

SERIE LIBROS FLACSO-CHILE

EL QUEHACER DE LA SALUD PÚBLICA

DIVERGENCIAS E INEQUIDADES EN SALUD

Mario Ociel Moya
Editor



UNIVERSIDAD
DE CHILE



FLACSO
CHILE

FACULTAD LATINOAMERICANA DE CIENCIAS SOCIALES
SERIE LIBROS FLACSO-CHILE



EL QUEHACER DE LA SALUD PÚBLICA

Divergencias e inequidades en salud

Mario Ociel Moya
(Editor)

Santiago de Chile, mayo de 2022

Se sugiere citar esta publicación como:

Moya, M.O. (Ed.) (2022). *El quehacer de la salud pública. Divergencias e inequidades en salud*. Santiago de Chile: FLACSO-Chile, Universidad de Chile.

Ediciones FLACSO-Chile

Av. Dag Hammarskjöld 3269, Vitacura - Santiago de Chile

www.flacsochile.org

Impreso en Santiago de Chile

Mayo de 2022.

ISBN Libro impreso: 978-956-205-276-4

Descriptores:

1. Salud pública
2. Antropología de la salud
3. Sistema de salud
4. Nutrición
5. Género en salud
6. Cuidado informal

Producción Editorial: Marcela Zamorano, FLACSO-Chile.

Diagramación interior: Marcela Contreras, FLACSO-Chile.

Diseño de portada: Marcela Zamorano, FLACSO-Chile.

Impresión: Gráfica LOM, Concha y Toro 25, Santiago, Chile.

Las opiniones versadas que se presentan en este trabajo son de responsabilidad exclusiva de sus autoras y autores, y no reflejan necesariamente la visión o puntos de vista de la Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO-Chile).

En el presente libro se intenta usar un lenguaje no discriminador ni sexista a pesar de que en nuestra lengua, hasta el momento, no hay soluciones generales que sean consensuadas y sistemáticas ni que necesariamente facilitan una lectura convencional; se usa el masculino genérico en algunas ocasiones y se especifican las diferencias entre hombres y mujeres cuando corresponde.

ÍNDICE

AGRADECIMIENTOS	13
PRÓLOGO María José González Rodríguez e Ismael Bravo Rodríguez	15
INTRODUCCIÓN La salud pública como problema Mario Ociel Moya	29
PARTE 1. EL QUEHACER DE LA SALUD PÚBLICA	35
CAPÍTULO 1. Políticas de salud y nutrición en Chile: una perspectiva histórica Fernando Vio y Cecilia Albala	37
CAPÍTULO 2. Políticas públicas en salud: más que decisiones técnicas. El caso de la Píldora del Día Después Soledad Barría Iroumé y Nydia Contardo Guerra	51
CAPÍTULO 3. Sumergirse en el antropoceno: más allá de pública, poblacional o colectiva Yuri Carvajal B. y Manuel Hurtado	69

PARTE 2.	81
LA CONSTRUCCIÓN POLÍTICA DEL OBJETO EN SALUD PÚBLICA	
CAPÍTULO 4.	83
Entre las políticas de lo viviente y las políticas de la vida. Hacia una antropología de la salud Didier Fassin	
CAPÍTULO 5.	113
La (des)gubernamentalización del malestar: racionalidades, lógicas y disputas en la producción de la verdad médica Hugo Sir Retamales y Nicolás Fuster Sánchez	
CAPÍTULO 6.	135
El objeto/sujeto de las políticas sobre “discapacidad”: los cuerpos in-disciplinables Miguel A. V. Ferreira	
PARTE 3.	167
GÉNERO, FEMINISMO(S) Y SALUD	
CAPÍTULO 7.	169
De la ciencia androcéntrica hacia la construcción de un modelo sanitario con enfoque de género Alexandra Obach y Alejandra Carreño	
CAPÍTULO 8.	189
Feminismo(s) y epistemologías feministas: desafíos para la salud pública Rodolfo Morrison Jara	
CAPÍTULO 9.	219
Sobrecarga y desigualdades de género en el cuidado informal de largo plazo: un fenómeno invisibilizado Milda Galkuté y Claudia Miranda Castillo	

PARTE 4.	235
PROBLEMAS DE SALUD PÚBLICA	
CAPÍTULO 10.	237
Sobre la importancia de nombrar: el concepto de violencia obstétrica y sus implicancias Michelle Sadler	
CAPÍTULO 11.	255
La migración y la respuesta del sistema de salud en Chile: aprendizajes y desafíos Báltica Cabieses	
AUTORAS Y AUTORES	285

SIGLAS Y ACRÓNIMOS

ACNUR	Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados.
ADN	Ácido desoxirribonucleico.
AMIPAR	Asociación de Matronas Independientes de Parto Respetado.
AMUCH	Asociación de Municipalidades de Chile.
APROFA	Asociación Chilena de Protección a la Familia.
APS	Atención Primaria en Salud.
ASOMAT	Asociación Nacional de Matronas y Matrones, Chile.
AUGE	Acceso Universal de Garantías Explícitas, Chile.
BCN	Biblioteca del Congreso Nacional.
CASEN	Encuesta Poblacional de Caracterización Socioeconómica Nacional, Chile.
CDT	Centros de Diagnóstico Terapéutico.
CELADE	Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía.
CENABAST	Central Nacional de Abastecimiento.
CENEM	Centro Nacional de Estudios Migratorios de la Universidad de Talca.
CEP	Centro de Estudios Públicos.
CEPAL	Comisión Económica para América Latina y el Caribe.
CIE 10	Clasificación Internacional de Enfermedades, 10ª edición.
CLADEM	Comité de Latinoamérica y el Caribe para la Defensa de los Derechos de la Mujer.

COLMED	Colegio Médico, Chile.
CONIN	Corporación para la Nutrición Infantil.
CNAF	Cánula nasal de alto flujo.
CRLP	Centro Legal para Derechos Reproductivos y Políticas Públicas.
CRS	Centros de Referencia Secundaria.
DEM	Departamento de Extranjería y Migración del Ministerio del Interior y Seguridad Pública.
DFL	Decreto con fuerza de ley.
DIU	Dispositivos intrauterinos.
DL	Decreto ley.
DSS	Determinantes sociales de la salud.
DTO	Decreto.
EGO Chile	Programa Estrategia Global contra la Obesidad, Chile.
ECTG	Estudios de Ciencia, Tecnología y Género.
ENS	Encuesta Nacional de Salud.
ENUT	Encuesta Nacional sobre Uso del Tiempo.
EPOC	Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica.
ESP	Escuela de Salud Pública, Universidad de Chile.
EVN	Esperanza de Vida al Nacer.
EVS	Esperanza de Vida Saludable.
FF.AA.	Fuerzas armadas, Chile.
FLACSO	Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales.
FONASA	Fondo Nacional de Salud.
GES	Garantías Explícitas en Salud.
JUNAEB	Junta Nacional de Auxilio Escolar y Becas.
JUNJI	Junta Nacional de Jardines Infantiles.
INDH	Instituto Nacional de Derechos Humanos.
INE	Instituto Nacional de Estadísticas, Chile.
INTA	Instituto de Nutrición y Tecnología de los Alimentos.
INTEGRA	Red de Salas Cuna y Jardines Infantiles.
IPS	Instituto de Previsión Social.
ISAPRES	Instituciones de Salud Previsional.
ISFEM	ONG para la Investigación, Formación y Estudio sobre la Mujer.

ISL	Instituto de Seguridad Laboral.
ISP	Instituto de Salud Pública.
ITS	Infección de Transmisión Sexual.
LEDIS	Ley General de derechos de las personas con discapacidad y de su inclusión social.
LEPA	Ley de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia.
LGBTQI+	Lesbiana, Gay, Transexual, Bisexual, Queer, Intersexual, + más todas las identidades sexo-genéricas no binarias.
LIONDAU	Ley de igualdad de oportunidades, no discriminación y accesibilidad universal de las personas con discapacidad.
LISMI	Ley de integración social de los minusválidos.
MCA	Medicinas complementarias y alternativas.
MIDEPLAN	Ministerio de Planificación, Chile.
MINEDUC	Ministerio de Educación, Chile.
MINJUSTICIA	Ministerio de Justicia, Chile.
MININT/MININTERIOR	Ministerio del Interior, Chile.
MINREL	Ministerio de Relaciones Exteriores, Chile.
MINSAL	Ministerio de Salud, Chile.
MUMS	Movimiento por la Diversidad Sexual.
NNA	Niños, niñas y adolescentes.
NutriRSE	Programa Nutrición de Responsabilidad Social Empresarial.
OIDSMET	Observatorio sobre Discapacidad y Mercado de Trabajo.
OIM	Organización Internacional para las Migraciones.
OMS	Organización Mundial de la Salud.
ONU	Organización de las Naciones Unidas.
ONRED	Objetivismo, el Naturalismo, el Realismo y el Empirismo Deductivo.
OSP	Oficina Sanitaria Panamericana.
OVO	Observatorio de Violencia Obstétrica, Chile.
PAE	Píldora Anticonceptiva de Emergencia.
PAE	Programa de Alimentación Escolar de JUNAEB.
PEM	Programas de Empleo Mínimo.

PES	Planificación Estratégica Situacional.
PCD	Personas con discapacidad.
PCR	Prueba de Reacción en Cadena de la Polimerasa.
PNAC	Programa Nacional de Alimentación Complementaria.
POJH	Programa Ocupacional de Jefes de Hogar.
PRODEMU	Fundación para la Promoción y Desarrollo de la Mujer.
RCA	Revista Colombiana de Antropología.
RECHISAM	Red Chilena de Investigación en Salud y Migraciones.
RELACAHUPAN	Red Latinoamericana y del Caribe para la Humanización del Parto y Nacimiento.
RMC	Registro Mensual Consolidado.
SE	Semana epidemiológica.
SENAMA	Servicio Nacional del Adulto Mayor.
SERNAMEG	Servicio Nacional de la Mujer y Equidad de Género.
SIDA	Síndrome de inmunodeficiencia adquirida.
SIMCE	Sistema de Medición de la Calidad de la Educación.
SOCHIPAR	Sociedad Chilena de Parto y Nacimiento.
SNS	Servicio Nacional de Salud.
SNSS	Sistema Nacional de Servicios de Salud.
SSR	Salud sexual y reproductiva.
TC	Tribunal Constitucional.
TDAH	Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad.
UCIM	Unidades de Cuidados Intermedios.
UDP	Universidad Diego Portales.
UNICEF	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia.
VIH	Virus de la inmunodeficiencia humana.
VMI	Ventilación mecánica invasiva.

