



En el mes de Junio, de 1734. Adoleció D. Juana Chacho, y desahucada de
o Remedio, Umano Ocurio a la Inuersion, a S. S. MIGUEL. y tomò. Agua de su Po
alouita como alivio. Gracia Dios Para Siempre

LA INSTITUCIÓN DE LA SALUD EN MÉXICO

Verónica Gil Montes



UNIVERSIDAD
AUTÓNOMA
METROPOLITANA
Unidad Xochimilco
División de Ciencias Sociales
y Humanidades

LA INSTITUCIÓN DE LA SALUD EN MÉXICO:
ALGUNAS REFLEXIONES SOBRE
LA PRODUCCIÓN DE SIGNIFICADOS

D.R. © 2022: Universidad Autónoma Metropolitana
UAM-Xochimilco
Calzada del Hueso 1100
Colonia Villa Quietud
Alcaldía Coyoacán
Ciudad de México, C.P. 04960
<<http://dcsh.xoc.uam.mx/repdig/>>
<<http://www.casadelibrosabiertos.uam.mx/>>

Primera edición: septiembre de 2022.

Corrección y cuidado de la edición: Carlos Arthur Cortés
Imagen de la portada: Exvoto a San Miguel del Milagro, Tlaxcala.
Fuente: <retablero.blogspot.com/2007/12/fiebre.html>.
Diseño de la portada: Iraís Hernández
Diseño de interiores: Sandra Mejía De la Hoz

ISBN libro impreso: 978-607-28-2361-7
ISBN libro electrónico: 978-607-28-2356-3

Esta publicación de la División de Ciencias Sociales y Humanidades de la Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco, fue dictaminada por pares académicos externos especialistas en el tema. Agradecemos a la Rectoría de la Unidad el apoyo otorgado para la presente edición.

Impreso y hecho en México.

La institución de la salud en México:
algunas reflexiones sobre
la producción de significados

Verónica Gil Montes



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA

UNIDAD XOCHIMILCO División de Ciencias Sociales y Humanidades

Departamento de Política y Cultura



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA
Rector general, José Antonio de los Reyes Heredia
Secretaria general, Norma Rondero López

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA, UNIDAD XOCHIMILCO
Rector de la Unidad, Francisco Javier Soria López
Secretaria de la Unidad, Angélica Buendía Espinosa

DIVISIÓN DE CIENCIAS SOCIALES Y HUMANIDADES
Directora, Dolly Espínola Frausto
Secretaria académica, Silvia Pomar Fernández
Jefa del Departamento de Política y Cultura, Esthela Irene Sotelo Núñez
Jefe de la Sección de Publicaciones, Miguel Ángel Hinojosa Carranza

CONSEJO EDITORIAL
Jerónimo Luis Repoll (presidente)
Gabriela Dutrénit Bielous
Álvaro Fernando López Lara

Asesor del Consejo Editorial: Miguel Ángel Hinojosa Carranza

COMITÉ EDITORIAL DEPARTAMENTAL
Eleazar Humberto Guerra de la Huerta (presidente)
Clara Martha Adalid y Diez de Urdanivia / Carola Conde Bonfil
Nikte Fabiola Escárzaga / Tadeo Liceaga Carrasco
Eduardo Tzili Apango / Merarit Viera Alcazar
Héctor Manuel Villareal Beltrán

D.R. © Universidad Autónoma Metropolitana
Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco
Calzada del Hueso 1100, colonia Villa Quietud
Alcaldía Coyoacán, Ciudad de México. C.P. 04960
Sección de Publicaciones de la División de Ciencias Sociales y Humanidades
Edificio A, 3^{er}. piso. Teléfono 55 54 83 70 60
pubcsh@gmail.com
pubcsh@correo.xoc.uam.mx
<<http://dcsh.xoc.uam.mx/repdig>>
<<http://www.casadelibrosabiertos.uam.mx/index.php/libroelectronico>>
<<http://dcshpublicaciones.xoc.uam.mx>>

Los textos presentados en este volumen fueron revisados y dictaminados por pares académicos expertos en el tema y externos a nuestra Universidad, a partir del sistema doble ciego por el Comité Editorial del Departamento de Política y Cultura, de la Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco.

Índice

INTRODUCCIÓN	7
CAPÍTULO 1	
Aproximaciones teóricas al campo de la salud	13
Distintas escuelas, distintas posturas	15
Sociólogos de la salud pública	15
Medicina social	16
Antropología médica	18
CAPÍTULO 2	
Reflexiones sobre el campo de la salud a partir de la psicología social de grupos e instituciones	21
CAPÍTULO 3	
Los múltiples significados de la salud y sus procesos de institucionalización a partir de los modelos médicos en la historia	33
La producción de significaciones alrededor de la salud	37
La institución de la salud: construcción de diversos modelos médicos en la historia	42
El México de ayer y la cosmovisión de la salud	45
Los nuevos paradigmas sobre el tratamiento de salud-enfermedad	50
Del modelo médico higienista al modelo médico hegemónico en el México moderno	55
CAPÍTULO 4	
La institución de la salud, la negación del proyecto	63
El orden estatal y la salud: principio de equivalencia ampliado	70
La intervención estatal: historias paralelas entre la Asistencia y la Seguridad Social	72
De la Asistencia a la Seguridad Social	74
Un nuevo orden estatal: formas de entender la salud	81
El imaginario mercantil sobre la salud	83
Las producciones de sentido sobre la salud	85

CAPÍTULO 5

La institución de la salud. La producción de significados a partir de la condición juvenil

	93
La institución de la salud: la mirada clínica sobre la juventud	99
La investigación médica sobre la juventud	106
Juventud-Universidad y salud	108
Construcción de estrategias metodológicas	110
Los hallazgos	113
El diario hacer, vida cotidiana	114
La enfermedad y la medicalización de los cuerpos	117
Los espacios de negatividad y resistencia	122
Las formas de significar la salud	125

CAPÍTULO 6

Reflexiones y propuestas

REFERENCIAS 135

Introducción

Los temas sobre medicina y salud han sido parte de mi interés académico desde hace ya algunos años, mis primeros acercamientos estuvieron enfocados a la ciencia médica y a la formación profesional de los médicos. Con el transcurrir del tiempo aquel interés inicial se encaminó a entender cómo se ha ido gestando una idea de lo que se entiende o se vive como salud: ¿qué es la salud?, ¿qué se debe de hacer para tener salud? Por lo general, nos detenemos a pensar en ella cuando “sufrimos” una dolencia, al estar en un hospital, si se nos diagnostica una enfermedad grave o tenemos que parar nuestras actividades diarias como consecuencia de algún padecimiento físico. Sólo desde ese momento ponemos atención a aquello que hemos llamado *la salud* y entonces nos preguntamos: ¿por qué me he enfermado?, ¿cuál es el origen de la enfermedad en cuestión?, ¿por qué no estoy sano?

Cada sociedad construye sus referentes sobre la salud en función de diversos factores sociales, culturales, históricos, políticos o económicos. En las urbes industrializadas se ha aprendido a construir la noción de la salud a partir de una mirada hegemónica; por ejemplo, en los postulados de la Organización Mundial de la Salud (OMS) la definen como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de

afecciones o enfermedades”;¹ podemos preguntarnos quién tiene un estado completo de bienestar físico, mental y social. Estas formas de definir la salud guiaron —por influencia de los países con mayor capacidad económica— una serie de políticas públicas que ocasionaron un desequilibrio sobre la atención de la salud, pero que sobre todo generaron diversos significados alrededor de ésta, totalmente descontextualizados del hacer de los sujetos, de su vida cotidiana, al poner énfasis en que la salud es como una mercancía que se puede comprar o adquirir y no es considerada un bien colectivo; lo anterior es producto de diversas políticas en buena parte del mundo con las cuales se pretende disminuir el presupuesto estatal de las instituciones de salud pública y forzar a la población a que se haga cargo de su gasto en salud.

Derivado de esto, encontramos que en nuestras sociedades “modernas” la salud es una construcción económica, una posesión a la cual gran parte de la población no tiene derecho, y con esta lógica se nos enseña que la salud es la ausencia de enfermedad, por lo tanto sólo se acude al médico *si te duele algo, si no funcionas adecuadamente o si necesitas algún medicamento*; éstas son las formas de atención que se replican en las instituciones encargadas del sector salud e impactan directamente en la manera en que significamos nuestra salud. El carácter de mercancía que le confirieron se ha reforzado a través de los medios masivos de comunicación, pues nos venden una idea de ella en función de todo aquello que pueda mantener delgado, ágil y joven; es decir, eres saludable *si te ves bien, si estás delgado, si tienes la capacidad de trabajar*, etcétera, pero ¿realmente se puede pensar en la salud como la ausencia total de la enfermedad o al tener una apariencia delgada y juvenil? A partir de estas reflexiones surgieron algunas interrogantes que han servido para guiar el presente texto: ¿cómo se ha construido la noción de la salud en el contexto histórico de nuestro país?, ¿cómo las diversas políticas económicas han permeado la construcción

¹ La cita procede del Preámbulo de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud, que fue adoptada por la Conferencia Sanitaria Internacional, celebrada en Nueva York del 19 de junio al 22 de julio de 1946, firmada este último día por los representantes de 61 Estados y puesta en vigor el 7 de abril de 1948. La definición no ha sido modificada desde ese año <<http://www.who.int/suggestions/faq/es/index.html>>, consultado el 1 de abril de 2018.

social de la salud? y ¿cuál es la producción de significados alrededor de ella? Estas preguntas permitieron establecer una serie de ideas que se fueron desarrollando en el presente escrito y, como consecuencia, fue posible indagar cómo se significa la salud en el hacer cotidiano de los jóvenes.

Los estudios realizados alrededor de la población joven toman importancia si se trabaja con ciertos problemas de salud como son las adicciones, los desórdenes alimenticios, la violencia, el embarazo no deseado o las enfermedades de transmisión sexual, y poco se ha investigado sobre el vínculo juventud-salud. Por tal motivo resulta importante escudriñar las significaciones imaginarias sociales de la salud de los jóvenes en un contexto universitario, ya que por lo general se considera a este sector de la población como grupo privilegiado, debido a que asisten a la escuela, tienen una familia, un trabajo y por lo tanto se cree que tienen “buenas condiciones de salud”. Lo cierto es que poco se reflexiona acerca de su día a día, su cotidianidad, en su hacer-ser habitual; esto es, en sus estilos de vida que sin duda alguna repercuten sobre su salud. En general, los estudios sobre los jóvenes o la condición juvenil presentan una visión *adultocéntrica*; o sea, que son los adultos quienes escriben y visibilizan los problemas propios de este grupo de edad; en este sentido, a través de este trabajo se pretende poder escuchar a los jóvenes universitarios.

Reflexionar sobre los temas en salud también nos remite a hacerlo sobre las formas en que vivimos, en que nos enfermamos y en que nos curamos. La salud es un proceso colectivo, que si bien se presenta en cada sujeto se construye a partir de distintos referentes sociales; los procesos de salud/enfermedad/atención/cuidado resultan de la experiencia, del modo en que cada sujeto se apropia desde su singularidad de los referentes colectivos que permiten construir su hacer-ser cotidiano, lo cual deriva en múltiples aprendizajes. Es entonces que a través de las prácticas cotidianas actuamos nuestro estado de salud.

El presente texto se integra por seis apartados, con cuyo desarrollo se pretende profundizar y aportar nuevas líneas de trabajo a las investigaciones que hasta este momento se han realizado sobre el ámbito de la salud.

El primer apartado, que se titula “Aproximaciones teóricas al campo de la salud”, menciona algunas de las diversas escuelas que han trabajado los temas de salud, con lo cual se pretende conocer distintas posturas teóricas al respecto.

El segundo: “Reflexiones sobre el campo de la salud a partir de la psicología social de grupos e instituciones”, enfatiza la importancia de conocer los postulados que desde la psicología social se utilizan tanto para construir un *corpus* teórico como para establecer diversos elementos metodológicos, además da a conocer algunos de los trabajos que se han realizado desde esta postura teórica.

“Los múltiples significados sobre la salud y sus procesos de institucionalización a partir de los modelos médicos en la historia”, el tercer apartado, ofrece una reconstrucción de la génesis social y teórica de la esfera de la salud a través de los diversos modelos médicos en la historia de la salud en México, por lo que fue necesario el desarrollo de algunos aspectos teóricos sobre distintos conceptos como: génesis social y génesis teórica, imaginario, significaciones imaginarias sociales.

En el cuarto: “La institución de la salud, la negación del proyecto”, a partir de elementos teóricos —como el concepto mismo de institución y el principio de equivalencia ampliado— se buscó elucidar la construcción de la salud como institución desde el orden estatal, se reconstruyó la génesis social de dos sistemas de acciones que a nuestro parecer configuraron la institución de la salud: la asistencia y la Seguridad Social, con los cuales se fueron señalando las formas en que desde el orden estatal se erigieron las distintas significaciones sobre la salud en el devenir histórico de México.

El quinto apartado de este trabajo se titula “La institución de la salud. La producción de significados a partir de la condición juvenil”, el tema abordado es la juventud-salud en el contexto universitario, se pretende visibilizar cómo se han construido desde el ámbito médico las distintas visiones sobre el ser joven y sus vínculos con la salud. Como consecuencia de estas reflexiones fue necesario dar voz y escuchar a jóvenes universitarios y así poder acceder a las significaciones sociales imaginarias sobre la salud de este sector de la población, para lo cual fue preciso realizar una serie de intervenciones grupales con estudiantes de la Universidad Autónoma

Metropolitana, Unidad Xochimilco, además se efectuaron sesiones con grupos de reflexión, que dieron como resultado la producción de un discurso grupal que nos permitió conocer y entender las formas en que las y los jóvenes en el ámbito universitario significan su salud, sus estilos de vida, las maneras en que enfrentan y curan sus enfermedades, así como las experiencias límite con respecto a su salud.

En el último apartado: “Algunas reflexiones y propuestas”, se pretendió puntualizar los aspectos importantes para considerarlos en la construcción de un espacio de trabajo, intervención con pequeños grupos de población, además de seguir pensando el vínculo juventud/universidad/salud.

Para finalizar esta presentación creo pertinente aclarar que este texto es producto de mi quehacer cotidiano en el contexto universitario y de todo aquello que lo circunscribe, lo cual me ha posibilitado entender que los procesos de salud/enfermedad/atención/cuidado se construyen a partir de nuestras producciones de sentido, de cómo vivimos y percibimos nuestro entorno próximo. Por lo tanto, comprender nuestros procesos de salud/enfermedad nos permitirá establecer referentes simbólicos distintos de los ya dados, crear nuevas significaciones y pensar en nuestra salud a través de procesos de autonomía, con ello podremos asumir estilos de vida que nos permitan reflexionar sobre el hacer-ser en nuestra salud.

Aproximaciones teóricas al campo de la salud

*Hay que tener cuidado con los libros de salud;
podemos morir por culpa de una errata.*

Anónimo

La salud o los temas sobre ella son considerados factores determinantes para el desarrollo y producción de las sociedades; por lo tanto, resulta interesante conocer los abordajes teóricos realizados al respecto, ya que a partir de ellos se han construido diversas posturas políticas y sociales cuya consecuencia es la creación de políticas públicas que han incidido en el grueso de la población, o —en casos localizados y específicos— en el desarrollo de formas sociales contestatarias para la atención de los procesos de salud/enfermedad.

Reflexionar sobre la salud implica la incorporación y el registro de múltiples miradas que han dado significado a dicha noción a lo largo del tiempo. Encontramos que disciplinas como la sociología, la antropología, la historia y la psicología se han dedicado a estudiar temas que competen a lo que se ha llamado *el campo de la salud*; por tal motivo es necesario conocer los distintos abordajes teóricos construidos alrededor de los temas sobre la salud; es importante destacar que dichas posturas han conformado un *corpus* teórico que da cuenta de un quehacer político y un hacer social en el proceso de investigación.

Al realizar una breve búsqueda sobre las aproximaciones teóricas a este campo desde las disciplinas sociales en nuestro país, hallamos que las primeras investigaciones al respecto se realizaron a finales de los años cincuenta del siglo pasado, trabajos realizados por el doctor Gonzalo Aguirre

Beltrán o el doctor Ruy Pérez Tamayo, entre muchos otros ellos iniciaron en México un eje de investigación alrededor de los temas médicos y de la salud atravesados por una mirada humanística. *El discurso académico sobre la salud en México*, así como *Género y salud femenina: una revisión de las investigaciones en México*¹ son trabajos que se han encargado de sistematizar el tipo de investigaciones sobre salud y ciencias sociales realizadas en nuestro país.

No obstante estos antecedentes, es importante acercarnos a las propuestas que se originan en las distintas escuelas que —a decir de Roberto Castro— mantienen entre sí diferencias importantes, no sólo por los marcos teóricos sino por las posiciones políticas que adoptan. Estas escuelas han construido todo un *corpus* teórico que delinea la manera en que se investiga, se mira, se interviene, se pregunta y se significa el campo de la salud; y a través de los diversos saberes producidos en diferentes contextos teóricos se han aportado elementos de análisis importantes para poder pensar en y alrededor de la salud: como noción, como objeto, como institución, como mercancía o como un derecho.

Si bien existen diversos textos que han sistematizado la producción del conocimiento alrededor de las ciencias sociales y del campo de la medicina o de la salud, no deja de ser interesante puntualizar las posturas teóricas y lineamientos políticos que se han estructurado sobre el tema que nos ocupa; en consecuencia, realizar una breve incursión en las escuelas que generaron este tipo de investigación nos permitirá explicar los diversos abordajes teóricos, con el fin de ir comprendiendo cómo se puede entender desde múltiples disciplinas el ámbito de la salud.

Roberto Castro, en un texto titulado “Las ciencias sociales y salud en México: movimientos fundacionales y desarrollos actuales”, publicado en 2003,² señala que existen por lo menos tres escuelas o grupos fundacionales que han guiado el estudio de la esfera de la salud en México:

¹ Véase A. Córdova *et al.*, 1989; P. Ravelo, 1995.

² R. Castro, 2003, pp. 47-62.

los antropólogos médicos, los exponentes de la medicina social y los sociólogos de la salud pública; a esta lista podríamos agregar los estudios históricos. A continuación daremos a conocer un breve panorama sobre las investigaciones que se han realizado al amparo de las escuelas mencionadas.

Distintas escuelas, distintas posturas

Sociólogos de la salud pública

Algunos de los investigadores que conforman este enfoque teórico son: Julio Frenk Mora, Daniel López Acuña y Octavio Gómez Dantés, entre muchos otros. Los trabajos presentados por esta escuela han puesto énfasis en tratar de comprender y aportar al campo de la salud desde una visión apegada a ciertos lineamientos gubernamentales o de organismos internacionales como la Organización Mundial de la Salud (OMS) o el Banco Mundial (BM). Bajo este *corpus* teórico la salud es definida como “un estado de completo bienestar físico, social y mental, y no solamente la ausencia de la enfermedad. Es un concepto positivo que enfatiza la presencia de recursos sociales y personales, así como la capacidad física”,³ se entiende que la salud es “uno de los principales objetivos del desarrollo, el cual constituye un bienpreciado en sí mismo y una condición indispensable para la igualdad de oportunidades. Además, se le ha reconocido como insumo esencial de la seguridad global, el crecimiento económico y el avance democrático”.⁴

³ La OMS define la salud como “un completo estado de bienestar físico, mental y social y no solamente ausencia de afecciones o enfermedades”. Véase página oficial de la OMS, <www.who.int/es/>.

⁴ J. Frenk y O. Gómez, 2008, p. 106.

Este tipo de abordaje ha permitido conocer la estructura del sistema de salud en México, el cual se define como todos aquellos

recursos, actores e instituciones involucrados en el desempeño de actividades cuyo propósito fundamental es la promoción, el restablecimiento o el mantenimiento de la salud, respondiendo a las expectativas legítimas de los usuarios y protegiéndolos contra el riesgo de incurrir en gastos excesivos.⁵

Muchos de los trabajos realizados han sistematizado de manera eficaz distintos datos como el financiamiento y la distribución de los servicios de salud, el número y el tipo de hospitales, el equipo médico y la formación profesional; también se ha indagado en lo que han llamado condiciones de salud en México (el tipo de enfermedad, las causas de muerte y los factores de riesgo para la salud); además, los resultados de las investigaciones han dado pie para delinear y llevar a cabo políticas públicas en este campo.

Medicina social

La escuela de medicina social latinoamericana se desarrolló a partir de los años sesenta a través de grupos académicos y de investigación que establecieron vínculos estrechos y de participación con movimientos sociales, de trabajadores y de estudiantes; el propósito de esta escuela fue cuestionar el deterioro del sistema de salud pública —producto de una política económica desarrollista—, con el cual poco a poco se desplazaba el sistema del estado de bienestar.⁶ La medicina social latinoamericana es una de las escuelas que ha generado un sinnúmero de trabajos para entender el campo médico, el de la salud y el llamado proceso salud-enfermedad, o salud/enfermedad/atención; las investigaciones presentadas desde esta perspectiva han aportado saberes específicos a la visión del campo de la

⁵ J. Frenk y O. Gómez, 2008, p. 107.

⁶ C. Iriart, H. Waitzkin, J. Breilh, A. Estrada y E. Elías, 2002, p. 129.

salud, ya que se han estudiado distintas experiencias en el tema en el nivel microsocia, así como las estructuras culturales que nos permiten entender los procesos de salud/enfermedad/atención (SEA).

Esta escuela ha profundizado en la conceptualización de la salud como un proceso en el cual el sujeto desarrolla un papel importante en la forma en que se vive saludable o enfermo, y se considera como un primer nivel de atención la manera en que las personas mismas atienden en sus prácticas cotidianas su enfermedad. Por eso al referirse a la salud se hace hincapié en que es un proceso: salud/enfermedad/atención, que se gesta y reproduce en un espacio sociocultural, temporal e histórico; y a través de un análisis crítico —principalmente de corte marxista— se observan y analizan problemas de salud en distintos espacios sociales, en los que se privilegia el vínculo trabajo-salud. Destacan en forma relevante las aportaciones de esta escuela sobre una visión crítica de las formas de promoción de la salud.

Uno de los espacios académicos en México en donde se desarrollaron los postulados teóricos de la escuela de medicina social latinoamericana ha sido la maestría en Medicina Social, en la Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco (UAM-X). Esta maestría inició sus actividades en 1975 y tiene como tarea principal desarrollar planteamientos teóricos y prácticos a partir de tres objetos de estudio: los determinantes y la distribución de la salud/enfermedad, así como la respuesta social a los problemas de la salud y el saber.⁷ Las aportaciones de las investigaciones realizadas han servido para analizar distintas políticas públicas en salud. Entre los principales investigadores puede nombrarse a Carolina Martínez Salgado, Ángeles Garduño, Gustavo Leal F., Oliva López Arellano y Asa Cristina Laurell. Destacan investigaciones como: “Mexicanos en defensa de la salud y la Seguridad Social”, “Algunos actores y temas en la arena de la salud”, “Seis miradas sobre la salud y sus relaciones con

⁷ Véase página electrónica de la maestría en Medicina Social, UAM-X, <<http://cbs.xoc.uam.mx/posgrados/mms/>>.

el mundo social” y “Determinación genérica de la mortalidad masculina”.⁸ También se puede consultar la revista *Salud Problema*, cuya edición está a cargo de dicha maestría.

Antropología médica

La antropología ha sido, sin duda, una de las disciplinas científicas que han permitido conocer y entender grupos y comunidades en contextos culturales específicos. Como en toda ciencia, el interés de estudio ha girado en torno a diversos campos de intervención, así que no es de extrañar que uno de los temas atractivos para esta disciplina sea lo relativo a la salud. Desde esa perspectiva surge lo que se ha conocido como antropología médica, que ha generado innumerables trabajos para entender más a fondo el campo médico, el de la salud y el llamado proceso salud/enfermedad, o salud/enfermedad/atención.

Entre los primeros estudios de antropología médica en México se encuentran trabajos como: *Medicina y magia. Programas de salud en situación intercultural*, de Gonzalo Aguirre Beltrán; *Textos de medicina náhuatl y Cuerpo humano e ideología. Las concepciones de los antiguos nahuas*, ambos de Alfredo López-Austin; *Medicina, salud y nutrición aztecas*, de Bernardo Ortiz de Montellano, así como diversas investigaciones realizadas por Eduardo Menéndez, entre las que figuran *Morir de alcohol, La enfermedad y la curación ¿Qué es medicina tradicional?*, *Estilos de vida, riesgo y construcción social. Conceptos similares y significados diferentes*, *Participación social como realidad técnica y como imaginario social*. También se pueden consultar trabajos que dan cuenta de manera general sobre el desarrollo de la antropología médica como disciplina, por ejemplo *La antropología médica en México*, de Luis Alberto Vargas o *La antropología médica en México*, de Roberto Campos Navarro.

Las investigaciones presentadas desde la antropología médica han aportado conocimientos específicos a la visión del campo de la salud,

⁸ Véase C. Martínez Salgado, 2008; G. Leal, 2007; A.C. Laurell, 2001; A. Garduño, 2011.

pues han dado a conocer las maneras en que ésta se vive en la población, ya que se han estudiado distintas experiencias en el nivel microsocioal, así como las estructuras culturales que nos permiten entender los procesos de salud/enfermedad/atención (SEA). La antropología médica ha contribuido en la construcción de un *corpus* teórico que es básico para comprender el ámbito de la salud, atendiendo el contexto cultural y el espacio histórico; y pone énfasis en los sujetos como actores y productores de su respectiva salud.

Cabe destacar que Menéndez ha propuesto algunos conceptos que permiten comprender este campo en un contexto cultural, la aportación de lo que el autor denominó “modelo médico hegemónico” (MMH) ha sido clave para entender cómo se ha ido construyendo una forma de atención predominante, desplazando las formas tradicionales de sanación y estableciendo el saber *científico*.

Por otra parte, el concepto del proceso SEA permite analizar en los espacios de la vida cotidiana las formas en que los sujetos significan, viven y atienden su salud/enfermedad. Esta escuela ha profundizado en la conceptualización de la salud como un proceso en el cual el sujeto desarrolla un papel importante en la forma en que se vive saludable o enfermo, y se considera como un primer nivel de atención la manera en que las personas atienden en sus prácticas cotidianas su enfermedad.

Por eso se hace hincapié en un proceso SEA, el cual se gesta y desarrolla en un espacio sociocultural, temporal e histórico. Es importante resaltar que actualmente se ha incorporado la noción de cuidado para contribuir a la del proceso salud/enfermedad; algunos de estos planteamientos se exponen en el artículo de Michalewicz y Ardila-Gómez,⁹ se realiza un rastreo del uso de la noción de “cuidado” en la disciplina médica latinoamericana; además se observa cómo dicha noción se utiliza ya sea como sinónimo de atención o como referencia propia a las actividades de la enfermería; en otras ocasiones se vincula con la relación afectiva del tratamiento médico; en el mismo artículo se hace mención a David A. Tejada de Rivero, quien plantea una diferencia importante entre atención y cuidado:

⁹ A. Michalewicz y S. Ardila-Gómez, 2014, pp. 217-224.

En cuanto a la “atención”, la versión original en inglés usó el término “cuidado” (*care*), y no “atención”. El “cuidado” tiene una connotación mucho más amplia e integral que la “atención”. El cuidado denota relaciones horizontales, simétricas y participativas; mientras que la atención es vertical, asimétrica y nunca participativa en su sentido social. El cuidado es más intersectorial y, en cambio, la atención deviene fácilmente no sólo en sectorial sino en institucional o de programas aislados y servicios específicos.¹⁰

El texto *Ética del cuidado en ciencias de la salud*, de Ester Busquets (2019)¹¹, propone que existen diversos modelos de la ética del cuidado que se van complementando y han permitido pensar las formas de cuidar y cuidarse; estos modelos se han desarrollado en el marco del pensamiento feminista y en el contexto de los cuidados de la salud, principalmente en los de enfermería; sin duda la ética del cuidado es un planteamiento actual y novedoso en los estudios sobre la salud.

Otros estudios relacionados con el campo de la salud y que se pueden inscribir o no en las escuelas mencionadas son los estudios históricos, éstos cuentan con una tradición de investigación importante sobre el tema. Los trabajos realizados desde esta óptica son abundantes, por lo tanto sólo haremos mención de algunos: “Cuidar, controlar, curar: ensayos históricos sobre salud y enfermedad en América Latina y el Caribe”, *Acción sanitaria pública y cambio en el patrón de mortalidad por causas en el Estado de México 1898-1940, Ensayos sobre la historia de las epidemias en México, Historia de la salubridad y asistencia en México, Antología de escritos histórico-médicos*.¹² En general, los trabajos se centran en el desarrollo de la historia nacional de la salud pública y en estudios demográfico-epidemiológicos, que describen cómo se fueron atendiendo ciertas enfermedades en diversas épocas.

¹⁰ D. Tejeda de Rivero, citado en A. Michalewicz y S. Ardila-Gómez, 2014, p. 220.

¹¹ E. Busquets, 2019, p. 192.

¹² G. Hochman *et al.*, 2004; M. Vera *et al.*, 2007; E. Florescano y E. Malvido, 1982; J. Álvarez *et al.*, 1960 y F. Fernández del Castillo, 1986.

Reflexiones sobre el campo de la salud a partir de la psicología social de grupos e instituciones

*No hay enseñanza sin investigación, ni investigación sin enseñanza.
Esos quehaceres se encuentran cada uno en el cuerpo del otro.
Mientras enseñó continúo buscando, indagando. Enseño porque
busco, porque indagué, porque indago y me indago. Investigo para
comprobar, comprobando intervengo, interviniendo educo
y me educo. Investigo para conocer lo que aún no conozco y
comunicar o anunciar la novedad.*

Paulo Freire¹

Hasta este momento se han mencionado aquí diversas posturas teóricas que han perfilado un saber sobre el tema de la salud; la psicología, en tanto disciplina que se encarga de estudiar a los seres humanos y sus procesos, también se ocupa del tema; por lo tanto, no extraña que en esa disciplina exista una vertiente definida como psicología de la salud, en la cual el objeto de estudio es

el comportamiento de un individuo en su interacción con su entorno (ecosistema). Dicho comportamiento puede ser calificado como saludable en función de su capacidad adaptativa y evaluado en el corto o largo plazo [...] [Este planteamiento pretende modificar] el comportamiento del individuo mejorando sus condiciones de salubridad y sus competencias asumiendo las dificultades que presenta el control del ecosistema al que pertenece.²

Según estos criterios teóricos el modelo individuo-conducta es uno de los más utilizados en cuanto al desarrollo de ciertas propuestas de estudio, los trabajos producidos con esta perspectiva parten de métodos

¹ P. Freire, 2009, p. 30.

² J. Santacreu *et al.*, 1997, pp. 86-87.

cuantitativos y, en cuanto al campo de la salud, los temas que se investigan se concentran principalmente en el vínculo médico-paciente, el embarazo, la sexualidad, las enfermedades crónico-degenerativas, los problemas de alimentación y la prevención de la salud.³

Existen en el quehacer psicológico otras formas de producción de conocimiento que privilegian la posibilidad de construir procesos de investigación que incorporen diversos elementos históricos, sociales e ideológicos, así como perspectivas políticas. En este sentido, desde las posturas teóricas que se desarrollan en la maestría y el doctorado en Psicología Social de Grupos e Instituciones —impartidos en la Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco (UAM-X)— se reconoce el hacer de los sujetos y del investigador como un proceso inacabado en continua producción de conocimiento. La psicología social pretende comprender fenómenos en los cuales los sujetos construyen el conocimiento y lo resignifican para sí; por lo tanto, el estudio de la subjetividad, de lo colectivo, de las instituciones, del imaginario, de las significaciones imaginarias sociales⁴ es esencial para comprender cómo los sujetos se apropian, construyen y transforman su realidad en espacios históricos concretos.

La psicología social que enmarca las reflexiones que se presentan enfatiza los procesos de construcción colectivos. Si bien es importante acotar que el *corpus* teórico al cual nos acercamos para tratar de entender aquello que llamaremos la institución de la salud se construye a través de la mirada de la psicología social de intervención, la cual “más que una nueva disciplina o tendencia en torno a este ámbito, requiere un campo plural, multirreferencial, una *encrucijada* de reflexiones sobre el campo de los procesos psicológicos colectivos”.⁵ Hablamos de una psicología social que se

³ Se pueden consultar diversos trabajos que dan cuenta de este enfoque teórico en publicaciones como: *Revista Psicología y Salud*, de la Universidad Veracruzana; *La Gaceta Médica de México. Investigación en Salud*, de la Universidad de Guadalajara; *Acta Pediátrica de México, Revista Médico Científica*, de la Facultad de Medicina del Siglo XXI de Ciencia y Arte, de la Universidad Autónoma de Chihuahua.

⁴ Los referentes teóricos por seguir se derivan de los planteamientos realizados por autores como: Pichón Rivière, Bauleo, Lourau, Guattari, Lapassade, Ardoino, Castel, Castoriadis, Zemelman, entre muchos otros.

⁵ R. Manero, 1996, p. 727.

preocupa por los procesos de construcción singulares y colectivos en torno a la subjetividad, que hace énfasis en el conocimiento del sujeto a partir de contextos sociohistóricos específicos, entendiendo que los sujetos son productores de su realidad sociohistórica, “lo cual obliga a aprehenderlos desde el punto de vista de su constitución-desconstitución, sin considerarlos como algo acabado”.⁶ Con esta premisa se pretende elucidar alrededor de los temas sobre salud, entendiendo dicho ejercicio como

una labor propositiva, [...] inacabada, sujeta a revisiones y ajustes provisorios, aunque no por eso menos rigurosos; se tratará de pensar sobre lo hecho mientras se buscará conocer con mayor precisión eso que como hecho deberá ser deshecho, para entender su irradiada composición, otorgando a la actividad deconstructiva un lugar central en la tarea de elucidación.⁷

A partir de un quehacer reflexivo producido por los diversos lineamientos con los que se gesta la propuesta teórica de psicología en la UAM-x —en específico la maestría en Psicología Social de Grupos e Instituciones y el doctorado en Ciencias Sociales con especialización en el mismo tema— se han realizado algunos trabajos que bajo esa mirada teórica han contribuido al estudio del campo de la medicina y la salud. Se pueden mencionar algunas investigaciones que además abordan temas como la profesión médica, la alimentación y la juventud, la salud mental y enfermedades como el cáncer:⁸ “Una narración desde la institución: subjetividad y salud mental en la UAM Azcapotzalco”, centrada en comprender procesos subjetivos a partir de un programa ya establecido de salud mental; “Un estudio de caso sobre las significaciones imaginarias de la profesión médica en México: el *ethos médico*”, texto en el que se reflexiona sobre las producciones imaginarias que dan significado y sentido a la profesión médica en nuestro país; “Las significaciones de la alimentación y su vinculación con el cuidado del cuerpo: la experiencia de jóvenes en la Ciudad de México”,

⁶ H. Zemelman y G. Valencia, 1990, p. 92.

