctor en Historia medieval, moderna, contemporánea y de América por la Universidad de Salamanca. También ha obtenido la especialización en Archivística, Paleografía y Diplomática en la escuela del Archivo de Estado de Cagliari. Es licenciado en Historia y Sociedad y también posee los grados en Letras y en Bienes Culturales arqueológicos. Recientemente ha finalizado el Posdoctorado Internacional en Salud Colectiva. Es autor de diferentes ensayos científicos enfocados sobre la historia ibérica, la heráldica, la historia de la Iglesia y la filosofía de la historiografía. Ha enseñado heráldica nobiliaria y eclesiástica en la escuela del Archivo de Estado de Cagliari (año académico 2017-2018), y actualmente es coordinador de redacción de la revista científica “Ammentu. Bollettino Storico e Archivistico del Mediterraneo e delle Americhe”. Afiliación actual: “Fondazione «Mons. Giovannino Pinna» - Revista científica Ammentu».  ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9583-0776>

José Martín Reyes Pérez. Licenciado en Derecho por la Universidad del Valle de México; Maestro en Ciencias Penales por la Universidad del Valle de México y Doctor en Ciencias Penales por el Instituto de Ciencias Jurídicas de Estudios Superiores. Actualmente es Profesor de Tiempo Completo adscrito a la Licenciatura en Derecho en el Centro Universitario UAEM Amecameca. Desde hace 21 años es Profesor de la Licenciatura en


Derecho y 18 años fue Profesor de las Licenciaturas en Contaduría y Administración del mismo espacio académico. Sus trabajos de investigación y publicaciones abordan temas relacionados con los Derechos Humanos, el Derecho Penal Sustantivo, el Derecho Constitucional y con el Derecho a la Salud. Es autor y coautor de artículos indizados publicados a nivel nacional e internacional. Cuenta con Perfil PRODEP desde 2020. Integrante del Cuerpo Académico “Nutrición Humana, Educación y Salud Colectiva” en Consolidación SEP UAEM 277. Miembro de la Red Internacional en Salud Colectiva y Salud Intercultural (RED SACSIC). Así mismo es el Responsable de Protección al Ambiente del Centro Universitario UAEM Amecameca.  ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8443-6973>


Jostron Freddy Romero. Ingeniero en Desarrollo Endógeno, área: Salud Pública, Licdo. Inspección de Salud Pública. Zootecnólogo, Maestrante en Salud Colectiva, Componente Docente en Educación Superior. Diploma Superior en Gestión y Políticas de Salud Internacional y Soberanía Sanitaria, Diploma Superior en Ambiente y Sociedad. AFILIACIÓN institucional: Universidad Ciencias de la Salud (UCS). “HChF” Núcleo Mérida Venezuela.  ORCID: <https://orcid.org/0009-0000-7299-0769>


Juan Vicente Quintana Adrián. Ingeniero Químico. Con Especialidad en: Gestión en Salud Pública, en Epistemologías del Sur y en Métodos y Técnicas de Investigación Social; Magíster en Gerencia Ambiental y Doctor en Ciencias Gerenciales. AFILIACIÓN institucional: Universidad de Ciencias de la Salud "Hugo Chávez Frías" Venezuela.  ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8577-3261>


Manuela Garau. Docente en escuelas secundarias publicas Archivero del Centro de Estudios SEA y de la Fundación Mons. Giovannino Pinna de Villacidro. Archivista del Centro de Estudios Villacidro. Maestría Universitaria de segundo nivel en

“Catalogación Informática del Patrimonio Cultural” en la Universidad Católica del Sagrado Corazón de Milán. Doctorado en “Fuentes Escritas de la Civilización Mediterránea” en la Universidad de Cagliari.

Monique Azevedo Esperidião. Profesora Asociada del Instituto de Salud Colectiva, Universidad Federal de Bahía(UFBA). Doctora en Salud Pública, Máster en Salud Comunitaria y Psicóloga por la UFBA. Investigadora de la Dirección de Política, Planificación y Gestión de la Salud (CNPq) y del Observatorio de Análisis Político en Salud (OAPS-ISC/UFBA). Tiene experiencia en el área de Salud Colectiva, con énfasis en Evaluación en Salud; Análisis de Políticas de Salud; Análisis socio-histórico en Salud; Políticas de salud infantil y salud mental. Miembro del Grupo Coordinador de la Comisión de Política, Planificación y Gestión Sanitaria de la Asociación Brasileira en Salud Colectiva (ABRASCO). AFILIACIÓN INSTITUCIONAL: Instituto de Salud Colectiva (ISC) de la Universidad Federal de Bahía (UFBA).  ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1827-3595>

Pedro Enrique Villasana López. Médico, MSc en Sistemología Interpretativa, Phd. en Ciencias Médicas. Académico investigador Departamento de Salud de la Universidad de los Lagos, adscrito al Magíster en Salud Colectiva. Investigador y docente de pregrado y postgrado desde 1992. Jefe de Programas Especialización y Doctorado en Salud Pública, y profesor invitado de postgrados internacionales. Miembro fundador del Postdoctorado Internacional en Salud Colectiva, con más de 50 publicaciones en revistas científicas y libros. Miembro del Comité Editorial de las revistas: Comunidad y Salud, Medisur, Salud y Bienestar Colectivo. Árbitro internacional de múltiples publicaciones y revistas. Afiliación: Departamento de Salud. Universidad de Los Lagos, Chile. Postdoctorado Internacional en Salud Colectiva.  ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8713-8202>

Suyai García Gualda. Licenciada en Ciencia Política y Administración Pública, Doctora en Ciencias Sociales UNCuyo. Magíster en Género, Sociedad y Políticas por FLACSO-Argentina. Postdoctoranda en Salud Colectiva (IAPAS-REDSACSIC, México). Profesora cátedra de Género, Diversidad y Derecho carrera de Abogacía, FADECS-UNComahue y Asistente de docencia en Antropología. Investigadora CONICET Instituto Patagónico de Estudios de Humanidades y Ciencias Sociales (IPEHCS). Docente Maestría en Género de PRIGEPP-FLACSO y en distintos postgrados Universidad Nacional del Comahue. Ha participado en numerosos eventos nacionales e internacionales. Entre sus producciones más destacadas se encuentra el libro *Tejedoras de futuro. Mujeres mapuce y participación política* (Topos. Editorial del IPEHCS, 2021). Sus principales líneas de estudio se vinculan a géneros y pueblos originarios. Afiliación: Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (IPEHCS-CONICET-UNCo) Universidad Nacional del Comahue (FADECS-UNCo).  ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2856-1582>

Yuridia Sánchez Repizo. Licenciada en Nutrición y Maestra en Salud Familiar y Comunitaria por la Universidad Autónoma del Estado de México, CU UAEM Amecameca y doctorante en el Doctorado en Ciencias en Nutrición y Alimentación por la Universidad Monterrey. Actualmente se encuentra al frente de la Coordinación de la Licenciatura en Nutrición desde el 2019 en el Centro Universitario 156 UAEM Amecameca, es Docente adscrita a la Licenciatura en Nutrición desde hace 16 años y Docente en la Maestría en Sociología de la Salud a partir del año 2022 a la fecha, en el Centro Universitario UAEM Amecameca es integrante del Cuerpo Académico “Nutrición Humana, Educación y Salud Colectiva”.  ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9601-7995>

Este libro es el primero en su colección, abarca investigaciones en torno a la Salud Colectiva desde múltiples miradas transdisciplinarias de diferentes territorios del mundo, lo que lo dota de un gran aporte disciplinar en esta área.