AGRADECIMIENTOS

Agradecemos a la Universidad de Chile por financiar este libro por medio del Proyecto PROA Código PROA001/16 de la Vicerrectoría de Investigación y Desarrollo (VID).

A la Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales, FLACSO-Chile, por el interés en la propuesta y, en especial, a su personal académico y administrativo por haber hecho posible la publicación de este libro.

Nuestro reconocimiento a la Revista Colombiana de Antropología (RCA) del Instituto Colombiano de Antropología e Historia y a Didier Fassin por la autorización de publicar en este libro uno de sus textos.

PRÓLOGO

*María José González Rodríguez e Ismael Bravo Rodríguez
Programa Trabajo, Empleo, Equidad y Salud
Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO-Chile)*

En tiempos actuales, donde la salud y las políticas sanitarias son objeto de discusión diaria a nivel mediático y personal, en planos nacionales como internacionales, el re-pensar o re-mirar el rol que tiene la salud pública resulta crucial. La pandemia por COVID-19 ha dado pie para cuestionarnos sobre el diseño y adecuación de ciertas políticas públicas; hoy más que nunca los sistemas de salud y la política sanitaria han debido responder a la inmediatez del curso de la pandemia con facilidad de adaptación y versatilidad para hacer frente a este fenómeno que pocos creímos poder vivir.

Es en este contexto donde el presente libro y las valiosas contribuciones de sus autores resultan más valorables, por cuanto problematizan el rol de la salud pública frente a una diversidad de temas actuales que invitan a la reflexión y discusión.

El documento, se encuentra organizado en cuatro secciones. La primera de ellas se orienta a la discusión sobre el quehacer de la salud pública y alberga los primeros tres capítulos del libro.

El primer capítulo brinda un recorrido histórico de las políticas de salud y nutrición en el país. Los autores (Fernando Vio y Cecilia Albala), comienzan realizando un repaso acucioso y detallado por diversos hechos históricos y cifras relacionadas con la mortalidad infantil y de los enfoques de las primeras políticas de nutrición infantil, donde se reconoce la importancia de la alimentación como factor protector de la salud de las personas.

En dicho sentido, se señala la relevancia de la institucionalidad sanitaria y las políticas públicas afines para potenciar la entrega de alimentos, el acceso a la salud de niños y embarazos, y la ampliación de la cobertura del sistema de salud hacia áreas aisladas o rurales. Se destaca la acción conjunta de la prevención primaria, secundaria y terciaria para alcanzar

el logro de erradicar la desnutrición infantil en un período inferior a dos décadas entre los años 70 y 90.

A pesar de lo anterior, los autores presentan un punto controversial de suma relevancia para la actualidad; y que se relaciona con el hecho que la disminución de la mortalidad infantil generó un incremento de la esperanza de vida –por lo cual fue tarea del sistema de salud el responder a dicha realidad debiendo re-pensar las políticas focalizadas en el envejecimiento–, y el control de la desnutrición infantil un incremento explosivo en la obesidad a mediados del siglo XX. En este último punto los autores destacan como factores potenciadores la disminución de la desocupación, incremento del ingreso en las familias, la llegada de las cadenas de comida rápida, el trabajo de la mujer fuera de la casa.

Los autores finalizan el escrito destacando la falta de continuidad y sostenibilidad en el tiempo de las políticas para el manejo de la obesidad, a diferencia de aquellas centradas en la erradicación de la desnutrición, lo cual destacan como un elemento de especial urgencia actual considerando que uno de los factores de riesgo para COVID-19 es efectivamente la obesidad y la prevalencia de Enfermedades Crónicas No Transmisibles.

El segundo capítulo presenta el complejo recorrido que deben sortear ciertas políticas públicas de salud para ser implementadas, especialmente si su contenido suscita fuertes debates y tensionamiento ideológico en determinados sectores de las sociedades en que se insertan. De este modo, se desglosa con lujo de detalle tanto los avances como los retrocesos del proyecto iniciado durante el año 2006 que buscaba extender la entrega de la “píldora anticonceptiva de emergencia” (PAE) en todos los establecimientos públicos de salud primaria de Chile, favoreciendo el acceso de adolescentes y mujeres de escasos recursos a este método anticonceptivo, a la cual ya accedían profusamente los sectores más acomodados del país.

Un aspecto interesante del escrito radica en la riqueza testimonial que reviste su relato, puesto que precisamente una de las autoras (Soledad Barría) ocupó el cargo de Ministra de Salud durante el periodo en que se debió implementar y defender la continuidad de una política que con el correr de los años demostraría generar un importante aporte a la salud pública (los embarazos adolescentes disminuyeron de 40.355 en el año 2008 a 35.184 casos el año 2012 y 17.242 en 2017).

Básicamente, el lector se encontrará con la posibilidad de acceder a un escrito que narra de primera fuente, en la voz de una de sus protagonistas, el desenvolvimiento de la discusión que rodeó al proyecto de la entrega

de la PAE, haciendo especial énfasis en el componente político de las políticas públicas en salud, puesto que se señalan los principales actores involucrados y cómo pudieron cambiar el curso del enfrentamiento y sus posiciones de fuerza en las diferentes etapas que vivió el proceso. En este sentido, las autoras son sumamente enfáticas en señalar el carácter marcadamente ideológico que asumió este debate puesto que *“la distribución de la PAE alineó fuertemente a los diversos actores según su ideología. Los detractores avanzaron, impidieron por años su distribución, pero finalmente la determinación del ejecutivo y muy en especial la fuerza de la ciudadanía, en este caso de las mujeres organizadas y activas, logró que se impusiera la medida”*.

Sin dudas, el testimonio y análisis planteado por las autoras corresponde a una serie de reflexiones y aprendizajes que deben ser recogidos por cualquier persona que se encuentre abocada a la tarea de mejorar la salud pública. En particular, rescatamos dos: a) los ministerios de salud no deben ni pueden entenderse como carteras meramente técnicas, en cuenta *“las medidas de salud pública son políticas y sociales, y se debe contar con capacidades técnicas internas, además de sociales y políticas para llevar adelante las medidas”*; y b) en el campo de la salud pública, suele ocurrir que los resultados se evidencian en el largo plazo, por ende trascienden el tiempo que suele durar un ciclo gubernamental, por lo que la capacidad política de diseñar su proyección y sostenibilidad para que se conviertan en políticas de estado resulta crucial.

La primera parte del libro finaliza con el tercer capítulo a cargo de Yuri Carvajal y Manuel Hurtado. En un lenguaje distinto, los autores brindan una interesante reflexión a cómo analizar o entender la pandemia actual por COVID-19.

Con una clara intención política, los autores deciden tomar como punto de partida el antropoceno; una forma de manifestar a los mismos individuos como agentes de la realidad actual que vivimos por la pandemia del Coronavirus.

De esta forma, sugieren dislocar la mirada usual que tenemos de la pandemia, invitando al lector a cuestionar sobre cómo la propagación del virus o los lugares o poblaciones donde éste *“se encuentra más cómodo”*, en palabras de los autores, nos vienen finalmente a interrogar sobre cómo organizamos las ciudades y nuestros hábitos diarios.

Es en ese último punto donde radica el valioso mensaje que los autores quieren brindar con el escrito. Desde nuestra interpretación buscan

hacer un llamado al análisis de la pandemia desde la perspectiva de los determinantes sociales de la salud, buscando no profundizar solamente en el análisis clínico del mismo, si no en las estructuras o condiciones sociales que propician factores de riesgo para su mayor propagación y mortalidad. En ese sentido, resulta crucial tratar el sedentarismo en las ciudades, la hiperconectividad, la destrucción de nichos ecológicos que actúen como barreras de propagación, etc.

El cuarto capítulo da paso a la segunda parte del libro, orientada a discutir sobre el objeto de la salud pública. Este capítulo, que bien podríamos catalogar como un ensayo –e incluso un manifiesto teórico para ser más precisos–, se encuentra a cargo del connotado antropólogo de origen francés Didier Fassin, quien de forma expresa declara perseguir tres objetivos.

En primer lugar, pretende tomar posición por la agenda de la antropología de la salud y así, evidenciar cómo se diferencia de los enfoques tradicionales asociados a la antropología médica, señalando que debe nutrirse de una doble lectura, tanto histórica como política. En este sentido, el autor plantea la crítica transversal a los estudios antropológicos en torno a la enfermedad, puesto que se enfocaban exclusivamente en la dimensión individual de una realidad innegablemente social, prestándose, en consecuencia, poca atención a elementos como:

“... los sistemas de protección social y de higiene pública, a los programas de prevención de las epidemias y de lucha contra las grandes endemias, a las políticas internacionales de cuidados básicos y locales de la salud en la medicina comunitaria, a los proyectos de desarrollo sanitario en los países pobres y de desarrollo social en los barrios pobres de los países ricos, a los dispositivos de información epidemiológica y de regulación económica, todo lo cual constituye, en el fondo, la cotidianidad del campo de la salud”.

Tal como señala Fassin, este planteamiento no apunta a reformular a la disciplina antropológica como una ciencia centrada en el abordaje de los grandes problemas y temáticas sociales o que se especialice en la formulación de recomendaciones técnicas, sino que la crítica apunta a identificar que estos aspectos que pueden parecer anexos al fenómeno de la salud, resultan ser igualmente portadores de sentido que la enfermedad y son, por tanto, dignos de recibir un trabajo interpretativo que profundice los análisis.