⁷ J.C. De Brasi (1986), citado en A.M. Fernández, 2002, p. 18.

⁸ Véanse: R. Salazar Guerrero, 1997; V. Gil, 2002; P. Hernández, 2005; V. Barrera Tello, 2009; L.R., Gutiérrez, 2015.

trabajo que parte de la alimentación como una construcción sociocultural, a la cual se le asignan distintos significados según grupo y contexto social; además se plantea el problema del cuidado del cuerpo y la alimentación; en “La construcción de las significaciones imaginarias del cáncer” se abordan las distintas formas de pensar y significar esa enfermedad, a partir de la institución médica y de los pacientes, así como las producciones de sentido alrededor de este tema; “El proceso de subjetivación a partir del diagnóstico médico de diabetes”, investigación que aborda las diferentes formas en que se vive esa enfermedad una vez diagnosticada.

Si bien se puede observar una producción acotada al respecto, es importante mencionar que las reflexiones alrededor de los temas han aportado nuevas formas de pensar e investigar, ya que al incluir aspectos teóricos distintos de los usuales en este campo amplían la manera en que se atienden y comprenden estos problemas de investigación, lo que posibilita desde la psicología social una forma diferente de construcción del conocimiento en la cual el sujeto de la investigación es parte importante del proceso mismo, y deja de lado una visión de objeto-individuo.

Es importante destacar que esta mirada sobre la psicología social se preocupa por conocer procesos sociales atendiendo sus dimensiones simbólicas e imaginarias, por lo tanto se ha construido un *corpus* teórico que permite dar cuenta del estudio de las instituciones, el imaginario, las significaciones imaginarias sociales, los procesos grupales, la transversalidad, la dimensión colectiva, el dispositivo, la génesis social y teórica, que constituyen todo un andamiaje que ha permitido construir el proceso reflexivo sobre aquello que entendemos como *la salud*.

Pensar desde la psicología social los temas por investigar que se presentan supone una serie de atravesamientos tanto sociales como académicos que nos permiten ir centrando y delineando el proceso de investigación; por tal motivo, para realizar un ejercicio de reflexión y elucidación alrededor de la salud debemos ante todo tomar en cuenta la convergencia de distintos campos disciplinarios como: sociología, historia, antropología, medicina, entre muchos otros. Esta apuesta por múltiples referentes permite observar desde diferentes ángulos una realidad, por lo que la construcción del proceso de investigación parte del conocimiento, la observación

y la intervención del terreno en estudio. Ahora bien, para la producción metódica de conocimiento existen algunos elementos que se deben considerar en la construcción del proceso de investigación; por lo tanto, es preciso resaltar algunos y posteriormente definir cuáles fueron las estrategias utilizadas en nuestro trabajo.

Como primer paso, es importante acotar la noción de terreno, que nos remite a pensar un espacio concreto en el que se establece una serie de tensiones, vínculos, construcciones simbólicas e imaginarias. Podríamos definir el terreno de investigación como aquel espacio de construcción de conocimientos que debe ser observado desde sus distintos componentes, ya sean materiales, culturales, discursivos, imaginarios o simbólicos. Es un espacio de lo social en el cual se construyen la expresión y la producción de subjetividad a partir de un contexto histórico social determinado. El terreno de investigación supone una interacción constante entre quien investiga, los sujetos y los fenómenos psicosociales que se desatan en el proceso de intervención, que a su vez implica observación y reflexión constantes del proceso de investigación.

El terreno, en el sentido que le dan los etnólogos y los etnógrafos, tiene profundidad, no se reduce a lo observable, se lo piensa en términos de opacidad, de una cierta dinámica, de una vida. Es un territorio habitado por seres vivientes. Requiere de herramientas de análisis apropiadas para dar cuenta de esas características. Presenta formas de resistencias que se nos oponen, que no son de naturaleza lógica. El conflicto, la oposición, la negación, la contestación se expresan. Esa *negatricidad* está cargada de sentido, es intencional. La noción de terreno requiere poner en relación un espacio y una temporalidad para ser comprendida.⁹

En el terreno de investigación convergen varios elementos que van configurando todo proceso de investigación, trataremos de describirlos. Un primer elemento se presenta a partir del estudio de la historia, con lo cual se pretende realizar un procesamiento del pasado, es decir, *comprender el*

⁹ J. Ardoino, 2005, p. 54. Para Ardoino la negatricidad es la capacidad de respuesta de los sujetos en contraposición a estrategias ya establecidas.

*presente estudiando el pasado.*¹⁰ Conocer el contexto histórico de nuestro terreno de investigación nos permitirá reflexionar en torno a los diversos saberes que se desprenden de dicho espacio y a la vez tener claro el acotamiento de dicho terreno; el estudio de la historia no se plantea como un proceso lineal pues se intenta comprender los distintos atravesamientos culturales, ideológicos, temporales, así como identificar momentos coyunturales que den cuenta de la transformación de una realidad concreta; en este sentido se incorporan los conceptos de génesis social y teórica planteados por Savoye.

Por otra parte, no podemos estudiar los acontecimientos sólo a la luz de la historia, es importante incorporar otros elementos que constituyen el terreno de investigación. La cultura es sin lugar a dudas un referente obligado, todos los seres humanos estamos inmersos en alguna; es decir, en una serie de significaciones dadas por el contexto en el que nos desarrollamos. Son éstas las que nos constituyen y nos hacen tener una identidad propia, la cultura entendida como sistemas de interacción de signos interpretables (que, ignorando las acepciones provinciales, yo llamaría símbolos), la cultura no es una entidad, algo a lo que puedan atribuirse de manera causal acontecimientos sociales, modos de conducta, instituciones o procesos sociales; la cultura es un contexto dentro del cual pueden describirse todos esos fenómenos de manera inteligible, es decir, densa.¹¹

La cultura permite la construcción de diversos símbolos y significaciones; a decir de Geertz, el análisis de ella no debe pretender leyes, sino más bien tender a una interpretación en busca de significaciones. Para comprender cualquier proceso social indiscutiblemente se necesita conocer desde las costumbres, la ideología, los referentes simbólicos, hasta el uso propio del lenguaje, de aquellos que son investigados e incluso del propio investigador; la red simbólica de la cultura permite la transmisión de saberes en la comunidad: los mitos, los rituales, lo que se cree, lo que se nombra y habla.

¹⁰ Véase A. Savoye (1989). "Del pasado, hagamos el análisis. El procesamiento de la historia", Conferencia impartida en la UAM-X. Traducción Roberto Manero.

¹¹ C. Geertz, 1996, p. 27.

A partir del contexto cultural se establece una serie de discursos que están mediados por el lenguaje, eso permite hacer referencia a cualquier objeto; esto es, en su sentido más laxo a través del lenguaje se nombra, se designa. Es importante dar un nombre a todo lo que nos rodea, ya que coloca a los sujetos y objetos en términos reales y accesibles; nombrar el cuerpo, el sujeto, el acontecer cotidiano, refiere a todo un discurso que poco a poco construye un sujeto. Se es sujeto al ser inscrito y ocupar un lugar en el espacio simbólico, lo cual se logra a través del lenguaje, el nombrar significa

el nombre de un ser vivo, persona, lugar, cosa o lo que fuere, remite al océano interminable de lo que este individuo es: no es su nombre sino en la medida en que se refiere virtualmente a la totalidad de las manifestaciones reales posibles.¹²

Signamos o damos nombres a los objetos desde nuestros propios referentes, el nombrar nos permite construir el campo de relaciones con los objetos y con los otros.

La posibilidad de nombrar está dada por las redes simbólicas y las representaciones que los individuos tienen y que se construyen a partir del contexto en el que se inscriben y desarrollan.

Todo lo que se presenta a nosotros en el mundo social-histórico está indisolublemente tejido a lo simbólico. No es que se agote en ello. Los actos reales, individuales o colectivos —el trabajo, el consumo, la guerra, el amor, el parto— los innumerables productos materiales sin los cuales ninguna sociedad podría vivir un instante, no son (ni siempre ni directamente) símbolos. Pero unos y otros son imposibles fuera de una red simbólica.¹³

Esta red simbólica posibilita la producción de distintos discursos, entendidos como cualquier textualidad en la cual se materializan la historia y la cultura, lo permitido y lo no permitido; el discurso nos da la posibilidad de nombrar, en él se materializan distintas formas de mirar, se entrelazan los

¹² C. Castoriadis, 1989, p. 291.

¹³ C. Castoriadis, 1983, p. 201.

deseos y las prohibiciones; de esta manera, conocer los discursos que se producen en el terreno en el cual se interviene nos permite acceder a las distintas producciones de sentido en un contexto específico.

Un último elemento sobre el que se debe reflexionar es aquello que hemos llamado implicación. Ardoino plantea que

todo proceso de investigación tiene por finalidad la producción de conocimiento; es decir, que la investigación y su trabajo en general tienen que construir un objeto de investigación. Para la construcción del objeto se plantea el problema de una relación ya compleja, con la implicación y con el distanciamiento.¹⁴

Al respecto, Piaget menciona que aquel sujeto que observa o experimenta en sí mismo o en otro puede, por una parte, ser modificado por los fenómenos observados; y por otra, dar lugar a modificaciones en cuanto al desarrollo y la naturaleza misma de estos fenómenos;¹⁵ es decir, nos encontramos frente a un problema epistemológico: el hombre es a la vez sujeto y objeto, aquel que investiga es un sujeto dotado de significaciones, cultura y simbolismos propios, por lo tanto toda investigación presupone un grado consciente e inconsciente de implicación.

Este proceso de circularidad enriquece la investigación, el ser sujeto-objeto nos hace referir, resignificar, simbolizar y apropiarnos de formas distintas de percibir la realidad; investigar se vuelve un proceso inacabado, no llegamos a interpretaciones únicas sino contextualizadas en diferentes niveles de percepción e interpretación de la realidad según el ámbito cultural, económico o ideológico de aquellos sujetos con los que se trabaja. Encontramos que el hacer de la investigación supone varios momentos en los cuales quien indaga está inmerso, el papel que desempeña y sus referentes ideológicos se convierten en un dato más para analizar; se investiga desde una idea, un relato o una condición de vida, así que durante el proceso de exploración se entrelazan constantemente el hacer cotidiano y el hacer científico. Cuando hablamos de implicación aludimos a

¹⁴ J. Ardoino, 1988:

¹⁵ J. Piaget *et al.*, 1979, p. 66.

un conjunto de compromisos teóricos y prácticos, conscientes o inconscientes, que el profesional sostiene con diversos elementos y estructuras de una sociedad [...] Estar implicado significa estar atrapado en una red de compromisos, que van más allá de la voluntad o la intención del practicante, que sobreimpresionan el sentido de la acción o el proyecto que éste intenta instrumentar.¹⁶

Ardoino refiere que se deben entender tanto

las implicaciones psicológicas, por ejemplo, la estructura mental, la forma misma de la historia y la prehistoria individual [...] como las implicaciones institucionales, son las pertenencias que marcan a cada uno en relación a su clase social de origen, sus afinidades, sus transversalidades, su salario, su estatus, por qué piensan, ven, escuchan, entienden, en función de la posición que ocupan.¹⁷

Por ejemplo, la elección del tema conlleva en sí una participación en lo que se va a investigar; o sea, no se escoge un tema al azar, se trabaja en aquello que nos interesa, que en cierta forma pretendemos responder, lo que no es un impedimento para poder llevar a cabo con éxito nuestra tarea. El investigador serio tiene que trabajar en todo momento su intervención en lo que sucede en el terreno elegido y fuera de éste, es importante mencionar que metodológicamente un instrumento clave para el trabajo de las implicaciones es el diario de investigación.

Dentro de la perspectiva teórica de la psicología social que nos ocupa, el análisis de las implicaciones es de suma importancia, ya que se interpreta constantemente un terreno en el que no solamente se mira a otros sino a uno mismo. Cada proceso de investigación supone un acto de interpretación, se debe tomar en cuenta que todo lo que un sujeto siente, piensa y valora es producto de sus relaciones sociales y se encuentra contextualizado en una época, en un lugar geográfico, en un tiempo; eso lo hace portador de un saber que se resignifica constantemente. La forma en que trabajamos nuestra implicación en un proceso indagatorio permite el avance o no de éste, ya que el autor no sólo interviene en el terreno de estudio, sino que el

¹⁶ R. Manero, 1993, p. 43.

¹⁷ J. Ardoino, 1988, s.p.

terreno mismo interroga de forma constante al investigador (en su sentir, en su pensar, en su rol como tal). ¿Cuántas veces sucede que se ha planteado una pregunta inquisitiva y su sentido se desdibuja ante esta serie de cuestionamientos ya mencionados? Es importante entender que el análisis de las implicaciones supone una mejor colocación frente al terreno de estudio y un proceso mucho más reflexivo sobre aquello que se investiga, lo que permite la construcción de saberes reales y concretos.

Lo expuesto da cuenta de la manera en que desde la maestría en Psicología Social de Grupos e Instituciones se realizan diversos trabajos de investigación; no se pretende establecer un corte metodológico único que seguir, puesto que seguramente habrá coincidencias con otros postulados de disciplinas como la antropología, la sociología o la historia entre muchas otras. El fin de visibilizar algunos elementos que se pueden considerar básicos para la construcción de los procesos de investigación es explicitar las maneras en que desde este referente teórico nos preguntamos por temas tan cotidianos como la salud.

En este sentido, es importante pensar a los sujetos a través de sus diversos procesos, de cómo se interrelacionan con su contexto mediante un orden subjetivo, ya que a partir de estos lineamientos se podrían establecer construcciones teóricas distintas de las previas, que permitan entender los fenómenos de salud/enfermedad/atención. Dicho de otra manera, es necesario entender cómo se conciben tanto la enfermedad como la salud en distintos sectores de la población, de tal modo que logremos construir espacios de intervención que apuesten más a provocar procesos de autonomía en concordancia con los estilos de vida e incidir en cambios y mejoras a las actuales formas para entender la salud. Por lo tanto, abrir espacios de reflexión en torno a este campo es crear condiciones para reconocer la importancia de mirar al enfermo no como un número, o una cama, sino como alguien que ha perdido la salud, a quien se debe acompañar como poseedor de un conocimiento y no como un objeto que permite engrosar las estadísticas.

A partir de estas consideraciones la salud aparece como un terreno de investigación en el que convergen distintos puntos de referencia: biológico, técnico, económico, social, político, comunitario y cultural, que giran

alrededor de los procesos de salud/enfermedad/atención/cuidado. Por lo tanto, la noción de salud que proponemos se debe entender como una institución en la que se cruzan todos aquellos discursos, saberes (técnicos y populares), formas de vivir y de pensar el proceso, que se construyen por medio de contextos sociales, culturales, económicos y políticos específicos. Dichos discursos dan cuenta de la forma en que actuamos y resolvemos nuestros procesos de salud/enfermedad, de tal suerte que la salud no es un concepto aislado, tiene distintos referentes colectivos que permiten actuar y hacer en relación con nuestro bienestar físico, emocional y social.

Es importante explicitar que bajo estos supuestos teóricos la salud se entiende como un espacio del hacer-ser del sujeto; esto es, una praxis que en su dimensión colectiva —en la cual convergen múltiples saberes, prácticas y proyectos— se resignifica constantemente, lo cual supondría una incesante reflexión que posibilita procesos de autonomía en el hacer de los sujetos con respecto al tema. La noción de salud o las múltiples significaciones que de ella se tienen no pueden pensarse como una construcción acabada, sino más bien como una producción constante de sentidos que guían la praxis de los sujetos dentro de esa esfera.

Los múltiples significados de la salud y sus procesos de institucionalización a partir de los modelos médicos en la historia

Los temas sobre la salud y la enfermedad siempre han estado presentes en cualquier sociedad, el ser humano ha dedicado gran parte de su conocimiento a explicar cómo funciona su cuerpo, de qué se enferma y cómo se cura. Tratar de definir los modos de representación que se tienen sobre la salud es una tarea compleja, ya que sus significados tendrán siempre como referente nuestro andar en el mundo. En este sentido, existen tantas significaciones y saberes sobre el tema como sociedades.

La noción sobre salud, es decir: los conceptos, las ideas, las imágenes, o bien las representaciones que hemos construido y en las que interviene una “parte sensible y otra más o menos abstracta”,¹ ha ido cambiando a través de la historia; dicho significado está mediado por el avance científico y el acontecer social de las distintas culturas; la producción de los saberes que giran en torno a tal noción se construyen en un espacio histórico-temporal y cultural.

Una aproximación simple a esta noción es aquella que se puede rastrear a partir del significado de la palabra, por ejemplo: los griegos utilizaron el vocablo *holon*, “el todo”; los árabes, *salam*, que significa “la salvación plena tanto en el orden corporal como en el espiritual”; en latín *salus* y *salvatio*

¹ Para profundizar sobre el concepto de noción puede consultarse M. Halbwachs, 2020.

significan “estar en condiciones de poder superar un obstáculo”.² Otros términos que se vinculan con la salud son: *soteria*, *salvus*, *svastha*, *whole*, *Heil*, *health*, *salud*, también son derivados de un significado original que pone de manifiesto la indivisibilidad del concepto de salud/salvación identificándolo con lo que *salva* y lo *sagrado*.³

Los múltiples significados de salud se han gestado a partir de la diversidad de los contextos sociales, políticos y económicos atravesados por la noción. En cada época la sociedad en su conjunto ha tratado de explicar sus acontecimientos cotidianos, entre ellos la salud, la cual ha sido entendida como: bienestar físico, equilibrio de fuerzas, bien común o derecho; ejemplo de ello lo podemos observar en los escritos hipocráticos, que describían el estado saludable como un equilibrio entre los hombres y las influencias ambientales; con el transcurrir del tiempo el pensamiento judeocristiano fue asociando las ideas de salud y de salvación; la primera se fue construyendo como una recompensa que triunfa sobre el mal (la enfermedad), por lo tanto, habría que destruir *los males* que se manifestaban mediante las distintas enfermedades. Se sustituyó la idea de salud que equilibraba la naturaleza y la humanidad, para construir una noción que estaba mediada por otra: un *Dios* que concedía o no la salvación a través de la curación; este desplazamiento sentó las bases en occidente⁴ para el manejo de las enfermedades y su tratamiento; la salud como una condición natural ocupó un segundo plano y al curar las enfermedades mediante eso denominado *la salvación*, el estado saludable de bienestar físico poco a poco dejó de ser notorio y dio pie a la visibilidad de la enfermedad y sus repercusiones en los aspectos físico y social.

Bajo esta idea judeocristiana sobre la salud y la enfermedad se fueron estructurando líneas de pensamiento social y científico que se tradujeron en diversos saberes que han posibilitado la creación de las diferentes

² A. Pardo, 1997, pp. 4-9.

³ L. Duch, 2002.

⁴ Para el presente estudio nos referimos sólo al pensamiento occidental, pero debemos tomar en cuenta que la construcción social sobre el vínculo salud-enfermedad, salud-bienestar, en otras culturas obedece a formas distintas de pensar y pensarse en el mundo, lo cual se desprende de la experiencia y el quehacer cotidianos.

significaciones de la salud en el devenir de la historia, ancladas, reproducidas y contextualizadas en lo que se ha denominado los modelos médicos.

Es importante mencionar, tal como lo refiere Eduardo Menéndez, que desde una perspectiva antropológica hablar de los modelos, saberes y formas de atención es observar las diferentes maneras en que las sociedades han desarrollado métodos para prevenir, dar tratamiento, controlar, aliviar y/o curar un padecimiento determinado, lo cual incluye tanto los modelos biomédicos como aquellos que se originan en el saber popular:

Los conceptos de forma, saber y modelo corresponden a diferentes niveles de abstracción y son complementarios. En términos esquemáticos, por **saberes** nos referimos a las representaciones y prácticas organizadas como un conocimiento que opera a través de curadores o sujetos y grupos legos. Con **formas** nos referimos a las experiencias utilizadas por sujetos y grupos, y donde el interés está en obtener las trayectorias y experiencias individuales. Y por **modelo** nos referimos a una construcción metodológica que refiere a los saberes tratando de establecer provisionalmente cuáles son sus características y funciones básicas.⁵

Se optó por seguir el concepto de modelo que presenta Menéndez pensando que al aproximarnos a algunos de los modelos médicos en la historia podemos reconstruir la génesis social y la génesis teórica del campo de la salud. Se debe precisar que ambas son conceptos de la corriente del Análisis Institucional que han sido trabajados por Antoine Savoye, Jean-Marie Brohm y Dominique Jaillon; para el caso de México son fundamentales las referencias de Roberto Manero y Rafael Reygadas sobre estos conceptos. La génesis social permite reconstruir las condiciones sociales y políticas de aparición de una nueva práctica, puede entenderse como el conjunto de vicisitudes, encargos, demandas, determinaciones y condiciones sociales de posibilidad para articular un nuevo *corpus* teórico. Si bien es un concepto que se desarrolla desde la sociología del conocimiento, es similar al

⁵ E. Menéndez, 2009, p. 25.

planteamiento de la historia externa de las ciencias por Imre Lakatos; es decir, un reconocimiento de los contextos sociales, políticos y económicos que dan origen a la construcción de la ciencia.

La génesis teórica se entiende como un proceso de producción en el campo de las ideas, de las nociones y conceptos que integran un *corpus* teórico. La reconstitución de dicho proceso permite evidenciar la ideología subyacente o manifiesta y las coyunturas presentes históricamente alrededor de una esfera de conocimiento. Esta categoría es similar a la historia interna planteada por Lakatos. Para Savoye “la génesis social se refiere a las condiciones de posibilidad social y política que permiten que una práctica social se invente y se institucionalice. La génesis social es similar al planteamiento de la historia externa de las ciencias en el planteamiento de Lakatos”.⁶

La aparición de la sociología —prosigue Savoye— no se explica por la inspiración personal de algunos sabios, sino por

lo que sucedía en la sociedad de su época, a saber: la imposibilidad para el gobierno de entonces de responder a la crisis social con los medios que poseía. Frente al enigma que representaban las reivindicaciones obreras y los comportamientos sociales anómicos (desde el punto de vista del poder), el Estado encargó a los “primeros sociólogos” observar sobre el terreno, de la manera más rigurosa posible, las condiciones de vida y de trabajo de las clases obreras, que era el lugar de emergencia de la crisis social. De esta manera la aproximación que hace el análisis institucional del nacimiento de la sociología rompe radicalmente con la historia de las ideas.⁷

Rastrear la génesis social y teórica sobre el campo de la salud a partir de algunos de los distintos modelos médicos en el devenir histórico nos permitirá reflexionar sobre la construcción de significaciones imaginarias sociales, así como de los procesos de institucionalización que pueden dar cuenta de lo que en nuestra cotidianidad entendemos sobre la noción de la salud.

⁶ Véanse A. Savoye, s.f., y A. Soto *et al.*, 2000, pp. 159-160.

⁷ R. Lourau, 1989.

La producción de significaciones alrededor de la salud

Entender a qué se llama *salud* —o cómo se asume o comprende su significado en el tiempo y en contextos social e histórico determinados— es una tarea un tanto compleja, ya que implica hablar de nuestra vida en lo cotidiano y centrar la mirada en múltiples referencias: culturales, sociales, políticas, temporales, históricas, económicas, además de que supone hacer un ejercicio de reflexión en torno a nuestras familias, nuestros trabajos, nuestras diversiones, las personas que nos rodean y al final también detener la mirada en nosotros. Como sujetos estamos contruidos mediante experiencias, saberes, ideas, sentimientos, emociones y también somos indiscutiblemente producto de la biología, somos un espacio en el cual se dan procesos bioquímicos que se presentan en un territorio: nuestro cuerpo. El ser biológico y el ser social son una conjunción indisoluble del sujeto, que en el ámbito histórico-social se concretiza y da sentido al conocimiento que se produce en torno a la salud.

Aunque existe separación entre lo que se conoce por naturaleza —en el sentido de los procesos biológicos en los sujetos— y aquello que se comprende por lo social, es importante entender que esa separación no es tajante, todo acto humano está íntimamente ligado a un acto natural

cuando nuestra vida se prolonga o se acorta porque nuestros órganos funcionan bien o no; cuando nuestro bienestar está asegurado de antemano o, en cambio, es inevitable la agresión de las enfermedades; cuando nos acosan el hambre y la sed, y comemos y bebemos, es la naturaleza quien gobierna nuestra vida y decide, en gran parte, nuestras actividades.⁸

Aquello que ha separado a los hombres y a la naturaleza es la construcción de la ciencia, ya que cada disciplina se ha preocupado por percibir su campo de estudio como un objeto aislado, de tal suerte que la especificidad de la ciencia a partir de la construcción de especialidades da cuenta, como

⁸ E. Barrantes, 1998, p. 12.

señala Norbert Elias, de dos culturas: una representada por las ciencias naturales y su aplicación, y la otra por las ciencias sociales o humanas y el mundo del arte y la literatura, es decir la “cultura”.⁹

Señalar la distinción entre estas dos culturas posibilita entender cómo se produjo a través de los discursos (natural y social) un conocimiento que ha permitido construir formas de significar y de entender el ámbito de la salud. La producción de los saberes, nuestros saberes, es una serie de experiencias acumuladas que dan sentido al diario acontecer, lo cual permite que los humanos reinventen constantemente su estar en la sociedad, estructurando proyectos sociales, económicos, ideológicos, que se transforman y se interrelacionan mediante el quehacer cotidiano.

El actuar de la humanidad, su praxis, tiene como resultado una incidencia directa en su contexto histórico-social, que se traduce en un movimiento que permite la creación y reconstrucción de las instituciones que conforman su sociedad. De acuerdo con Cornelius Castoriadis, existen en la sociedad dos dimensiones: la conjuntista-identitaria, en la cual la sociedad opera a partir de aquello que está determinado, lo que se encuentra y tiene una lógica-matemática de los conjuntos: elementos, clases, propiedades, relaciones, todo ello establecido de manera bien distinta y claramente definida;¹⁰ la otra dimensión es la imaginaria, sustentada en la significación. Las significaciones, dice este autor, pueden ser ubicadas, pero no determinadas en su totalidad.

Poco notamos estas formas de producción de saberes porque se fragmentan, se confunden e incluso se inscriben en nosotros de manera pausada e invisible. Los conocimientos en una sociedad fluyen de manera constante, producen un entretejido simbólico en el cual los símbolos y los mitos se constituyen como ejes fundantes del imaginario. El saber supone en sí mismo un imaginario en un contexto sociohistórico y político. Tal imaginario va más allá de las imágenes, no es meramente especular,

⁹ N. Elias, 2010, pp. 106-107.

¹⁰ Véase C. Castoriadis, 2006, p. 84.

es hechura que se vale de la red simbólica para crear todo el tiempo. Tal y como anota Rafael Reygadas, el imaginario en Castoriadis es un concepto hermenéutico, explicativo, no operatorio:

La institución de la sociedad es cada vez institución de un magma de significaciones, que sólo es posible dentro de y por su instrumentación en dos instituciones fundamentales, que hacen ser una institución identitaria-conjuntista de lo que es para la sociedad. La institución instrumental del *legein* es institución de condiciones identitarias-conjuntistas del representar/decir social. La institución instrumental del *teukhein* es institución de condiciones identitarias-conjuntistas del hacer social [...] Las dos se implican recíprocamente [...] Las dos son creaciones absolutas del imaginario social; pueden ser pensadas como “extraídas” del magma de significaciones instituidas, con la condición de recordar que es mediando el *legein* y el *teukhein* como ese magma puede ser, y para la sociedad considerada.¹¹

De este modo, Castoriadis refiere lo imaginario como creación incesante y esencialmente *indeterminada* (sociohistórica y psíquica) de figuras, forma e imágenes, a partir de las cuales solamente puede tratarse de *alguna cosa*. Lo que llamamos *realidad* y *racionalidad* son obras de ello.¹² Si bien el imaginario es la capacidad de creación en las sociedades, supone una red simbólica, en la cual se ha construido una serie de referentes culturales e históricos que permiten el acceso a contextos específicos de una sociedad, no podemos acceder al imaginario en abstracto, por lo tanto necesitamos los símbolos y los mitos como referentes estructurales que permiten entender la creación del imaginario social. Para Pierre Ansart el mito “no es exactamente una creencia y aún menos un acto de fe, sino que constituye la experiencia cotidiana, el imaginario vivido, el modo de relación de los hombres consigo mismos, con el mundo y con los otros”.¹³

El relato mítico proporciona la red de significaciones mediante la cual se piensa y se explica el orden del mundo en su totalidad; con el relato de los orígenes,

¹¹ R. Reygadas, 1998, p. 67.

¹² C. Castoriadis, 1983, p. 10.

¹³ P. Ansart, 1993, p. 95.

el mundo físico encuentra su razón de ser y sus designaciones; los avatares de los héroes explican la distribución de seres y cosas. [...] Asimismo, las estructuras simbólicas dispuestas por los relatos míticos (el ying y el yang, el padre y el hijo, lo puro y lo impuro, el oro, la plata y el bronce) ordenan un sistema de pensamiento, trazan la pauta interpretativa que permitirá, por proyección, repensar y ordenar todos los fenómenos.¹⁴

Los símbolos son aquellas formas que se utilizan en el ámbito de lo social para representar distintas ideas, por sí mismos no significan nada, adquieren sentido en la medida en que por medio de la cultura les asignamos un significado, lo que creemos que se piensa sobre ellos. A partir del entretendido de distintos símbolos y significados construimos redes simbólicas, es decir, diversos saberes y formas de acceder al mundo. Castoriadis apunta que

todo simbolismo se edifica sobre las ruinas de los edificios simbólicos precedentes y utiliza sus materiales [...] la construcción del simbolismo en la vida social e histórica real no tiene relación alguna con las definiciones cerradas y transparentes de los símbolos a lo largo de una obra matemática.¹⁵

Por lo tanto, todo el tiempo se recrea y se resignifica el universo simbólico. Si nos diéramos a la tarea de llevar a cabo una especie de fotomontaje de nuestra estancia en el mundo y realizar un recorrido por nuestra historia podríamos darnos cuenta de cómo nuestros actos producen conocimientos mediante los cuales se genera un sinfín de símbolos, lo que permite la emergencia de redes simbólicas que dan significado y permiten un constante cambio en las sociedades.

Ya se ha mencionado que los acontecimientos sociales tienen un desarrollo, una dimensión histórica a través del hacer de los sujetos que participan en ellos. Se establece una dimensión imaginaria que se enmarca en el devenir de la vida cotidiana, produce relatos míticos con los cuales

¹⁴ P. Ansart, 1993, p. 97. En palabras de J. Vallverdú, 2008, podríamos señalar que “Mediante los símbolos (materiales y visibles) el hombre ha intentado siempre representar sus ideas (invisibles) y comunicarlas más allá de las limitaciones del lenguaje.”, p. 36.

¹⁵ C. Castoriadis, 1983, p. 209.

se ordena y se resignifica constantemente el hacer social de los sujetos, y a través de ellos se entretajan las formas en que se vive el mundo. Estos relatos nos proporcionan identidad y establecen espacios de construcción simbólica en la vida cotidiana, con lo cual se permite la resignificación de aquello que se vive, en este caso la relación hombre-salud y los procesos de salud-enfermedad.

Para Castoriadis cada sociedad es un sistema de interpretación del mundo, por lo que existe en el orden del imaginario una creación constante de la sociedad:

La dimensión imaginaria de la sociedad remite siempre a una significación. Las significaciones pueden ser localizadas, pero no están plenamente determinadas. Están indefinidamente vinculadas unas con otras mediante un modo de relación que es la remisión. La significación “doctor” nos remite a la significación “medicina”.¹⁶

Ahora bien, afirma que las significaciones imaginarias sociales son localizadas, ya que aparecen en un contexto sociohistórico, pero no son plenamente determinadas pues se crean a partir del referente social, es decir, las significaciones imaginarias sociales son producciones de sentido que organizan la vida social de los sujetos en un espacio-tiempo específico.

La sociedad en su conjunto crea constantemente diferentes significaciones imaginarias sociales sobre la salud (llamadas así porque no se construyen lógicamente, no son racionales ni reales, y son sociales porque las comparte un colectivo anónimo: la sociedad).¹⁷ Dichas significaciones se enmarcan en torno a los saberes prácticos y científicos, estos conocimientos sobre nuestra salud se traducen en hábitos, actitudes, prácticas, relaciones, valores, normas, mitos; es decir, en una serie de producciones de sentido que organizan y dan cohesión a lo que podemos nombrar la institución de la salud.

¹⁶ Véase C. Castoriadis, 2006. En el texto original se señala que la significación “sacerdote” remite a la significación “religión”, p. 84.

¹⁷ C. Castoriadis, 2006, p. 79.

La institución de la salud: construcción de diversos modelos médicos en la historia

En la historia de la ciencia la noción de salud ha sido construida de distintas maneras, en el marco de estas reflexiones la ubicaremos como una institución; es decir, un espacio en el cual se regula, se establece un orden simbólico que va perfilando normas y valores en los sujetos e inscribiendo diversas formas de significar aquello que las personas entienden por salud, enfermedad, cura, atención, etcétera. El concepto de institución se puede definir como las normas, los valores, el lenguaje... es decir, todo aquello que da sentido a los sujetos: “es el proceso mediante el cual nacen las fuerzas instituyentes que a menudo terminan por construir formas sociales codificadas, fijadas e instituidas jurídicamente”.¹⁸

René Lourau refiere que las instituciones son espacios singulares, que tienen firmemente codificadas en un sistema simbólico sus modalidades de ingreso (pertenencia) y de egreso (exclusión), pero no por ello son estáticas si las consideramos como un proceso determinado por tres momentos: la universalidad (instituido), la particularidad (instituyente) y la singularidad (institucionalización).¹⁹

Lourau realizó un intento de mostrar a la institución en su dinámica, a través de momentos de un proceso en el cual movimiento e institución aparecen confundidos, en el sentido más estricto del término, en una forma social visible:

- Momento universal, positivo, instituido o ideológico de la institución, que se constituye como lo que ya está allí de la institución, lo ya instituido, el sistema de normas y objetivos universales que sostiene y que la sostienen. La “carta de la institución”, como ésta se presenta, su razón de ser, constituyen este momento.
- Momento particular, negativo, instituyente o libidinal de la institución, que es el momento de la institución que nos habla de la negatividad actuante, de cómo toda verdad universal deja de serlo cuando se particulariza, que

¹⁸ R. Lourau, 1980, p. 73.

¹⁹ R. Lourau, 1980, p. 79.

expresa la multiplicidad de demandas de la base social de la institución, que manifiesta cómo ésta no se encuentra unida por el consenso, sino por una multiplicidad infinita de factores que rebasan la mera ideología.

- Momento singular, de unidad negativa, de institucionalización u organizacional de la institución, que nos habla del movimiento necesario para absorber, al interior de las prácticas dominantes, la acción de lo negativo, de los desviantes que manifiestan otros posibles; momento en que la institución a través de la organización mantiene el predominio de un proyecto o de un movimiento sobre todos los otros posibles.²⁰

En este sentido, pensar la salud en su carácter de institución nos permite reflexionar sobre las maneras en que se inscribe, se significa, se simbolizan las normas, los valores, los referentes políticos, económicos, históricos, alrededor de lo que socialmente se ha construido como la salud, es decir, desde los procesos de salud/enfermedad/atención pasando por el hospital, la práctica médica y las políticas en salud.

La institución de la salud en su carácter universal se piensa como un todo, debe ser por orden biológico y social un estado *sine qua non*, es decir: la tenemos todos. Somos sujetos de ella en función de que podemos aspirar a ingresar a toda la estructura social, científica, económica y política que refiere y construye un estado saludable en los sujetos. El significado singular de la institución se refiere a aquello que es, a las formas visibles de las prácticas de la salud, las formas de atención sobre las enfermedades, las políticas públicas que se generan al respecto. Y el significado particular de la institución se refiere al acto de fundar, de modificar el sistema instituido, lo cual se observa a través de las diversas formas de atención a la salud o de los diversos modelos médicos a lo largo de la historia.²¹ Así las cosas, las instituciones siempre están en proceso de cambio, y a través de sus componentes (uno funcional y el otro imaginario) se construye un orden simbólico que se inscribe en los sujetos a partir de su devenir histórico.

Referirnos a la salud como institución permite reflexionar sobre la producción de conocimientos en torno a los procesos de salud, salud/atención

²⁰ R. Manero, 1990, pp. 153-154.

²¹ Véase R. Lourau, 1984, p. 34.

y salud/enfermedad/atención/cuidado, además hace visibles las significaciones imaginarias sociales que ya existen alrededor de ella para comprender cómo se ha vinculado en el tiempo con otras instituciones, familiares, escolares, religiosas o médicas, entre muchas otras.

Podemos pensar entonces que de esas significaciones se deriva todo el campo de la institución médica; las formas en que se han construido éstas en un contexto histórico social determinado han generado según distintas épocas los diversos procesos de institucionalización, resignificados en el devenir social y científico del campo médico. La institución de la salud como red de símbolos ha generado una serie de éstos y de mitos alrededor de ser saludable o de tener salud, los cuales se han repensando con el paso del tiempo, organizándolos y reorganizándolos a través del quehacer social, y se han instrumentado en lo que conocemos como *los modelos médicos*, que explicitan las maneras en que se han comprendido y atendido tanto la salud como la enfermedad, así como los procesos mencionados, que deben entenderse desde una perspectiva relacional, recuperando procesos históricos y considerando que en el campo sociocultural se establecen relaciones de hegemonía y subordinación.²²

Los modelos médicos se pueden definir como una construcción metodológica de los diversos conocimientos científicos que se han producido sobre la salud. Si bien éstos mantienen su origen, se van mezclando con otros discursos como los económicos y los políticos. Se puede pensar que esos modelos funcionan como dispositivos de control sobre la salud de la población, ya que se generan alrededor de ellos saberes hegemónicos que marcan la pauta para entender, vivir y pensar la salud. Es importante observar que a través de esos modelos se obtiene mayor conocimiento de la salud, que se resignifica en el hacer cotidiano de los sujetos, ya que esta información científica se mezcla con la sabiduría popular.

A lo largo de la historia han existido diversos modelos médicos, y por lo mismo las formas de construir la noción sobre salud varían dependiendo del momento histórico, político o económico y de nuestro entorno cultural; gracias a estos referentes significamos la salud, la enfermedad o la

²² Véase E. Menéndez, 2003.

cura. Comprender los modelos médicos en la historia de México nos da pauta para estudiar cómo los sujetos niños, jóvenes, adultos y ancianos han entendido en distintas formas los padecimientos físicos, emocionales o mentales, en contextos socioculturales determinados; por lo tanto, al reconstruir la génesis social y teórica sobre el tema se pretende registrar en la línea del tiempo cómo se han percibido los procesos de salud/enfermedad/atención. El relato que seguiremos está organizado en tres partes esencialmente: el México antiguo, el periodo de conquista y la institucionalización de los modelos médicos a través de lo que se ha llamado sistema de salud.²³

El México de ayer y la cosmovisión de la salud

Antes de la conquista, las culturas indígenas percibieron de distintas formas su relación con la naturaleza. La relación entre el ser humano y su salud implicaba una cosmovisión del mundo distante de la que hoy conocemos; cada cultura desarrolló formas propias de observar tanto la salud como los procesos de salud/enfermedad; se pensaba en un equilibrio permanente, entre tierra y cielo, frío y caliente; veían al cuerpo humano como un microcosmos que reflejaba el universo perteneciente a distintos ciclos de la vida, y creían en un universo tripartita: cielo, tierra e inframundo.²⁴ En las culturas prehispánicas, para tener un buen estado de salud y no enfermarse era necesario encontrar un punto medio; era una cuestión de equilibrio, de moderación y de cumplir con las obligaciones en relación con el cuerpo, la sociedad y los dioses.²⁵

En general, en las sociedades mesoamericanas se encuentran tres modos de explicar el binomio salud/enfermedad: el modelo médico personalista, el naturalista y la forma de curación. El primero aducía que las enfermedades eran causadas por un agente externo, un dios, un fantasma,

²³ Es importante distinguir entre modelo y sistema de salud. Por Sistema de Salud entendemos las formas de organización estatales en que se han estructurado los diferentes servicios de salud.

²⁴ Véase. B. Ortiz de Montellano, 2005, pp. 34-35 y (1990), pp. 158-188.

²⁵ Cfr. Dossier: "Salud y enfermedad en el México prehispánico", *Arqueología Mexicana*, 2005.

un espíritu o un brujo o chamán. En el modelo naturalista la enfermedad se atribuía a causas naturales: accidentes, frío, lluvia, comida, etcétera. El tercer modelo consideraba que se debería curar la enfermedad teniendo en cuenta cómo se adquirió; por ejemplo, si se tenía fiebre los mexicas pensaban que provenía de la “flema caliente en el pecho”, que tendría que expulsarse mediante el vómito, una diaforesis (sudoración abundante) o la diuresis (excreción excesiva de la orina).²⁶ Estos modelos se entremezclaban y según la región podía predominar alguno sobre otro, pero nunca se sustentaba la relación hombre/salud a partir de uno solo.

Su conocimiento sobre la salud se desarrolló gracias a la observación e identificación del entorno: la naturaleza y el cuerpo físico, sin omitir la influencia de los dioses. Pensaban que la salud estaba relacionada con un equilibrio constante entre las personas y su comunidad. Podemos decir que las significaciones imaginarias sociales prehispánicas sobre la salud se sustentaban en un respeto a la naturaleza y al ser humano. Un aspecto importante del planteamiento de los modelos médicos se refiere a los distintos modos en que se pueden observar para enfrentar a la cura de las enfermedades.

Para este caso, algunos estudios antropológicos muestran que los padecimientos más frecuentes eran atribuidos a causas mágico-religiosas, el *susto*, por ejemplo, era significado como un padecimiento que si bien no se sabía qué lo ocasionaba podía estar relacionado con la visión de un fantasma o algún espíritu maligno, con lo que se perdía el *tonalli* (una fuerza que daba vigor, calor, valor y que permitía el crecimiento)²⁷, y eso ocasionaba locura. Es interesante observar que con el transcurrir del tiempo lo que se ha conocido en algunas comunidades de nuestro país como el padecimiento del susto se ha resignificado; existe hoy una serie de sentidos, interpretaciones y experiencias respecto a esta “enfermedad”; a mediados de los años setenta del siglo pasado, en la sierra de Puebla se creía que el susto era una enfermedad propia de los niños, pero biológicamente correspondía a

²⁶ B. Ortiz de Montellano, 2005, p. 34.

²⁷ J. Echeverría García, 2014, pp. 177-212.

una parasitosis severa.²⁸ Aún en la actualidad, hay comunidades indígenas que la siguen considerando una enfermedad que se adquiere de repente ante un evento violento o poco esperado y que afecta el actuar cotidiano; el sujeto enfermo padece desánimo, flojera, falta de apetito, sueño en exceso, entre otros síntomas de lo que clínicamente se puede llamar depresión. De acuerdo con Roberto Castro:

A pesar de las variaciones culturales, existe un consenso básico en el sentido de que los principales síntomas que presentan aquellos que padecen de *susto* son, en el ámbito físico, debilidad, somnolencia, pérdida de apetito, fiebre y diarrea; y en el ámbito emocional, depresión y vacilación.

Este autor también señala que son múltiples los intentos por explicar el padecimiento del susto; en algunos casos se vuelve un equivalente de las enfermedades caracterizadas por la medicina moderna y en otros es relacionado con estados emocionales asociados a la pérdida y al duelo, y una vertiente más subraya que no puede ser reducido a categorías médicas occidentales y sugiere que sólo puede entenderse como fenómeno dentro del contexto cultural de los individuos afectados.²⁹

Otras enfermedades que se padecían en el México prehispánico eran las asociadas con el parto; en general se presentaban infecciones después del nacimiento de los pequeños, por las cuales las mujeres tenían fiebres muy altas y convulsiones; también existen registros de la incapacidad física de la madre para que el niño naciera: es importante observar la fusión entre lo místico y lo religioso, con el cual se daba un sentido a la muerte de la madre en el momento del parto: “Las *cihuateteo*, los espíritus de las mujeres muertas durante su primer parto, acompañaban al sol en su descenso y podían enfermar a los convalecientes y a los niños pequeños les quitaban su belleza”.³⁰

Las enfermedades que padecían los niños eran generalmente diarreas, fiebres, enfermedades del sistema respiratorio y dificultad para ser

²⁸ Véase C. Viesca, 2005, p. 38.

²⁹ R. Castro, 2002, p. 306.

³⁰ C. Viesca, 2005, p. 39.

amamantados; el cuidado de los niños estaba estrechamente ligado a la conducta de los padres, era costumbre tener tinajas de agua en las casas para poder dar de beber a los niños: en caso de enfermedad grave en algún niño de la casa, se observaba el agua de la tinaja y si ésta no era cristalina se acusaba a los padres de descuido.

Algunos padecimientos comunes entre la población joven eran las fracturas y traumatismos, esto se debía sobre todo a las prácticas militares; no es raro encontrar en los estudios antropológicos reportes de un sinnúmero de tratamientos al respecto. La artritis era una enfermedad recurrente entre los antiguos pobladores mexicanos, generalmente asociada al desgaste propio del hueso.

Con respecto a las enfermedades infecciosas se han encontrado algunos registros sobre el tratamiento de tuberculosis y sífilis. Es muy importante mencionar que en este marco de referencia las enfermedades no eran experimentadas como un peligro o amenaza para las sociedades ya que, al no existir epidemias o padecimientos sin control, se mantenía un equilibrio en la situación de la salud.

A partir del descubrimiento de América, la posterior conquista y luego la fundación de la Nueva España, se dio paso a una nueva composición social, política, económica y de gobierno. El choque cultural de dos mundos originó nuevos significados en todos los ámbitos de la vida cotidiana, de esta manera la cosmovisión indígena sobre la salud y la enfermedad poco a poco se fue mezclando con el pensamiento europeo, de lo que resultó una nueva construcción social al respecto. Este proceso de transculturación tomó tiempo, ejemplo de ello fue la ciudad de Tlatelolco, la cual se mantuvo como ciudad indígena aproximadamente hasta 1580, hecho que permitió que se ejerciera públicamente la medicina indígena, ya que para los españoles la naturaleza de los indígenas era distinta a la suya y consideraron que los remedios indígenas curaban mejor a los nativos.³¹

Durante la conquista ocurrieron cambios sociales importantes, con repercusiones en la salud. Se registraron tres grandes epidemias a lo largo del siglo xvi (1520-1521, 1545-1548 y 1576-1581), las dos primeras de viruela y

³¹ C. Viesca, 2000.

la última de sarampión; estos hechos transformaron de manera importante las formas de entender la salud y la enfermedad; en esas etapas de la historia el número de muertos fue impresionante: “la población de la Nueva España, que se estimaba en 1519 entre 18 y 30 millones de personas, se había reducido a 1.4 millones en 1600, en menos de un siglo entre 78 y 95% de los indígenas habían muerto”.³²

A partir de estas experiencias y junto con la mezcla cultural entre la población, en la Nueva España se comenzaron a construir nuevos modelos médicos, con discursos en los que se entreveraban los saberes del México prehispánico y los de la Europa del siglo XVI, lo que dio lugar a los modelos médicos hegemónicos (MMH), que se pueden entender como un conjunto de prácticas, conocimientos y teorías generadas por el desarrollo de lo que se conoce como medicina científica, la cual se legitimó a través del poder político.³³ El establecimiento de los MMH pretendía excluir las formas de pensar la enfermedad y la salud que se habían originado en el modelo médico indígena; sin embargo, debido al proceso transcultural se fue abriendo paso la creación de nuevas significaciones imaginarias sociales en torno a la noción sobre la salud.

Es importante mencionar que más que el conocimiento que hasta ese momento se consideraba científico —el cual podría ser propagado por los médicos españoles— las instituciones religiosas tuvieron una influencia importante en la generación de estos nuevos saberes y del sincretismo cultural; a través de las prácticas cotidianas se empezaron a mezclar el pensamiento judeocristiano y el pensamiento prehispánico, lo cual con el transcurrir del tiempo propició un nuevo modelo médico que dio como resultado la separación de la idea del sujeto y su relación con el cosmos, y fue creándose el significado de la enfermedad como un mal, un castigo.

³² “Epidemia en México: dejemos de comportarnos como si fuera la primera vez”, <<http://www.arts-history.mx/blogs/index>>. Consultado el 7 de abril de 2019.

³³ Eduardo Menéndez, 1990, menciona que desde fines del siglo XVIII este modelo ha conseguido gradualmente dejar como subalterno al conjunto de prácticas, saberes e ideologías que dominaban en los conjuntos sociales, hasta lograr identificarse como la única forma de atender la enfermedad, legitimada tanto por los criterios científicos como por el Estado, pp. 83-84.

A partir del surgimiento de los hospitales,³⁴ muchos de ellos establecidos en los conventos, surgió la idea de contención de los cuerpos, de aislamiento, y de la cura; poco a poco la noción indígena de la salud y del ser saludable se perdió para dar paso a la construcción social de la enfermedad. Con la idea cristiana de salud/salvación se fueron concibiendo nuevas significaciones imaginarias sociales relativas a la salud. La noción sobre ésta se fue desplazando, la cosmovisión indígena se trastocó y se atendió la idea de la cura, la enfermedad como castigo divino, y el poco entendimiento sobre ella fue cerrando hasta quedar una mirada sobre la atención ya no a lo saludable, sino a la enfermedad.

Los nuevos paradigmas sobre el tratamiento de salud-enfermedad

El desplazamiento de las ideas nativas sobre la salud originó en el acontecer cotidiano nuevas asociaciones con respecto a la cura y a la enfermedad, con lo cual se generaron nuevos mitos, y construcciones de sentido con respecto al estar enfermo y al estar saludable.

En las colonias españolas, específicamente en la Nueva España, el desarrollo intelectual y científico estaba mediado por la influencia de la corona española y la iglesia católica. Como era de esperarse, los avances de la medicina se guiaron por el conocimiento científico que provenía del viejo continente. Es importante apuntar que España estaba rezagada respecto al resto de Europa, ya que entró un siglo después al movimiento de la Ilustración:

Mientras Galileo y Newton fundaban la nueva física y Harvey sentaba las bases del método experimental, en España imperaba la escolástica y se enseñoreaba la Inquisición. No es sino hasta el siglo XVIII cuando los vientos de la Ilustración llegan a España y sus colonias.³⁵

³⁴ Los hospitales que se fundaron en el siglo XVI, si bien funcionaron como hospedaje al mismo tiempo que daban asistencia a los indigentes y huérfanos, fueron pilares del adoctrinamiento cristiano, y sentaron las bases del modelo asistencial.

³⁵ H. Aréchiga y L. Benítez Bribiesca, 2000, p. 17.

Durante los dos siglos posteriores al descubrimiento del continente americano por los europeos la influencia de la iglesia católica fue indispensable para constituir las colonias, se asumía una forma de control y de borramiento de los otros, entiéndase por “los otros” a los indígenas y la población negra. En general, los habitantes se encontraban en condiciones poco favorecedoras; con el tiempo se fue haciendo patente la diferencia de castas y de posición económica; aunadas a estas condiciones, las epidemias seguían siendo un factor decisivo en las formas en que se edificaba la noción sobre la salud.

En el siglo xvii se registraron epidemias muy localizadas, como la peste en Michoacán en 1621 o en Guadalajara en 1668. En el siglo xviii la información con respecto a las epidemias es más precisa, se pueden encontrar registros de periodistas de la época. Por ejemplo, en la *Gaceta de México*, Castorena y Ursúa relata que

durante la epidemia de 1737 se veían en las esquinas y puertas de los templos tantos muertos no haciendo mención de los pequeños que eran innumerables que en muchos se hallaron precisados a darle sepultura en los patios y lonjas.³⁶

A finales del siglo xvii y principios del xviii se presentó, según los historiadores, la última epidemia de viruela antes de la introducción de la vacuna.³⁷ Es importante mencionar que ésta fue traída de España por el doctor Francisco Javier Balmis en una expedición que realizó en el año de 1803, en la cual se inoculó a 22 niños huérfanos y en ellos se transportó la vacuna. Este hecho es importante porque marcó el inicio de un modelo científico de atención a la salud. Podríamos valorarlo como un analizador histórico que con el tiempo fue prefigurando la visión de sujeto/objeto en el hacer médico.

Ante las condiciones tan desastrosas de salubridad e higiene en la Nueva España se establecieron tres instituciones que normaron el quehacer científico sobre la salud y la enfermedad: la Real y Pontificia Universidad,

³⁶ M. Rodríguez Álvarez, 2001, p. 179.

³⁷ M. Rodríguez Álvarez, 2001, pp. 181-182.

el Real Colegio de Cirugía y el Protomedicato, que permitieron dentro del orden institucional la construcción social de la salud y la enfermedad para el siglo XVIII. Estas instituciones reglamentaron el orden científico del tratamiento sobre la enfermedad, desplazando con ello el conocimiento indígena sobre la salud; por consecuencia, se fue trasformando la noción de la salud entendida como un equilibrio en relación con un todo; lo saludable ya no implicaba el *estar sano*, sino más bien se enfocaba en *no estar enfermo*.

Con la intervención de iglesia católica y el establecimiento de instituciones reguladoras sobre la ciencia —que en ese momento se ocupaban de los procesos de salud/enfermedad— se produjeron nuevas significaciones imaginarias sociales, que fueron definiendo el sujeto de la medicina en el ámbito de lo cotidiano; los conocimientos “populares”, derivados de una relación mucho más directa entre los sujetos y su entorno, se mezclaron con el saber científico produciendo nuevos datos al respecto. Desde estos espacios de conocimiento y a través de las prácticas religiosas en torno a la salud, que se materializaban en los hospitales, se generó el modelo médico de la asistencia.

Con el transcurso del tiempo este nuevo modelo se fue nutriendo con los avances técnicos y científicos de la época, a partir del descubrimiento de la etiología de las enfermedades³⁸ la idea del *contagium vivum*³⁹ adquirió una fuerza que marcó de manera definitiva las producciones de sentido en torno a la enfermedad; desde la lógica científica se desplazó totalmente la idea del sujeto y su relación con el cosmos y la naturaleza, así como con lo sagrado e incluso la idea del mal en la enfermedad; bajo esta óptica se estructuró el espacio de la enfermedad en la atención médica.

Se inició una búsqueda incesante por preservar la salud individual y colectiva mediante la ausencia de las enfermedades, por lo cual se difundió

³⁸ Recordemos que en 1865 Pasteur descubrió que existían agentes externos que generaban ciertas enfermedades, con lo cual fundamentó su teoría germinal de las enfermedades. Entre 1882 y 1883, Koch identificó el bacilo de la tuberculosis y el del cólera.

³⁹ La idea de que la enfermedad es causada por un *Contagium Vivum* (contagio viviente) se difundió en la Edad Media, ya que en esta época se aislaba a los enfermos. Véase F.E. Martínez Cepero, 2004, p. 494.

una prolongada y persuasiva campaña pública a favor de procurar condiciones higiénicas. En México, al igual que en otras naciones del continente americano, esa campaña recibió un fuerte impulso durante las últimas décadas del siglo XVIII; de acuerdo con la teoría de la policía médica, de Johann Peter Frank,⁴⁰ se empezó a visualizar la importancia de tener una población sana y productiva.

Una de las principales preocupaciones era poder combatir las epidemias que se presentaban. El periodo 1810-1910 fue crucial para la historia de México —ya que se gestaron las luchas por la Independencia y por la Revolución Mexicana—, las condiciones políticas, económicas y sociales de la mayoría de la población eran deplorables, por lo cual no es difícil imaginar un estado de salud general realmente precario y una gran insalubridad.

Epidemias como las de viruela, el sarampión y la tifoidea seguían siendo una preocupación inmensa, pues la población moría a causa de este tipo de enfermedades; en 1810 se registró uno de los últimos brotes epidémicos de viruela. Claudia Agostoni refiere que entre 1810 y 1910 diversos historiadores han señalado que de manera pausada y de la mano del proceso de consolidación estatal fue posible una amplia y detallada reglamentación del ámbito de la salud, mediante la emisión de códigos sanitarios y de innumerables reglamentos referentes a la práctica médica y a la política sanitaria.⁴¹

Aunque se realizaban esfuerzos por contrarrestar las enfermedades y las grandes epidemias, el proceso era muy lento. Los hospitales eran los lugares de enseñanza por excelencia para los médicos, pero también eran los espacios más insalubres para tratar las enfermedades; debido a esto y a los pocos médicos con licencia la atención, cura y tratamiento de las enfermedades se realizaba en el ámbito doméstico. Al enfermo se le atendía en su casa:

⁴⁰ C. Agostoni, 2007, p. 77.

⁴¹ C. Agostoni, 2007, p. 80.

La cama del paciente era donde “se llegaba al mundo y desde el cual se abandonaba”, se congregaba la familia y yacía el doliente, así como donde, en muchas ocasiones, se rezaban oraciones y se invocaba a un santo protector. Pero también era el lugar al que acudían médicos alópatas civiles o militares, médicos homeópatas, o bien, médicos sin título legal para ejercer la profesión. Por lo tanto, curar y restaurar la salud y buscar los medios para evitar la enfermedad eran de naturaleza eminentemente doméstica, familiar y comunitaria.⁴²

A principios del siglo XIX el modelo médico doméstico marcó las formas de entender y dar cuenta de la salud, la casa era uno de los lugares con mayor seguridad; alrededor de este espacio las significaciones sobre la salud se nutrían de distintos referentes, ya que en torno a un padecimiento o evento transitaban diversos personajes que contribuían mediante su saber a la cura de la enfermedad o al alivio del padecimiento; de la misma manera se podía llamar al sacerdote, al curandero, a la partera, al huesero, es importante mencionar que el médico era una figura poco solicitada, ya que no contaban con un reconocimiento social, aunque en términos del desarrollo de la ciencia médica se observaban transformaciones significativas, como a continuación se muestra:

En el último tercio del siglo XIX, la cirugía fue la rama de la medicina más cultivada; el doctor Joaquín Blengio y Molina aplicó en 1862 las inyecciones hipodérmicas; en 1878, el doctor Ricardo Vértiz introdujo las prácticas listerianas de la antisepsia en el Hospital Juárez, y el doctor Rafael Lavista realizó por primera vez la histerectomía por vía abdominal y poco después, en 1879, el doctor Nicolás San Juan la llevó a cabo por vía vaginal. Por su parte, el doctor Regino González fue uno de los primeros en establecer una técnica para la prostatectomía por vía perineal en 1896.⁴³

⁴² C. Agostoni, 2007, p. 81.

⁴³ Las prácticas listerianas son llamadas así porque el doctor Joseph Lister introdujo un método antiséptico en las cirugías. M.E. Rodríguez, 2009.

Del modelo médico higienista al modelo médico hegemónico en el México moderno

En 1831 se suprimió el Protomedicato, institución que desde 1628 regulaba la producción del conocimiento científico, la práctica médica y los lineamientos de salubridad. Dos años después se abrió el Establecimiento de Ciencias Médicas, institución que reemplazó al Protomedicato y cuya función fue establecer lineamientos generales para la enseñanza de la medicina. En esta época los argumentos científicos alrededor de la enfermedad y su etiología se regían por la teoría miasmática, se pensaba que *las emanaciones fétidas de suelos y aguas impuros*, conocidas como *miasmas* causaban la enfermedad y que ésta se generaba de manera espontánea.⁴⁴ Si bien esta teoría se formuló en las primeras décadas del siglo XVIII, por Thomas Sydenham y Giovanni Lancisi, fue hasta principios del siglo XIX que tuvo repercusiones en las medidas de higiene en nuestro país. Se pusieron en práctica acciones del movimiento higienista que fueron delineando la política de salud y se estableció una vigilancia estricta en torno a espacios públicos y hospitales. Por ejemplo, con respecto a la ciudad de México, el geógrafo Antonio García Cubas aprobó la plantación de *Eucalyptus globulus* en gran cantidad:

Como el más adecuado por su rápido crecimiento, extraordinario desarrollo del follaje y resistencia al invierno, por su prodigiosa facultad de absorción deseca los pantanos y transforma los terrenos fangosos en buenas tierras de labor, constituyendo tal circunstancia la más ventajosa propiedad conveniente a nuestro suelo; las poderosas emanaciones que sin cesar se desprenden de sus hojas combaten y triunfan sobre las enfermedades paludianas hasta tal punto que en las posesiones inglesas del Cabo de Buena Esperanza sometidas a la benéfica influencia de las plantaciones de eucaliptos ha desaparecido **la insalubridad**, iguales efectos se han obtenido en España.⁴⁵

⁴⁴ M. Vera Bolaños *et al.*, 2007, p. 76.

⁴⁵ AHSS, F-SP, s-Epid. C-1, exp. 55, f. 2v, "Segunda Parte de Proyecto General relativo a la Salubridad Pública", 11 de febrero de 1876, citado en: M. Vera Bolaños *et al.*, 2007, pp. 80-81. La plantación de eucaliptos fue una de las causas que propiciaron el desastre ecológico del Valle de México; en la actualidad el eucalipto es considerado como una plaga, ya que no permite el crecimiento de especies propias.

Estas acciones iban encaminadas —junto con otras como la clausura de cementerios, las mejoras en el desagüe y atención a la higiene en los hospitales— a establecer medidas públicas sobre las condiciones de salubridad en la población, con lo cual la salud pasó a ser objeto de vigilancia y de cuidado. En 1879 se formó la Comisión de Epidemiología, a cargo del Consejo Superior de Salubridad; su objetivo principal fue realizar tareas de vigilancia, prevención y control de enfermedades transmisibles como tifo, tifoidea, cólera, viruela, escarlatina y sarampión; ya para 1891 se había aceptado en México la teoría del germen, la cual sustenta que las enfermedades se transmiten por agentes patógenos. Esta teoría se deriva de los estudios epidemiológicos realizados en Europa desde 1840,⁴⁶ que fueron de vital importancia ya que a través de ellos se marcó la línea para definir nuevos criterios de atención sobre las enfermedades, y poco a poco se establecieron las bases para dar fuerza al movimiento higienista, el cual derivó del modelo médico higienista en Europa.

En nuestro país ese movimiento se impulsó en todos los espacios, principalmente bajo el carácter de disciplina científica; se abrieron cátedras para su enseñanza, por lo que en 1868 se separó la cátedra de Higiene de la de Fisiología, y se transformó en Higiene y Meteorología, la cual estuvo a cargo de diferentes personalidades; pero fue hasta 1889, bajo la dirección del doctor Luis Ruiz, que se trazaron los lineamientos de la enseñanza de la higiene para los médicos en México. Para el catedrático era el arte científico de conservar la salud y vigorizar el organismo. Entre sus apuntes se puede leer:

La higiene es la primera de las artes, puesto que la salud es el primero de los bienes. Se tienen tres recursos soberbios: primero, dar buena y adecuada alimentación y llevar vida activa, sobre todo muscular, porque de esta ma-

⁴⁶ La investigación realizada en el campo de la epidemiología experimentó durante el siglo XIX un extraordinario avance, especialmente con los trabajos de Robert Storrs (1840), Oliver Wendell Holmes (1842) e Ignaz Semmelweis (1848) sobre la transmisión de la fiebre puerperal; los de P.L. Panum (1846) sobre la contagiosidad del sarampión; los de Snow (1854) sobre el modo de transmisión del cólera, y los de William Budd (1857) sobre la transmisión de la fiebre tifoidea. *Cfr.* S. López Moreno *et al.*, 2000, p. 138.

nera serán evitadas o vencidas las enfermedades que invaden cuando el organismo está debilitado; segundo, someterse de un modo incesante a la eficaz hidroterapia, pues de este modo es seguro que nos precavemos de todas las enfermedades que nos vienen del frío y de la humedad, y tercero, debemos someternos a las vacunaciones.⁴⁷

En su cátedra, el doctor Ruiz enfatizaba el cuidado de la persona mediante una buena elección del espacio a habitar, del vestido, de la alimentación; también se ocupaba de temas sobre la población, la ciudad y el campo, así como de la higiene de ciertos grupos de la sociedad como el infantil, el escolar, el industrial, el urbano, el rural y el de los *hombres de letras*.⁴⁸

Con la cátedra de Higiene y Meteorología se estableció el modelo médico higienista, además de los principios de reglamentación de aquello que con el tiempo se nombraría Salud Pública,⁴⁹ producto y antecedente de estas posturas se vieron reflejados en la publicación del Código Sanitario de 1889, que tuvo como misión principal reglamentar los usos y costumbres alrededor de la salud; en dicho código se pueden leer artículos como los que se citan textualmente:

En el libro segundo. De la administración Sanitaria Local, Título Primero. Administración Sanitaria de la Capital de la República. Capítulo I. Habitaciones y Escuelas.

- Art. 58. Cuando se construya ó reconstruya totalmente una casa, se dará aviso al Consejo Superior de Salubridad, para que éste, con arreglo al plan adoptado por el propietario, haga las indicaciones relativas á la higiene de la habitación. Concluida la construcción ó reparación, la casa no podrá habitarse sino después que sea visitada por el mismo Consejo y éste declare que se han satisfecho los requisitos que expresan en los siguientes artículos...

⁴⁷ F. Martínez Cortés, 1997, pp. 138-139.

⁴⁸ F. Martínez Cortés, 1997, pp. 140-141.

⁴⁹ La Salud Pública se entiende como una disciplina que se encarga de procurar un estado de salud en la población a través de la promoción de estilos de vida saludables, educación y promoción de la salud.

- Art. 89. Todas las escuelas, tanto públicas como particulares, quedarán sujetas á la inspección Higiénica y médica conforme á las prescripciones de este Código, de la ley sobre enseñanza obligatoria y de los respectivos reglamentos.⁵⁰

Si bien a través del modelo médico higienista se procuraba el cuidado sobre las condiciones higiénicas de los sujetos, su cuerpo, sus pertenencias y su contexto social, dicho modelo también funcionaba como una forma de control social; la mirada de la ciencia y del Estado estaban puestas en la producción de sujetos higiénicamente aceptados; el objetivo del modelo eran los grupos sociales con mayores carencias económicas: “La lucha por establecer una verdadera cultura de la higiene [...] contó con el trabajo de destacados médicos e higienistas, y de diversos ministros gubernamentales”.⁵¹ A través de las prácticas higienistas se construyeron las bases de la institucionalización de la salud. El cuidado del enfermo pasó de la casa al hospital, hecho que marcó de manera significativa la relación de la población con salud y enfermedad; por lo tanto, los distintos saberes sociales y científicos que se entremezclaban y que se desarrollaban alrededor de los procesos de salud/enfermedad en el espacio íntimo de una cama fueron ocupando un segundo lugar en el conocer-hacer sobre ese tema; producto de lo anterior, ocurrió la separación de estos saberes y generó dos discursos relacionados con este conocimiento de los sujetos sobre su propia salud: el saber popular y el saber científico.

Ya se ha mencionado que el movimiento higienista centró las bases para conceptualizar la salud, la enfermedad y los procesos de salud/enfermedad desde una perspectiva científica, y a partir de este modelo se desarrollaron otros que trataron de explicar el origen de las enfermedades y que en conjunto con los avances científicos dieron paso a nuevas formas

⁵⁰ Los artículos citados han sido copiados fielmente del Código Sanitario de los Estados Unidos Mexicanos, 1889, el cual se puede consultar en línea en la página de Open Library, véase: <www.archive.org/stream/cdigosanitariod00mexigoog#page/n6/mode/2up>.