El segundo objetivo declarado por Fassin, consiste en escrutar la relación que existe entre los procesos de objetivación y subjetivación en los

fenómenos relativos a la salud, en sus palabras, *“desvelar la tensión que existe entre la realidad objetivada por los epidemiólogos o los economistas y su traducción subjetiva en las representaciones y las acciones”*. En este punto, el autor recurre de forma didáctica a una serie de ejemplos que dan cuenta de que no basta con la presencia de una patología para que se manifieste un problema de salud, sino que se requiere la operación de actores que le otorguen existencia social y del mismo modo. Pero, del mismo modo, esta subjetivación no ocurre sin la objetivación que proveen los exámenes de laboratorio o toxicológicos. Nos encontramos, en definitiva, frente al planteamiento de una dinámica prácticamente dialéctica entre objetivación y subjetivación de la salud.

Ya en tercer, y último lugar, el autor busca sentar las bases para establecer ciertos análisis que conjuguen los escenarios locales y mundial de salud, proceso que denomina globalización sanitaria. Puntualmente, se plantea la posibilidad de que la antropología de la salud pueda hacer gala de su capacidad para integrar en el análisis aspectos que sobrepasan lo que comúnmente enmarcamos dentro del sector de salud. En términos prácticos, el argumento estriba en que la antropología permitiría atenuar los efectos de opacidad que afectan al análisis de los fenómenos sanitarios, como lo son el fuerte consenso en torno al cuerpo considerado sano y la exclusividad que se arropan los especialistas (cuestionando sus dispositivos y mecanismos de producción de conocimiento).

Llegado este punto, el lector podría genuinamente cuestionarse si las reflexiones planteadas por Fassin –que parecieran circunscribirse exclusivamente a las ciencias sociales en general y de forma más particular al campo disciplinar de la antropología–, resultan de utilidad para quienes se encuentran ajenos a los debates que allí se suscitan. Interrogante frente a la cual no dudamos en responder con un tajante sí, puesto que los derroteros teóricos explorados por Fassin son atingentes para todos quienes han hecho de los fenómenos relativos a la salud su campo predilecto de investigación y estudio, pero serán aún más esclarecedores, e incluso reveladores, para quienes se encuentren inquietos por tender puentes entre los, a veces lejanos, terrenos de las ciencias sociales y la salud pública.

El quinto capítulo del presente escrito constituye una reflexión con una potente base teórica para analizar el proceso de construcción y generación de realidad asociada a la salud y la medicina. Los autores, Sir Retamales y Fuster, realizan una reflexión de la mano de la idea de gubernamentalidad, concepto planteado por el filósofo francés Michel Foucault y que es entendido como un espacio donde se ejerce el poder. En base a ello, se cuestionan si son entonces los diagnósticos, indicadores, cuidados y mejorías una parte de un ejercicio de dominación particular.

Siguiendo dicha base teórica, los autores problematizan el predominio de la lógica patologización, normalización y medicalización de la salud de las poblaciones como un enfoque que, incluso con un fin político, ha sido utilizado a lo largo de la historia para sustentar el predominio de los intereses de las instituciones y el Estado sobre los deseos y prácticas individuales y colectivas. De esta forma, se ejemplifica el caso de Chile con el surgimiento de la cuestión social en a fines del siglo XIX, donde se visibiliza claramente la aparición y predominio del saber médico en la arena política para justificar intervenciones técnico-sanitarias.

Una segunda lógica predominante en el estudio de la producción de la verdad médica es la de funcionalización-rentabilización. Dicho proceso se asocia a una individualización de las prácticas médicas y los procesos de medicalización son asociados ahora a objetos de consumo y diferenciación social expresados en estilos de vida en salud que dan valor.

Por último, los autores reflexionan sobre una tercera lógica que esta vez se desmarca de la lógica de la gubernamentalización y, al contrario, se enfoca en mecanismos donde problemas estructurales se buscan resolver en el plano individual. Esta es comprendida como la lógica de la micropolítica.

La forma en el que los autores analizan la lógica de la micropolítica en relación con la salud resulta especialmente atinente a la actualidad y brindarán al lector una interesante forma de cuestionar la organización de la institucionalidad sanitaria. Esto por cuanto invita a reflexionar sobre cómo muchas veces políticas públicas de salud que buscan el empoderamiento personal o actuar sobre el plano individual, finalmente terminan por ocultar las carencias estructurales del sistema, no haciéndose cargo de las reestructuraciones profundas que se requieren.

Dichas micropolíticas a su vez potencian la colectivización de los malestares o diagnósticos y terminan muchas veces por convertirse en reivindicaciones sociales que, de la mano de la organización y participación social, cuestionan las tradicionales formas de ejercicio del poder e invitan a cuestionar su marco de acción. Partiendo entonces desde un análisis social crítico, dichas articulaciones tienen el potencial de la imaginación política, pudiendo incluso cuestionar los espacios de poder y exigir la modificación de los sistemas de salud y la institucionalidad asociada.

Si bien recién nos acercamos a la mitad de los capítulos que componen la presente publicación, nos atrevemos a afirmar que el título número seis condensa especialmente el espíritu que ha intentado erigir el libro que los lectores tienen en sus manos. Y es que precisamente el apartado redacta-

do por Ferreria, abordando las particularidades de un segmento de la población, a saber, las personas con discapacidad (PCD), engloba una contundente crítica epistemológica, un sólido marco teórico, una profunda problematización, una denuncia al origen positivista que tienen las políticas dirigidas a las PCD y las limitaciones que emanan de dicho origen, así como evidencia empírica del caso español que refuerza los planteamientos.

Estamos ante un verdadero manifiesto político-teórico para las PCD, una bandera que recoge tanto su identidad como sus demandas y que se sustenta en una tesis central, según la cual a raíz del *“proceso de modernización occidental y de la hegemonía [...] de una epistemología positivista, la discapacidad ha sido objeto de un tratamiento orientado exclusivamente por un enfoque médico”*. Esto al menos hasta la década de 1980, que representó un punto de inflexión en la medida de que se comienzan a instalar enfoques como la filosofía de la vida independiente o el modelo social—siendo el principal postulado de este último, que la discapacidad es un fenómeno social producido por la inecuación de diferentes estructuras sociales que no contemplan las necesidades de las PCD, desalojando el problema en la fisiología de los individuos y trasladándolo a las esferas cultural y política—, permitiendo que las PCD transiten de ser un mero *“objeto de intervención médico para pasar a constituirse en un sujeto colectivo de acción política, reivindicando los derechos que les han sido negados”*.

Este giro identitario descrito por Ferreira, tiene su correlato en cierto vuelco que experimentó la orientación de las políticas que los estados han fijado en sus itinerarios en materia de discapacidad, cruzando la barrera del asistencialismo sanitario que implicaba la rehabilitación, muchas de estas políticas perseguirán tanto la promoción del reconocimiento expreso de derechos como el aseguramiento de la inclusión de las PCD.

Sin embargo, el autor se muestra crítico al plantear que en su mayoría esta nueva tendencia de las políticas dirigidas hacia las PCD ha sido simplemente discursiva, evidenciándose que la modificación de los marcos jurídicos que regulan su existencia ha permitido la obtención de cierto reconocimiento, pero no ha devenido en *“una transformación sustancial en sus condiciones reales de existencia”*. El autor plantea, que este desajuste entre reconocimiento legislativo o normativo y las condiciones de existencia de las PCD radica en que aun no ha sido abordada la esencia misma de la opresión que las afecta, vale decir, el cuerpo y la corporalidad. Siguiendo a Ferreira, *“el sujeto político ha eludido la cuestión fundamental de su condición de objeto médico. Así, una vez abierta la batalla política, en el camino hacia un pleno reconocimiento de derechos, las personas con discapacidad todavía tienen que hacer valer su verdadera fortaleza”*. Esta

fortaleza radica en la reapropiación, hasta ahora, negada de sus cuerpos, trascendiendo las regulaciones impuestas y asumiendo su condición no normalizable y, por ende, no disciplinable.

De este modo, Ferreira sentencia que independientemente de la orientación o declaración de principios que postulen las políticas que se diseñan e implementan para PCD, es el sustrato positivista que por antonomasia inhibe la apropiación de sus cuerpos en cuanto sujetos políticos el que condena a dichas políticas a una inevitable ineficacia en la búsqueda de la inclusión social de las PCD como colectivo.

La tercera parte del libro se enfoca en la discusión de una temática especialmente actual y relevante al momento de analizar el quehacer de la salud pública: cómo incorporar la perspectiva de género y feminista en el modelo de salud. Con dicho propósito, las autoras Alexandra Obach y Alejandra Carreño comienzan reflexionando acerca de la preponderancia que ha tenido en el área de la salud los ámbitos biológicos, por sobre los culturales. Desde su perspectiva, esto ha implicado la instalación y profundización de diversas inequidades, dentro de las cuales predominan aquellas asociadas a inequidades de género.

A partir de dicha reflexión, las autoras llegan al argumento central del escrito, el cual dice relación con la tesis de que la incorporación de la perspectiva de género en salud puede reducir las desigualdades en salud y mejorar la eficiencia y efectividad de los sistemas de salud. Sin embargo, ello requiere de la incorporación de una perspectiva interseccional, puesto que la compleja interacción entre las múltiples identidades que constituyen a las personas, como son las de género, clase, raza, entre otras, permiten profundizar y comprender mejor los comportamientos y exposiciones diferenciadas relacionados a la salud, y el acceso y uso de los sistemas de salud por parte de la población. A modo de ejemplo, se señala que, si a la dimensión de género se suma, por ejemplo, la de ruralidad y adultez mayor, el índice de pobreza multidimensional aumenta significativamente, alcanzando un 44,4% en mujeres rurales con 60 años o más (PRODEMU, 2020).

Luego de proporcionar una revisión del concepto de androcentrismo, las autoras fundamentan cómo el género resulta ser un elemento clave para abordar una perspectiva científica y sanitaria capaz de incluir a todos los sujetos más allá de su posición en el sistema sexo/género y así superar el paradigma androcéntrico que resulta ser la base de dichas inequidades.

A partir de diversos ejemplos y casos, las autoras evidencian cómo dicho paradigma ha resultado responsable de la instalación de mandatos

de género en salud. De esta forma, siguiendo el marco conceptual de Determinantes Sociales, es posible concebir al género como un determinante de tipo estructural, el cual, al combinarse con otras variables, principalmente de clase social y étnicas, son fundamentales en los resultados de salud de las poblaciones.

Buscando desmarcarse de los análisis tradicionales de género que sólo se enfocan en temáticas relativas a las mujeres, el relato da espacio para el análisis sobre cómo los paradigmas asociados a la masculinidad también tienen consecuencias e implicancias para la salud de los hombres. El modelo de masculinidad clásico promueve idearios donde el hombre debe mostrarse activo, fuerte, autónomo, jefe de hogar, entre otros, condiciones que igualmente marcan sus resultados en salud y los exponen a determinados riesgos, por ejemplo, en el ámbito laboral.

Una última reflexión que merece destacarse, en especial para el público hacia el cual este libro está dirigido, es aquella que proporcionan las autoras sobre cómo la profundización de estos paradigmas ha conllevado a la formación de marcos cognitivos clínicos con un profundo sesgo de género, los cuales han impactado fuertemente en la formación de profesionales del área de la salud.

A pesar que se han evidenciado avances en la actualidad para superar estas visiones tradicionales, las autoras hacen un llamado a continuar profundizando en estas reflexiones para transformar el accionar de los sistemas de salud, lograr cambios profundos en el sistema sexo-género y conseguir, como que todas las personas *“se encuentren en igualdad de condiciones para ejercer plenamente sus derechos y su potencial para estar sanos, contribuir al desarrollo sanitario y beneficiarse de los resultados”*.

El segundo capítulo de esta tercera parte del libro está a cargo de Rodolfo Morrison. A lo largo del octavo acápite, el autor, nos plantea una contundente crítica de corte epistemológico al enfoque que tradicionalmente ha estudiado la salud pública, el cual se ha caracterizado por el empleo de un paradigma positivista y biomédico, aspectos que quizás resultan más fáciles de identificar, a los cuales el autor adiciona un tercero, bastante menos asumido, que es el androcentrismo de sus planteamientos y todas las consecuencias que derivan de ello.

En este sentido, el autor plantea que la forma en que se han producido históricamente los saberes científicos dentro de este campo (aunque extensible a la gran mayoría de las áreas del conocimiento humano) responden a estructuras tradicionales, patriarcales y androcéntricas las

cuales han devenido, naturalmente, en políticas públicas que dictaminan que ciertos sujetos componente el imaginario de “lo público”, mientras otros quedan relegados a la invisibilización.

Las principales perjudicadas de esta delimitación han sido las mujeres, las personas no heterosexuales, los migrantes, los pobres y los indígenas, quienes han sido despojados como sujetos de derecho al no ser considerados por las políticas públicas de salud, viéndose fuertemente desprotegidos. Situación que se agrava, cuando evidenciamos que las pocas veces que las políticas públicas de salud han tenido la intención de superar esta barrera epistemológica y abordar específicamente a alguno de estos colectivos, han recurrido al uso de estereotipos y sesgos sexistas, provocando que tanto la efectividad como los potenciales beneficios de dichas políticas queden en entredicho.

A lo largo del capítulo, Morrison se plantea un contundente itinerario para abordar su crítica epistemológica, lo que no debe confundir al lector, puesto que por más teóricamente elevados que puedan mostrarse los planteamientos expuestos, el autor siempre encuentra el momento preciso para aterrizar el debate y señalar la forma concreta en que se engarza la epistemología feminista con los estudios de salud pública, dando cuenta del enorme potencial inexplorado que encierra esta relación.

Para cerrar esta tercera parte del libro, Galkuté y Miranda brindan una contundente reflexión con respecto a la organización de los sistemas de cuidado de adultos mayores para el caso chileno, país que muestra los índices más altos de envejecimiento de la región. Las autoras centran su análisis en el caso de los cuidadores informales, debido a la deficiencia y escasez de políticas públicas orientadas en mejorar la calidad de vida y bienestar de personas que se desempeñan en dicha ocupación.

Desde la perspectiva de las autoras, difícilmente sería posible conducir un análisis de este tipo sin considerar la perspectiva de género como eje conductor. Esto por cuanto los roles tradicionales que la sociedad impone a las mujeres, y que se fundamentan en inequidades de género y en la división sexual del trabajo, han implicado que sean las mujeres quienes mayormente se desempeñen en tareas de cuidado, especialmente informales.

Considerando el objetivo primordial que tiene la presente publicación, este capítulo particular proporciona elementos relevantes para repensar el quehacer de la salud y la salud pública. A partir del análisis de los sistemas de cuidado, se releva la necesidad de políticas públicas que

ayuden en la reducción de las inequidades de género, por cuanto los datos presentados por las autoras explicitan que las mujeres cuidadoras informales son quienes suelen sufrir mayores efectos negativos en su salud, en comparación a los hombres.

En complemento de lo anterior, las autoras abogan por una institucionalidad clara y eficiente que soporte la demanda existente y futura asociada al cuidado de larga duración, y que no se soporte en el incremento del sistema de cuidado informal que, como se señaló, genera importantes consecuencias para quienes se desempeñan en él.

La cuarta parte del libro agrupa los dos capítulos finales de la publicación y se orienta a reflexionar sobre dos problemas de salud pública contingentes. En el primero de ellos, tal como señala el título del capítulo, Michelle Sadler, se aboca a la visibilización de un tipo particular de violencia, la violencia obstétrica, planteando de forma simple y directa un problema del que como sociedad hemos optado por rehuir. La autora, al proveernos un marco para comprender la particularidad de la violencia obstétrica, nos plantea que, a diferencia de otros tipos de violencia, carece de una identificación mecánica de los victimarios o responsables, situándose su origen en niveles estructurales de la sociedad (específicamente en las ideas ideologías de género imperantes y en la visión que tiene el sistema biomédico de los procesos reproductivos de las mujeres). Esta condición provoca que tanto su comprensión como su abordaje revistan de cierta complejidad, especialmente en lo que respecta a su posicionamiento como una temática urgente en el quehacer de los países y sus agendas políticas.

Sin embargo, la autora no nos plantea únicamente la profundidad de este problema, sino que también arroja luces sobre su abordaje como una preocupación acuciante de la salud pública que debe ser nombrada sin tapujos. Esto en gran parte, debido a que la violencia obstétrica se expresa de forma más concreta y material al interior de los establecimientos de salud, siendo ejercida principalmente por el personal durante todo el proceso de gestación, pero con especial crudeza en el momento mismo del parto, tal como se da cuenta mediante el relato de Alma y la herida que dejó en ella su experiencia.

La brillantez del capítulo radica en cumplir tenazmente lo que se propone, hacernos ver lo que sabemos que está, pero que nos hemos acostumbrado a ignorar. Proceso que no resulta fácil, por todas las contradicciones tanto internas como colectivas que conlleva, pero que sin duda se facilita gracias a la claridad y decisión con que la autora plantea la problemática. Este capítulo es un claro ejemplo de que el apasionamiento e involucramiento

del autor o autora por los temas que investiga no representa un problema para el desarrollo de los mismos, sino que, muy por el contrario, podemos apreciar como la responsabilidad asumida por la autora *“de entregar un ambiente de cuidado y respeto para las mujeres que dan a luz, sus bebés y sus familias”*, así como *“de que nunca más a una mujer le duela el alma por la forma en que fue tratada durante el parto”*, nutren y respaldan profundamente tanto su investigación como sus planteamientos.

El libro finaliza con la valiosa contribución de Báltica Cabieses para analizar el fenómeno de la migración y la respuesta del sistema de salud chileno. Esta temática resulta de especial relevancia por cuanto en los últimos años, ha podido observarse un flujo migratorio sin precedentes al país que ha puesto en evidencia las vulnerabilidades asociadas a dicha condición con respecto a la salud y calidad de vida de la población migrante.

Al respecto, el relato de Cabieses se presenta cargado de evidencia sólida para analizar la relación entre migración y salud, la cual se relaciona mayormente con las condiciones en las cuales dicho proceso migratorio se desarrolla, más que con la condición de migrante en sí. En palabras de la autora, *“la salud de las personas migrantes internacionales está determinada por las diversas experiencias que enfrentan durante las diversas etapas del proceso migratorio, es decir, en el lugar de origen, en el tránsito, en el lugar de destino y en el retorno”*.

Para profundizar su análisis en el caso chileno, la autora presenta una importante y contundente síntesis del sistema de salud chileno en cuanto a su organización e institucionalidad, entregando un espacio específico y especialmente detallado para analizar la normativa existente para el acceso de la población migrante al sistema de salud y protección social.

A pesar de lo anterior, la autora reflexiona sobre el escaso acceso de la población migrante a dichos sistemas y las barreras asociadas con ello. Haciendo un énfasis en la población migrante venezolana, la autora evidencia cómo dicha población presenta barreras para llegar a la consulta, para ser atendidos en los establecimientos de salud, en el acceso a prestaciones universales como AUGE-GES, entre otras.

Para profundizar este argumento, un valor particular del presente relato es el análisis comparado de datos que realiza la autora sobre el uso efectivo y barreras de acceso para problema de salud de corto plazo para la población chilena, inmigrantes y población migrante venezolana específica. Asimismo, destaca el análisis histórico proporcionado por la autora, sobre el manejo de la pandemia por COVID-19 en relación con la

población migrante y las medidas que desde la institucionalidad sanitaria chilena se implementaron.

La contribución de Cabieses finaliza con una síntesis de propuestas para la promoción de la salud de la población migrante en Chile. A partir de ello, se identifican cuatro propuestas concretas para el re-diseño de políticas públicas orientadas a migración y salud pública cuyo valor radica en su carácter inclusivo, participativo e intersectorial que, de seguro, serán de gran utilidad para el lector.