⁵¹ C. Agostoni, 2005, p. 564.

de acercamiento a la salud y la enfermedad. Uno de esos modelos relevantes es el *biológico-lesional*, en el cual el sujeto se convierte en un objeto de transformación de la enfermedad:

El elemento central del modelo biológico-lesional de la enfermedad es una alteración estructural y funcional de los órganos, tejidos, células o moléculas del cuerpo humano. Esta alteración tiene sus causas o su etiología y se expresa por determinados síntomas y signos que constituyen lo que se conoce como el cuadro clínico de las enfermedades. En síntesis, el modelo biológico-lesional de enfermedad está constituido por tres elementos:

- a. la alteración anatomopatológica y fisiopatológica
- b. causas de dicha alteración
- c. los síntomas y signos propios de la alteración orgánica, tisular, celular o molecular.⁵²

Como ejemplos de la práctica médica de dicho modelo se pueden citar los trabajos experimentales sobre el estudio de la carcinogénesis⁵³ que aparecen a finales del siglo XIX:

En este periodo se rompe un paradigma, los científicos abandonan la simple observación de los pacientes, así como el intento por curarlos, y comienzan los esfuerzos por reproducir tumores en animales. Los estudios oncológicos fueron desarrollados en forma importante en este entorno gracias al perfeccionamiento del microscopio, al descubrimiento de los rayos X por Wilhelm Konrad von Roentgen en 1895, y a su aplicación en el tratamiento del cáncer por Antoine Henri Becquerel (1852-1908), siendo Gerdwood, médico de Montreal, el primero que utilizó las radiaciones en cáncer de mama.⁵⁴

El desarrollo histórico, social y científico de los modelos médicos revisados hasta este momento permite dar cuenta de los diversos momentos de la institucionalización de la salud, así como del deslizamiento de las producciones de sentido alrededor de la enfermedad. Observamos que la

⁵² F. Martínez Cortés, 2000, pp. 100-101.

⁵³ Proceso por el cual las células normales se transforman en células cancerosas.

⁵⁴ E. Lazcano-Ponce *et al.*, 1996, p. 142.

población en general se fue ordenando en función de la comprensión de procesos biológicos y naturales, las formas de explicar la salud y la enfermedad fueron cambiando como efecto del control que se tenía de la medicalización de la salud, es decir, de las diversas formas de intervención en ella por los sujetos a través de técnicas y fármacos en el cuerpo.

Los procesos de institucionalización de la salud derivan de múltiples referentes que competen al desarrollo de la ciencia, aunque en el devenir social dichos procesos se concretizan y se vuelven visibles a partir de lo que se conoce como el Sistema de Salud, el cual no sólo debe entenderse como el establecimiento de organismos que regulen formas y estatutos sobre normas, sino como una serie de referentes simbólicos que lleva a pensarnos como sujetos de atención sobre nuestros procesos de salud/enfermedad/atención.

Sin embargo, para finalizar el seguimiento de la génesis social y teórica de los procesos de institucionalización de la salud es necesario terminar de establecer la relación entre múltiples referentes: científicos, políticos y sociales que en un sentido estructural se hacen realidad en la creación de diversas instituciones materiales que contribuyen en la creación de un imaginario relacionado con los procesos de salud/enfermedad.

Se debe señalar que el modelo médico higienista y sus desarrollos subsecuentes como el biológico-lesional se convirtieron en lo que ahora conocemos como el modelo médico hegemónico (MMH), materializado a partir de la erección de lo que se ha llamado el Sistema de Salud en México. Dicho modelo se inició formalmente en 1905 con la inauguración del Hospital General y se consolidó en 1917 al reconocer la salud como un campo específico de la intervención estatal, por lo que se crearon organismos encargados exclusivamente de asuntos de salud como el Consejo de Salubridad General y el Departamento de Salubridad Pública, y muchas otras como la Escuela de Salubridad (1922), los Servicios de Higiene Rural (1931), el Departamento de Asistencia Social Infantil (1937), la Secretaría de Salubridad y Asistencia, el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS, en 1943), el Instituto Nacional de Cardiología (1944), el Hospital de Enfermedades de la Nutrición (1946) y finalmente el Instituto de Seguridad y Servicios

Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE, en 1960).⁵⁵ Se fue consolidando un recurso para la atención a la salud: el modelo médico hegemónico, en el cual el saber popular y las prácticas sociales se dejaron de lado, legitimando solamente los criterios científicos y estatales para atender los procesos de salud/enfermedad.⁵⁶

Los distintos modelos médicos vinculados a la salud en el transcurso de la historia dan cuenta de la forma en que los sujetos han pensado su relación con el mundo en general. La salud es un significante que —en palabras de Jacques Derrida— deberá ser deconstruido para poder entenderlo, es decir, es necesario comprender cómo se ha construido y para eso es necesario reconstruirlo.⁵⁷ Por lo tanto, el estudio de los modelos da cuenta de cómo se entiende el proceso de salud/enfermedad según el tiempo, la cultura y la historia en la que se vive.

En la actualidad, pensar en la relación mujer/hombre/salud o en el proceso salud/enfermedad remite a significaciones imaginarias sociales construidas en el pasado y resignificadas a través del tiempo, y que de igual manera se han acomodado en la estructura de las nuevas formas de mirar a los sujetos. La relación hombre-naturaleza ha adquirido un significado distinto, el sujeto ha pasado a ser objeto, un bien de consumo en el cual se interviene. El ser saludable está asociado a los “nuevos dioses”: la belleza, la eterna juventud, la riqueza, etcétera. La diferencia radica en que ahora son reinventados desde una lógica de consumo; ubiquemos, por ejemplo, el prototipo de mujer u hombre bello hoy en día: debe de ser extremadamente delgado, alto, con cuerpo fuerte y musculoso, o el prototipo de la eterna juventud que pareciera ser alcanzado sólo a través de la intervención tecnológica: cirugías, implantes, aclaración de la piel.

⁵⁵ J. Frenk y O. Gómez Dantés, 2008, pp. 20-25.

⁵⁶ Véase E. Menéndez, 1990, p. 83.

⁵⁷ El estructuralismo, dice este autor, dominaba por aquel entonces. Deconstrucción parecía ir en este sentido, ya que la palabra significaba una cierta atención a las estructuras (que por su parte no son simplemente ideas, ni formas, ni síntesis, ni sistemas). Deconstruir era asimismo un gesto estructuralista, en cualquier caso era un gesto que asumía una cierta necesidad de la problemática estructuralista. Pero era también un gesto antiestructuralista y su éxito se debe, en parte, a este equívoco. Se trata de deshacer, de descomponer, de desedimentar estructuras (todo tipo de estructuras). Véase J. Derrida, 1997, p. 25.

La construcción de significaciones imaginarias sociales en torno a la noción sobre salud obedece a dos factores esenciales. Primero, a una construcción cultural, aquello que se conoce como el saber popular; el segundo factor es aquel saber que se establece alrededor de un conocimiento “ordenado”. Lo que se ha llamado quehacer científico, conocimiento de la génesis social y teórica de la salud a través de la reconstrucción de los modelos médicos en el campo de la salud, permite entender y dar cuenta de las maneras en que actualmente se puede contextualizar y pensar la salud en una sociedad que cada vez se vuelve menos capaz de cuestionar las formas de reglamentar la conducta de los sujetos que la forman.

La institución de la salud, la negación del proyecto

El análisis institucional no pretende producir un supersaber clandestino, misterioso, más completo y más “verdadero” que los otros saberes fragmentarios. Aspira, simplemente a producir una nueva relación con el saber, una conciencia del no-saber que determine nuestra acción.

René Lourau¹

Nos hemos referido a las instituciones como “espacios concretos de producciones de sentido, y de formas de organización, en las cuales existen un coeficiente y un umbral de transversalidad determinados, lo cual hace singulares y difícilmente generalizables a las instituciones en un contexto sociohistórico determinado”.² En este sentido, la salud se ha construido como institución a partir de diversos referentes políticos, sociales y económicos que han ido incorporando miradas y saberes en contextos temporales y sociales específicos; los modelos médicos expuestos en el apartado anterior dan cuenta de ello.

Es importante detenernos a reflexionar sobre el concepto de institución. Si bien hemos apoyado teóricamente este trabajo a partir de los planteamientos de Castoriadis y Lourau, se debe precisar que el concepto de institución no es entendido en el mismo sentido por estos autores, presentan algunas diferencias. Castoriadis menciona que aquello que mantiene unida a la sociedad es su calidad de institución: “el complejo total de instituciones particulares, lo que yo llamo la institución de la sociedad como un todo, entendiendo por institución normas, valores, lenguaje, herramientas,

¹ R. Lourau, 1994, p. 19.

² Véase G. Kaminsky, 1990, p. 12.

procedimientos y métodos de hacer frente a las cosas y de hacer cosas”;³ asume que ella da paso a un proceso de creación continuo de otras instituciones, que deriva en la encarnación de las significaciones imaginarias sociales.

“La institución de la sociedad y las significaciones imaginarias sociales incorporadas en ella despliegan siempre dos dimensiones indisociables: la dimensión conjuntista-identitaria (lógica) y la dimensión estrictamente, o propiamente, imaginaria”.⁴ En este sentido, las significaciones imaginarias sociales ordenan y sistematizan un proyecto, y a la vez permiten construir nuevos imaginarios alrededor de esa entidad en un contexto histórico-social determinado. “Castoriadis plantea un proceso de institucionalización positivo en relación al proyecto que le da fundamento o las significaciones sociales imaginarias que le dan origen”.⁵

Dentro del contexto del análisis de la institución, ésta adquiere otro sentido, si bien se observa una doble significación —que se comparte con ciertos referentes castoriadianos—, en la cual la institución es aquello que se ve, que tiene existencia concreta

en tanto forma social visible, a una experiencia, a un proceso de corte, distinto y alternativo [...] Pero al mismo tiempo, en la misma figura, aparece una definición negativa y agonística, dramática del proceso, en la cual institucionalizar es *mühlmanizar* el proceso instituyente, es dejar constancia del fracaso del proyecto instituyente como condición para su existencia social visible”.⁶

Castoriadis plantea que la institución de la sociedad crea las propias a partir de la encarnación de las significaciones imaginarias sociales: “La organización propia de la sociedad —es decir, sus instituciones, y las significaciones imaginarias que portan estas instituciones— es la que plantea y define cada vez lo que es considerado información para la sociedad”.⁷

³ Véase C. Castoriadis, 1998, p. 67.

⁴ C. Castoriadis, 1998, p. 71.

⁵ R. Manero, 2010, p. 600.

⁶ R. Manero, 1996, p. 735.

⁷ C. Castoriadis, 2006, p. 81.

Lourau trabaja también esta idea; sin embargo, pone en la mira el carácter negativo de la institución: la sociedad construye un proyecto, pero una vez establecido se niega el proyecto en sí y se abre paso a distintos movimientos en el proceso de institucionalización; en este sentido se niega la significación imaginaria social que le dio origen. Este carácter negativo supone un movimiento continuo en ella —ya que se genera tensión en los procedimientos de institucionalización—, con la subsecuente creación y organización constante de la dimensión imaginaria y simbólica. “La institución no es una *cosa* (versión sociologista), ni un fantasma (versión psicologista), sino un *proceso*: el movimiento de las fuerzas históricas que hacen y deshacen las formas”.⁸ Por ejemplo, la institución de la salud en el siglo XVIII se fundó a partir de la negación del proyecto higienista, con lo que se pretendía establecer medidas de cuidado e higiene, mejorar las condiciones domésticas y laborales en relación con el cuidado de las enfermedades, y se instauró un mecanismo de control y vigilancia a través de los hospitales y el saber médico, con lo cual las medidas de higiene pasaron a ser controles para la población; en 1736 se presentó en la ciudad de México una gran epidemia de tifo, conocida como *Matlazáhuatl*; las condiciones insalubres prevalecientes en la ciudad favorecieron el contagio:

La política sanitaria insistía en que los hospitales no sólo fueran lugares para atender y curar a los enfermos, sino también para recluirlos. Al parecer, estas medidas de reclusión sólo involucraron a indios, mestizos y otros miembros de las castas, por considerarlos los principales portadores de la enfermedad.⁹

La negación del proyecto en sí no significa el fin de la institución en ningún sentido; si bien hablamos de un proceso, la de la salud se ha ido estructurando a través de los distintos momentos:

El momento de lo instituyente siempre ha estado provisto de una fuerte potencialidad dinámica y si lo instituido corresponde al resultado de una estabilización en pro de la institución como objeto que puede describirse sin demasiadas

⁸ R. Lourau, 1980, p. 78.

⁹ A. Molina del Villar, 2005, p. 188.

dificultades, el momento de la institucionalización indica una fase activa de estabilización que niega al mismo tiempo la actividad del instituyente como negación de lo instituido y el inmovilismo de lo instituido.¹⁰

Si bien la institución es un continuo, esta relación dinámica entre lo instituido y lo instituyente presenta en sí misma una tensión que permite la creación de nuevos proyectos, así como formas de construcción y de creación innovadoras en las sociedades, lo que origina un movimiento constante en dichas instituciones. La de la salud no ha sido siempre la misma, ha cambiado y se ha resignificado según el tiempo histórico que ha permitido la creación de nuevas redes simbólicas que a su vez generan distintos proyectos en relación a la salud.

Como se mencionó, en todo proceso de institucionalización existe un proyecto de origen que es una creación imaginaria de la sociedad, incorporada en el hacer de los sujetos mediante una red simbólica; no se puede pensar en la existencia de un proyecto único, pues detrás de un movimiento institucionalizador siempre hay tensión entre distintas propuestas. La institución —dice Lourau— es “el proceso mediante el cual nacen las fuerzas sociales instituyentes que, a menudo, terminan por constituir formas sociales codificadas, fijadas e instituidas jurídicamente”.¹¹

La institucionalización es entonces un proceso continuo de creación a partir de la negación del proyecto que le da origen (efecto Mühlmann). Existe un segundo elemento que considerar, que Lourau introduce en la elucidación de estos procesos: el principio de equivalencia ampliado,¹² que conlleva otro, general, instituido a través del Estado. En su forma más simple, este último se puede definir como una instancia cuya función es establecer un orden político, social y económico por medio de la norma jurídica: el Estado supone dominación. Esta consideración ha cambiado y se ha nutrido de distintos acercamientos teóricos.¹³ Lourau (1980) pone de manifiesto cómo el Estado se instala de forma inconsciente en los sujetos,

¹⁰ R. Lourau, 1980, p. 79.

¹¹ R. Lourau, 1980, p. 73.

¹² R. Manero, 1996, p. 741.

¹³ Al respecto podemos mencionar a Hobbes, Hegel, Marx, etcétera.

aparece ya no como una forma de dominación exterior, sino más bien interior; sus prácticas se adentran en los sujetos y con ello se establece el inconsciente estatal. A partir del surgimiento del Estado-nación, entendido éste como

un ente portador de una cultura y un orden político específicos, los cuales pueden ser sintetizados en la soberanía popular, la igualdad ante la ley y el Estado de derecho, incluidas en este último las garantías, valores y libertades consagradas en la Declaración de los Derechos del Hombre y del Ciudadano, de agosto de 1789,¹⁴

se instaure una centralidad estatal en la vida cotidiana de la población. El Estado aparece como el ejecutor de la norma —la instancia mediante la cual se regulan las garantías sociales, políticas, económicas— y también determina un límite material: el territorio. Se identifica al Estado como un aparato que regula de manera explícita el quehacer de los sujetos.

Ahora bien, en su carácter periférico el Estado se incorpora en los sujetos construyendo una red simbólica que permite la integración de un orden social, político y económico, todo un precepto que guía el hacer de los sujetos en la sociedad. En este sentido se constituye lo que Lourau ha llamado el *inconsciente institucional*. Así encontramos que el Estado se inscribe en todas las demás instituciones que conforman la sociedad, organizando la vida conyugal, la vida escolar e incluso la escritura:

El Estado se instala en lo imaginario [...] Lo que yo veo, a través del autoanálisis, es poco: censuras que el temor del Estado inspira en todo lo que organiza, comenzando con mi escritura formada por la escuela y para la escuela, más tarde para la edición; censuras de la edición que se ejercen no solamente en aval, dentro de un comité de redacción de editor, de revista o periódico, sino censuras apriorísticas cuando la imagen más o menos confusa de lo que no hay que decir me hace doblar un poco más la espalda para tachar sobre mi máquina

¹⁴ J. Flores, 2003, p. 50.

de escribir; censuras más manifiestas inspiradas por las potencias estatales, oficiales o paralelas, desde la administración que me emplea hasta los partidos políticos maltratados en mi texto.¹⁵

Siguiendo a Lourau, pensar en este inconsciente institucional nos remite al principio de equivalencia ampliado; es decir, el Estado aparece como un equivalente en todas las instituciones. Para el desarrollo de este principio Lourau retoma el de equivalencia marxista,

creado por Marx basándose en la economía política de los siglos XVII y XVIII. El valor de las mercancías se mide por el tiempo de trabajo socialmente necesario para la producción de la mercancía en cuestión. Se trata de valor de intercambio, abstracción del valor de uso. La forma general del valor, el equivalente de todas las mercancías, es el dinero”.¹⁶

Y lo define de la siguiente manera:

El principio de equivalencia ampliado a todas las formas sociales significa que lo estatal, potencia de legitimación de la institución al mismo tiempo que resultado de todas las legitimidades institucionales, es lo que dirige toda la vida social, toda innovación, todo movimiento y, frecuentemente, incluso la acción revolucionaria, para que las nuevas fuerzas sociales den nacimiento a formas equivalentes a las actuales en el marco de equilibrios mutantes, evolutivos o regresivos, pero siempre definidos por la existencia sagrada de un Estado a modo de garantía metafísica de lo social.¹⁷

Esto es, que toda forma social tendría al Estado como referente común y como medida para todo tipo de intercambio social (incluyendo el lenguaje mismo).¹⁸

Así, el principio de equivalencia ampliado refiere las maneras en que se replica el Estado a través de sus instituciones. Pensemos en el sistema neoliberal, una de las formas en que podemos encontrar la presencia estatal en

¹⁵ R. Lourau, 1980, p. 25.

¹⁶ R. Lourau, 1980, pp. 83-84.

¹⁷ R. Lourau, 1980, p. 93.

¹⁸ R. Manero, 1996, p. 741.

las diversas instituciones es mediante las ideas de apertura de mercados y de la libre empresa; en este sentido, la impronta neoliberal en el ámbito de la salud pública nos hace pensar en ella en términos de un bien mercantil. Ejemplo de ello lo podemos encontrar en las prácticas que se establecieron en el año 2011, durante el sexenio de Felipe Calderón. Antes de eso, como práctica cotidiana para obtener una cita médica en el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) se debía acudir al consultorio u oficinas generales de la clínica a la que los derechohabientes son asignados para su atención.

Bajo un esquema empresarial se implementaron dos nuevas formas de optar por una cita: una llamada telefónica a un número único y vía Internet. Si se elegía la primera, el número correspondía a un conmutador (operado por una agencia extranjera); después de un tiempo de espera largo, se lograba tener comunicación con la persona responsable de asignar las citas, la cual pedía datos como la CURP o el RFC; el procedimiento se dificultaba sobre todo para las personas mayores. Es importante mencionar que las personas encargadas de asignar las citas normalmente no tenían ni la menor idea de dónde se ubican las clínicas y menos aún la distribución de espacios dentro de ellas, consecuentemente desconocían el tipo de personal médico y administrativo que laboraba en determinada clínica. La otra forma de concertar una cita era vía Internet; en el portal se debían anotar la entidad federativa, la delegación y la clínica de adscripción; después de oprimir el botón para acceder a la cita aparecía tardíamente un formato para registrar: nombre completo, RFC y CURP, y sólo después era posible buscar un espacio disponible para la cita. Estas formas burocráticas de servicios de salud desconocen por completo el tipo de usuarios, que por lo general son personas que no están familiarizadas con el uso de un conmutador para pedir una cita o no tienen acceso a Internet. Con el tiempo ha mejorado el servicio, el sistema se ha ido agilizando y actualmente en la página oficial del ISSSTE aparecen los datos del conmutador con un número telefónico único y las instrucciones más accesibles para el registro de una cita médica, aunque es importante mencionar que son pocos los usuarios que optan por esta vía de registro; los pacientes siguen acudiendo a programar sus citas a la clínica que les corresponde.

Las formas estatales con sello empresarial dentro del proyecto neoliberal, ese inconsciente institucional del que habla Lourau, se replican en las instituciones de la sociedad. Para el caso que nos ocupa: el de la salud, nos lleva a pensar en la complejidad del proceso, ya que existe un juego permanente entre los mecanismos de institucionalización e instituyentes, que dan pauta a la creación de diversos movimientos como posibilitadores de nuevas prácticas y saberes sociales. Pensar en estos procesos de creación obliga a conocer la intervención estatal en ellos; como ya hemos referido, reflexionar sobre el orden institucional y la construcción de significaciones sociales implica escudriñar en los procesos simbólicos de la sociedad en diversos contextos históricos y, por lo tanto, comprender cómo se ha instrumentado la institución de la salud bajo una mirada y lógica estatales aportará elementos para tratar de elucidar cuáles son las significaciones imaginarias sociales que sobre el tema se han construido en la actualidad.

El orden estatal y la salud: principio de equivalencia ampliado

Por definición, el Estado es el aparato que procurará en todo momento un proceso de institucionalización en las sociedades, promoverá y aplicará las normas y reglas con el propósito de establecer una condición universal en las acciones de los sujetos. Este carácter de institución fundante se ha mantenido a lo largo de la historia mediante una correlación de fuerzas que permite el desarrollo de las sociedades. Es a través de la mirada del Estado, en tanto institución, que se materializan las formas de regular a los sujetos; el Estado dota a cada sociedad de elementos propios de organización, de normas, de una red de significados, que con el transcurso del tiempo se encarnan en los sujetos.

Por lo general, la norma moral en el devenir de la historia se fue convirtiendo en una norma jurídica: “no matarás”, “no robarás”, son acciones que se escriben en una serie de regulaciones para poder coexistir legalmente en una sociedad. De esta manera, el Estado como aparato regulador de la sociedad se inscribe constantemente en la conducta de los sujetos,

mediante diversas instituciones como la familia, la escuela, el hospital, la cárcel, la policía. Éstas se han construido, como muchas otras, a partir de lineamientos económicos, sociales, políticos e ideológicos:

Lo que quiere imponer el Estado no son solamente las formas que se identifican dentro de la obediencia común a su legitimidad única, sino también una fuerza que duplique todas las formas, de las más públicas a las más privadas, en el sentido deseado por él: es decir, la institucionalización.¹⁹

Encontramos que con la conducción estatal se ha ido estructurando en el devenir histórico la institución de la salud; en este sentido, cuando se habla de un proceso de institucionalización (Efecto Müllhmann y el Principio de Equivalencia Ampliado) estamos pensando en un Estado que no sólo está presente como aparato organizador, sino que más bien es introyectado por el proyecto social: el Estado deja de ser una instancia externa y se vuelve una figura que se interioriza, gana una presencia inconsciente alrededor de las prácticas sociales y aparece en la producción de nuestros saberes. Es mediante el inconsciente estatal que se organiza, se fundan las pautas sociales y se niega el proyecto mismo de la sociedad, pero que a la vez se da cabida a procesos instituyentes distintos.

En la historia de México, la mirada estatal ha marcado sin duda alguna las formas en que se ha construido la institución de la salud: reproduciendo en los distintos modelos de atención de la salud el inconsciente estatal, negando otros proyectos y estableciendo modelos hegemónicos sobre la salud. Podemos observar en esta historia cómo ella ha pasado de ser un estado de bienestar —y pensada como un bien común para establecerla como un derecho—, a ser convertida en una mercancía; me atrevería a decir que eso ocurrió en estos tiempos modernos, desde la lógica de los nuevos proyectos neoliberales económicos.

Trataremos de puntualizar e ir reconstruyendo la *génesis social y teórica* de las distintas formas en que se ha significado la salud, los procesos de salud/enfermedad, las enfermedades, la cura, las maneras en que se han

¹⁹ R. Lourau, 1980, p. 29.

construido las diversas significaciones imaginarias que dan cuenta de la salud a través de la presencia estatal. Por lo tanto, es importante recuperar los procesos de institucionalización de la salud transitando por dos vías: la primera, la historia de la Seguridad y la Asistencia; la segunda, la construcción sobre la noción de la salud.

La intervención estatal: historias paralelas entre la Asistencia y la Seguridad Social

En el siglo XVIII, a partir de la enunciación de la teoría miasmática²⁰ se empezaron a gestar, desde la acción estatal, diversas medidas para contrarrestar las enfermedades. Los trabajos realizados por Foucault y Donzelot dan cuenta de cómo se fue planeando una biopolítica alrededor de los sujetos: “esa proliferación de las tecnologías políticas que van a actuar sobre el cuerpo, la salud, las formas de alimentarse y de alojarse, las condiciones de vida sobre todo el espacio cotidiano”.²¹

Donzelot hace hincapié en la puesta en escena de un sistema de vigilancia, una policía que tenía como propósito “asegurar el bienestar del Estado mediante la sabiduría de sus reglamentos”, con lo cual se pretendió alcanzar dos objetivos: el primero, la difusión de la medicina doméstica, es decir, “establecer un conjunto de conocimientos y de técnicas que debían permitir a las clases burguesas sustraer a sus hijos de la influencia negativa de los domésticos”, con lo que se realizó un anclaje directo entre los cuidados médicos y las familias, para ello se añadió a las funciones maternas la de cuidadora y ejecutora de los planteamientos médicos; el segundo objetivo al que se refiere el autor citado consistió en reagrupar —con la etiqueta de “economía social”— las formas de dirigir la vida social de los pobres, “lo que se ha convenido en llamar filantropía”.²²

²⁰ En el apartado anterior se mencionó que en México se delinearon ciertas acciones en materia de salud a partir de la aceptación de la teoría miasmática como causante de las enfermedades.

²¹ J. Donzelot, 1979, p. 10.

²² J. Donzelot, 1979, pp. 20-21.

Por su parte, Foucault puntualizó la importancia del desarrollo de un mercado médico “bajo la forma de clientelas privadas, y el surgimiento de una medicina clínica fuertemente centrada en torno al examen, al diagnóstico, a la terapéutica individual”.²³ Estas estrategias permitieron ir incorporando y delineando una política de control en función de la enfermedad: la *nosopolítica*, que se estableció en sus tres dimensiones: “El privilegio de la infancia y la medicalización de la familia; el lugar privilegiado de la higiene y el funcionamiento de la medicina como instancia de control social”.²⁴

Estas estrategias estatales en salud tuvieron como objetivo preservar a los niños y gestionar las medidas adecuadas para que llegasen a edades adultas; por lo tanto, la familia se convirtió en la transmisora de enseñanzas sobre pautas de conducta que tenían como finalidad obtener un cuerpo sano: “desde finales del siglo XVIII, el cuerpo sano, limpio, útil, el espacio purificado, diáfano, aireado, la distribución médicamente óptima de los individuos, de los espacios, de las camas, de los utensilios, el juego entre el ‘que cuida’ y el ‘que es cuidado’ constituyen algunas de las leyes morales esenciales de la familia”.²⁵

Por ejemplo, en México tenemos claras evidencias del modo en que operaban estas estrategias, así lo refiere John E. Kicza en su artículo titulado “Familias empresariales y su entorno, 1750-1850”:

Los médicos visitaban a los enfermos en sus casas y a menudo pasaban largas horas atendiéndolos. Sin embargo, eran las mujeres de la casa asistidas por la servidumbre quienes proporcionaban los mayores cuidados a los enfermos. Esta constante atención ayudaba a disminuir en algo el índice de mortandad entre la clase alta”.²⁶

El siglo XVIII se distinguió por el establecimiento de medidas de control. Se observaba una constante vigilancia en el hacer-higiénico de la sociedad

²³ M. Foucault, 1999, pp. 327-328.

²⁴ M. Foucault, 1999, pp. 333-342.

²⁵ M. Foucault, 1999, p. 334.

²⁶ J. Kicza, 2005, p. 154.

a través de la figura del médico; los hospitales y las casas de beneficencia operacionalizaron dichas medidas constituyendo lo que podríamos llamar la génesis del Sistema Nacional de Salud en México.

En el caso mexicano, pensar en la institución de la salud y en sus procesos instituyentes nos obliga a reflexionar sobre dos historias paralelas: la de la Seguridad Social y la de la Asistencia. Cabe acotar que ambas dieron como resultado la creación de lo que llamaremos el sujeto de la salud, ya que en el devenir de la génesis social sobre las instituciones mencionadas se fue construyendo una serie de significaciones imaginarias sociales en torno a la salud y creando un imaginario con respecto al sujeto que enfermaba.

De la Asistencia a la Seguridad Social

La historia de la asistencia en México ha sido documentada y analizada por diversos autores como Rafael Reygadas, Patricia Casanova y Moisés González Navarro; este último plantea que para su estudio se pueden distinguir cuatro periodos: uno originario, en la época prehispánica; el periodo caritativo y filantrópico desde la época colonial hasta la Reforma; un tercero, de asistencia empírica, que va de la Reforma a 1910; y el cuarto, de la asistencia laica y científica que se identifica a partir de la Revolución mexicana hasta la fecha.²⁷

Respecto al primer periodo, diremos —como ya lo hemos referido en el apartado anterior— que los pueblos prehispánicos entendían su relación con la naturaleza y con las otras comunidades basada en el respeto, con la intención de preservar el bienestar general. De esta manera, se tienen registros de que la asistencia social formaba parte de un sistema global, en el que la producción estaba orientada a proteger la vida de la población: “el estado tenía la obligación de velar por todos los integrantes de su comunidad, no permitiendo las carencias individuales, exigiendo a cada uno de sus miembros realizar una función o actividad de provecho de la

²⁷ Véase P. Casanova, 1999, p. 65 y R. Reygadas, 1998, pp. 9-10.

colectividad”.²⁸ A través de las medidas de asistencia, en los pueblos prehispánicos —con su carácter comunitario y de bienestar social— se producía un sujeto que tendía lazos fuertes con su localidad y con otras; esta apreciación del cuidado y bienestar de los menos favorecidos estaba lejos de ser objeto de aquello que los españoles llamarían “caridad cristiana”, con la que pretendían la evangelización de los pueblos indios y que se convirtió en una herramienta fundamental para la transculturación y resignificación de las culturas indígena y europea.

En la época colonial la caridad se convirtió en una práctica cotidiana reglamentada por la Iglesia católica, justificada con la idea occidental de *traer el progreso* a las tierras recién descubiertas y violentadas. Se empezaron a organizar centros de refugio espiritual y de evangelización:

Con la creación de establecimientos para los sujetos de la caridad y beneficencia se asiste a un doble juego. Por una parte, los destinatarios confinados y encerrados, es decir, insertados a partir de sus “males y dolencias”, a una marginación y estigmación social.²⁹

Se construye un imaginario sobre aquellos sujetos *distintos*, a quienes habría que aislar y contener para lograr un buen funcionamiento de la sociedad; alrededor de la figura del pobre, del menos favorecido, del *indio*, quienes eran productos del mismo conflicto bélico de la conquista, se fueron integrando significados distintos que derivaron en la creación de una figura social que tenía por encargo asumirse como un sujeto de la práctica asistencial. Los pobres, en su mayoría indígenas, eran separados, excluidos y reglamentados por el hacer-saber de las prácticas higienistas.

Otros espacios que por excelencia marcaron el comienzo del Sistema de Salud en México fueron los hospitales; Hugo Mercer menciona que en un principio el ámbito hospitalario fue de práctica asistencial, al cual se le fueron incorporando las reglamentaciones de la práctica estatal sobre la salud; identifica tres etapas de desarrollo: 1) 1524 a 1760, operaban como

²⁸ B. Camarena, 1986, p. 28. Citada en R. Reygadas, 1998, p. 10.

²⁹ Véase P. Casanova, 1998, p. 68 y R. Reygadas, 1998, p. 12.

instrumentos de caridad y expiación de culpas; 2) 1760 a 1904, contribuían al orden urbano, y 3) 1905 hasta la fecha, inician con la intervención estatal y dan lugar a la atención médica privada.³⁰

Al realizar un breve recorrido historiográfico podemos ubicar diversos establecimientos asistenciales y hospitalarios que se generaron desde el siglo xvi, algunos todavía existen y están en funciones: la primera escuela para niños, fundada en 1524 en el convento de San Francisco por Fray Pedro de Gante; el colegio de San Juan de Letrán (1529), obra de Fray Juan de Zumárraga; el Orfanatorio San Cristóbal (1594), instituido para proteger pobres y enfermos; el hospital de San Juan de Dios (1604), y la Casa de Recogimiento de San Miguel (1683), para indigentes.

Los hospitales fundados entre 1524 y 1540, como: el de La Purísima Concepción y Jesús Nazareno, por orden de Hernán Cortés; el Real de Naturales (1529), el del Amor de Dios, para sífilíticos (1540); el hospital y escuela de Betlemitas (1674); la Casa de la Misericordia y la escuela Patriótica (1764), para albergar a niños expósitos en la segunda infancia; el Asilo de Menesterosos (1768), el hospital de San Pablo (1847), actualmente Hospital Juárez. En fin, la lista podría continuar, pero por lo pronto es importante observar cómo las prácticas asistenciales y hospitalarias permitieron la creación de diversas significaciones imaginarias sociales que daban cuenta de sujetos incapaces de solventar y hacer frente a sus condiciones de vida, atravesados por el estigma social, que no podían hacerse cargo de sí; por lo tanto, estas instituciones dictaban las medidas adecuadas para posibilitar *una mejor calidad de vida*. La práctica de la asistencia, si bien marcó una forma de ver y pensar a los sujetos “se fue desarrollando como una función pública, especializada e institucionalizada”.³¹

Como se sabe, las prácticas asistenciales, planteadas como actos de caridad, se originaron y sostuvieron por el poder eclesiástico, desde la conquista hasta la Reforma. En el siglo xvii, con el ideal de una nación independiente, existieron otros intentos por regular la pobreza y las deficientes condiciones de vida que presentaba el país. En 1813, José María Morelos,

³⁰ H. Mercer, 1984, p. 339.

³¹ R. Reygadas, 1998, p. 16.

en su documento *Sentimientos de la Nación*, recomendó que se dictaran leyes para moderar la opulencia y la indigencia, para así mejorar el jornal del pobre y sus costumbres, y se mitigara la ignorancia; un año después, en la Constitución de 1814 se preveía la protección del trabajador mediante pensiones al empleado público; también en el Congreso Constituyente de 1856-1857 se hizo hincapié en la necesidad de promover la justicia social.

Un hecho que marcó y planteó nuevos imaginarios con respecto a la forma de entender la asistencia fue el regreso del presidente Juárez al poder; el 2 de febrero de 1861 instauró su reforma al sistema de beneficencia y el 28 del mismo mes creó la Dirección General de Beneficencia Pública, con lo cual se dio paso a la secularización y la confiscación de los bienes de las instituciones religiosas.³² De esta manera, las casas de asistencia y hospitales pasaron a ser administrados por el gobierno; se pretendía establecer una vigilancia con función económica y política; con base en la lógica estatal se pensaba en hacer mucho más eficientes los servicios ofrecidos y, como consecuencia, poner en práctica las acciones del movimiento higienista. Estos intentos fracasaron debido a las condiciones políticas y sociales del país:

En dos decretos del 7 de julio y 30 de agosto de 1862, Juárez abolió la Dirección General de Beneficencia Pública y expropió casi todos los fondos que se manejaban porque “el deber más sagrado es la salvación de la patria y el mantenimiento de las fuerzas que se han organizado para defender su independencia”.³³

Durante el régimen de Porfirio Díaz suceden dos hechos que marcaron y establecieron lineamientos claros sobre la asistencia: primero, en 1889 se decretó la Ley de Beneficencia Privada para el Distrito Federal y Territorios Federales, lo cual dio origen a la Junta de Asistencia Privada. Dicha ley señalaba: “se entienden por actos de beneficencia privada todos los que se ejecuten con fondos particulares y con un fin filantrópico o de instrucción

³² Véase S. Arrom, 1996, p. 26.

³³ S. Arrom, 1996, p. 28.

laica”;³⁴ segundo, la intervención clara de los científicos en la reglamentación de estas instituciones. Las prácticas asistenciales se llevaban a cabo vigiladas por la Iglesia católica y con la observancia de la reglamentación elaborada por los científicos. Se mantienen sin grandes cambios hasta mediados del siglo xx, pero en una línea paralela se puede observar la historia de la Seguridad Social, con la cual se instrumenta otra forma de entender y vivir la salud.

A través de la lucha revolucionaria y con las ideas de cambio que se fueron gestando con ese movimiento se pudo concretar la idea de la seguridad social, con la pretensión de ganar territorio a las prácticas asistenciales; con ello se buscaba que el grueso de la población tuviera acceso a la protección estatal. Es importante mencionar que en 1883 se promulgó en Alemania la primera ley sobre los seguros sociales.³⁵ Con base en este hecho el Estado se hizo cargo de los procesos de institucionalización de la salud y se establecieron mecanismos que la contextualizaban como una estructura más del poder estatal.

Pensar y entender la noción de salud y los procesos salud/enfermedad tuvo justificación desde la lógica estatal:

Se esboza el proyecto de una tecnología de la población: estimaciones demográficas, cálculo de la pirámide de edades, cálculo de las diferentes esperanzas de vida, de las tasas de morbilidad, estudio del papel que juegan entre sí el crecimiento de las riquezas y el de la población, incitaciones diversas al matrimonio y a la natalidad, desarrollo de la educación y de la formación profesional.³⁶

La salud como un bien, como parte integral de los sujetos y como posibilidad de bienestar social fue concretándose en la institución laboral, se otorgó protección a las clases trabajadoras principalmente, eso permitió la mirada continua del Estado sobre los mínimos de bienestar de la pobla-

³⁴ *Boletín Informativo de la Dirección General del Archivo Histórico y Memoria Legislativa*, 2004.

³⁵ Los seguros sociales fueron creación de Otto von Bismarck, se establecieron gradualmente para cubrir ciertas necesidades de la población: enfermedad (1883), accidentes de trabajo (1884), invalidez y vejez (1889) y supervivencia (1911).

³⁶ M. Foucault, 1999, pp. 332-333.

ción, en especial sobre la salud, que se pensaba en función de la capacidad productiva de los sujetos. Con lo anterior se pudo valorar la salud como un bien accesible a las clases con menores capacidades económicas.

Para 1914, en la redacción del Plan de Guadalupe Venustiano Carranza se comprometió a procurar el bienestar de la clase obrera y campesina por medio de la seguridad social. El jefe del Ejército Constitucionalista decía que “sólo mediante la implantación legal de un régimen de Seguros Sociales las instituciones políticas de México cumplirían su cometido atendiendo satisfactoriamente a las necesidades del pueblo”.³⁷ En 1915, en una convención entre villistas y zapatistas se gestó nuevamente la idea de la seguridad social, como una línea definida de trabajo, pero fue concretada hasta que en la Constitución de 1917 se redactó el Artículo 123:

Se consideran de utilidad social el establecimiento de Cajas de seguros populares, de invalidez, de vida, de cesación involuntaria de trabajo, de accidentes y otros con fines similares, por lo cual tanto el Gobierno Federal como el de cada estado deberán fomentar la organización de instituciones de esta índole, para difundir e inculcar la prevención popular”.³⁸

Durante el gobierno del general Álvaro Obregón, en 1921, se elaboró el primer proyecto de Ley del Seguro Social, que si bien nunca prosperó sirvió para impulsar esta medida:

La corriente de opinión gestada durante la campaña presidencial de 1927-28 cristalizó posteriormente en unas bases generales elaboradas en 1929 para reformar la Constitución y hacer predominar la idea de obligar a trabajadores y a patrones a depositar en un Banco del 2 al 5% del salario mensual, para entregarlo posteriormente a los obreros en cuyo beneficio se reabra.³⁹

Se presentó en 1925 una iniciativa de Ley sobre Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales, donde se proponía la creación de un Instituto Nacional de Seguros Sociales; aunque se planteaba una administración

³⁷ C. García, 1955, p. 194.

³⁸ C. García, 1955, p. 196.

³⁹ C. García, 1955, p. 197.

tripartita que incorporaba al Estado, a los patrones y a los obreros, el monto total de la aportación económica la realizaría el sector patronal. Ahí mismo también se definía con mucha precisión la responsabilidad del patrón en accidentes de trabajo. Esta no fue una noticia muy bien acogida en muchos sectores industriales, que propusieron que también el sector laboral aportara económicamente.

En los gobiernos de los generales Álvaro Obregón y Plutarco Elías Calles se empezaron a gestar los anteproyectos para presentar la iniciativa de ley para crear el Seguro Social, pero al no ser suficientemente claro el texto de la Constitución con respecto a este punto no hubo avances significativos. Posteriormente, en el periodo presidencial de Emilio Portes Gil se envió la iniciativa de ley al Congreso de la Unión; dicho órgano aprobó la reforma a la fracción XXIX del Artículo 123, que se publicó en el Diario Oficial de la Federación el 6 de septiembre de 1929: “Se considera de utilidad pública la expedición de la Ley del Seguro Social y ella comprenderá Seguros de Invalidez, de Vida, de Cesación Involuntaria del Trabajo, de Enfermedades y Accidentes y otros con fines análogos.”⁴⁰

Durante el periodo presidencial del general Lázaro Cárdenas (1934-1940) las políticas del llamado “Estado benefactor” se encaminaron a la protección del sector obrero, principalmente en lo concerniente a educación, vivienda, reglamentación del salario mínimo y promoción de la salud, por lo que no sorprende que en 1935 se consolidaran como un hecho importante en materia de Seguridad Social, ya que la Suprema Corte de Justicia determinó que los empresarios eran directamente responsables de los accidentes laborales, y además se presentó una propuesta de ley para la creación de un Seguro Social, único, obligatorio y universal. Dicho proyecto retomó la idea planteada en 1925, en la que se pretendía una administración tripartita, pero en este nuevo planteamiento se hacía ver la necesidad de aportaciones también tripartitas, que permitirían incorporar a los sectores asalariados, industriales y agrícolas. El proyecto fue considerado insuficiente, por lo que el propio presidente Cárdenas instruyó a su secretario de Gobernación, Ignacio García Téllez, para que reestructurara el proyecto;

⁴⁰ C. García, 1955, p. 196.

éste presentó tiempo después una propuesta para la creación de un Instituto de Seguros Sociales “de aportación tripartita que incluía al Estado, a los trabajadores asegurados y a sus patrones, y que cubriría o prevendría los siguientes riesgos: enfermedades profesionales y accidentes de trabajo, enfermedades no profesionales y maternidad, vejez e invalidez y desocupación voluntaria”.

El desarrollo de la industria en esos años marcó los lineamientos para la reorganización de la vida económica del país; México empezó a caracterizarse por la urbanización y el avance de una clase distinta: la obrera, que reclamaba mejores condiciones de vida y formas diferentes de interactuar en la vida política del país; sin embargo, debido a acontecimientos ocurridos durante la gestión del general Cárdenas, como la expropiación petrolera, y además la coyuntura internacional, se retrasó en gran medida la instauración de dicho instituto.

Es importante mencionar que en 1942 el economista William Beveridge presentó al gobierno británico un documento denominado *Social Insurance and Allied Services* (Informe sobre el Seguro Social y sus Servicios Conexos), en el que se hacían explícitas las bases para una nueva organización social, la que se fue expandiendo en todo el mundo. Fue a partir de la Segunda Guerra Mundial que la salud de la población se consideró un punto de atención en el desarrollo de los Estados modernos; este hecho es importante, ya que la mirada estatal sobre la salud se ha organizado e institucionalizado a través del modelo de Seguridad Social.

Un nuevo orden estatal: formas de entender la salud

El control estatal sobre la salud se oficializó en México en 1943, a partir de dos hechos: el establecimiento de la seguridad social, a través de la creación del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y de la Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA), adicionalmente la reglamentación de las respectivas actividades, en el Primer Congreso Nacional de Asistencia en el Distrito Federal. De esta manera se buscaba inscribir un carácter científico y técnico sobre las formas de intervención estatal en la población. Oficialmente, el IMSS y la SSA se crearon como una política del proceso de

industrialización, pues debido al gran auge industrial y para consolidar el Estado estabilizador se propiciaron alianzas con los trabajadores. En esta etapa de desarrollo se incrementaron las exportaciones y ocurrió una importante expansión económica como consecuencia de una sustancial inversión en proyectos de transportes y comunicaciones, de generación eléctrica, de dotación de agua, así como en salud y educación.

Una vez instaurado el organismo de la seguridad social, y afianzado el aparato asistencial a cargo del sector privado, en nuestro país se comenzó a trabajar conjuntamente tanto en la atención a la salud como en otros rubros: vivienda, pensiones, jubilaciones, etcétera. Obviamente, se puede suponer que también se establecieron diversas técnicas de control: los derechohabientes pasaron a formar parte de una serie de listados; se comenzaron a realizar registros mucho más finos sobre el número de nacimientos, porcentajes de enfermedades, clasificación de éstas; se regularon los niveles de atención y organización de la seguridad social según regiones geográficas, grupos ocupacionales, tasas de morbilidad y de mortalidad. Las instituciones de asistencia privada también reglamentaron sus formas de atención, proliferó un sinnúmero de organizaciones de asistencia con diversos objetivos como atender a niños de la calle, adolescentes embarazadas, niños con discapacidad, personas mayores, etcétera.

Reflexionar alrededor del proyecto de la seguridad social y de la asistencia remite a considerarlo un fracaso, en la medida en que no existe un sistema real de protección para la población. En un principio se pensó en la creación de uno que permitiera dar a los trabajadores y sus familias un mínimo de bienestar por medio de la seguridad social, o mejorar la calidad de vida de ciertos grupos a través de la asistencia. Lo cierto es que actualmente se tienen que construir condiciones económicas y políticas coherentes que garanticen plenamente el propósito para el cual fueron creadas dichas instituciones.

A partir de la disciplina médica se diseñó una serie de modelos para entender la relación del ser humano con sus procesos de salud/enfermedad/atención. Los movimientos sociales y científicos que apuntaban a desterrar la enfermedad y erigir espacios de bienestar fracasaron. Aparece entonces la institución de la salud que más allá de generar formas de

comprensión sobre los procesos de salud/enfermedad/atención reproduce un modelo *iatrogénico* de la enfermedad: existe un saber técnico-médico que se visualiza como el tratamiento adecuado para las enfermedades, como consecuencia de este saber se establece una relación médico-paciente centrada en la medicación, y en muchas ocasiones sólo se atienden los síntomas sin ocuparse de los procesos reales de la enfermedad; a esto Iván Illich lo ha llamado *iatrogenesis* de la medicina.⁴¹ Es decir, la disciplina médica se fue alejando de los planteamientos originales del saber médico, y poco a poco se han conformado protocolos de atención menos preocupados por el enfermo. Observamos entonces el proceso salud/enfermedad como un espacio de intervención racional, tecnológica, en el cual el elemento subjetivo del padecimiento se aleja de los principios básicos de la medicina y por lo tanto el sujeto enfermo es la enfermedad/objeto, aquello que se manipula e interviene. Las diversas significaciones que aparecen sobre la salud están atravesadas por mecanismos de observación, clasificación, control y espera, conformando un imaginario sobre los procesos salud/enfermedad/atención, en el cual se niegan los procesos autónomos de los sujetos.

El imaginario mercantil sobre la salud

Pensar sobre la institución de la salud nos obliga a reflexionar en las producciones de sentido surgidas desde la lógica estatal de aquello que hemos llamado salud, proceso de salud/enfermedad, o cura. Ha sido identificada a lo largo de la historia de múltiples maneras, pero erigir el Estado liberal permitió la aparición de nuevas significaciones imaginarias sociales en torno no sólo a la salud sino a otras instituciones. Dicho Estado dio paso a los derechos civiles y políticos, así como a la construcción de un mercado de los bienes de consumo regulados por la oferta y la demanda, de este modo se establecieron las relaciones entre Estado y sociedad que propiciaron condiciones opuestas entre los que poseían riquezas y quienes las

⁴¹ Véase I. Illich, 1975.

generaban. En nuestro país este momento lo podemos ubicar a partir de la expedición de las Leyes de Reforma (1859-1860). A través de estas leyes se promulgó la separación entre los poderes religioso y político, además se establecieron la libertad de culto, el matrimonio como contrato civil y la ley del registro civil que permitió realizar un registro de nacimientos y defunciones entre la población.

Con el paso del tiempo, en el siglo XIX se gestaron distintos movimientos civiles, los cuales pugnaban por mejorar las condiciones sociales y económicas de aquellos que eran menos favorecidos por el modelo liberal. Uno de los resultados, entre otros: los derechos económicos, sociales y culturales. Se entendía que tales derechos deberían tener una cobertura equitativa entre los ciudadanos y procurar bienestar en la población. De esta manera:

La más conocida y usada clasificación de los derechos humanos se basa en el criterio del origen histórico de los derechos, ubicándolos por generaciones [...] La primera generación: derechos civiles y políticos [...] segunda generación: derechos de contenido económico, social y cultural [...] Y la tercera generación de derechos, aún en formación, constituida por los llamados “derechos de solidaridad”, corresponden de manera general a la creación de condiciones que permitan la vigencia efectiva de los derechos de la primera y segunda generación. Se habla así del derecho al desarrollo, a la paz, a la libre determinación de los pueblos, etcétera.⁴²

Ante el desigual reparto de la riqueza, en las sociedades modernas se ha suscitado una clara confusión con respecto al modo en que se reconocen y se viven tanto los derechos como las obligaciones sociales y civiles de la población, lo que ha ocasionado la formación de sujetos sin una conciencia real de ser ciudadanos. Por lo tanto, no sorprende que gran parte de la población se asuma como sujeto de la asistencia, sin la capacidad para poder exigir derechos, ya que tampoco asume obligaciones.

Entre las primeras obligaciones y derechos que el ciudadano común debe tener están procurar el cuidado de sí, ejercer su derecho a la salud

⁴² V.M. Bullé Goyri, 1991, p. 46.

—en términos más precisos, su derecho a la protección de la salud—, lo cual implica aspirar a una vida con calidad, que no se limite solamente a los servicios médicos, sino a diversos satisfactores como: alimentación, vivienda, espacios de recreación, entre muchos otros. Debería estar garantizado al nacer, pero lo cierto es que este derecho ni siquiera en las instituciones de salud es seguro.⁴³

El establecimiento de las políticas neoliberales tuvo como consecuencia la disminución y desprotección de los derechos sociales y civiles; se fueron implementando nuevos lineamientos que privilegiaban un enfoque mercantil y privado, y se dejó de generar condiciones favorables en las instituciones públicas para garantizar los derechos sociales, civiles, políticos y económicos. Por lo tanto, el ciudadano, sobre todo aquél con menor capacidad económica, ha tenido con el paso del tiempo menor acceso a los mínimos de bienestar como son trabajo, educación, vivienda y salud.

Ahora nos regimos por una lógica del mercado: oferta y demanda; en consecuencia, los principios de justicia social, que “proporcionan un modo para asignar derechos y deberes en las instituciones básicas de la sociedad y definen la distribución apropiada de los beneficios y las cargas de la cooperación social”,⁴⁴ han sido relegados, omitidos o simplemente mal interpretados. Ante este contexto en que se organizó un nuevo orden social, también se presentó la posibilidad de reflexionar sobre la salud desde sus formas institucionales como un bien común, un derecho, un espacio de equidad y hasta una mercancía.

Las producciones de sentido sobre la salud

En la actualidad, nuestras sociedades han marcado una clara diferencia sobre aquello que debemos entender como bien común. Por lo menos en

⁴³ Por ejemplo, en 1990 se realizó una investigación en el sector salud mexicano; se demostró que un niño nacido en un hospital de la Secretaría de Salud corría un riesgo tres veces mayor de morir en los primeros siete días de vida que un niño del mismo peso nacido en un hospital del IMSS. O. Gómez-Dantés, J. Gómez-Jáuregui y C. Inclán, 2004, p. 409.

⁴⁴ John Rawls, 1995, p. 18.

las grandes urbes, no es fácil encontrar en los distintos grupos que conforman la sociedad la idea de un bien generalizado para todos; existe más bien una idea explícita sobre la propiedad, lo que se tiene y a lo que se debe aspirar. Las producciones de sentido en torno a las significaciones imaginarias sociales de la salud no escapan a esta lógica de lo privado. La institución de la salud, en tanto creadora constante de nuevos saberes, está determinada por factores culturales y sociales, además de los económicos. Por lo tanto, cada cultura tiene una noción de lo que significa ser saludable, aunque también es cierto que el uso de la tecnología y la visión globalizadora del mundo han impuesto estándares de lo que eso significa, y en las grandes ciudades, con el paso del tiempo, la idea de lo común, del hacer para todos, se ha ido diluyendo. Hablar del bien común supone una discusión sobre los derechos humanos.

Bajo una perspectiva mercantilista, el Estado neoliberal ha dejado de proporcionar a la población servicios básicos en materia de salud pública, ya que a partir de las medidas económicas aplicadas encontramos que las instituciones responsables no pueden afrontar los retos de este nuevo sistema global, eso ocasiona que los ciudadanos tengan un gasto extra en el cuidado de sí, el denominado “gasto de bolsillo”; es decir, son los ciudadanos quienes se encargan de pagar por los servicios de salud.⁴⁵ Un dato importante es que en México quienes menos tienen generan más gastos de bolsillo que aquellos que cuentan con mayores recursos; esto se debe a que la salud no solamente se puede definir como la ausencia de enfermedad, sino que lleva implícito el reconocimiento de diversos factores que atañen a los sujetos, como son: la calidad de vida, la educación, el tipo de alimentación y el acceso a servicios públicos.

Además es importante reconocer que si bien las instituciones de salud pública más importantes en el país: Instituto Mexicano del Seguro Social

⁴⁵ En cuanto al mal desempeño en los gastos de salud en el interior de sus instituciones, México ocupó el lugar 144 a escala mundial, por arriba de Brasil y Chile, pero muy por debajo de Costa Rica y Colombia. Este pobre desempeño se debe al hecho de que más de la mitad de la población mexicana carece de servicio de salud y se ve obligada a enfrentar sus problemas de salud con gastos de bolsillo. Se calcula que en México alrededor de 50% del gasto total en este rubro es privado y casi la totalidad es de bolsillo. O. Gómez-Dantés *et al.*, 2004, p. 409.

(IMSS), Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), Secretaría de Salud (SSA), Petróleos Mexicanos (PEMEX), Secretaría de la Defensa (SEDENA) y Secretaría de Marina (SEMAR) fueron creadas para atender las necesidades de la clase trabajadora en México, en la actualidad se deja de lado un porcentaje elevado de la población productiva, sobre todo los trabajadores eventuales y sus familias (estudiantes, mujeres trabajadoras, niños). Por lo tanto, en muchos de los casos este sector de la población recurre a la atención privada y tiene que realizar gastos imprevistos para solventar algún tipo de enfermedad, lo que merma su capacidad económica.

El modelo de salud neoliberal se ha ido trazando en México desde la década de los ochenta y se cristalizó a través de un documento presentado por el Banco Mundial (BM) titulado “Informe sobre el Desarrollo Mundial, 1993. Invertir en Salud”. Al respecto es importante rescatar el análisis que realiza Asa Cristina Laurell al documento señalado; entre otras cosas establece que la salud pertenece al ámbito de lo privado y que los Estados-gobiernos deben de ocuparse del rubro cuando los privados no quieran o no puedan resolver problemas en este campo; además manifiesta que el principal responsable de la salud es el individuo y que el grupo familiar debe adoptar conductas saludables y resolver sus necesidades adquiriendo los servicios médicos necesarios en el mercado.⁴⁶

A partir del lineamiento establecido por el BM existe una presión constante —tanto de las grandes trasnacionales y aseguradoras como de los monopolios hospitalarios privados— para que los estados nacionales, entre ellos México, legislen a favor de la disminución progresiva de los presupuestos en el rubro de salud pública. Se busca, por lo tanto, de manera paulatina la privatización de los sistemas de salud. De esta manera, poco a poco se han ido transfiriendo responsabilidades públicas de los sistemas pensionarios hacia empresas privadas y bancos; en nuestro país basta observar las reformas del IMSS y del ISSSTE, o la creación de las *afores* (administradoras de fondos para el retiro). Como consecuencia de lo anterior se disminuyen el cuadro básico de medicamentos, el número de camas y de

⁴⁶ Véase A.C. Laurell, 1995.

médicos por paciente, también el tiempo de atención a cada paciente; por lo tanto, se merma significativamente la calidad de la atención a los usuarios de esas instituciones.

Este modelo médico neoliberal no se basa en el derecho humano a la salud sino en la mercantilización absoluta de ella, además de que transfiere la responsabilidad estatal a los particulares, estableciendo claramente clases sociales diferenciadas para la atención a la salud, ya que se dejan de lado las garantías individuales y sociales. Con todo esto se asigna un significado mercantil a la salud y se invisibiliza la posibilidad de pensarla como un derecho universal y un bien común.

Con esta lógica de mercado, la salud se ubica como un bien no accesible para todos, además ella no se piensa en función de qué y cómo se vive, sino en relación con la enfermedad o el padecimiento. Estas ideas económicas y políticas sobre el tema van creando en los sujetos usuarios de los servicios una forma de entender y vivir su salud; es decir, distintas significaciones imaginarias sociales. Ya hace un rato que se dejó atrás la idea del bien común y del derecho a la salud, esto ha cambiado para pensar en todo aquello que se relacione con ella en función de un costo-beneficio. De este modo, se establece un imaginario mercantilista sobre la salud.

Ahora bien, poseer una “buena salud” depende de las diversas posibilidades económicas que permitan a las personas contar con los mínimos de bienestar; debido a ello, la salud ha pasado de ser un bien común a una mercancía; por lo tanto, la población en general no siempre tiene acceso a ella, lo que se ve reflejado en la calidad de vida. Uno de los principales factores que influyen en el derecho a la salud es que no siempre este bien se establece mediante las nociones de equidad, igualdad y justicia; este derecho no se representa sólo mediante el acceso a los satisfactores —como el servicio médico en general—, sino también en la consecución de una buena calidad de vida, lo que conlleva acceder a distintos derechos como son: a una vivienda, a espacios de esparcimiento, a educación, a trabajo bien remunerado, al tiempo libre.

El derecho a la salud debe garantizar una calidad de vida decorosa, entendiendo esto no sólo como una ausencia de enfermedad sino como un

conjunto de factores que determinan un proceso (salud/enfermedad/ atención/cuidado) y dependiendo del estilo de vida los riesgos físicos pueden aumentar o disminuir. La situación de equidad e igualdad con respecto a los derechos en nuestro país es notoriamente desigual, no existen modalidades de comparación en términos de calidad de vida entre las personas que carecen de los recursos y aquellas que tienen un ingreso superior al estándar. Es importante rescatar una discusión teórica acerca de los factores que impactan en la salud de las personas; existen dos posiciones principales: quienes identifican las condiciones socioeconómicas y quienes identifican los estilos de vida o decisiones individuales. La primera explicación se relaciona con el principio de justicia, mientras que la segunda con el principio de autonomía.

A partir de estos planteamientos se abre una discusión interesante con respecto a la elección de estilos de vida y la salud, con lo cual se ha llegado a pensar que la responsabilidad de enfermarse recae en el sujeto y que depende de su estilo de vida. En muchos casos, efectivamente, se puede argumentar que es él quien elige ciertos riesgos que pueden repercutir en sus procesos de salud/enfermedad; aunque es cuestionable la elección de los riesgos en ciertos niveles socioeconómicos, porque también tendríamos que pensar que los estilos de vida son generados por los sistemas económicos y que pueden derivar en un asunto de injusticia, ya que quien posee más riqueza puede tener mejores condiciones de vida, y aquellos sectores de la población menos favorecidos tendrán que vivir en un ambiente menos saludable. Por lo tanto, podemos pensar que los procesos de salud/enfermedad pueden ser provocados tanto por una elección personal como por un estilo de vida no elegido.

Lo cierto es que el Estado neoliberal no garantizó el derecho a la elección de diversos estilos de vida. Finalmente, éstos están determinados por las necesidades económicas de la población, ya que los sectores sociales con mayor poder económico tienen más posibilidades de llevar un estilo de vida *saludable*, es decir, mejor calidad de alimentación, tiempo para realizar ejercicio, posibilidad de elegir el lugar de trabajo o donde quieren vivir, mientras en las clases menos favorecidas la posibilidad de elección es

casi nula. Los estilos de vida están determinados por factores económicos, lo cual repercute de manera importante en el acceso al derecho a la salud para un gran porcentaje de la población.

Existe un problema de justicia social en cuanto al derecho a la salud: nuestras instituciones no garantizan la posesión de un bien común y lo convierten en una mercancía. Tampoco existe un principio de equidad al respecto, quienes tienen menos recursos son los que más enfermedades padecen y cuentan con menores posibilidades de cura. El Estado no ha garantizado para la población en general sistemas de salud satisfactorios, ni el acceso a ellos, lo que ha ocasionado una gran desigualdad social. En nuestro sistema económico cada vez es más común observar que las personas optan por servicios de salud privados no porque quieran elegir al respecto sino porque las instituciones de salud pública no tienen la capacidad de atención que deberían y en ellas no se resuelven los problemas inmediatos de salud.

El Estado ha marcado la pauta para construir en los sujetos significaciones imaginarias sociales con respecto a la salud. Desde esta perspectiva, lo que se dice y piensa sobre ella en el siglo XXI deriva de la concepción mercantilista del Estado, si bien la salud/mercancía o la salud/derecho operan bajo una lógica similar ya no importa el sujeto, sino el acceso a los servicios y cómo se posibilita esto, lo que va trastocando el sentir y la mirada de las personas que padecen una enfermedad y que utilizan los servicios de salud, ya sean públicos o privados, el *inconsciente institucional* se concretiza en el actuar de las personas, es decir, ellas se ocupan de su salud sólo si reedita en función de su productividad. Los sistemas de salud, lejos de generar un bienestar común, actúan como portadores y reproductores de los distintos padecimientos; el mensaje que se generaliza no es la atención a la salud, sino más bien la cura a las enfermedades; se da por hecho la atención de una población enferma y se niega por completo el fin para el cual fueron creados: la procuración de la salud.

Foucault realizó un análisis del Plan Beveridge, en el cual describió cómo la salud se convirtió en objeto clave para el desarrollo del Estado moderno; y tras la aplicación de dicho plan se instauró una higiene moral con respecto a los cuerpos, además de una relación salud/mercado y salud/

control político.⁴⁷ Lo anterior tiene una vigencia actual, ya que el establecimiento de las distintas instituciones creadas para dar atención a la salud ha generado una forma particular de significarla en nuestros días. Los procesos de institucionalización de la salud nos llevan a significar dicha noción alrededor de dos ideas que circulan diariamente en el hacer de los sujetos: el libre mercado y la privatización de los servicios.

En este contexto, las significaciones imaginarias sociales sobre la salud coexisten alrededor de la lógica del mercado; la institucionalización encarna y expresa el fracaso del proyecto para todos; en nuestra sociedad —como en muchas otras—, lejos de ser un bien común, un derecho, la salud es una mercancía a la que se puede acceder siguiendo los esquemas del mercado, que el aparato estatal reproduce en los sujetos y otorga un valor de bien en tanto estado de productividad. Por lo tanto, se debe de pugnar por ampliar la forma en que significamos nuestra salud o el derecho a ella, entendiéndola como un proceso en el cual se conjuntan los mínimos de bienestar para contribuir al equilibrio físico, emocional y social de los sujetos, dejando de pensar el derecho a la prevención sólo como la posibilidad de acceso a los servicios, que son una parte importante dentro del engranaje, pero no son lo único. Se deben de proporcionar y promover medidas que permitan realmente establecer parámetros de calidad de vida en la población.

El derecho a la salud, como cualquier bien común, debe ser proporcionado por sociedades justas, Rawls menciona que “la justicia es la primera virtud de las instituciones sociales [...] Cada persona posee una inviolabilidad fundada en la justicia que ni siquiera el bienestar de la sociedad en conjunto puede atropellar”.⁴⁸ En este sentido, el derecho a la salud debería ser un bien común al que todo sujeto podría acceder, pero la realidad es que existen diversos factores económicos y sociales que ciertamente no permiten el acceso en igualdad de oportunidades, y la salud ha pasado de ser un bien común asequible a todos a una mercancía que se paga a partir de las posibilidades económicas de los usuarios de los servicios de salud.

⁴⁷ Véase M. Foucault, 1999, pp. 343-345.

⁴⁸ J. Rawls, 1995, p. 19.

Reflexionar sobre las formas en que se significa la salud pretende ir más allá de pensar en la ausencia o el padecimiento de las enfermedades; implica el reconocimiento de diversos factores que deben procurar una mejor calidad de vida y prevenir enfermedades. Analizar los procesos de institucionalización de la salud pone de manifiesto distintas problemáticas que se deben enfrentar en estos tiempos. ¿Cómo acceder al derecho a la salud si nuestras expectativas de vida son cada día mayores? ¿cuáles serán las repercusiones del adelgazamiento de los recursos sanitarios? ¿cómo lograr una verdadera equidad en la atención de los procesos salud/enfermedad/atención/cuidado? ¿cómo crear mecanismos que permitan la reflexión en torno a los problemas de salud de los usuarios de los servicios y de esta manera favorecer procesos autónomos en relación con ella? Tratar de dar respuesta a las preguntas planteadas, así como pensar en la posibilidad de significar la salud fuera del ámbito mercantil, nos permitirá recuperar espacios como sujetos con posibilidades de creación.

La institución de la salud. La producción de significados a partir de la condición juvenil

*¿Qué les queda por probar a los jóvenes
en este mundo de paciencia y asco?
¿sólo grafitti? ¿rock? ¿despecticismo?
también les queda no decir amén,
no dejar que les maten el amor,
recuperar el habla y la utopía,
ser jóvenes sin prisa y con memoria,
situarse en una historia que es la suya,
no convertirse en viejos prematuros.*

Mario Benedetti¹

Hasta ahora hemos tratado de entender los procesos de institucionalización de la salud, aquí es importante detenernos para reflexionar cómo por medio de ellos se producen distintos tipos de saberes, que se concretan en el hacer de los sujetos a través de las formas en que significan su salud. Pensar ésta o las significaciones imaginarias sociales sobre ella nos remite a su materialización en el cuerpo, entendido éste desde una perspectiva biológica, pero que construimos desde nuestro hacer social. En la misma línea discursiva —siguiendo a Le Breton— podemos decir que es “la representación que el sujeto hace del cuerpo **y de la salud**; la manera en que se le aparece más o menos conscientemente a través del contexto social y cultural de su historia personal”.²

De la forma más simple podemos decir que, a través de los procesos de institucionalización de la salud, la disciplina médica se ha encargado de normalizar los cuerpos por medio de los tratamientos médicos para las enfermedades; se nos enseña cómo debemos de tratar, pensar y ver nuestro cuerpo, y no es gratuito que ahora existan tantas especialidades médicas

¹ M. Benedetti, 1998, p. 136.

² D. Le Breton, 1995, p. 146; el agregado sobre la salud es propio.

como alergología, cardiología, podología, rinología, nefrología, neurología, nutrición, oncología, oftalmología, pediatría, ginecología, geriatría, entre muchas otras. La mirada clínica se ha segmentado y pone atención en el sujeto enfermo como un órgano a tratar; de tal manera que la intervención médica sobre el cuerpo invisibiliza a los sujetos sanos, es decir somos sujetos mirados por la institución de la salud en tanto necesitemos desarrollarnos (los niños) y presentemos algún síntoma de enfermedad; por lo tanto, no es gratuito ver que la población mayoritariamente atendida por los sistemas de salud son niños, mujeres y adultos mayores.

En general, los sistemas de salud han enfocado su trabajo hacia la cura de las enfermedades, más no en su prevención, atención o cuidado. De esta manera, podemos entender cómo los jóvenes no son considerados grupo de población en riesgo. La institución de la salud no considera prioritarios a los jóvenes hoy, ya que son los que se enferman en menor proporción, pero paradójicamente se convertirán en la población que en un futuro cercano requerirá mayor atención sanitaria. En este sentido, pensar la relación entre la institución de la salud y los jóvenes supone un ejercicio interesante, ya que este sector de la población, considerado como *saludable*, sólo interesa cuando presenta conflictos de adicciones, embarazos no deseados y problemas de alimentación; poca atención merece su acontecer diario, su ritmo de vida, sus procesos de salud/enfermedad/atención y cuidado.

Existe una ambivalencia al pensar en la juventud, se tiene un sentido positivo cuando se cree que las personas jóvenes tienen la capacidad para hacer todo, resisten enfermarse y poseen todas las condiciones para realizar proyectos; o bien, en sentido negativo se les condena por su forma de vestir, su música predilecta o el modo en que se comunican. Son apreciados por su capacidad de voto, pero reprimidos en su participación política; la juventud se ha convertido en un sector de la población capitalizable por intereses políticos y mercantiles, como fuerza de trabajo; pero desde la mirada del Estado no existe un verdadero conocimiento sobre este sector de la población de nuestro país, y de ahí el vacío que encontramos en la planeación y estrategia de programas dirigidos a personas jóvenes; como

ejemplo de ello podemos citar el respectivo Plan Nacional de Desarrollo (PND) de los gobiernos de Vicente Fox (2001-2006) y de Felipe Calderón (2007-2012):

Plan Nacional de Desarrollo 2001-2006

Incorporar integralmente a los jóvenes al desarrollo del país, por medio de una política nacional de juventud que permita promover las oportunidades de este grupo. Formular una política incluyente e impulsar la apertura de oportunidades para el desarrollo humano, social y productivo de los jóvenes mexicanos como actores estratégicos en el desarrollo del país. Esto les permitirá **integrarse plenamente** y contar con canales de comunicación para expresarse.³

Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012

Objetivo 19

Instrumentar políticas públicas transversales que garanticen las condiciones necesarias para el desarrollo integral de los jóvenes.