Las diversas reflexiones aquí presentadas nos invitan a cuestionar el quehacer y el rol de la salud pública, en un escenario sanitario actual marcado por la contingencia y la incertidumbre propias de la pandemia por COVID-19. Los aportes de los distintos autores aquí presentados permiten reflexionar sobre re-estructuraciones necesarias de realizar en el diseño de las políticas públicas de salud actuales para abordar o reducir las inequidades en salud. Lo anterior resulta especialmente relevante en el contexto de la Región de América Latina, la cual corresponde a una de las más desiguales del mundo (OPS, 2018), razón por la cual una proporción importante de su población se ve muchas veces expuesta a condiciones vulnerables, tanto sociales como de salud.

Referencias bibliográficas

- PRODEMU (2020). Encuesta de Bienestar General en Mujeres. Chile. Recuperado de: <https://prodemu.feriasprodemu.cl/wp-content/uploads/2021/estudios/3-Encuesta-Bienestar-General-%28%29-JULIO.pdf?t=1617201506>
- OPS (2018). Sociedades justas: equidad en la salud y vida digna. Resumen ejecutivo del Informe de la Comisión de la Organización Panamericana de la Salud sobre Equidad y Desigualdades en Salud en las Américas. (<https://iris.paho.org/handle/10665.2/49505>)

INTRODUCCIÓN

LA SALUD PÚBLICA COMO PROBLEMA

Mario Ociel Moya

“Me parece que uno de los fenómenos fundamentales del siglo XIX fue y es lo que podríamos llamar la consideración de la vida por parte del poder; por decirlo de algún modo, un ejercicio del poder sobre el hombre en cuanto ser viviente, una especie de estatización de lo biológico o, al menos, cierta tendencia conducente a lo que podría denominarse la estatización de lo biológico.”

Foucault, Defender la sociedad¹

“La idea de una ciencia neutra es una ficción, y es una ficción interesada, que permite considerar científica una visión neutralizada y eufemística (y por lo tanto particularmente eficaz simbólicamente porque es particularmente desconocible) de la representación dominante del mundo social.”

Pierre Bourdieu, Los usos sociales de la ciencia²

Desde las ciencias sociales escribir sobre las lógicas que sustentan a la salud pública puede resultar problemático por dos razones: la primera, es que se trataría siempre de observaciones de segundo orden o de observaciones *outsiders*, lo que supondría que la mirada forastera es incompleta y carente de los elementos analíticos necesarios para comprender los raciocinios que encierran los complejos sistemas sanitarios en las sociedades occidentales modernas. La segunda, es la asimetría epistemológica producida dentro del campo científico, entre las ciencias de la vida y las ciencias sociales, materializada en una distribución, también asimétrica, del poder científico e inclusive gremial.

¹ Foucault (2002: 217).

² Bourdieu (2008: 47).

En la actualidad, el posicionamiento del discurso multidisciplinar y el reconocimiento de las dimensiones sociales en proceso de salud/enfermedad, los aportes de las ciencias sociales, como la antropología, la sociología, la psicología y el trabajo social, resultan pertinentes. El uso de las metodologías cualitativas³, por ejemplo, se han instalado como una opción en la salud pública latinoamericana, particularmente desde los 70, con el surgimiento de visiones críticas hacia el modelo médico hegemónico desarrollado por Menéndez (2002; 2020) o de la propuesta de Breilh (2007) sobre el desarrollo de una epidemiología crítica.

Naturalmente, estas visiones admiten la importancia de la salud pública, el uso de la demografía y la bioestadística para la producción de datos, también nos indican que reducir los eventos de salud/enfermedad únicamente a los datos producidos por metodologías de acervo positivista, dejan de lado dimensiones de la realidad que no son medibles, asimismo, que la problematización epistemológica respecto de aquellas diferencias de resultados entre los diferentes modos de cálculo (Fassin, 2022). Un ejemplo de ellos es que, mientras los expertos de diversas universidades estimaban la necesidad de la realización de cuarentenas o el cierre temprano de fronteras en el marco de la pandemia por el SARS-CoV-2/COVID-19, el gobierno de Chile retrasó el proceso por no estimar la evidencia como suficiente para dichas acciones.

Del ejemplo mencionado, emerge una característica importante de las formas de operar de la salud pública, a saber: la observación, análisis y proyecciones de la salud pública son desarrolladas en dos dominios diferenciados: la observación de problemas desde la academia y aquellos problemas observados en el marco de la política pública. Si bien ambas aproximaciones no son excluyentes, sino más bien, se esperaría una mayor articulación, los elementos considerados para el diseño de propuestas entre ambos espacios de producción de conocimiento, suelen diferir y tensar las relaciones de fuerza entre el campo científico y el campo burocrático y político (Bourdieu, 2007).

Podemos identificar distintos puntos de entrada para la observación de la salud pública, sin embargo, esto escaparía el propósito de este texto. No obstante, hacemos propia la afirmación que la salud pública está en crisis (Ferreira, 1992; Almeida, 1999) en cuanto a su definición y campo de acción, generándose, en este sentido, la necesidad de repensar los paradigmas

³ Sobre el uso de metodología cualitativas en la investigación en salud, se observa un uso instrumental y poco reflexivo de las limitaciones y los alcances de estas.

interpretativos que la componen y las metodologías desplegadas para el abordaje de los eventos de salud/enfermedad en su complejidad biológica, social, cultural, económica, política, entre otras dimensiones que surgen acorde a las nuevas demandas de la población en salud.

Uno de los principales inconvenientes que observamos en el discurso de la salud pública es la tensión que genera la narrativa sobre la importancia de la organización lo social situado en el modelo de los determinantes sociales de la salud (DSS), el cual mantiene el uso de las viejas metodologías y dispositivos de observación de los eventos de salud/enfermedad/atención son observados desde la causalidad (Moya, 2021).

Sabemos que el panorama sociosanitario en donde se circunscribe la salud pública se complejiza más al identificarse tensiones conceptuales y metodológicas. Para intentar superar esta barrera inicial, recurramos a las definiciones de salud pública: Winslow (1920) propone una de las definiciones que es en la actualidad considerada como una de las aproximaciones clásicas:

“La salud pública es la ciencia y el arte de prevenir las enfermedades, prolongar la vida y promover la salud y la eficiencia física mediante los esfuerzos organizados de la comunidad para el saneamiento del medio ambiente, el control de las infecciones de la comunidad, la educación del individuo en los principios de la higiene personal, la organización de servicios médicos y de enfermería para el diagnóstico temprano y tratamiento preventivo de enfermedades, y el desarrollo de la maquinaria social que asegure a cada individuo en la comunidad un nivel de vida adecuado para el mantenimiento de la salud”⁴ (Winslow, 1920: 30).

Por otra parte, la OMS conceptualiza la Salud Pública como “acciones colectivas, tanto del Estado como la sociedad civil dirigidas a mejorar la salud de la población. Esto sobrepasa la noción de salud como un bien público con altas externalidades. Las acciones colectivas son el grueso de las acciones de salud pública” (OMS/OPS, 2003: 47).

Como se desprende de ambas definiciones, se trata de lecturas altamente prescriptivas. En este sentido, más que saber el qué es la salud pública es necesario conocer qué y cómo se hace salud pública (Fassin, 2008) y como ésta se despliega en la población, por medio del uso de técnicas de

⁴ Traducción personal.

producción de datos, como la bioestadística, la demografía y la epidemiología, disciplinas que acompañan a la salud pública, como sabemos, segmentando el tejido social en incidencias, prevalencias, factores de riesgo que guían al aparato estatal y a la salud pública en el cómo (intervención), dónde (territorio) y sobre quienes (segmento de la población prioritario) desplegar sus acciones en pos de la salud de la población “dentro de los límites que sean social y económicamente aceptables y alrededor de una media que se considere, por decirlo de algún modo, óptima para un funcionamiento social dado” (Foucault, 2007: 20).

Así, mediante este libro, buscamos analizar aquellos elementos que componen el campo de salud, el cual, como se desprenden de las definiciones presentadas de salud pública, y fundamentalmente, como dan cuenta cada uno los capítulos de este libro, la noción de salud se encuentra compuesta por elementos objetivos y subjetivos, en donde se conjugan elementos biológicos, económicos, socioculturales, administrativos, de gestión y política. Esperamos que la lectura de cada uno de los capítulos que componen esta obra dé cuenta de las diversas aproximaciones y problematizaciones enunciadas en esta introducción y logren expresar las diferencias en el abordaje disciplinario de un mismo evento, la salud pública. Asimismo, debemos señalar que este libro se sustenta en la problematización y en la búsqueda de un trabajo asociativo, siempre crítico, entre los diversos saberes disciplinares que configuran los aspectos formales sobre la cual la salud pública logra materializarse.

Referencias bibliográficas

- Almeida, N. y Silva, J. (1999). La crisis de la salud pública y el movimiento de la salud colectiva en Latinoamérica. *Cuadernos médico sociales* 75: 5-30
- Breilh, J. (2007). *Epidemiología crítica. Ciencia emancipadora e interculturalidad*. Argentina, Lugar Editorial.
- Bourdieu, P. (2007). *Razones prácticas. Sobre la teoría de la acción*. Barcelona: Editorial Anagrama.
- Bourdieu, P. (2008). *Los usos sociales de la ciencia*. Buenos Aires: Ediciones Nueva Visión.
- Fassin, D. (2008). *Faire de la santé publique*. Rennes: Presses de l'EHESP.
- Fassin, D. (2022). *¿Cuánto vale una vida? O como pensar la dignidad humana en un mundo desigual*. Argentina: Siglo Veintiuno Editores.
- Ferreira, J. (1992). La crisis. En OPS, *La crisis de la salud pública: reflexiones para el debate*. Publicación Científica, 540, 233-236.
- Foucault, M. (2002). *Defender la sociedad*. Argentina: Fondo de Cultura Económica.
- _____. (2007). *Seguridad, territorio, población*. Argentina: Fondo de Cultura Económica.