Estrategia 19.1

Fortalecer a la familia para fomentar el bienestar juvenil y su debida **integración a la sociedad**. El fortalecimiento de la familia contribuye directamente al bienestar juvenil y a su integración en la sociedad. El bienestar juvenil aglutina diversos aspectos de la vida de las personas que van desde la salud física y mental, la existencia de las condiciones de vida digna, hasta la disponibilidad de tiempo y espacio para el desarrollo de la creatividad y el sano esparcimiento, todo ello en un clima de respeto a la identidad personal y a la diversidad. El desarrollo integral de los jóvenes plantea como premisa fundamental la inclusión de quienes, por situaciones diversas tales como características físicas, geográficas, económicas, de género, entre otras, requieren de atención especial por parte del Estado y de la sociedad en su conjunto.⁴

Es importante hacer notar que se dice *integrar a los jóvenes*. Entonces ¿ellos están fuera de la sociedad? ¿qué tipo de sujetos jóvenes son los que el Estado construye a través de sus políticas públicas? Al parecer son

³ Projuventud, 2002, p. 21.

⁴ Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012. Rubro 3.7 familia, niños y jóvenes, s.p.

sujetos de riesgo; el Estado ha tratado de encauzar a la juventud que se encuentra en circunstancias económicas y políticas desfavorables, pero en realidad no da cuenta de lo que pasa con ella como grupo, de las significaciones del ser joven. El Estado, a través del tiempo y desde su lógica, ha adoptado distintas miradas sobre la juventud, traducido esto en la instrumentación de diversas políticas. Se han conformado arquetipos juveniles utilizando ciertos modelos que dotan a este segmento poblacional de significaciones que lo identifican como un colectivo y que han permitido categorizarlo en forma oficial según la época a la que se hace alusión; es importante resaltar que esos modelos se han repetido y mezclado en los últimos cincuenta años.

El primer vínculo que se estableció fue entre la juventud y el deporte, aproximadamente en la década de los cincuenta, pareciera ser que todos los jóvenes deberían de estar relacionados con una actividad deportiva, o al menos interesados en alguna. Se promovió este tipo de políticas vistas como solución para algunos problemas sociales como la drogadicción, principalmente; en los años sesenta se instaura un modelo de control social, en algunos países latinoamericanos como Chile o Argentina, por ejemplo, se prohibió cualquier tipo de manifestación juvenil, la represión era total por parte del Estado. En el caso de México, a finales de esa década las luchas estudiantiles (en aquella época eran identificados como el sector juvenil) fueron perdiendo fuerza y diluyéndose en propuestas mucho más generales, por ejemplo, problemas de justicia social; una vez pasada la etapa de mano dura las formas de control cambiaron, se volvieron sutiles, al parecer la represión física se transformó en silencio y en olvido. Baste recordar a los desaparecidos, a los presos, a todos aquellos que se pretendía borrar, olvidar, la estrategia estatal comenzó a ser el silencio; ya en los ochenta, el modelo pretendido para los jóvenes tendía a enfrentar dos puntos principales: la pobreza y la prevención del delito, aunque se observó, por lo menos en México, que fue una época en que el índice delictivo se incrementó considerablemente, así como la proliferación de bandas y pandillas; al parecer, desde su óptica, el Estado no atinaba a diseñar una solución posible o alternativa funcional para este sector de la población.

En la década de los noventa se generó una política de exclusión, no se crearon oportunidades laborales o de ingreso a los centros educativos, los jóvenes no fueron un sector prioritario, los etiquetaron como “generación X”. En los inicios del siglo XXI la situación se complica, ahora encontramos a los *ninis*, jóvenes que supuestamente ni estudian, ni trabajan, producto de las políticas neoliberales implantadas en la década de los ochenta. No existen condiciones sociales o políticas que garanticen el bienestar juvenil; un tema que queda pendiente como parte de los procesos de salud en este grupo poblacional es la violencia que se observa en nuestro país: jóvenes que son asesinados en un retén militar o en una fiesta, son dos ejemplos. En forma breve hemos presentado cómo contempla el Estado a la juventud, pero es importante conocer la idea de los jóvenes sobre sus distintos procesos y formas de comprender y significar su día a día.

Los jóvenes, en su tránsito por diversas instituciones, encuentran espacios para reflexionar, producen redes simbólicas de significados alrededor de aquello que se presenta en su diario acontecer, momentos de cierre y clausura les permiten avanzar en el conocimiento de sí mismos; por lo tanto, no podemos verlos sólo como receptores de las medidas estatales convertidas en políticas públicas. Pensar en la juventud mexicana lleva más allá de la clasificación, se le debe considerar como una categoría en la cual converge un sinfín de análisis, contextos políticos, espacios históricos, momentos económicos; es un sujeto colectivo que incide de forma directa en el hacer de la sociedad.

Los jóvenes son producto de la sociedad en un contexto histórico-social determinado; por lo tanto, la interacción con su espacio social se puede observar de múltiples maneras. Podemos encontrarlos organizados en colectivos: aquellos que se identifican por la forma de vestir, de actuar, los que simpatizan con alguna causa social, los que consumen drogas, los que son padres, los que van a la escuela, los que no trabajan... en fin, la lista es larga; lo interesante es observar cómo ellos se apropian de esos espacios, de qué manera trastocan y redefinen su diario vivir, en qué forma crean significaciones imaginarias sociales alrededor de su actividad cotidiana, todo lo que les permite apropiarse de los espacios en donde viven. Estas

formas de resignificar sus ámbitos generalmente van de la mano con procesos de resistencia, es decir, aquello que Ardoino ha llamado la *negatricidad* como propiedad fundamental del sujeto:

Entiendo por esto la capacidad del sujeto de siempre dar la vuelta, desarmar, deshacer con sus propias contraestrategias la estrategia de la que se siente objeto, incluyendo la estrategia de conocimiento. Porque sabemos que la investigación es estrategia de conocimiento: se construye un dispositivo, se aplican métodos para construir un objeto de investigación. Pero el objeto sujeto de conocimiento tiene negatricidad propia y puede entonces deshacer la investigación.⁵

Estas formas de *negatricidad* de los jóvenes se observan en las maneras en que se cuestionan y viven las diferentes instituciones; en este sentido, podríamos pensar si estas conductas tachadas como inadecuadas no son más que el modo en que ellos cuestionan a las instituciones. Podremos estar de acuerdo o no respecto a las formas juveniles de recuperación de espacios simbólicos; sobre todo, cuestionamos que en muchos de los casos la necesidad de tener presencia se remedia mediante el consumo de drogas, la delincuencia u otras vías que den cuenta de aquello que la sociedad ha calificado como negativo, también pueden ser los movimientos políticos o de lucha social; pero no podemos perder de vista que estas expresiones, cualesquiera que sean, plantean una recuperación de la significación del joven mediante sus propias formas de asumirse y de reconocerse con los otros, son espacios elaborados a partir de sus producciones de sentido; muchos jóvenes han aprendido a crear nuevas maneras de vivir su realidad de forma tangencial a la institución de la sociedad.

Acceder a esos espacios estructurados como contrarios a aquellos que las instituciones han formado, entrar al conocimiento de este sector de la población tan vitoreado y satanizado, según el momento político y social,

⁵ J. Ardoino, "Lo multirreferencial en torno a los problemas de investigación", conferencia dictada el 21 de noviembre de 1988, en la Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco. Transcripción de Alejandra García, David Paredes y Alma Luz Martínez. Traducción de Roberto Manero Brito; pp. 9-10.

me parece un privilegio. Estos ámbitos de su hacer cotidiano finalmente dan cuenta de las formas en que han significado el tema que nos ocupa, la salud y los múltiples referentes alrededor de ella.

La institución de la salud: la mirada clínica sobre la juventud

Esta institución ha dejado de lado a la población joven al no considerarla en situación de riesgo. Sin embargo, en el devenir de la historia la disciplina médica ha desarrollado una mirada clínica sobre el sujeto adolescente. Es importante resaltar esta diferencia, ya que en muchas ocasiones las nociones sobre adolescencia y juventud han sido tratadas de manera similar, pero tienen un origen distinto y por lo tanto teóricamente un abordaje diferenciado; por lo tanto, para aproximarnos a la reflexión es pertinente hacer un alto y antes entender los conceptos de adolescencia y juventud, por tres razones: primera, el concerniente a la adolescencia se originó a partir de una mirada clínica sobre los sujetos en un grupo de edad definida entre diez y diecinueve años, eso permitió el estudio médico sobre el cuerpo y su desarrollo; segunda, existen pocos estudios acerca del tema de salud y juventud, ya que a ésta no se le atribuyen problemas de salud pública; y por último, observamos un uso indiscriminado de los conceptos adolescencia y juventud, lo cual confunde respecto al tipo de población con la cual se trabaja o para la que se planean ciertas políticas públicas.

Las nociones sobre adolescencia y juventud refieren una etapa de transición en la vida de todos los seres humanos, a la cual corresponde tanto un desarrollo físico como emocional y social. Se debe precisar que los referentes teóricos que construyen ambas nociones difieren entre sí, ya que cada uno por sí mismo implica una estructuración de sujeto y alude a distintos aspectos políticos, ideológicos y culturales. Sin embargo, es común observar el uso indiscriminado de esos referentes; por tal motivo, es importante precisar las formas en que la institución médica ha ido construyendo su relación con estas dos nociones.

Los primeros acercamientos de la disciplina médica a la idea de lo joven —vía la definición de un sujeto en proceso de maduración— se pueden rastrear desde 1790, aunque la publicación más antigua que se conoce

al respecto se realizó en 1877 por un médico llamado Charles Pickering Bowditch; en dicho artículo se alude a los procesos de crecimiento en una etapa de desarrollo primaria (adolescencia). En 1884 se crea la *Medical Office of School Association*, que asume la tarea de publicar un código de normas para prevenir enfermedades en los adolescentes.⁶ En 1904, un psicólogo estadounidense llamado G. Stanley Hall definió por primera vez el término adolescencia, en su libro *Adolescence: its Relation to Pshycology, Anthropology, Sociology, Sex, Crime, Religion and Education*, en el cual se establece un parámetro de edad entre los dieciseis y los diecinueve años para esta etapa de la vida.⁷ Con la definición de Hall se inicia una importante área de estudio sobre el ser humano y se hace evidente el desarrollo de crecimiento físico que trae consigo un sinfín de cambios fisiológicos. La mirada de los investigadores se centra en dar a conocer los cambios físicos en esta etapa; por ejemplo, en 1905, Joseph Jastrow publicó *La evolución natural de la adolescencia*; más tarde, en 1909, el científico europeo Carl Stratz dio cuenta del primer intento de explicar los estadios del desarrollo mamario. Para 1918, un grupo de investigadores encabezados por Amelia Gates dieron a conocer información que se había recopilado en la primera clínica para dar atención a los adolescentes; en su trabajo titulado *The Work of the Adolescent Clinic of Stanford University Medical School* se hace hincapié en que los adolescentes debían ser entendidos como un todo y no sólo como un padecimiento o enfermedad. Esta reflexión no tuvo mucho eco y la ciencia médica se encargó de establecer patrones de estudio para los adolescentes, su cuerpo y su desarrollo físico; de esta manera, se institucionalizó una perspectiva clínica sobre esta etapa de desarrollo.

Entre 1940 y 1950, en diversos lugares del mundo surgieron institutos para la atención y estudio de los adolescentes. En Estados Unidos se creó la Unidad para Adolescentes, en el Centro Médico de Niños de Boston, Massachussets; es importante destacar que la finalidad de este centro fue establecer los lineamientos clínicos para tratar padecimientos propios

⁶ Véase G. Galdó Muñoz, 2005, pp. 177-181; G. Barbosa, 2007, pp. 159-166.

⁷ L. Passerini, 1996, p. 420.

de ese segmento etario. En 1940 se creó en Checoslovaquia el primer servicio ginecológico para niñas y adolescentes; en 1942, tomando como base los estudios de Stratz, se publicó un artículo titulado “Estudios somáticos y endocrinos de varones púberes y adolescentes”;⁸ este documento es notable, ya que se puede considerar como el primer sistema de clasificación en estadios para la evaluación de la pubertad. Aparece en ese mismo año la primera publicación sobre ginecología pediátrica en Estados Unidos, realizada por Goodrich Schauffler.⁹

Los programas clínicos sobre medicina del adolescente tuvieron un repunte importante en la década de los cincuenta, proliferaron los estudios sobre endocrinología y cardiología, ya que las investigaciones giraron en torno a padecimientos básicos del desarrollo humano. Este auge por entender la evolución fisiológica en este periodo de vida dio como resultado una serie de seminarios. El primero se efectuó en Washington, en 1965; la temática giraba en torno a los trastornos ginecológicos de las adolescentes; el segundo se llevó a cabo el siguiente año y su eje temático fue la nutrición. Hubo un tercero, en el cual los grupos de médicos especialistas en el tema trabajaron en un diseño experimental de investigación de las personas de esa edad, como consecuencia de estos trabajos se creó en 1969 la Sociedad Americana de Medicina del Adolescente.

Desde su fundación, dicha sociedad ha orientado las investigaciones para su difusión y ha establecido pautas académicas como guía. Ya para 1973, en una reunión celebrada en Chicago, se discutieron doce artículos de investigaciones clínicas y experimentales; estos trabajos fueron base importante para marcar líneas de acción en el campo de la medicina especializado en este segmento de la población. Así, en 1976, la Sociedad Norteamericana de Pediatría inauguró sus trabajos sobre adolescencia; y al año siguiente, el Consejo Norteamericano de Pediatría dio a conocer un currículum pediátrico que incluía el desarrollo de la adolescencia. En 1979, la Academia Norteamericana de Pediatría creó su División de Salud del Adolescente; al mismo tiempo, la equivalente materno-infantil

⁸ Véase G. Galdó Muñoz, 2005, pp. 177-181.

⁹ G. Barbosa, 2007, p. 161.

del Departamento de Salud y Servicios Humanos fundó ocho centros de entrenamiento para atención sanitaria interdisciplinaria del adolescente.¹⁰ En 1980 se publicó por primera vez el *Journal of Adolescent Health Care*, revista oficial de la sociedad pediátrica; en dicha publicación aparecen constantemente artículos sobre salud y adolescencia.

En Europa la historia no fue distinta, a partir de 1971 algunos especialistas crearon la Federación Internacional de Ginecología Infanto-juvenil (FIGIJ), que ha establecido alrededor del mundo diversos sistemas y líneas de trabajo, realiza jornadas, simposios y congresos que permiten a especialistas europeos y de otros países intercambiar conocimientos en la materia. Es importante mencionar que el último congreso organizado por la FIGIJ se realizó en el 2007, en Sao Paulo, Brasil.¹¹ La relevancia de la Federación estriba en el intercambio académico que ha establecido con distintos países del mundo, al contrario de los trabajos realizados en Estados Unidos, cuyo círculo de acción es muy cerrado.

Los trabajos apoyados por la FIGIJ impulsaron la creación en América Latina de la Asociación Latinoamericana de Obstetricia y Ginecología Infantil y de la Adolescencia (ALOGIA), cuyo objetivo es integrar a los distintos profesionales de la región vinculados con temas de investigación o práctica en la medicina de los adolescentes. Actualmente, en la ALOGIA se encuentran incorporados: Argentina, Colombia, Chile, Brasil, Uruguay, Paraguay, Perú, Bolivia, Ecuador, Venezuela, Cuba, Panamá, Honduras, Guatemala, México, República Dominicana, Nicaragua, Costa Rica y El Salvador. Sus publicaciones versan generalmente sobre aspectos ginecológicos: *Pediatric and Adolescent Gynecology*, *Adolescent Sexuality and Gynecology*, *Salud sexual y reproductiva en la adolescencia*, *Manual de ginecología infanto-juvenil*, *Ginecología infanto-juvenil*, entre muchas otras.

La mirada clínica sobre el adolescente ha construido un sujeto al que se le observa, estudia e interviene en función de su desarrollo físico; debe destacarse que se otorga mayor atención a la figura femenina del adolescente,

¹⁰ G. Galdó Muñoz, 2005, p. 180.

¹¹ G. Barbosa, 2007, p. 162.

debido a su capacidad de gestación. En México, el conocimiento sobre el tema ha sido en muchos sentidos guiado por esta mirada médica, con enfoque principalmente en el tema de la sexualidad, ya que supone un problema de salud pública. Entre los estudios elaborados en nuestro país que podemos encontrar están: “El embarazo en la adolescencia como problema público: una visión crítica”, en el que se revisaron algunos argumentos que definen el embarazo en esa edad como un problema de salud pública;¹² “Uso del condón entre adolescentes mexicanos para la prevención de las infecciones de transmisión sexual”, el objetivo de este artículo fue investigar el comportamiento sexual y el uso de condón en la primera relación sexual de adolescentes de doce a diecinueve años de edad, así como la variación en distintos contextos y la influencia de factores sobre el uso del preservativo en esa relación inicial.¹³ Es de mencionarse que la producción de trabajos al respecto es amplia y se han planteado principalmente desde disciplinas como la medicina, la sociología y la antropología.

En contraposición a esta mirada médica y clínica sobre la adolescencia surge entre 1920 y 1940, en Estados Unidos, un movimiento llamado “Cultura y personalidad”, ahí convergen personajes como Margaret Mead, Geoffrey Gorer y Gregory Bateson, también Erich Fromm, Karen Horney, Harry Sullivan,¹⁴ entre muchos otros. Este movimiento, centrado en discutir los trabajos de los antropólogos y sociólogos mencionados, pone de manifiesto una visión crítica sobre la construcción del concepto de adolescencia, se descartan tanto las etapas evolutivas del desarrollo humano como el determinismo cultural, y se pone de manifiesto el contexto cultural y social de los sujetos. Por ejemplo, Mead y Turnbull, desde una perspectiva antropológica, dieron cuenta de cómo sociedades no occidentales introducían a los niños en el ámbito de los adultos. Este tipo de investigaciones permitió no sólo cuestionar la visión occidental sobre el desarrollo de los sujetos y su paso por la adolescencia, también abordar de modo distinto el pensamiento sobre tales sujetos y su evolución en la sociedad, con lo cual

¹² C. Stern, 1997.

¹³ C. Gayet *et al.*, 2003.

¹⁴ Véase A. Aguirre Baztán, 1996, p. 14.

se rompió con el esquema biológico y adicionalmente se plantearon nuevos espacios de construcción teórica: la cultura, la historia, las sociedades. Pensar el tránsito de la niñez a la vida adulta bajo una mirada teórica distinta a la disciplina médica dio paso a una nueva categoría que permitiría entender esa transición de otra manera, aparece entonces el concepto de juventud.

Rastrear el surgimiento de la noción sobre juventud puede ser poco fructífero, porque al contrario del concepto sobre el sujeto adolescente, la idea sobre el joven no fue utilizada como un periodo del desarrollo humano que implicara una serie de protocolos científicos para su análisis; más bien el interés de estudio sobre dicho término se generó por el uso que se le da al término por sí mismo; es decir, a través de la historia podemos observar discursos que exaltan las virtudes del ser joven; por ejemplo, los argumentos utilizados a partir de 1945 para definir el concepto de juventud giraban en torno a las proyecciones económicas y a la necesidad de fuerzas de reserva para poder, por una parte, insertar a los jóvenes en el sistema de producción, y por otra, proveer de nuevas fuerzas en el conflicto bélico. El discurso que se genera en esos años alrededor del joven enaltece virtudes como el compromiso, la lealtad, la verdad, y su energía, con lo cual se pretendía reconstruir una sociedad sometida a un fuerte desgaste social.

Después de la Segunda Guerra Mundial, la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) conceptualizó de manera oficial una fase de la vida situada entre la adolescencia y la edad adulta: la juventud. Fue a partir de los cambios sociales y económicos producidos por el conflicto bélico, así como por el devenir político, que las instituciones del Estado reconocieron de forma oficial una etapa de transición entre la niñez y la edad adulta; eso fue necesario —e importante— ya que el concepto *adolescente* no daba cuenta de esta transición, sino más bien de una etapa de desarrollo físico y emocional, por la que los sujetos tenían que pasar para poder dar el salto a la juventud.

Se empezó a gestar una producción discursiva que tuvo un gran impacto cultural a través de la literatura, el cine y diversas expresiones artísticas, que comenzaron a cuestionar lo que se decía del ser joven; al mismo

tiempo el Estado trató de formalizar y de legalizar a estos *nuevos* sujetos con sus prácticas discursivas, por lo que se crean una serie de instituciones como *Youth Correction Division*, *Children's Bureau*, el *Committee on Youth Employment*, instituciones creadas entre 1945 y mediados de los sesenta, que tenían como misión delimitar y sostener una idea de la juventud, a la cual habría que encauzar. Pero con el transcurrir del tiempo, los jóvenes se fueron haciendo cada vez más visibles como colectividad y buscaron tener espacios concretos en la construcción de las sociedades.

En México se establecieron organismos y políticas que han posibilitado instaurar una mirada institucional sobre la juventud. En 1941 se inauguró el Departamento de Acción Social juvenil, que en 1947 se transformó en la Dirección de Acción Social; en 1950, el entonces presidente Miguel Alemán creó el Instituto Nacional de la Juventud Mexicana (INJM), es relevante anotar que en el periodo 1970-1976 se redujo la edad —de 21 a 18 años— para que los jóvenes pudieran emitir su voto;¹⁵ por esas fechas el INJM se convirtió en el Instituto Nacional de la Juventud (INJUVE); en 1977 se fundó el Consejo Nacional de Recursos para la Atención de la Juventud (CREA) y a partir de esa fecha se han elaborado algunos programas para brindar atención a la población joven, como el Desarrollo Integral del Adolescente (DIA), para atender a jóvenes de doce a diecinueve años por parte del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF). Con el tiempo el sector juvenil ha tenido mayor presencia en las políticas públicas, a través del actual Instituto Mexicano de la Juventud (IMJUVE) se han impulsado diversas acciones como el Programa Nacional de Juventud (PRO-JUVENTUD) en los años 2002-2006, y el Programa Nacional de Juventud (PRONAJUVE) de 2008 a 2012, y de 2020 a 2024.

¹⁵ Es importante mencionar que en 1970, dos años después de la masacre estudiantil en Tlatelolco (1968), se realizaron reformas a la Ley Electoral de 1951, por ejemplo, se redujo la edad mínima para emitir el voto, de veintinueve a dieciocho años, en un intento gubernamental de recuperar la simpatía del sector juvenil. Véase: *El voto en México*, Los sentimientos de la Nación, Museo legislativo, <www.diputados.gob.mx/cedia/museo/cuadernos/Voto_Mexico.pdf>.

La investigación médica sobre la juventud

Diversos centros académicos y de investigación, entre los que podemos citar además del INJUVE, la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), la Universidad Autónoma Metropolitana (UAM), la Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO) y El Colegio de México (Colmex) han realizado una nutrida labor de investigación sobre la juventud; tratan temas sobre educación y empleo, sexualidad, culturas juveniles, consumo cultural, religión y valores, adicciones, organizaciones juveniles, jóvenes y política o movimientos estudiantiles; a través de sus investigaciones han dado cuenta tanto de las transformaciones del contexto histórico-social y económico sobre la juventud como de algunas problemáticas específicas de este sector de la población. Podemos señalar que no existe una literatura vasta en cuanto al ámbito médico, poco se ha trabajado en este sentido, ya que alrededor de la figura del joven se creó una serie de significaciones sociales que lo han desvinculado como sujeto de la atención médica, aunque esto no sea del todo cierto. La literatura que se encuentra sobre salud y juventud se remite en gran medida a problemas sobre accidentes de tránsito provocados por el abuso de alcohol, adicciones, trastornos emocionales y alimenticios. Hemos detenido nuestra atención en algunos estudios realizados en el campo médico sobre adolescencia porque es importante documentar el tipo de investigaciones que se han producido alrededor de los jóvenes, ya que en general ellos conforman una categoría que ha servido para el análisis de contextos sociales específicos y de quehaceres políticos; existe poco interés sobre los espacios de la salud, se puede pensar indudablemente que los jóvenes, por esta misma condición, son muy saludables y que el campo médico sólo se enfoca en los problemas de salud pública; es decir, en las enfermedades que padece la población en general. En un intento de rastrear el tipo de trabajos que se han registrado al respecto nos encontramos los siguientes estudios.

En el contexto mundial se observan investigaciones que se realizaron en 1969, en Francia, comparan aspectos de salud entre la comunidad vasca en España, Reino Unido, México y Argentina; Leonardo Álvarez Ramírez realizó una investigación titulada “Representaciones sociales de la salud y la

enfermedad: un estudio comparativo entre operadores de la salud y pacientes hospitalizados en Bucaramanga y Floridablanca”, en el que trató de establecer las semejanzas y diferencias en el tema en ambas ciudades. En ese estudio se indagó —según el autor— en tres dimensiones: actitudinal (actitud, valores, emociones), informativa (atribuciones, formas de control) y objetivación-inserción simbólica y social (estereotipos, estilos de vida, formas de cuidado).

Otra de las instituciones que en México —además de los centros de académicos y de investigación ya mencionados— se han ocupado del estudio de los jóvenes y su salud es el Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH/SIDA (CENSIDA). En general, los temas tratados giran alrededor de la salud reproductiva, enfermedades contagiadas por transmisión sexual y problemas de adicciones. Mencionaremos algunas investigaciones: “Conocimientos de estudiantes universitarios sobre mitos de la sexualidad”.¹⁶ Consistió en la aplicación de 190 cuestionarios con veintiún reactivos a estudiantes de distintas carreras como Psicología, Odontología, Pedagogía y Medicina. Se observó que los estudiantes varones obtuvieron una mayor calificación en los reactivos. Únicamente las mujeres de Medicina superaron a sus compañeros en porcentaje de aprobación. La mayoría de las estudiantes de Psicología y Pedagogía obtuvieron calificaciones reprobatorias, con porcentaje mayor en las primeras. Otro estudio: “El consumo de tabaco y alcohol en jóvenes de zonas marginadas de México. Un análisis de decisiones relacionadas” fue elaborado por los investigadores del Instituto Nacional de Salud Pública, en Cuernavaca, Morelos. El objetivo fue identificar los factores económicos y sociodemográficos que influyen en la decisión de los jóvenes de fumar o consumir bebidas alcohólicas. Se empleó una encuesta de evaluación de hogares urbanos (ENCELURB-2002).¹⁷

¹⁶ A. Vallejo Casarín *et al.*, 2001.

¹⁷ J. E. Urquieta *et al.*, 2006. La ENCELURB-2002 es la Encuesta de Evaluación de los Hogares Urbanos y forma parte de las bases de datos utilizadas para la evaluación del Programa de Desarrollo Humano Oportunidades.

El estudio “Prevalencia del *síndrome* metabólico en jóvenes aspirantes a la Universidad Autónoma de San Luis Potosí” fue realizado por la Facultad de Ciencias Químicas y la Facultad de Medicina de esa universidad. Cabe señalar que el síndrome metabólico se define como un conjunto de parámetros anormales como son presión arterial elevada, hiperglucemia, sobrepeso u obesidad, resistencia a la insulina, y su presencia puede desencadenar enfermedades crónico-degenerativas como diabetes o cáncer, y provocar ataques al corazón. Para este estudio se empleó una muestra de 8 376 jóvenes (3 923 hombres y 4 453 mujeres) entre los dieciseis y los treinta y nueve años. A los participantes les tomaron datos antropométricos (edad, peso, talla, presión arterial) y se determinó que, de acuerdo con criterios de la Organización Mundial de la Salud (OMS), 13.8% de ellos presentaron síndrome metabólico.¹⁸

Esta pequeña muestra de investigaciones se puede considerar representativa de los trabajos que se generan alrededor del tema de los jóvenes y su salud. No existe una reflexión en cuanto a los distintos procesos de salud/enfermedad/atención/cuidado en los grupos juveniles. Es importante también mencionar que desde la perspectiva de los adultos sobre lo que debería ser en función de la economía y el mercado se establecen políticas públicas que son totalmente ajenas a los problemas de la juventud actual en nuestro país.

Juventud-Universidad y salud

El espacio universitario y la relación juventud-salud son terrenos de investigación poco trabajados, ya que se piensa que los jóvenes estudiantes ocupan un lugar privilegiado por el solo hecho de recibir educación superior y, en efecto, constituyen un grupo minoritario. Para tener una idea, en 2019 solicitaron examen de admisión a la UAM 82 804 jóvenes (100%), de los

¹⁸ E. Monreal Escalante *et al.*, 2009, s.p.

cuales fueron admitidos 13 513 (16.3%) y no admitidos 69 291 (83.7%). En el caso de la Unidad Xochimilco, el número de aspirantes fue de 38 362 (100%), se admitieron 4 490 (11.7%) y se rechazaron 33 872 (88.3%).¹⁹

Ante estas cifras, podemos pensar que el ingreso de los jóvenes a la universidad está condicionado por sus aptitudes para el estudio, que constituyen un grupo privilegiado y que como tal deberían tener las mejores condiciones de vida para cumplir con sus deberes estudiantiles. Lo cierto es que en la actualidad la universidad ya no es un espacio de preeminencia, muchos de los jóvenes que ingresan a las instituciones de educación superior tienen que trabajar para poder costearse los estudios, algunos otros se casan pero deciden seguir estudiando, y gran parte en efecto solamente estudian. La población estudiantil universitaria supone una gama enorme de historias y de producciones de sentido alrededor de su tránsito por las diversas instituciones de educación superior.

Por ser considerado un grupo privilegiado no existe una gama amplia de estudios al respecto, pero podemos hacer mención de los trabajos realizados por investigadores como Adrián de Garay, Miguel Ángel Casillas y Hugo Aboites, entre otros, quienes han revisado el tema desde la perspectiva sociológica y de las políticas de educación; sin duda, hacen aportaciones valiosas y abren la discusión sobre diversos puntos de interés.

El ámbito universitario supone un intercambio de saberes académicos y sociales, de esta manera se entretienen subjetividades y se desarrolla una forma de ser del estudiante, por lo que al ingresar a la educación superior los sujetos van perfilando hábitos y estrategias de supervivencia; muchas veces reparten su tiempo entre su trabajo, su vida familiar, la escuela, sus amigos y aficiones; así van adquiriendo formas de pensar y vivir en el espacio universitario. Ahí se entretienen vínculos, se conciben utopías, se resignifica el saber familiar, se instituye una nueva manera de conocer que indudablemente pasa por la experiencia, es en la universidad donde surgen para los jóvenes nuevos mundos y horizontes. De forma paralela se vive el mundo exterior, las políticas mercantiles, la violencia, el ritmo de vida indudablemente permea en estas instituciones del saber académico.

¹⁹ Informes anuales del Rector General, 2019.

En el espacio universitario convergen o se crean las significaciones imaginarias sociales que se traducen en el hacer-saber de los jóvenes. En este sentido existe nuestro interés por conocer cómo viven los procesos de salud/enfermedad/atención. Pensar en el binomio salud-juventud nos obliga necesariamente a indagar las formas en que los jóvenes viven su salud desde sus propias necesidades y contextos sociales, a conocer más sobre las producciones de sentido alrededor de la salud que se crean en el espacio universitario-juvenil; eso nos permitirá un acercamiento a sus significaciones imaginarias sociales sobre la salud. Para tener acceso a las diversas producciones de sentido fue necesario buscar y compartir espacios de reflexión de los jóvenes universitarios. Para ello se convocó a estudiantes de la Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco (UAM-X); en total se formaron seis grupos entre ocho y quince personas, con ello se trabajó en la modalidad de grupos de reflexión.

Construcción de estrategias metodológicas

Se han referido aquí algunos elementos teóricos que desde la psicología social son indispensables para pensar las formas de intervención; planear y establecer una estrategia metodológica supone una referencia constante a la pregunta de investigación, la cual si recordamos se centra en elucidar las significaciones imaginarias sociales de la salud que se erigen a partir de la condición juvenil; es decir ¿cuáles son esas significaciones?

Para dar respuesta al planteamiento fue necesario realizar un trabajo de investigación documental y archivo para recomponer la génesis social y teórica del concepto de salud; eso nos ayudó a comprender cómo se ha edificado lo que hemos llamado la institución de la salud. Una vez realizado este primer momento de la investigación fue necesario planear una forma de intervención que diera cuenta de las significaciones imaginarias sociales sobre la salud en los jóvenes. Para tal propósito se determinó un dispositivo grupal, con la premisa de reflexionar sobre diversos temas alrededor de la salud; de eso resultó una producción discursiva que fue material para el análisis.

Se debe hacer mención de que el interés de la psicología social que nos impulsa tiene como referentes inmediatos el estudio de las instituciones y de los grupos; es alrededor de este vínculo que me gustaría explicitar la manera en que se pensó el espacio de intervención. Las construcciones de estrategias metodológicas suponen —como ya se mencionó— una serie de elementos por considerar: contexto social, cultural, histórico y además el análisis de las implicaciones. En este sentido, para poder explicitar un terreno de intervención es necesario establecer un encuadre y un dispositivo de intervención.

En términos generales, se entiende por encuadre una forma de organizar la intervención, lo cual supone un acuerdo entre las partes; es decir, establecer distintos lineamientos que permitirán el desarrollo de la intervención; se puede acordar la hora de inicio, el tiempo que durará cada sesión, el número de éstas y la modalidad de trabajo. Ahora bien, pensando en el proceso de intervención como un continuo inacabado, es importante definir cuáles pueden ser los elementos de análisis; en este sentido, el encuadre va más allá de ser una forma de organización que permite la articulación y la regulación del dispositivo: “el encuadre es propiamente lo instituido, mientras que los dispositivos comprenden lo instituido, lo instituyente y la institucionalización”.²⁰

Ahora bien, “todo dispositivo es histórico, procesual y constructor de efectos y formaciones del campo institucional y grupal”;²¹ supone una serie de producciones de sentido que se origina en un proceso continuo. En el dispositivo de intervención se entretene una serie de experiencias colectivas y se encarna la posibilidad del saber; es un ámbito cruzado todo el tiempo por los vínculos, el hacer institucional, en el cual se pone en juego el esquema referencial de los sujetos, “conjunto de experiencias, conocimientos y afectos con los que el individuo piensa y actúa”.²²

Tanto el encuadre como el dispositivo son espacios de producción discursiva y por tanto de análisis para nuestra investigación. Ya mencionamos

²⁰ J. Rodríguez Nebot, 1995, p. 138.

²¹ J. Rodríguez Nebot, 1995, p. 138.

²² E. Pichon-Rivière, 1971, p. 151.

que se trabajó con la modalidad de grupo de reflexión, por lo cual se debe precisar de qué forma se entiende dicho dispositivo. Entendemos el grupo como un campo de apertura, ahí el material colectivo se produce a través de los distintos referentes institucionales que lo componen; por lo tanto, el grupo es un espacio abierto, de intercambio, de cuestionamiento, de negociación constante que permite distintos niveles de interrogación de la institución que lo contiene; en este sentido, es importante mencionar que tanto el encuadre como el dispositivo grupal pueden ser cuestionados y cambiados a partir de las negociaciones con los participantes.²³

Realizar estas precisiones nos permite explicitar cómo hemos armado nuestra estrategia de intervención. En un primer momento se acordó con estudiantes de la licenciatura en Psicología, de la UAM-X, formar un grupo de reflexión con la consigna de trabajar sobre su experiencia cotidiana en relación con su salud.

Estas sesiones grupales se llevaron a cabo tres veces con cada grupo formado, con una duración de aproximadamente dos horas. En total, se integraron seis grupos en un lapso de dos años. Se obtuvieron aproximadamente cuarenta horas de grabación, se transcribieron y se convirtieron en un texto con posibilidad de ser analizado. A través de múltiples lecturas al material de dichas entrevistas se fueron visibilizando distintos referentes que dieron paso a la construcción de nuestras categorías.²⁴

Ahora bien, en lo que respecta a las categorías de análisis se estructuraron a partir del discurso producido mediante nuestro dispositivo, fueron apareciendo como áreas de reflexión recurrentes. De esta manera se establecieron las siguientes categorías: *el diario hacer, vida cotidiana; la enfermedad y la medicalización de los cuerpos; los espacios de negatricidad y resistencia, y las formas de significar la salud*. Es importante mencionar que las categorías planteadas para trabajar en el análisis fueron discutidas y definidas conjuntamente con los grupos con los que se trabajó, lo que sirvió para establecer desde la voz propia de los jóvenes áreas de discusión concretas sobre las formas en que viven y significan su salud.

²³ Véase R. Manero, 1990; en este artículo se trabajan de manera extensa estos planteamientos.

²⁴ Véanse los trabajos de Margarita Baz, 1994a y 1994b.

Las reflexiones que se presentan a continuación son una pequeña parte de un discurso más amplio, ya que el tema juventud-universidad-salud está relacionado con múltiples instituciones: familiar, escolar, religiosa, también con los medios de comunicación. Con el fin de dar cuenta de las formas en que los jóvenes significan y viven su salud nos pareció importante ordenar la información conforme a las categorías mencionadas. Presentamos enseguida los hallazgos y las reflexiones sobre las significaciones imaginarias sociales en torno a la salud de los jóvenes universitarios.

Los hallazgos

Es importante recordar que las categorías señaladas fueron discutidas con los estudiantes dentro del dispositivo grupal, que permitió visibilizar espacios concretos de reflexión de los jóvenes en su hacer cotidiano sobre su salud, hecho que favoreció el proceso de investigación.

Respecto al material discursivo, se pretende que a partir de estos recortes y señalamientos del discurso de los jóvenes se comprendan los múltiples atravesamientos institucionales que han conformado la manera en que viven, hacen y estructuran sus referentes sobre salud; si bien el día a día, los cuerpos, las medicinas y los espacios de negatividad integran algunos de estos referentes, existen muchos otros que también les permiten construir significaciones sobre la salud, esta pequeña muestra sólo da cuenta de la riqueza de producción de sentido que los jóvenes elaboran sobre un tema de investigación específico. Es necesario abrir espacios de reflexión que les permitan interrogar sus experiencias cotidianas y comprender la importancia de gestar procesos de autonomía, con lo que adquirirán una actitud constante de interrogación sobre su hacer-ser como sujetos, tanto en su salud como en todos los otros espacios de su vida diaria.

El diario hacer, vida cotidiana

Indagar sobre los espacios de la vida cotidiana posibilita conocer los diversos atravesamientos que configuran la subjetividad de los jóvenes universitarios. “El espacio de la vida cotidiana es una categoría de análisis que se define como un espacio de construcción y atravesamiento donde el hombre va conformando la subjetividad y la identidad social”.²⁵ Es en este diario-hacer que los jóvenes resignifican y crean nuevas significaciones imaginarias que dan sustento a su entorno. El quehacer universitario supone mucho más que solamente la obtención de buenas calificaciones, la universidad en tanto institución escolar forma y estructura en los jóvenes distintas miradas y maneras de entender el mundo.

El diario-hacer juvenil se compone de múltiples actividades, todas ligadas a su presencia en la universidad. Como ya se ha mencionado, los jóvenes no constituyen un grupo homogéneo, por lo tanto encontramos una variedad del estatus universitario; por ejemplo, un porcentaje alto de ellos tiene que trabajar y su tiempo se distribuye entre su trabajo y el cumplimiento de sus tareas escolares; algunas jóvenes ya son madres y obligadamente reparten su tiempo entre el cuidado de los hijos y sus tareas universitarias; muchos emplean tres horas para llegar a la escuela y tres más para regresar a casa; abundan los que en su casa no tienen los insumos necesarios para realizar sus tareas y/o no cuentan con recursos económicos para los diversos requerimientos escolares (libros, computadora, internet); también encontramos a los jóvenes que sólo estudian, que tienen una vida académica relativamente tranquila, sin presiones económicas. En fin, el ámbito universitario es diverso, disperso, entusiasta, contestatario, sumiso, alegre, triste, sorprendente. A continuación se muestran algunos fragmentos de las transcripciones, seleccionados temáticamente.

El día a día de estos jóvenes comienza o termina muy temprano, ya que algunos de ellos tienen trabajos nocturnos; cuando se les pregunta cómo es un día en su vida pueden responder de forma esquemática: levantarse temprano, ir a trabajar, llegar a la escuela, regresar a sus casas. Pero en el trans-

²⁵ G. Castro, 2005, pp. 7-24.

curso de estas actividades existe una postura en relación consigo, el ritmo de vida, las exigencias laborales determinan si comen adecuadamente, si hacen ejercicio o si viven sin estrés, condiciones que tienen entendido que los llevan a tener o no buena salud:

También, este... pero mi realidad es otra y la de varios que estamos aquí, porque en esta ciudad tan atareada... tan acelerada con el ritmo de vida que llevamos... yo creo que en lo que menos me puedo preocupar yo es en... por así decirlo, en mi salud, o sea yo trabajo y estoy estudiando, y lo último que me pasa por la mente es alimentarme bien, o sea yo escucho en reportajes, en todo eso, que... para tener un estilo de vida, más saludable... es comer cinco veces al día ¿no?, un desayuno, una merienda, un almuerzo, no sé qué... y la verdad es que desayuno medio bien en las mañanas, hago una comida fuerte en las tardes, a la hora que me alcance, en donde me agarre, y en la noche sólo tomé un café, y así me la llevo durante toda la semana, y ya en los fines de semana como que más puedo medio estabilizarme, pero la verdad como que no es tanto, también esto de hacer ejercicio también es una manera de mantenerte saludable, pero todo el día estoy afuera, básicamente mi casa me sirve para dormirme y pues no... pues es difícil llevar este estilo de vida que nos manejan, en mi caso como lo digo, por tiempo y otra por dinero, no soy saludable, estoy en la carrera y yo creo que hasta que termine no voy a ser saludable.²⁶

Parece que ser saludable es una condición de tiempo, no de vida; se debe tener tiempo y dinero para poder acceder a una vida saludable, pero estas situaciones no ocurren para la mayoría de estos jóvenes. Encontramos que las madres jóvenes universitarias construyen otras significaciones de ser saludables para el otro, para los hijos. El cuidado a los hijos y las labores propias de la casa son elementos que cruzan constantemente su hacer universitario; es interesante, ya que asumen que el otro, en este caso sus hijos, debe tener condiciones óptimas, y ellas no se asumen como sujetos que merezcan los mismos cuidados o por lo menos parecidos:

Pues yo me levanto, pongo el despertador a las 6:15, pero me despierto a las 6:30, tengo mi margen de esos quince minutos; siempre me levanto, hago mi

²⁶ Éste y todos los siguientes testimonios provienen de entrevistas realizadas en grupos de reflexión a estudiantes de la UAM-X.

cama, e inevitablemente le hablo a los niños para que se levanten para ir a la escuela; ya tengo mi rutina: bajo a prender la lavadora, vuelvo a subir para decirles que ya se levanten, me bajo, les doy de desayunar; yo sé que en la mañana no les da hambre, pero no los dejo salir sin que mínimo no se vayan sin tomar un vaso de leche y les pongo algo para que coman en el recreo; yo puedo guisar muy temprano, yo no los llevo, su papá pasa por ellos y yo ya estoy guisando la comida del día, siempre trato de que incluya vegetal, a veces por tiempo tengo mucha prisa y compro lo que hay o lo que caiga pero siempre trato de guisar cosas... que compro el jitomate, las calabazas, el arroz o sea todo lo preparo, eh... una vez que está la comida, subo, mmm... cuando estoy en clases no puedo hacer ejercicio, yo practico algo que se llama *sersebridad* pero sólo hago la serie larga, que me lleva de diez a quince minutos, algo así como yoga y tai chi; después me meto a bañar y me bajo a desayunar, eh... esto es alrededor de las 9:30; generalmente el desayuno siempre es café, no puedo vivir sin café (risas), pero a veces si sobró algo de la comida anterior pues como eso, pero si no pues me hago unas quesadillas de queso con un poco de nopales o algo así y desayuno; ocasionalmente sólo quiero comer carbohidratos, me como un pan y mi café, eso es lo que hago; voy por los niños, regreso un ratito y comemos; después de comer me vengo para acá, y siempre traigo un sándwich, porque en el camino ya me da hambre, y cuando llego de clase preparo lo de la casa y pues llego a dormir.

Existen también los jóvenes vinculados a las prácticas deportivas; en general son una minoría y se dedican a estas actividades gracias a que han encontrado una forma de subsistir en ellas:

Bueno, yo me levanto, depende de cómo este organizado mi día, porque yo... este... depende de muchas cosas, pero principalmente yo me levanto de tres a seis de la mañana, desayuno avena con este... bueno desayuno, y después me voy al gimnasio; hago cuarenta, cuarenta y cinco minutos de pesas, y hago una hora de cardio, este, acabo y depende de si tengo trabajo u otra cosa... bueno, es que yo soy muy cuidadoso en las comidas, bueno más que nada en los horarios; yo trabajo en el área deportiva de la salud, entonces este... no trabajo directamente en una institución, pero por fuera tengo gente que me paga para que los entrene; les doy un entrenamiento nutricional, bueno, nutricional y entrenamiento, es lo que yo hago; entonces para mi es importante cuidar la salud desde estos aspectos; bueno, pero volviendo a los horarios yo como alrededor de las tres o cuatro de la tarde; cinco o seis, ya como algo más pesado,

y ya en la noche como fruta o algo así, y los demás, que no sean deportistas (risas), pues yo también tengo horario de comida, en la mañana, en la tarde y en la noche (risas).

La actividad cotidiana implica un ritmo de vida que se estructura sin un reconocimiento de su bienestar físico; existe un saber sobre ser saludable en función de lo que se dice, ya sea en los medios de comunicación o se platica en la casa, pero su realidad se origina en otras necesidades de sobrevivencia: ¿cómo hacer media hora de ejercicio, comer en horarios definidos, tomar agua, no desvelarse? si las instituciones que atraviesan el espacio de la vida diaria exigen parámetros alejados de aquello que se plantearía como lo saludable:

Yo me levanto al veinte para las cinco y de ahí me voy a trabajar; a veces no me da tiempo de hacer nada; antes jugaba basquetbol; este... ya voy a trabajar, después llego a las tres de la tarde, y como lo que haya, pues mi papá y mi mamá también van a trabajar; mi mamá tiene que hacer de comer en la noche para que haya algo, y pues como, ya me voy a la escuela y ya regreso, y me muero (risas).

Estos espacios de la vida cotidiana: el trabajo, el cuidado de la casa y los niños, incluso la práctica de alguna disciplina deportiva, entre muchas otras actividades, van construyendo junto con el ámbito universitario las significaciones imaginarias sociales sobre la salud.

La enfermedad y la medicalización de los cuerpos

En términos generales, los estudiantes universitarios tienen una condición juvenil, ya que sus edades fluctúan entre los dieciocho y los treinta años. Esto es relevante porque a partir de su condición física se construyen procesos de significación distintos de personas con mayor edad. Si bien la condición juvenil se asocia en su connotación positiva con lo bueno, lo saludable, lo alegre, los jóvenes no comparten estos referentes. Es importante observar que a aquello denominado *lo joven* se le ha otorgado un valor por lo que representa en el mundo “moderno”. La sociedad actual

ha establecido que la condición de lo joven o lo juvenil es un bien que se debe atesorar y no una etapa de experiencias y aprendizajes; estas significaciones en torno a los jóvenes estructuran en ellos diversos procesos de simbolización sobre su condición juvenil, sus cuerpos, la manera en que atienden las enfermedades:

No manches, esto si te duele un buen, pensar esto de que yo se lo he dicho a mi familia; el cumpleaños que vino a cambiar mi vida no fue ni los quince ni los dieciocho; para mí los veinte fue así de ¡ya valió! (risas, ya valió); es que sí, no manches, todavía cuando tenía diecinueve decía ¡ay, no, todavía tengo un chingo de tiempo! es impresionante ver como unas horas cambiaron toda mi vida ¿no?, de tener un dígito uno a un dígito dos, en mi edad cambió totalmente mi perspectiva de la vida y yo lo he dicho a mis veintitrés años, es que ya estoy vieja ¿no? y es bien, bien raro, porque también es una cuestión cultural, o sea, o ¿no han escuchado cuando, por ejemplo, le dices a alguien no tienes frío? y te dicen: yo no porque estoy joven; entonces tú agarras y dices ¡en la madre! entonces no tengo que tener frío ¿no? y pasa lo mismo con la enfermedad ¿no? porque sí es cierto, a los veintitrés años yo... bueno, igual me estoy viajando seguramente, pero que pasaría que a mí mañana, pues voy al cardiólogo y me dice pues tienes tal cosa, y te vas a morir en diez días; ¿qué pasa con tu vida, no? ¿qué pasa? o sea, igual te vas a morir en diez días, pero sin enterarte, pero yo creo que ese miedo a envejecer si está bien cañón.

Hay otra situación que... muchos hablan de la crisis de los treinta, de la crisis de los cuarenta, yo por lo menos ahorita a mis veinticinco años siento que tengo una crisis de la edad; me pregunto ¿qué he hecho de mi vida? y no he hecho nada, bueno, si me salgo un poco de mí, sí he hecho muchas cosas, pero quiero hacer más cosas; entonces yo sí ahorita siento que tengo una crisis de la edad, igual es una jalada, pero sí lo acepto, tengo una crisis de la edad (risas).

Pues sí, de la gastritis, en la secundaria la sufrí, y ahorita de lo que la sufrí es del reflujo, pero son situaciones que siento en el momento; yo soy consciente de que tengo que ir al doctor, ya me he querido hacer un estudio completo, porque mi cuerpo me lo pide, pero no lo he hecho; una, por tiempo y la otra, yo creo que para mí es cierto que siento que es una debilidad; mi egocentrismo no me permite llegar a esas situaciones que me van a decir ah, sí estas enfermo, no hagas esto, no hagas el otro; digo, yo vivo en un estrés constante, no me acuerdo cuando fue que dejé de estar estresado, inclusive yo ya busco el hecho de estar estresado; cuando voy de vacaciones, prefiero manejar trece horas, porque sé que voy a ir estresado o me voy a estresar, pero también sé que lo voy a disfrutar más.

El estrés es un factor que, a decir de los jóvenes, les provoca *algún tipo de molestia física*. Viven estresados debido a sus actividades en la escuela, al ritmo de vida tan acelerado y a la planeación de esta ciudad, ya que las distancias son largas y el transporte es ineficiente. Los jóvenes universitarios —preocupados más por su hacer cotidiano— dejan pasar los síntomas que en algún momento su cuerpo muestra. El registro de la enfermedad y del cuerpo se estructura a través de la funcionalidad que pueden tener ante ciertas situaciones o en el desempeño de sus tareas:

Yo digo que tiene que ver con el ambiente en el que estamos, o sea, creo que el estrés ya se volvió parte de nosotros; yo, por ejemplo, ya no me puedo ver sin estrés, como dice mi marido, a lo mejor ya inconscientemente lo buscas, bueno, no es que lo busques, es que ya es parte de tu cotidianidad, o sea, ya es algo que tienes.

Cierto tipo de enfermedades se entienden como una situación pasajera, controlable, siempre y cuando no exista ningún síntoma agudo de dolor:

Yo casi no me enfermo, me llegan a dar un catarro, algún dolor de estómago, o sea sí, cosas muy transitorias... ieeeeehhh! de todo el tiempo que llevo en la UAM solamente dos veces he faltado por enfermedad; una vez sí tenía una infeccionzota de garganta, y apenas el trimestre pasado tuve que faltar el sábado al inglés, porque tenía un dolor que me tuvo hospitalizada toda la noche; también era por una bacteria en el estómago, pero son cosas muy transitorias, o sea, que yo sí podría decir que soy saludable.

Y también, con el transcurso del tiempo, llegar a edades adultas significa para estos jóvenes estar enfermos:

Con respecto a lo que decía de que... yo sí lo he llegado a decir, de que no quiero llegar a viejo, porque pues, es relativo, o como que es un sinónimo de enfermedad; hasta se lo he dicho a mis papás: es que me duele la cabeza, y me dicen es que ya estas viejo; si tengo frío, luego me dicen pues si ya estás viejo; cómo no!; entonces yo digo, yo no puedo sentir eso porque no estoy viejo; bueno, al menos yo así lo creo; insisto, esta cuestión de la salud tiene que ver con la cuestión de ser joven o no serlo... ¡no sé!

El estar enfermo no es una condición que amerite cancelar o atrasar las actividades de la vida académica, se tiene salud en tanto se pueda funcionar:

Igual de algo me voy a morir, pero también es la cuestión que agarras y dices ¡ay! es que... bueno, otras de las enfermedades que tengo... es que tengo mal los riñones porque no tomo agua; entonces haz de cuenta que de repente me empiezan a doler, y yo sé que si tomo agua pues ya, no pasa nada ¿no? Y yo digo que es igual con la taquicardia, me da en momentos de estrés; entonces agarro y me tranquilizo y respiro (respira) y se me quita (se ríe) entonces yo digo que sí, en mi caso sí es por miedo.

El uso de las medicinas es también parte del diario acontecer; es común que los jóvenes usen de forma indiscriminada ciertos medicamentos, los cuales sirven como paliativo. Se automedican para tener mejor rendimiento físico, para quitarse el dolor y no ir al doctor, para alcanzar los cuerpos ideales, para sentirse *jóvenes*. El cuerpo es visible si duele, se debe de atender si imposibilita la capacidad de movimiento:

Bueno, pues, por ejemplo, en mi caso mi estilo de vida es, yo digo que es muy acelerado... muchas veces por ello no tengo tiempo para ir al doctor, entonces sí, en este, en este pues... a veces cuando me siento mal, pues sí hago uso de medicinas comerciales y que te venden en las farmacias sin necesidad de una receta, como son pues, las aspirinas, generalmente son esas ¿no? Cualquier pastillita de paracetamol para el dolor, que te quita el dolor de cabeza, que si ya te duelen los pies, que si te sientes cansada, pues con esa ¿no? Y este... pero así como que de abusar, no, porque tampoco exagero; si ya de plano me siento muy mal, es como ya me voy a tomar la medicina, pero si no pues... como que me hago tonta de que no me siento mal.

¿Pero qué es sentirse muy mal?

Pues no sé, ya de plano es cuando no... es que es un momento en que tu mismo organismo ya te pide una pastilla ¿por qué? porque ya es muy intenso; por ejemplo, el dolor de cabeza, que es el más recurrente ¿no?... hay veces que me puedo dormir con dolor de cabeza y a lo mejor se me quita cuando me duermo; pero hay veces en que no, me tengo que despertar en la noche y me tengo que levantar a tomar un analgésico; entonces sí, te digo, no sé, yo siento que el mismo cuerpo reacciona al padecimiento ¿no? si es muy intenso, pues el mismo cuerpo como que te lo pide; no sabría explicarlo, pero sí es algo así.

Al ingresar a la Universidad Autónoma Metropolitana, los alumnos tienen derecho a la seguridad social, sólo deben realizar los trámites correspondientes para poder recibir los servicios de salud. Está garantizado su acceso a dicha seguridad; sin embargo, pocos son los estudiantes que la utilizan, ya que ellos refieren que *no tienen tiempo de enfermarse*:

Desafortunadamente, no tenemos tiempo para enfermarnos; digo, para mí una enfermedad es una pérdida de tiempo; digo: lo siento, querido, te quiero mucho, pero tampoco te puedo dedicar tanto, tengo otras cosas qué hacer (se refiere a su cuerpo).

Pues yo, de las que me acuerdo que he tenido desde que entré a la escuela y el trabajo, pues es el estrés; soy muy delicado del estómago, me enfermo de diarrea demasiado, pero últimamente he tenido una molestia en mi pie derecho, que ya al caminar, digo... no es algo que me torture, pero si es algo que tampoco me deja en paz, y esto si ya tiene un mes que me empezó a dar y todo, y... no he ido al doctor porque no tengo tiempo, no me da el tiempo; y no puedo pagar, obviamente, un particular; entonces yo creo que me tengo que aguantar un rato.

Además, es necesario hacer notar que creen recibir un mal trato en las instituciones de salud, por su condición juvenil; reconocen que no existe personal suficiente en el sector salud para ser atendidos; estas son condiciones que influyen para que no traten sus enfermedades en estos espacios hospitalarios:

A mí me tenían que internar el año pasado, me tenían que internar, pero no me podían atender en ese momento porque era el cambio de turno (¡aahh, sí!) o sea, yo tirada en el piso de que no me podía levantar por el dolor, y todavía, llega una enfermera, me pega con el pie y me dice: no puede estar ahí (risas) y yo... ¡no me pegue, babosa! O sea, de eso de que estas así, así, así y te vas al piso, y no puedes estar ahí (levántate, vago), y dices: Dios, no... y no me pudieron atender hasta después de una hora, porque estaba el cambio de turno y no llegaban las enfermeras. Oye, pero llevo aquí una hora... sí, pero es que las enfermeras no han llegado todavía.

Yo sí me he puesto a pensar en dos cosas; una, es muy cierto que las instituciones no tienen, no cuentan con el personal, no sé, son muchos los que trabajan ahí, pero aun así no alcanza para atender a tantas personas, pero la otra es... o sea, su trato ¿por qué se tienen que portar tan prepotentes o tan groseros?

Los espacios de negatividad y resistencia

Las construcciones imaginarias sociales de la salud en los jóvenes se van dando a partir de las distintas producciones de sentido en espacios tanto externos como internos de la universidad. La salud para los jóvenes existe en tanto se vea, se funcione, se materialice en los cuerpos. Encontramos que para ellos la salud es invisible y sólo se hace presente cuando existe un proceso de enfermedad, y además adquiere un sentido comercial, funcional y de moda:

No bueno... de entrada... lo que me venden los medios ¿no?, esta forma de alimentarte, de cuidarte, de no estar con sobrepeso, de cierta manera salud mental.

Yo creo que la salud está íntegra, es decir, es un bienestar corporal, porque a una no le duele nada, es decir, una puede caminar, puede comer o hacer lo que le guste, lo que quiere... yo lo traduzco en un bienestar general, es decir, sentirse contento, satisfecho por lo que uno está haciendo, porque a lo mejor uno físicamente, biológicamente está bien, pero se siente desgraciado, ese es el cimientito... es decir, yo conjuntaría los dos, lo emocional con lo físico, para sentirme saludable.

Yo creo que la sociedad vive la salud más bien por moda que por conciencia o algo así, porque de hecho hay como épocas, hubo una época como de pura anorexia: no, es que deben de comer bien; todo el mundo se enfermó de anorexia y bulimia, después como que pasó eso y vino la eh... obesidad: no, es que la obesidad; y todos, como que olvidas todo lo demás de salud y te enfocas en que salud es no estar gordo, o te enfocas en que salud es no tener SIDA, o te enfocas en que salud es lo que están diciendo los medios de comunicación.

Entonces es funcional, no sé dónde escuché, ahorita, que estaban diciendo, me acordé de lo que se dijo, nosotros tomamos como salud a alguien que tiene dos piernas, dos brazos, o sea, a alguien que le falte una pierna o un brazo ya no le vemos tan saludable, porque ya no entra dentro de lo normal, ya no es funcional a lo normal; no sé, eso es lo que se me vino; estamos inculcados a una salud funcional, mientras seas funcional estás bien; o sea, aunque tengas treinta y siete o treinta y nueve grados de temperatura, pero sigues siendo funcional, te dices: estoy bien, sólo tengo una gripita y uno no se toma tan en serio el tener fiebre.

En los ámbitos de la vida cotidiana, del hacer universitario, los jóvenes tienen momentos de negatricidad y resistencia, en los que se trata de desarmar toda la estructura institucional sobre la salud; parece ser que todo lo que se dice que es incorrecto para la salud es lo que se hace, se actúa, los procesos de salud/enfermedad/atención/cuidado se plantean fuera del deber ser:

Mi estilo de vida es pésimo, pésima cuestión de mi mala alimentación, mis antecedentes, obviamente, genéticamente, estoy en tendencia de tener o ser diabético; tengo la mayor probabilidad de enfermarme y de tener esa enfermedad digamos; aunado a eso, mi estilo de vida prácticamente es un riesgo enorme, aunado con mi, ¡que no veo nada! Así como que, yo sigo igual, que no acepto o no quiero ver la realidad de que estoy a punto, estoy; se supone que debería prever, prevenir, no lo hago; entonces yo sumamente estoy en riesgo; creo que es un riesgo voluntario, porque si realmente fuera espantoso y yo me diera cuenta de la realidad o me diera cuenta de la gravedad, creo que tomaría en cuenta cosas para prevenirlo, obviamente; pero no, a los riesgos creo que los estoy tomando como no riesgos; o sea, como si fuera algo banal o superficial, o que me puede pasar de uno en un millón de probabilidades; entonces no asumo el riesgo, o sea, está el riesgo presente, no; pero yo, o sea, me hago el de la vista gorda, no veo nada; te digo, mi estilo de vida es fatal; o sea, estoy pésimo, me enfermo últimamente del estómago, se supone que mi mamá me dijo que fuera hace dos trimestres al médico y han pasado dos trimestres y no he ido.

La salud se hace presente de la manera en que se ha ido enseñando en las instituciones, se niega el proyecto sobre el ser saludable; la salud se hace visible si existe dolor, se crea un miedo a enfrentar la enfermedad, no existe la salud como un plan de vida; en cambio, existe la enfermedad como condición natural de los estilos de vida:

Yo estoy dejando de fumar, porque me empezó a doler el pecho, y ya me sofoco más; entonces, me empezó a dar miedo ¿no? qué tal si entonces tengo cáncer o no sé, yo ya me empecé a perjudicar, a sugestionar, porque ya tiene mucho tiempo que estoy fumando y ya no es lo mismo; ya me di cuenta que era algo que ya necesitaba y dije pues tengo que armarme de valor, y de ahora en adelante ya no voy a fumar, me está costando mucho trabajo y sí veo cambios, pero sí tengo el miedo de que si me voy hacer un estudio de pulmones y a lo mejor sale que tengo algo ¿no?

Se tiene un conocimiento sobre las *maneras adecuadas* de conservarse saludable, pero no están presentes en la vida cotidiana, no se incorporan en su hacer-saber de todos los días, aquello que no deben de comer, o que tienen que comer, hacer ejercicio, dormir ocho horas, es un discurso que no tiene significado alguno en su cotidianidad:

Yo no tengo nada planeado, todo lo que hago... no me da tiempo de desayunar, a veces sí y a veces no; me levanto en la mañana, a las seis, me baño, me salgo a trabajar y regreso a las once de la noche, y ya; entonces, pues... no tomo agua, me gustan muchos los tacos, si me encuentro un puesto de tacos los como; ahorita como mejor gracias a mi suegra, pero es porque ella me hace de comer, pero si fuera por mí pues me encuentro un puesto y como no sé... agua, ahora sí tomo dos litros diario, porque me acabo de enfermar de los riñones muy feo, me espanté, porque a mi mamá la operaron de los riñones y casi se muere, agua tomo mucha, pero también tomo mucha coca; no sé, soy un relajo con mi vida.

Pero hay veces que sí te enfermas y que, bueno, en mi caso no me gusta ir al hospital; y apenas tuve que regresar al ginecólogo por muchas cosas ¿no?, pero sí sabes que no debes de... que tienes que cuidarte, pero de pronto se te olvida, o sea ya estás bien, ya puedes hacer todo y te vale, y dices ¡ah! pues ya estoy bien, ya no me duele, puedo beber una tacita de café, por ejemplo; o sea, a veces dices pues qué tiene, pues nada más es una, nada, hasta que te vuelve a doler igual de gacho dices ya no vuelvo a comer de eso.

A veces hago, yo sé que está muy mal, pero hago una comida al día, este... a veces hago una, pero es como si comiera cuatro veces al día, me acuerdo que yo viví en Xochimilco, estuve como un mes, que yo llegaba de la escuela y en la esquina había una taquería, me echaba doce tacos, ya a los tres días los señores ni me preguntaban que quería (risas).

¿Es lo que comías en todo el día, los doce tacos?

Sí, a veces, cuando me tocaban asesorías, pues me iba a comer tacos, todo el día comía eso; y por decir, mi papá padece de diabetes y me vale madres, no hago conciencia y este... la verdad sí sé que mi papa es diabético, ya lleva como dos años, ya sé lo que me puede pasar y hago como que no existe y... bueno, pues a veces... o vivo con mis dos compañeros, cada quien come lo que quiere, lo que puede; yo como en el mercado, nadie conoce a la señora como yo, y pues mi cuarto es para dormir, cuando no tengo dinero, pues voy por chocolates, un gansito, un negrito y pues esponjan; y pues ya hace como quince días

me dijeron que ya está haciendo repercusión en mí... ando, así como... (risas) como problemas de gastritis... ahorita se supone que voy a cambiar, me dijeron que tengo que hacer cuatro, cinco comidas al día, pero sólo lo hice unos días, pero ya no.

Las formas de significar la salud

Al preguntar cómo entienden la salud los jóvenes universitarios, nos encontramos con múltiples miradas y saberes que construyen producciones de sentido que permiten significarla —y por consecuencia vivirla—; hallamos que la salud es un discurso, es mercancía, es propaganda, es moda:

Yo asocio a la salud con dos cosas básicas, este... la alimentación y el ejercicio.

Bueno, de entrada lo que me venden los medios: la forma de alimentarte, cuidarte de no estar con sobrepeso.

Yo creo que la salud está íntegra, es decir un bienestar corporal, porque a uno no le duele nada, uno puede comer, caminar; yo lo traduzco como un bienestar general.

Para los jóvenes tener salud implica un sentido de inmediatez, puede adquirir un sentido estético y también ha pasado a ser un bien de consumo; no se piensa en la salud como un derecho o un bien común al cual todos pueden tener acceso; la salud se observa, se atiende en razón de las enfermedades:

Bueno, ahorita es no estar estresado, no tener ningún infarto y no tener ningún conflicto que no me permita estar en toda mi vida cotidiana.

Ahorita hay muchos tratamientos y existen muchas vitaminas, y también existen un millón de cosas, pero también es una parte, porque hay un negocio, eso que... que ha de tener como tres meses me ofrecieron como que una especie de trabajo, donde ibas a trabajar en prácticamente vender salud con unos productos llamados "X"; es toda una pirámide, yo fui a una plática donde te explican qué es la salud, que un producto te va a ayudar para adelgazar, uno que te va a ayudar para lo que son los músculos, para que los tengas fuertes; o sea, tienen

muchos factores donde te dicen qué es salud, eso es el proceso de ventas, y están haciendo una pirámide, pero como lo que a uno le interesa es la salud, y lo que le interesa es estar bien, pues es lo que vas a estar buscando; pues también depende mucho, ahorita es una fuente muy amplia de tener ganancias a partir de la salud; sí, es difícil conseguir un nivel de salud constante, por decir yo ahorita que estoy trabajando y todo llegué a un estado de cansancio, donde no tenía energía, no tenía nada, pero no entendía el porqué; entonces como que yo siento que me falta el aspecto del ejercicio, porque antes hacía mucho ejercicio.

Bueno, yo creo que hablar de salud en nuestro país es complicado, porque para empezar nuestros sistemas de salud son muy... bueno, extremadamente decadentes; hablando del seguro, que es el Seguro Social o el ISSSTE, cuando una persona va por algún dolor, atención psicológica, te dan citas cada medio año, o te estas muriendo y te dicen que regreses en tres meses o algo así... eso por un lado, por otro lado yo creo que se confunde la salud con la estética, en nuestro país tenemos la cultura de que si alguien esta delgado es porque está sano y... o al revés... y la salud también es un negocio ¿no?, de ahí que vas a un especialista y te gastas quinientos pesos los más baratos, creo, y por otro lado, toda esta cuestión del tiempo tiene que ver mucho con la falta de atención, quizá que los mexicanos podríamos tener con la salud.

Parece ser que el vínculo entre la salud y lo estético es uno de los factores que más influyen en el cuidado personal en relación con la propia salud:

Cuando mencionaste la palabra de salud, a mí me vino a la mente esta parte física; sin embargo, ahorita, repensándolo, también tiene que ver mucho con esta parte emocional de la gente ¿no?, como que nosotros por cuidar el cuerpo nos olvidamos de estar bien anímicamente, y yo creo que es una parte muy primordial; la alimentación te da mucho esta posibilidad de estabilidad en tu físico, que te sientas bien en el sentido de que no te duela nada, de que no te sientas agotado a lo mejor, pero pues lamentablemente esto se ha llevado al mal manejo de la mercadotecnia, al cuidar sólo la parte estética.