- Gómez, B., Lumbreras, B., Hernández-Aguado (2005). Concepto y funciones de la salud pública. En G. Hernández-Aguado, A. Gil, M. Delgado, F. Bolúmar, F. Benavides, M. Menéndez, E. (2002). *La parte negada de la cultura. Relativismo, diferencias y racismo*. Barcelona: Ediciones Bellaterra.
- Menéndez, E. (2020). Modelo médico hegemónico: tendencias posibles y tendencias más o menos imaginarias. *Salud colectiva*, 16, e2615.
- Moya, M.O. y Cea-Nettig, X. (2021). Determinantes sociales de la salud y calidad de vida en Personas Mayores. En Cecilia Albala (Ed.), *Envejecimiento y salud. Las claves de un camino natural*, 153-166. Chile: Editorial Universitaria.
- Porta, C. Álvarez-Darter, J. Vioque y B. Lumbreras (dir). *Manual de Epidemiología y Salud Pública*. España: Editorial Panamericana.
- OMS/OPS (2003). La salud pública en las Américas: Instrumento para la medición del desempeño para las funciones esenciales de salud pública en el departamento de Caldas. Manizales: Centro Editorial de la Universidad de Caldas.
- Winslow, C.-E.A. (1920). The Untilled Field of Public Health. *Science*, 9; 51(1306), 23-33.

PARTE 1.

EL QUEHACER DE LA SALUD PÚBLICA

CAPÍTULO 1.

POLÍTICAS DE SALUD Y NUTRICIÓN EN CHILE: UNA PERSPECTIVA HISTÓRICA

Fernando Vio y Cecilia Albala

Antecedentes Históricos

En Chile, el primer dato de mortalidad infantil que se conoce es de 1904 y era de 350 fallecidos por cada mil niños nacidos vivos antes del primer año de vida. Es decir, por cada mil niños que nacían, un tercio se moría antes de llegar al año de vida, principalmente por diarreas y bronconeumonías, con una altísima prevalencia de desnutrición. Los que sobrevivían se veían enfrentados a enfermedades infecciosas que no tenían tratamiento, como eran el coqueluche, difteria, sarampión, varicela, poliomielitis, junto a otras enfermedades que hoy son comunes y se tratan rápidamente, como son las amigdalitis agudas, fiebre tifoidea, apendicitis aguda seguida de peritonitis que terminaba con el mortal “cólico miserere”, para seguir con la tuberculosis que diezma a niños y adolescentes hasta la edad adulta.

Por todo lo anterior, la expectativa de vida en los inicios del siglo XX no era más de 30 años, lo cual se diferenciaba poco de la esperanza de vida del hombre prehistórico. En esa época, más del 70% de la población era rural y las condiciones sanitarias de agua potable y alcantarillado, de vivienda, acceso a la educación y salud, eran pésimas.

Todo esto se agravó con la crisis económica de los años 30, que afectó nuestra principal fuente de ingreso que era el salitre, lo cual hizo que los cambios socioeconómicos se aceleraran, iniciándose la migración de la población que vivía en las minas del salitre a las ciudades, creándose cordones de pobreza extrema alrededor de ellas, con un aumento paralelo de la migración campo-ciudad en búsqueda de mejores oportunidades, lo que llevó a una urbanización creciente y precoz de la sociedad chilena. Según el censo de 1970, al 75% de la población vivía en zonas urbanas antes de 1970. Esto significó, por ejemplo, que disminuyera la duración de la lactancia materna y el número de madres que lactaban en forma exclusiva a sus hijos por la necesidad de las mujeres de buscar el sustento diario.

Ante esa realidad, se crearon una serie de organizaciones de caridad como la Gota de Leche y la Sociedad Protectora de la Infancia, y otras apoyadas por el Estado para dar respuesta a los problemas crecientes, especialmente de los más pobres. En 1925 se establece la Ley del Seguro Social, copiando las leyes implementadas por el Canciller Bismarck en la Alemania en el siglo XIX, que daba atención a los hijos de asegurados hasta el año de edad y en 1938 el Dr. Eduardo Cruz Coke crea la Ley Madre Niño que extiende la atención a embarazadas y niños menores de dos años, incluyendo la entrega de leche que ya venía realizando la Gota de Leche desde los años 20 (González, 1980).

Desde esa época se reconoce la importancia que tenía la alimentación como factor protector de la salud de las personas, en un contexto de carencias nutricionales, como lo señaló el Ministro de Salubridad, Previsión y Asistencia Social, Dr. Salvador Allende en 1939 en su libro “La Realidad Médico Social Chilena” (Allende, 1999):

“La grave deficiencia del aporte calórico repercute en la capacidad del esfuerzo muscular. Sin embargo, dentro de ciertos límites, el organismo puede adaptarse a la falta de energía calórica en cantidad suficiente, desarrollando menos trabajo.

La insuficiencia de alimentos protectores es más importante porque el organismo no dispone de ningún mecanismo de adaptación y su necesidad es absoluta.

Se ha comprobado que cuando el salario es escaso, el primer rubro afectado dentro de la alimentación es la compra de alimentos protectores. La carencia a largo plazo de alimentos de esta naturaleza repercute en las estructuras fundamentales del organismo”.

Durante la década del 40 se produce una expansión de cobertura en educación bajo los gobiernos radicales con el lema de “gobernar es educar” y se extiende la atención médica y la entrega de leche en consultorios y postas de salud (Mardones et al., 1986).

Hitos más importantes desde la década del 40 en adelante

- En 1948 se promulga la Ley que crea el Colegio Médico de Chile (Ley 9.263), al cual se le entregó la potestad de fiscalización del ejercicio profesional (sólo podían trabajar quienes estuvieran inscritos en sus registros), con el propósito de estimular el trabajo médico funcionario en el sistema público.

- En 1952 se crea el Servicio Nacional de Salud (SNS), que juntó en una sola institución de salud los hospitales existentes dependientes del Estado, de los municipios, de instituciones de caridad y otras como la Gota de Leche. La atención de salud se organizó desde lo preventivo hasta lo curativo, lo cual fue un gran avance al iniciar políticas integrales para enfrentar los problemas materno-infantiles y de enfermedades infecciosas desde la prevención, cuyos resultados se vieron tres o cuatro décadas más tarde.
- En 1954 se da vida formalmente al Programa Nacional de Alimentación Complementaria (PNAC), iniciándose la entrega de alimentos a través de los servicios de salud, con el requisito previo del control obligatorio de la embarazada a través del control maternal y del niño con el control de niño sano en consultorios y centros de salud, que fueron instalándose progresivamente en las grandes ciudades.
- En 1960 se inicia la política de los Médicos Generales de Zona que lleva por primera vez la atención médica a lugares apartados del país donde no existía ningún tipo de atención, creándose hospitales y postas rurales en todo el territorio nacional que permitieron enfrentar las urgencias de las bronconeumonías y diarreas en niños, lo que significó el inicio de la disminución de la mortalidad infantil en Chile.
- En 1970, con el Gobierno de la Unidad Popular, se le da un gran impulso a la construcción, habilitación y funcionamiento de consultorios con equipos de profesionales de la salud, creándose una red en las poblaciones marginales de las ciudades, especialmente en la Región Metropolitana de Santiago.
- Una política importante realizada de 1970 en adelante fue la salida de los profesionales de salud de los hospitales para atender la creciente demanda en los consultorios y en la comunidad. Es así como médicos, enfermeras, nutricionistas, kinesiólogos, tecnólogos médicos, comenzaron a atender parte de su horario y horario completo en consultorios desconcentrando la atención hospitalaria hacia la comunidad.
- Durante ese período se crearon Consejos Locales Paritarios de Salud en cada uno de los consultorios y hospitales, integrados por la mitad de sus integrantes con funcionarios de la salud y la otra mitad con representantes de la comunidad. Estos Consejos Locales se reunían periódicamente para supervisar y coordinar las atenciones de salud, las campañas como las “diarreas estivales” y vacunación y velar por el buen funcionamiento de los programas preventivos y curativos. Los Consejos Locales se organizaban en un Consejo Zonal de Salud por cada Zona del país, constituyendo una organización territorial importante para las políticas de salud. Esta experiencia, única en América Latina, dejó de funcionar con el golpe militar de septiembre de 1973, pero la organización de la población en torno a los consultorios o centros de

salud se mantuvo, lo que permitió en gran medida que los programas materno-infantil y de alimentación complementaria se mantuvieran en los años siguientes.

Disminución de la mortalidad infantil y materna

En 1960 la mortalidad infantil era todavía de 120 niños menores de un año que morían por cada mil nacidos vivos, principalmente por diarreas, bronconeumonías, desnutrición y enfermedades infecciosas. La mortalidad materna era de 3 por mil nacidos vivos, es decir, más de tres madres morían durante el embarazo, parto o puerperio por cada mil niños que nacían vivos. Esto se producía por problemas en el parto (hemorragias, infecciones y eclampsia) mayoritariamente atendidos en las casas y luego progresivamente en maternidades, pero muy especialmente por abortos sépticos realizados en forma clandestina en condiciones muy insalubres. A mediados de los años 70 se produjo el libre acceso de las personas a métodos anticonceptivos en consultorios, principalmente píldoras y dispositivos intrauterinos o DIU, con el objeto de prevenir el aborto que dieztaba a las mujeres, especialmente de nivel socioeconómico bajo.

Esta medida, junto con el aumento de la atención del parto en maternidades y el incremento de la cobertura de los controles prenatales que llegó al 80% de las embarazadas, hizo que la mortalidad materna en Chile disminuyera en forma drástica hasta llegar hoy día a tener los mejores indicadores del mundo de atención materna, con una alta cobertura de controles prenatales y con sólo 17 madres que mueren por cada 100.000 partos, en un país que tiene alrededor de 200.000 partos al año.