Sobre la salud se aprende en el ámbito familiar, pero los saberes se van resignificando a través de los medios de comunicación, de los amigos, de los espacios académicos:

Claro que la salud viene de tus padres, son los primeros, desde el hecho de que te cuidan, te dan de comer, de ir al doctor.

Son los que te dicen la base; ya obviamente después, a esta edad, pues ya no podemos estar diciendo “es que mi mamá no me enseñó”, por favor niño; aquí ya tienen que ver más los medios de comunicación, el círculo en el que vives, las actividades diarias que tienes; pero de entrada, para que tú aprendas a ser una persona que cuida su cuerpo y su salud, pues yo creo que son los padres.

Pues primero, obviamente, la familia, porque es en donde te desenvuelves y todo; pero ya a estas alturas, ya cada quien es responsable de su propia salud ¿no? y obviamente vas aprendiendo del medio en el que te desenvuelves, de los medios de comunicación y de cosas así; bueno, yo no me enfermo, nunca he caído en un hospital.

La salud también entra en relación de un modelo que nos han dado los medios de comunicación, porque, bueno, hacen que la gente tienda a ver lo del bienestar saludable dentro de lo que seas delgado o seas obeso; hay como mucha diferencia, entonces, siento que nos vamos mucho como al extremo; pues entonces tiene que ver con esos modelos que nos dan los medios de comunicación sobre la salud.

Existe un saber teórico en relación con la salud, lo que se debe o no hacer, aquello que es sano y se tiene que realizar para estar saludable, pero en la práctica diaria no existe un hacer sobre el sentirse saludables:

Incluso el no dormir, se sabe que tienes que dormir tus ocho horas para que se recupere el cuerpo y realmente muy pocos lo hacemos. Sí, ¿quién duerme ocho horas? (risas).

Te dan un tratamiento para siete días y te lo tomas tres y ya te sientes bien, pues lo suspendes, y al menos a mí me ha pasado que me he enfermado de la garganta y no sé esto; y no sé, a lo mejor estoy muy enfermo como para descansar y en vez de descansar, o sea, me pongo hacer otras cosas, no sé, a lo mejor me he ido a entrenar aunque estuviera lloviendo; y bueno, sí, como que me gustaba eso, porque yo sabía que me sentía mal y que a lo mejor no podía, pero me esforzaba más y esa sensación a mí me gustaba, entonces sí es un tanto masoquismo.

Indagar en relación con las significaciones imaginarias sociales sobre la salud de los jóvenes universitarios nos ha posibilitado observar las prácticas del hacer en su vida cotidiana, conocer acerca de los vínculos juventud-salud puede dar pauta para pensar medidas y políticas que permitan realmente un desarrollo saludable de los jóvenes en estos espacios universitarios.

Reflexiones y propuestas

*Sí, claro, dices salud y me remonta a un hotel,
ia un hotel! (risas) a un hospital... upsss (risas)*

Pensar en la salud como una institución y visibilizar cómo se ha desarrollado esta noción a lo largo de la historia y de qué manera poco a poco hemos incorporado los saberes al respecto, permite poner en perspectiva la forma en que se asumen los procesos de salud/enfermedad en la población en general. Es importante analizar y fortalecer estos procesos en tiempo, espacio, historia y contexto social, para reconocer las causas reales, multifactoriales, de los diversos problemas de salud que presenta la población en general.

Observar cómo hemos construido un saber y un actuar sobre la salud en nuestra cotidianidad es, sin lugar a dudas, lo que hemos llamado desde los referentes teóricos del análisis institucional “el principio de equivalencia ampliado”; en este sentido, aprender sobre las formas en que estructuramos nuestros procesos de salud/enfermedad sin duda hará posible cuestionar las políticas, programas y formas de tratamiento que se establecen en nosotros.

En este sentido, resulta relevante poner atención en las entrevistas realizadas con los jóvenes universitarios; el ejercicio cobra fuerza ya que se estableció un espacio de escucha que les permitió reflexionar acerca de sus maneras de vivir su condición de jóvenes y sus procesos de salud/

enfermedad. Los aprendizajes al respecto nos muestran que la escucha y la reflexión son factores para promover acercamientos distintos a estos procesos.

Consideramos necesario trabajar con pequeños grupos de población en los centros de salud para poder conocer la historia de las personas, cómo viven y sienten sus procesos de salud/enfermedad, dar cuenta de la forma en que la institución de la salud ha establecido en lo cotidiano diversas maneras de vivir, de actuar, de decidir sobre los procesos de salud/enfermedad/atención/cuidado.

Para generar un conocimiento significativo en torno a los temas de la salud es primordial conocer las formas en que las personas en general se apropian de su espacio, más allá de las estadísticas y del análisis de las políticas, que sin duda alguna aportan conocimientos de suma importancia al ser elementos oficiales de análisis; sin embargo, no son suficientes para integrar espacios de reflexión. Conocer sobre la vida cotidiana, las preocupaciones diarias, el acceso a una vida saludable, la relación con su espacio corporal, la cultura alimentaria, sus emociones, es decir, todo aquello que tenga que ver con la manera en que la población estructura su relación con la salud o la enfermedad, sin lugar a dudas será esencial para su comprensión y permitirá establecer maneras diferentes de pensar en la atención y comunicación sobre los temas en salud.

Se deben explorar los espacios de la vida cotidiana, las formas en que enfrentan ciertas enfermedades o viven su relación con su cuerpo, con su alimentación. Es un ámbito muy propicio para conocer cómo se viven y cómo se piensan los jóvenes, es también en otro sentido quitar ciertas etiquetas alrededor de ellos, los que no han sido *excluidos* del sistema educativo. Desde esta supuesta perspectiva de privilegio, estos jóvenes elaboran producciones de sentido, que les permiten entender y vivir el mundo en que se inscriben, un mundo que produce ya no relaciones afectivas sino mercantiles; de esta manera, indagar sobre las significaciones imaginarias sociales de la salud juvenil nos permite entrever sus prácticas cotidianas sobre su salud, así como su estar en el mundo. Nos permite comprender

cómo transitan en la universidad, aspectos como el rendimiento y la deserción escolar, o la participación estudiantil, son atravesados por estas prácticas de la vida cotidiana.

El vínculo universidad-salud ha sido trabajado desde el año 2000 en algunos países como Alemania, Reino Unido y España, por medio de programas que promueven condiciones saludables en los espacios universitarios. Para el caso de América Latina, Chile es un pionero al respecto. Existen diversas experiencias en otros países, Argentina, por ejemplo. Como referencia destacada cabe mencionar que en México se realizó en 2006 el Primer Congreso Nacional de Universidades Saludables, organizado por la Universidad Veracruzana en Monterrey. Estos esfuerzos tienen como objetivo principal convertir a las universidades en promotoras de la salud, la experiencia podría ser interesante ya que se promueven actividades variadas: conferencias, jornadas de salud, consultas médicas, entre otras, que pueden ayudar a obtener información novedosa sobre temas de salud. Sin embargo, se replican las formas de la institución estatal, que considera a los jóvenes sólo receptores de información y no se impulsa su participación en la planeación de estrategias para la promoción de la salud. Debemos decir que existe un vacío sobre los intereses reales de los jóvenes en relación con los temas sobre salud.

El trabajo que hemos realizado estimula la reflexión sobre el vínculo universidad-salud desde una perspectiva mucho más precisa. Hablar sobre temas de salud puede informar a los jóvenes universitarios, pero no debe pensarse que sólo con eso pueda crearse una transformación en los diversos estilos de vida de los jóvenes. Sabemos con seguridad que el aprendizaje significativo promueve realmente la transformación de la realidad, en este sentido es vital realizar un trabajo real y concreto con los jóvenes a través de su participación en temas relativos a sus propios procesos de salud/enfermedad/atención/cuidado.

Trabajar temas de salud vinculados con la vida universitaria supone una tarea compleja, ya que existen múltiples aspectos que tratar y distintas formas de abordarlos. Parece pertinente acercarnos a estos mundos a través del ámbito académico, por lo tanto proponemos establecer este tema como un espacio que simultáneamente es de reflexión teórica y de

formación académica para los jóvenes universitarios, de modo tal que se puedan diseñar estrategias de intervención en la universidad que propicien el análisis de los procesos de salud/enfermedad/atención/cuidado en los distintos sectores juveniles en la esfera estudiantil universitaria.

Trabajar sobre el vínculo de salud-juventud exige realizar investigaciones que favorezcan reflexionar junto con los jóvenes en función de sus procesos de salud/enfermedad/atención y cuidado, ya que esta posibilidad de análisis dará cuenta de la re-creación de significaciones imaginarias sociales en torno a la salud. Hemos percibido que los jóvenes no se piensan como sujetos de la enfermedad, ya sea por su condición juvenil o porque las instituciones encargadas de vigilar y procurar el bienestar en términos de salud no los consideran un grupo de riesgo. No obstante, es en este grupo de edad en el cual se deberían invertir los esfuerzos financieros, de atención y de propaganda para promover formas de vida saludables. Uno de los principales objetivos del gasto gubernamental en salud en este país debería estar enfocado en la población joven, tan sólo porque se sabe que las enfermedades crónico-degenerativas, como las cardiopatías, la diabetes, el cáncer, las úlceras, la gota, se originan en los estilos de vida en edades tempranas.

Los jóvenes estudiantes con los cuales se ha trabajado durante el proceso de esta investigación —considerados como “sujetos de privilegios”— pueden dar cuenta de la situación en general del sector juvenil y de sus formas de vida. Encontramos que en la mayoría de los casos los jóvenes carecen de servicios básicos de atención a su salud, que suelen ser de mala calidad y adicionalmente muchas veces sufren discriminación en las instituciones gubernamentales. A eso puede añadirse que el estilo de vida que llevan los somete a una dinámica de poca atención a sí mismos, afirman que no tienen tiempo para enfermarse, ni para asistir al doctor, y muchos de ellos prefieren automedicarse antes que acudir a algún servicio de salud u hospital.

La realidad concreta nos presenta un panorama complejo: no existe en nuestro país una cultura de prevención, tampoco de exigencia del derecho a la salud y menos todavía una reflexión constante sobre los problemas de salud y su relación con la población joven. A esto se añade que las políticas

públicas planteadas para solucionar esos problemas tienen poca efectividad, ya que no los atienden a fondo, más bien sólo se pretende cubrir una cuota, establecer estudios cuantitativos y proporcionar cifras para justificar el gasto presupuestal.

Sin duda, quedan muchas cosas por decir, reflexionar sobre los procesos de salud/enfermedad/atención/cuidado en la población joven universitaria o en la población en general supone la capacidad de pensarnos como sujetos autónomos, lo cual hemos perdido poco a poco.

A través de los procesos de institucionalización de la salud nos hemos etiquetado de facto como sujetos enfermos y vía los distintos modelos de atención cada vez nos hemos vuelto sujetos-objetos de la mirada médica y clínica. La salud ya no es un bien intrínseco a nosotros y con el tiempo se ha convertido en una mercancía que cada vez es menos accesible al grueso de la población.

Para concluir, me gustaría provocar una reflexión sobre nuestros procesos de salud/enfermedad/atención/cuidado: ¿qué hacemos para tener una vida saludable?, ¿cómo entendemos lo saludable, lo qué se debe de hacer para vivir bien? Indudablemente, los parámetros para pensar sobre esos procesos cambian según nuestra historia de vida, nuestro ámbito cultural, familiar, nuestras posibilidades económicas, etcétera.

Debemos poner atención en los diversos estilos de vida que el mundo moderno, globalizado, nos ofrece; y en la medida de lo posible, establecer condiciones autónomas para poder decidir a partir de nuestras experiencias sobre nuestros procesos de salud/enfermedad/atención/cuidado.

Referencias

- Agostoni, C. (2007), “Enfermedad y persistencia de la medicina doméstica (1810-1910)”, en A. Mayer (coord.), *México en tres momentos 1810-1910-2010*, t. I, México, Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM).
- Agostoni, C. (2005), “Las delicias de la limpieza: la higiene en la ciudad de México”, en A. Staples (coord.), *Historia de la vida cotidiana en México*, t. IV, *Bienes y vivencias. El siglo XIX*, México, El Colegio de México (Colmex)/Fondo de Cultura Económica (FCE).
- Aguirre Baztán, A. (1996), *Psicología de la adolescencia*, Colombia, Alfaomega.
- Álvarez Amézquita, J. et al. (1960), *Historia de la salubridad y asistencia en México*, México, Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA).
- Ansart, P. (1993), “Ideologías, conflictos y poder”, en E. Colombo (coord.), *El imaginario social*, Montevideo, Nordan Comunidad.
- Aréchiga, H. y L. Benítez Bribiesca (coords.) (2000), *Un siglo de Ciencias de la Salud en México*, México, Fondo de Cultura Económica (FCE).
- Ardoino J. (2005), *Complejidad y formación. Pensar la educación desde una mirada epistemológica*, Buenos Aires, Universidad Nacional de Buenos Aires/Ediciones Novedades Educativas.
- Ardoino, J. (1988), “Lo multirreferencial en torno a los problemas de investigación”, conferencia dictada el 21 de noviembre, México, Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco (UAM-X), transcripción de Alejandra García, David Paredes y Alma Luz Martínez, trad. de Roberto Manero Brito.
- Arqueología Mexicana* (2005), Dossier: “Salud y enfermedad en el México prehispánico”, vol. XIII, núm. 74, julio-agosto.

- Arrom, S. (1996), “¿De la caridad a la beneficencia? Las reformas a la asistencia pública desde la perspectiva del Hospicio de Pobres de la ciudad de México, 1866-1871”, en C. Illades (comp.), *Ciudad de México: instituciones, actores sociales y conflicto político, 1774-1931*, Zamora, México, El Colegio de Michoacán.
- AHSS, F-SP, s-Epid. C-1, exp. 55, f.2v, “Segunda Parte del Proyecto General relativo a la salubridad Pública” (11 de febrero de 1876), en M. Vera Bolaños *et al.*, *Acción sanitaria pública y cambio en el patrón de mortalidad por causas en el Estado de México, 1898-1940*, México, Universidad Autónoma Metropolitana (UAM).
- Barbosa, G. (2007), “Historia de las publicaciones médicas y de los eventos académicos que facilitaron el desarrollo de la ginecología pediátrica y adolescente”, *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*, vol. 58, núm. 2, mayo.
- Barrantes, E. (1998), *En torno a la naturaleza, la sociedad y la cultura*, Lima, Universidad Nacional Mayor de San Marcos-Fondo Editorial.
- Barrera Tello V. (2009), “La construcción de las significaciones imaginarias del cáncer”, tesis de maestría en Psicología Social de Grupos e Instituciones, México, Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco (UAM-X).
- Baz, M. (1994a), “Análisis del discurso grupal: una propuesta desde la psicología social”, II Foro Departamental de Educación y Comunicación: Psicología, México, departamento de Educación y Comunicación, Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco (UAM-X).
- Baz, M. (1994b), “Enigmas de la subjetividad y análisis de discurso”, en *Versión. Estudios de Comunicación y Política*, núm. 4, abril.
- Benedetti, M. (1998), *La vida ese paréntesis*, Buenos Aires, Sudamericana.
- Boletín Informativo de la Dirección General del Archivo Histórico y Memoria Legislativa*, (2004), año IV, núm. 32, julio-agosto, <www.senado.gob.mx/libreria/sp/libreria/historico/contenido/boletines/boletin_32.pdf>.
- Busquets, E. (2019), *Ética del cuidado en ciencias de la salud*, Barcelona, Herder.
- Camarena B. (1986), *Memorias del Primer Simposium sobre la Asistencia Social Privada*, México, Junta de Asistencia Privada, en R. Reygadas (1998), *Abriendo veredas. Iniciativas públicas y sociales de las redes de organizaciones civiles*, México, Convergencia de Organismos Civiles por la Democracia.
- Canguilhem, G. (2009), *Lo normal y lo patológico*, México, Siglo XXI.
- Casanova P. (1999), “La sociedad intervenida”, en A. Soto *et al.* (coord.), *La sociedad intervenida. Relatos de Patricia Casanova sobre psicología social, niñez y asistencia*, México, Universidad Autónoma Metropolitana (UAM).
- Castoriadis, C. (2006), *Una sociedad a la deriva: entrevistas y debates (1974-1997)*, Buenos Aires, Katz.

REFERENCIAS

- Castoriadis, C. (2000), “El campo de lo histórico social”, *Ciudadanos sin brújula, Filosofía y Cultura Contemporánea*, núm. 4.
- Castoriadis, C. (1998), *Los dominios del hombre. Las encrucijadas del laberinto*, Barcelona, Gedisa.
- Castoriadis, C. (1989), *La institución imaginaria de la sociedad*, vol. II, Barcelona, Tusquets.
- Castoriadis, C. (1983), *La institución imaginaria de la sociedad*, vol. I, Barcelona, Tusquets.
- Castro, G. (2005), “Los jóvenes y la vida cotidiana: elementos y significados de construcción”, *Espacio Abierto*, vol. 14, núm. 1, enero, pp. 7-24.
- Castro, R. (2003), “Ciencias sociales y salud en México: movimientos fundacionales y desarrollos actuales”, en *Ciencia y Salud Colectiva*, vol. 8, núm. 1, <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232003000100005&script=sci_arttext>.
- Castro, R. (2002), *La vida en la diversidad: el significado de la salud y la reproducción en la pobreza*, México, Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias (CRIM)-Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM).
- Código Sanitario de los Estados Mexicanos* (1889), <www.archive.org/stream/cdigosaniariod00mexigoog#page/n6/mode/2up>.
- Córdova, A. (1989), *El discurso académico sobre la salud en México*, México, Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco (UAM-X).
- Derrida, J. (1997), *El tiempo de una tesis. Deconstrucción e implicaciones conceptuales*, Barcelona, Proyecto A Ediciones.
- Donzelot, J. (1979), *La policía de las familias*, Valencia, Pre-Textos.
- Dossier (2005), “Salud y enfermedad en el México prehispánico”, *Arqueología Mexicana*, vol. XIII, núm. 74, julio-agosto.
- Duch, L. (2002), *Antropología de la vida cotidiana, simbolismo y salud*, Madrid, Trotta.
- Echeverría García, J. (2014), “Tonalli, naturaleza fría y personalidad temerosa: el susto entre los nahuas del siglo XVI”, *Estudios de Cultura Náhuatl*, núm. 48, julio-diciembre.
- Elias, N. (2010), *Sobre el tiempo*, México, Fondo de Cultura Económica (FCE).
- “Epidemia en México: dejemos de comportarnos como si fuera la primera vez”, <<http://www.arts-history.mx/blogs/index>>, fecha de consulta 7 de abril de 2019.
- Entrevistas realizadas en grupo de reflexión a estudiantes de la Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco (UAM-X).
- Fernández, A.M. (2002), *El campo grupal. Notas para una genealogía*, Buenos Aires, Nueva Visión.
- Fernández del Castillo, F. (1986), “El establecimiento de ciencias médicas”, *Antología de escritos histórico-médicos*, México, Facultad de Medicina-Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM).

- Foucault, M. (1999), “La política de salud en el siglo XVIII”, *Estrategias de poder. Obras esenciales*, vol. II, Barcelona, Tusquets.
- Flores, J. (2003), *Totalitarismo. Revolución y negación del pasado*, México, Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco (UAM-X).
- Florescano, E. y E. Malvido (1982), *Ensayos sobre la historia de las epidemias en México*, México, Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS).
- Freire, P. (2009), *Pedagogía de la autonomía. Saberes necesarios para la práctica educativa*, Siglo XXI.
- Frenk, J. y O. Gómez Dantés (2008), *El sistema de salud de México*, México, Nostra Ediciones.
- Galdó Muñoz, G. (2005), “Consideraciones sobre la historia de la medicina en la adolescencia”, *Pediatría Rural y Extrahospitalaria*, vol. 35, núm. 330, mayo.
- García, C. (1955), *La Seguridad Social, bases, evolución, importancia económica social y política*, México, Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS).
- Garduño A. (2011), “Determinación genérica de la mortalidad masculina”, *Salud Problema*, nueva época, año 6, núms. 10-11, junio-diciembre.
- Gayet, C. et al. (2003), “Uso del condón entre adolescentes mexicanos para la prevención de las infecciones de transmisión sexual”, *Salud Pública de México*, vol. 45, núm 5.
- Geertz, C. (1996), *La interpretación de las culturas*, Barcelona, Gedisa.
- Gil Montes, V. (2002), “Un estudio de caso sobre las significaciones imaginarias de la profesión médica en México: el éthos médico”, tesis de maestría en Psicología Social de Grupos e Instituciones, México, Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco (UAM-X).
- Gómez-Dantés O. et al. (2004), “La equidad y la imparcialidad en la reforma del sistema mexicano de salud”, *Salud Pública de México*, vol. 46, núm. 5.
- Gutiérrez Camacho L.R. (2015), “El proceso de subjetivación a partir del diagnóstico médico de diabetes”, tesis de maestría en Psicología Social de Grupos e Instituciones, México, Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco (UAM-X).
- Halbwachs, M. (2020), *La memoria colectiva y el tiempo*, trad. V. Huici, p. 24. <www.uned.es/ca-bergara/ppropias/vhuici/mc.htm>, consultado el 20 de marzo de 2020.
- Hernández Salazar, P. (2005), “Las significaciones de la alimentación y su vinculación con el cuidado del cuerpo: la experiencia de jóvenes en la Ciudad de México”, tesis de maestría en Psicología Social de Grupos e Instituciones, México, Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco (UAM-X).
- Hochman G. et al. (2004), “Cuidar, controlar, curar: ensayos históricos sobre salud y enfermedad en América Latina y el Caribe”, Río de Janeiro, Editora Fiocruz (Coleção História e Saúde).

- Illich, I. (1975), *Némesis médica*, México, Joaquín Mortiz.
- Informes anuales del Rector General* (2019), <<http://www.uam.mx/informesrg>>, consultado el 5 de octubre de 2020.
- Instituto Mexicano de la Juventud, Pro-Juventud, *Programa Nacional de Juventud 2002-2006*.
- Iriart C., H. Waitzkin, J. Breilh, A. Estrada y E. Elías (2002), “Medicina social latinoamericana: aportes y desafíos”, *Revista Panamericana de Salud Pública*, vol. 12, núm. 2.
- Kaminsky, G. (1990), *Dispositivos institucionales. Democracia y autoritarismo en los problemas institucionales*, Buenos Aires, Lugar Editorial.
- Kicza, J. (2005), “Familias empresariales y su entorno, 1750-1850”, en A. Staples, *Bienes y vivencias. El siglo XIX*, t. IV, México, Fondo de Cultura Económica (FCE)/Colegio de México (Colmex) (Historia de la vida cotidiana en México).
- Laurell, A.C. (coord.) (1995), *Nuevas tendencias y alternativas en el sector salud*, México,
- Friedrich Ebert Stiftung/Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco (UAM-X), México, <www.javeriana.edu.co/Facultades/C_Sociales/Profesores/jramirez/PDF/laurell_saludymercancia.pdf>.
- Lazcano-Ponce, E. *et al.* (1996), “Cáncer de mama, un hilo conductor histórico, presente y futuro”, en *Salud Pública de México*, vol. 38, núm. 2.
- Leal Fernández, G. (2007), “Algunos actores y temas en la arena de la salud”, *Serie Académicos CBS*, núm. 68.
- Le Breton, D. (1995), *Antropología del cuerpo y la modernidad*, Buenos Aires, Nueva Visión.
- López Moreno S. *et al.* (2000), “Desarrollo histórico de la epidemiología: su formación como disciplina científica”, *Salud Pública de México*, vol. 42, núm. 2, marzo-abril.
- Laurell A.C. (2001), *Mexicanos en defensa de la salud y la Seguridad Social*, México, Planeta.
- Lourau, R. (1989), *Introducción al análisis institucional*. Curso dictado en la UAM-Xochimilco, documento inédito, trad. Roberto Manero.
- Lourau, R. (1984), *El análisis institucional*, Argentina, Amorrortu.
- Lourau, R. (1980), *El Estado y el inconsciente. Ensayo de sociología política*, Barcelona, Kairós.
- Manero, R. (2010), “Institucionalización y Psicología Social”, *Anuario de Investigación*, México, Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco (UAM-X) (Educación y Comunicación).
- Manero, R. (1996), “El concepto de institucionalización en socioanálisis y sus aportes a la psicología social”, *Anuario de Investigación*, México, Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco (UAM-X) (Educación y Comunicación).

- Manero, R. (1993), “Los psicólogos y su implicación”, *Las profesiones en México*, núm. 6.
- Manero, R. (1990), “Introducción al análisis institucional”, *Tramas*, núm. 1.
- Martínez Bullé, G.V. (1991), “El derecho a la salud como un derecho humano”, *Seminario Salud y Derechos Humanos*, núm. 13.
- Martínez, Cepero, F.E. (2004), “Generales de higiene y epidemiología”, en *Enfermería familiar y social*, La Habana, Editorial Ciencias Médicas, p. 494, <www.cepunin.com/biblio%201/completo_enfermeria.pdf>.
- Martínez Cortés, F. (2000), “La medicina científica, su conocimiento y aplicación en México durante el siglo XIX”, en H. Aréchiga y L. Benítez Bribiesca (coords.), *Un siglo de ciencias de la salud en México*, México, Fondo de Cultura Económica (FCE).
- Martínez Cortés, F. (1997), “La medicina científica y el siglo XIX mexicano”, en *La Ciencia para Todos*, núm. 45.
- Martínez Salgado C. (comp.) (2008), “Seis miradas sobre la salud y sus relaciones con el mundo social”, *Serie Académicos CBS*, núm. 81.
- Menéndez, E. (2009a), *De sujetos, saberes y estructuras. Introducción al enfoque relacional en el estudio de la salud colectiva*, Buenos Aires, Lugar.
- Menéndez, E. (2009b), “Modelos, saberes y formas de atención de los padecimientos: de exclusiones ideológicas y de articulaciones prácticas”, en *De sujetos, saberes y estructuras. Introducción al enfoque relacional en el estudio de la salud colectiva*, Buenos Aires, Lugar.
- Menéndez, E. (2003), “Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas”, *Ciência e Saúde Coletiva*, vol. 8, núm. 1, versión electrónica en Scielo Public Health.
- Menéndez, E. (1990), *Morir de alcohol. Saber y hegemonía médica*, México, Consejo Nacional para la Cultura y las Artes (Conaculta)/Alianza Editorial Mexicana.
- Mercer, H. (1984), “Hospitales y práctica médica”, *Estudios Sociológicos II*, núms. 5-6, mayo-diciembre.
- Michalewicz A., C. Pierri y S. Ardila-Gómez (2014), “Del proceso de salud/enfermedad/atención al proceso salud/enfermedad/cuidado: elementos para su conceptualización”, *Anuario de Investigaciones*, vol. XXI, Buenos Aires, Universidad de Buenos Aires.
- Molina del Villar, A. (2005), “Remedios contra la enfermedad y el hambre”, en P. Gonzalbo Aizpuru, *El siglo XVIII: entre tradición y cambio*, t. III, El Colegio de México (Colmex)/Fondo de Cultura Económica (FCE) (Historia de la vida cotidiana).
- Monreal Escalante, E. et al. (2009), “Prevalencia de síndrome metabólico en jóvenes aspirantes a la Universidad Autónoma de San Luis Potosí”, *Bioquímica*, vol. 34, núm. 1, enero-marzo.

- Museo legislativo, “El voto en México”, *Los sentimientos de la Nación*, <www.diputados.gob.mx/cedia/museo/cuadernos/Voto_Mexico.pdf>.
- Ortiz de Montellano, B. (2005), “Medicina y salud en Mesoamérica”, *Arqueología Mexicana*, vol. XIII, núm. 74, julio-agosto.
- Ortiz de Montellano, B. (1990), *Medicina, salud y nutrición aztecas*, México, Siglo XXI.
- Pardo, A. (1997), “¿Qué es la salud?”, en *Revista de Medicina de la Universidad de Navarra*, vol. 41, núm. 2, <www.unav.es/cdb/dhbapsalud.html>.
- Passerini, L. (1996), “La juventud, metáfora del cambio social (dos debates sobre los jóvenes en la Italia fascista y en los Estados Unidos durante los años cincuenta)”, en G. Levi y J. Claude Schmitt, *Historia de los jóvenes. La edad contemporánea*, t. II, Madrid, Taurus/Santillana.
- Piaget, J. et al. (1979), *Tendencias de la investigación en ciencias sociales*, Alianza Universidad, Madrid.
- Pichón-Rivière, E. (1971), *El proceso grupal. Del análisis a la psicología social*, Argentina, Nueva Visión (Psicología Contemporánea).
- Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012*, Rubro 3.7 familia, niños y jóvenes, s.p., <www.presidencia.gob.mx>.
- Ravelo P. (1995), “Género y salud femenina: una revisión de las investigaciones en México”, en S. González Montes (comp.), *Las mujeres y la salud*, México, El Colegio de México (Colmex).
- Rawls, J. (1995), *Teoría de la justicia*, México, Fondo de Cultura Económica (FCE).
- Reygadas, R. (1998), *Abriendo veredas. Iniciativas públicas y sociales de las redes de organizaciones civiles*, México, Convergencia de Organismos Civiles por la Democracia.
- Rodríguez Álvarez, M. (2001), *Usos y costumbres funerarias en la Nueva España*, Zamora, México, El Colegio de Michoacán/El Colegio Mexiquense.
- Rodríguez Nebot, J. (1995), “Dispositivo y encuadre”, *En la frontera: trabajos de psicoanálisis y socioanálisis*, Montevideo, Multiplicidades.
- Rodríguez Pérez, M.E. (2009), “Tres médicos mexicanos y su referencia al ejercicio ético-moral de la medicina. Segunda mitad del siglo XIX”, en *Cirugía y Cirujanos*, vol. 77, núm. 3, mayo-junio. <redalyc.uaemex.mx/pdf/662/66211509013.pdf>.
- Salazar Guerrero, R. (1997), “Una narración desde la institución: subjetividad y salud mental en la UAM Azcapotzalco”, tesis de maestría en Psicología Social de Grupos e Instituciones, Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco (UAM-X).
- Santacreu Mas, J. et al. (1997), “La prevención en el marco de la psicología de la salud”, *Psicología y Salud*, nueva época, julio-diciembre.

- Savoye, A. (s/f), “Del pasado, hagamos el análisis. El procesamiento de la historia”, conferencia impartida en la Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco (UAM-X), trad. Roberto Manero y P. Casanova.
- Soto, A. et al. (comps.) (2000), *La sociedad intervenida. Relatos de Patricia Casanova sobre psicología social, niñez y asistencia*, México, Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco (UAM-X).
- Stern, C. (1997), “El embarazo en la adolescencia como problema público: una visión crítica”, *Salud Pública de México*, núm. 39, marzo-abril, <<http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=10639208>>.
- Universidad Autónoma Metropolitana (2019), *Informes anuales del Rector General*, <<http://www.uam.mx/informesrg>>, consultado el 5 de octubre de 2020.
- Urquieta, J.E. et al. (2006), “El consumo de tabaco y alcohol en jóvenes de zonas urbanas marginadas de México. Un análisis de decisiones relacionadas”, *Salud Pública de México*, núm. 148.
- Vallejo Casarín, A. et al., “Conocimientos de estudiantes universitarios sobre mitos de la sexualidad”, <www.quadernsdigitals.net/index.php>.
- Vallverdú, J. (2008), *Antropología simbólica. Teoría y etnografía sobre religión, simbolismo y ritual*, Barcelona, UOC.
- Vargas, A. y L. Casillas (1992), “La antropología médica en México”, en R. Campos (comp.), *La antropología médica en México*, vol. 1, México, Instituto Mora/Universidad Autónoma Metropolitana (UAM) (Antologías Universitarias).
- Vera Bolaños, M. et al. (2007), *Acción sanitaria pública y cambio en el patrón de mortalidad en el Estado de México, 1898-1940*, México, Universidad Autónoma Metropolitana (UAM), Col. Teoría y Análisis.
- Viesca, C. (2005), “Las enfermedades en Mesoamérica”, en *Arqueología Mexicana*, vol. XIII, núm. 74, julio-agosto.
- Viesca, C. (2000), “La medicina novohispana”, en H. Aréchiga y L. Benítez Bribiesca (coords.), *Un siglo de Ciencias de la Salud en México*, México, Fondo de Cultura Económica (FCE).
- Wunenburger, J. (2008), *Antropología del imaginario*, Buenos Aires, Ediciones del Sol.
- Zemelman, H. y G. Valencia (1990), “Los sujetos sociales, una propuesta de análisis”, *Acta Sociológica, Nuevos Sujetos Sociales*, mayo-agosto.



*La institución de la salud en México:
algunas reflexiones sobre la producción
de significados*

de Verónica Gil Montes

se terminó de imprimir en octubre de 2022.

El tiraje consta de 500 ejemplares
impresos sobre papel cultural de 90 gramos;
cubiertas impresas sobre cartulina sulfatada
de 14 puntos.

Producción editorial: Monarca impresoras.

Schumann 255, Colonia Vallejo,

Alcaldía G.A. Madero,

Ciudad de México C.P. 07870.

55.19.97.80.45 / 55.28.55.27.14

monarcaimpresoras@hotmail.com



Cómo se define la salud?... ¿qué significa estar saludable?... son preguntas que abren un sinfín de reflexiones sobre aquello que hemos llamado salud. No podemos pensarla sólo como la ausencia de enfermedad cuando es un proceso desarrollado a través de múltiples referentes: sociales, económicos, políticos... Los procesos salud/enfermedad se construyen mediante las experiencias colectivas, incorporadas en la vida diaria, que permiten (según el contexto social e histórico) apropiarse de diversas formas de vivir *la salud*.

Este trabajo recorre esa construcción a través de sus procesos y examina la génesis social e histórica de la salud como institución. Para dar cuenta de cómo se vive *la salud* se observaron las prácticas y experiencias sobre salud/enfermedad en varios jóvenes, mediante entrevistas grupales se conoció su cotidianeidad y así se pudo acceder a las significaciones imaginarias sociales respecto a dichos procesos.

ISBN LIBRO IMPRESO



9 786072 182361

ISBN LIBRO ELECTRÓNICO



9 786072 182353