Con la mortalidad infantil sucedió algo similar: el riesgo de morir de los niños era cinco veces mayor en los hijos de madres analfabetas que en aquellas que tenían educación básica, y gracias al aumento de cobertura de la educación primaria que se inició en la década del 40, ya casi no existían madres analfabetas. El censo del año 1970 mostró que en Chile el analfabetismo era de un 11%, pero sólo el 58% de las personas que vivían en ciudades tenía acceso al agua potable en su casa y 35% a alcantarillado.

Gracias a un intenso programa iniciado por el Banco Interamericano de Desarrollo en la década del 60, se dotó de agua potable y alcantarillado a la gran mayoría de las ciudades del país y localidades rurales. Esto, junto al incremento de cobertura de los controles de salud preventivos y a la atención médica en consultorios y hospitales, más los programas alimentarios, inició la reducción de la altísima tasa de mortalidad infantil, que en 1960 era 120 por mil nacidos vivos, a 20 en 1985 y a 7,8 el año 2002, cifra que se ha mantenido hasta el presente.

Erradicación de la desnutrición

Paralelo a la disminución de la mortalidad infantil se produjo la reducción hasta la erradicación de la desnutrición a fines de la década del 90. Los datos de desnutrición recolectados mediante encuestas mostraban que más de un tercio de los niños tenían algún tipo de desnutrición en la década del 60, lo cual se correlacionaba bien con las altísimas tasas de mortalidad infantil (Vio & Albala, 2000).

La acción conjunta de Prevención Primaria, consistente en la entrega universal de alimentos a través del Programa Nacional de Alimentación Complementaria (PNAC) con educación en los controles de salud; más la Prevención Secundaria que consistía en la entrega de más alimentos, con mayor frecuencia de controles a niños con riesgo de desnutrir o desnutrición leve (PNAC focalizado), y la Prevención Terciaria con la rehabilitación de los desnutridos moderados o severos en centros CONIN (Monckeberg, 2020; Mardones, 2003), llevó a la erradicación de la desnutrición en un período inferior a dos décadas entre los años 70 y 90, en una situación económica, social y política muy adversa, con dos crisis económicas (1974-1977 y 1982-1986) que golpearon fuertemente a los sectores más vulnerables.

En la crisis de 1982-1986 el Producto Interno Bruto cayó un 12% el año 1982 y volvió a caer un 2% el año siguiente, con una desocupación cercana al 50% del mundo laboral, lo que obligó al gobierno a crear los Programas de Empleo Mínimo (PEM) y Programa Ocupacional de Jefes de Hogar (POJH) que eran empleos muy básicos de limpieza de calles, arreglo de jardines y otros, con un salario mensual equivalente a 50 dólares. Estos programas daban ocupación a la mitad de los desocupados, quedando un 25% con desocupación abierta. En estas condiciones la alimentación de los sectores más afectados consistía fundamentalmente en pan, té con azúcar, fideos, arroz y ocasionalmente legumbres.

En esta crisis económica, el rol de los Programas de Alimentación Complementaria o PNAC fue fundamental. El año 1982 se disminuyó el presupuesto del PNAC en un 30% por la crisis, pero inmediatamente la desnutrición, medida por el Registro Mensual Consolidado (RMC) con el indicador Peso/Edad referencia SEMPÉ comenzó a aumentar de 8,2% a 9,2% en los inicios de 1983. Con estos datos, se inició una fuerte campaña de abogacía por parte de profesionales y académicos de la salud, que permitió restituir el financiamiento y mejorar aún más los Programas Alimentarios, evitando así el incremento de la desnutrición en el país como consecuencia de la crisis económica.

El porcentaje de niños desnutridos de 6 años, según el RMC (indicador Peso/Edad, referencia SEMPÉ y menos 1 Desviación Estándar como punto de corte) que informaba mensualmente de cuánto era la desnutrición de los niños que acudían a los consultorios, mostraba que en 1975 la desnutrición era de un 15,5%. Antes de 20 años, en 1993, la desnutrición total llegó a un 5,3%, con un mínimo de desnutrición moderada y prácticamente la eliminación de la desnutrición severa. Entonces, se consideró que este problema estaba erradicado y la desnutrición se dejó de evaluar porque no se justificaba continuar midiéndola (MINSAL, 2010), cuando al mismo tiempo había aumentado en forma explosiva la obesidad infantil.

Envejecimiento en Chile

El envejecimiento de la población es un fenómeno mundial producido, entre otras cosas, por los importantes avances en materias nutricionales y alimentarias durante el ciclo de vida de las personas, principalmente en edades tempranas, junto a notables avances en prevención y cuidado de la salud a partir de las investigaciones científicas y desarrollos tecnológicos en el siglo XX, junto a un mejor estándar de vida.

Hace cinco o seis décadas la expectativa de vida era entre 50 y 60 años. Nuestros ancestros fallecían alrededor de esa edad y eran excepcionales los abuelos o abuelas longevos, mayores de 80 años. Hoy día las expectativas de vida están alrededor de los 80 años y aumenta la población de adultos mayores, la mayor parte de los cuales continúan activos, siendo un aporte muy relevante para nuestra sociedad.

En Chile, la expectativa de vida al nacer en el año 1900 se estimaba en 23,6 años para las mujeres y 23,5 años para los hombres, la cual se ha incrementado para el periodo 2015-2020 a 82,1 mujeres y 77,3 en los hombres. Estos cambios en la esperanza de vida al nacer están condicionados fuertemente por la disminución de la mortalidad general y en particular por el descenso de la mortalidad infantil, especialmente la ocurrida desde 1970, en que era de 82,2 por mil nacidos vivos, hasta la actualidad que es de 7 por mil nacidos vivos.

Esto produce un cambio en la estructura de edad de la población por grupos de edad.

En 1990, sólo el 5,9% de la población tenía 65 años o más, pero en el año 2010, ese porcentaje alcanzó 9,4%. Los mayores de 85 años pasaron de 69.250 en 1990 a 201.791 en 2011, casi un 200% de aumento en 20 años. En la actualidad el porcentaje de mayores de 65 años es de un 11,9%, es

decir, de 2.274.804 personas y se estima que en 2050 esta cifra alcanzará al prácticamente la cuarta parte de la población total del país.

El envejecimiento acelerado y la baja en la natalidad significan que cada vez hay menos población infantil respecto de la población mayor. El índice de envejecimiento (proporción de mayores de 65 respecto de la población de 0-14 años), muestra que en 1990 había 20 personas mayores de 65 años por cada 100 niños; en 2020 son 61 y se estima que en 2030 existirán 102 personas mayores de 65 por cada 100 niños de 0 a 14 años.

Los problemas de salud asociados con el envejecimiento involucran importantes desigualdades socioeconómicas, de género y dependiendo del área de residencia. Entre 1990 y 2020 la esperanza de vida al nacer (EVN) aumentó 72,7 a 80,2 años, con importantes diferencias de género que se traducen en que las mujeres, aunque como en todo el mundo, viven más que los hombres, lo hacen en peores condiciones de salud, ya que la proporción de esperanza de vida saludable (EVS), es decir, sin discapacidad, es menor que la de los hombres. Por otra parte, la mayor parte de las patologías crónicas que afectan a las personas mayores lo hacen en mayor proporción en los niveles socioeconómicos más bajos y en aquellos viviendo en zonas rurales, que a su vez son aquellos con menor nivel de educación. Es así como tanto la EVN como la EVS son mayores mientras mayor es el nivel socioeconómico y educacional, lo que es especialmente relevante en lo referente a salud mental, como es el caso de la depresión con una prevalencia de 39% en mayores de 60 años y la demencia cuyos valores fluctúan entre 25,2% en personas mayores con menos de 5 años de educación formal y 1,2% en aquellos con educación superior.

La disminución de la brecha entre expectativa de vida total y expectativa de vida saludable es posible a través de mejoría en la educación, estilos de vida saludable y participación social, sumado a un cuidado de la salud integrado y centrado en la persona. La discriminación y aislamiento de los adultos mayores aumentarán sus problemas de salud mental, discapacidad y dependencia, si no son enfrentadas proactivamente por la sociedad en su conjunto.

Incremento de la obesidad

Desafortunadamente y en forma paralela a la disminución de la desnutrición, desde la recuperación económica del año 1987 en adelante, la obesidad que era baja en los 80, se incrementó en forma explosiva en los 90. Al disminuir la desocupación y aumentar el ingreso, las personas de nivel socioeconómico medio y bajo incrementaron el consumo masivo

de alimentos con alto contenido de grasas, azúcar y sal, en especial de alimentos procesados. A esto se agregó la llegada de cadenas de comida rápida que implantaron en Chile el modelo de “dieta occidental” o “Western diet” que cambió los hábitos de muchos países en el mundo, como fueron los Latinoamericanos, China y la ex Unión Soviética, que en pocos años dejaron de alimentarse de acuerdo con sus hábitos ancestrales y comenzaron a hacerlo con los nuevos patrones provenientes del modelo norteamericano (Albala et al., 2002).

A esto hay que agregar el trabajo de la mujer fuera del hogar, lo que disminuyó el tiempo para cocinar, junto al cambio demográfico por el acceso universal a métodos anticonceptivos, disminuyendo la natalidad a tal extremo que muchas familias de nivel socioeconómico bajo decidieron tener un solo hijo con el objeto de poder educarlo para llegar a la Universidad, considerado el único camino posible de ascenso social y económico. Por supuesto, a este hijo se le daban todas las facilidades que los padres no habían tenido en la década del 80 por las crisis económicas, en especial alimentos de la nueva dieta “occidental”, como bebidas azucaradas y alimentos procesados con alto contenido de grasas, azúcar y sal.

En relación a la actividad física, con el aumento del ingreso se vendieron más televisores y vehículos, de forma tan explosiva, que en la encuesta CASEN de 1994 se sacó la tenencia de televisor como indicador socioeconómico, por no discriminar entre los diferentes niveles.

Simultáneamente, se prolongó la jornada laboral hasta un promedio de 10 horas diarias de permanencia en el trabajo en la Región Metropolitana, con baja productividad. Si agregamos un tiempo de traslado al hogar de entre 1 y 3 horas diarias, no quedaba tiempo disponible para la vida familiar, cocinar y menos aún para hacer actividad física. Con ello aumentó el sedentarismo y se produjo la tormenta perfecta: aumento de ingesta de calorías, grasas, azúcar y sal y disminución del gasto por menor actividad física (Vio & Albala, 2000).

El primer dato nacional de obesidad en adultos se obtuvo con la Encuesta Nacional de Salud (ENS) 2003, en que la obesidad en mayores de 15 años con Índice de Masa Corporal mayor de 30 fue de 23%, aumentando a un 27% en la siguiente ENS 2009/2010 y a un 34,4% en la del 2016/2017. Este incremento ha sido paralelo con la diabetes, que aumentó de un 6% el 2003, a un 9% el 2009/2010 y a un 12 % el 2016/2017. Un dato interesante es que la obesidad es mayor en mujeres que en hombres y es casi el doble en los que tienen menos de 8 años de estudio (indicador aproximado de nivel socioeconómico) que los que tienen educación técnico-profesional o universitaria o más de 12 años de estudio (Vio & Kain, 2019).

El dato más antiguo del incremento de la obesidad infantil es del mapa nutricional del primer año básico de la Junta Nacional de Auxilio Escolar y Becas (JUNAEB) (JUNAEB, 2020) que muestra una obesidad de un 7,5% en 1987; de 14,4% en 1996, de un 19,4% el año 2006 para llegar hasta un 28% el año 2020, con un fuerte incremento de la obesidad severa.

La obesidad en adolescentes fue observada en estudios puntuales realizados entre 1986 y 1998, que mostraron cambios significativos en el grupo de 6 a 16 años de 1,6% a 14,6% en hombres y de 2,3% a 17,6% en mujeres (MINSAL, 1995). Datos más recientes del SIMCE de Educación Física 2015 señalaban un 25% de sobrepeso y 20% de obesidad en niños de octavo año básico (14 años), lo que aumentó en comparación con el año anterior 2014 (Salinas et al., 2007).

Datos de primer año medio del Mapa Nutricional de JUNAEB (JUNAEB, 2020) muestran un incremento importante de la obesidad en los últimos años, la que siempre se había mantenido baja (alrededor de un 6%). El año 2011 la obesidad en Primero Medio (quince años) era de 8,2%, el 2016 aumentó a un 13,4%, el 2019 a un 15,6% para disminuir a un 13,1% el 2020.

Los primeros datos de obesidad severa (+3 DE por sobre la mediana) los entregó el Mapa Nutricional de JUNAEB el año 2017 y revelaron que un 8,1% de los alumnos de primer año básico tenía obesidad severa (10,3% en los hombres y 5,8% en las mujeres), lo cual significa que un tercio de los niños obesos tiene problemas graves de obesidad, con alta posibilidad de tener hipertensión arterial, diabetes e hiperlipidemias, complicaciones osteoarticulares y problemas de salud mental. Estos datos no variaron el 2019, donde la obesidad severa fue de un 8% en pre kínder, 9% en kínder, 9% en primero básico, 4,8% en quinto básico y se incrementaron fuertemente el año 2020, medido seis meses después del inicio de la pandemia de coronavirus, con un 12% en pre kínder, 11% en kínder y 10% en primero básico (JUNAEB, 2020).

Iniciativas para frenar el incremento de la obesidad en Chile

A diferencia de lo sucedido con las políticas para erradicar la desnutrición en Chile, no ha existido una Política de Estado, consensuada, continua en el tiempo, con objetivos y metas claras, financiamiento y evaluación, para enfrentar la obesidad y solo se han realizado diversas iniciativas discontinuas y aisladas para tocar algunos puntos relacionados con algunas de las causas de la obesidad.

Antecedentes de 1990 al 2000

Al desaparecer la desnutrición como problema de salud pública a fines de los 80 y comienzo de los 90, los temas de nutrición desaparecieron de la agenda pública. Al menos de esa forma lo plantearon los gobiernos de la época, en particular el Ministerio de Planificación (MIDEPLAN) en el primer gobierno de la Concertación (1990-1994). Sin embargo, según los datos del Mapa Nutricional de la Junta Nacional de Auxilio Escolar y Becas (JUNAEB), desde 1987 en adelante lo obesidad infantil inició un incremento que no se ha detenido hasta el presente. En 1997 ya se había doblado la obesidad en primer año básico y desde el 2007 se triplicó (JUNAEB, 2020). Como consecuencia del estudio de Carga de Enfermedad 1995 (MINSAL, 1995), que demostró que el 74% de la carga de enfermedad era por enfermedades crónicas no transmisibles y solo un 11% por enfermedades materno-infantiles, infecciosas y de la nutrición, recién en 1997 se cambiaron las prioridades del Ministerio de Salud hacia las enfermedades crónicas.

El año 1998 se creó el Programa VIDA CHILE, dependiente del Ministerio de Salud, con la participación de 20 instituciones públicas y privadas, para enfrentar estas enfermedades desde la alimentación, actividad física, tabaquismo, factores psicosociales y ambientales, con un programa descentralizado con proyectos en 345 comunas del país a través de Planes Comunales de Promoción de Salud, Planes Regionales en cada región y un Plan Nacional. Para ello se capacitaron a todos los directivos de salud del país (1998), más de 100 municipios (1999) y líderes comunitarios (2000), que iniciaron un trabajo sistemático a nivel local y regional desde el 2000 en adelante (Salinas et al., 2007). Sin embargo, con la aparición del Plan AUGE el año 2005, esta iniciativa perdió prioridad, su consejo ejecutivo nunca más fue citado, y a pesar de que continuó llegando financiamiento para proyectos en Promoción de Salud a las comunas, estos no fueron supervisados ni evaluados para que lograsen tener impacto.

Como el cambio fue tan rápido, los programas alimentarios diseñados para enfrentar la desnutrición como el Programa Nacional de Alimentación Complementaria (PNAC) y el Programa de Alimentación Escolar (PAE) de JUNAEB se mantuvieron con predominio en la entrega de calorías, grasas, azúcar y sal. El PNAC inició algunos cambios como la creación del Programa de Alimentación Complementaria para el Adulto Mayor (Barba et al., 2008). En cambio, el PAE se comenzó a modificar solo desde el 2000 en adelante, después de denuncias públicas a la JUNAEB de que estaba “engordando a los niños”, que terminaron con la renuncia de la Directora y la exposición del tema ante el Congreso de la República.

Esto demuestra que los cambios epidemiológicos y nutricionales que se produjeron en la década del 90 no fueron tomados en cuenta por los responsables de las decisiones en políticas públicas de los gobiernos de la época, por lo cual no se diseñó ni se implementó una política de Estado para enfrentar el creciente problema de la obesidad en Chile (Salinas & Vio, 2011).

Programas del 2000 al 2010

Recién en la década del 2000—con más de diez años de atraso—se empezó a considerar la obesidad como problema de salud pública.

Un primer proyecto fue el Casablanca (Kain et al., 2005) donde se realizó una intervención en las tres escuelas municipales de la comuna. En este estudio se demostró que el 20% de obesidad existente podía reducirse a la mitad, haciendo educación en alimentación saludable y realizando 4 horas semanales de educación física. Los resultados de este proyecto fueron entregados al Ministerio de Salud y utilizados en dos tipos de intervenciones: las 1000 escuelas del programa Estrategia Global contra la Obesidad o EGO Chile y las del programa Nutrición de Responsabilidad Social Empresarial o NutriRSE, financiado por empresas privadas en escuelas municipales de comunas de la Región Metropolitana: Macul, Maipú, Puente Alto, Estación Central, Santiago Centro, Lo Barnechea, entre otras.

La evaluación de las 1000 escuelas de EGO-Chile no demostraron ningún impacto y las de NutriRSE tuvieron un impacto moderado que se vio interferido por la crisis económica “sub-prime” del año 2008, en que la obesidad infantil comenzó a subir desde el año 2009 en adelante por incremento del desempleo y del precio de los alimentos, que aumentó el consumo de hidratos de carbono y grasas saturadas con alto contenido calórico por su bajo costo (Kain et al., 2014).

Programas del 2010 al 2020

El programa de Estrategia Global Contra la Obesidad o EGO Chile dejó de existir al el 2010, siendo reemplazado el año 2011 por el Programa Elige Vivir Sano dependiente de la Presidencia de la República, que dio un fuerte impulso comunicacional a los temas de alimentación y actividad física como prevención de la obesidad y enfermedades crónicas. Este programa permaneció activo hasta el 2014, a pesar de la Ley 20.640 que creó el “Sistema Elige Vivir Sano” (Ministerio de Desarrollo Social, 2013).

El año 2013 el Consejo Nacional de Educación aprobó la asignatura de “Educación Física y Salud” (MINEDUC, 2012) que obligaba a las escuelas

municipales y particulares subvencionadas a realizar tres horas semanales de educación física y enseñar conceptos básicos de vida saludable. Sin embargo, no todas las escuelas cuentan con profesores de educación física suficientes ni existe el interés porque las clases se hagan con la calidad e intensidad necesarias, por lo cual un 40% de estas clases no se hacen y cuando se realizan, el tiempo de actividad física moderada o vigorosa es mínimo. En contradicción con esta Ley, el año 2018 el MINEDUC eliminó la obligatoriedad de las clases de Educación Física para tercero y cuarto medio, a pesar de la oposición de la comunidad científica, que no fue escuchada.

Entre el año 2014 y 2018 se implementó la Ley 20.606 o Ley del Etiquetado Nutricional (MINSAL, 2012), para poner sellos de advertencia en los alimentos con alto contenido calórico, de azúcar, grasas y sal. En dos de sus artículos, el cuarto y sexto, se refieren a las acciones que deben efectuarse al interior de las escuelas para prevención de la obesidad infantil. Sin embargo, al no existir el compromiso del MINEDUC para cumplirlas, su implementación ha sido débil con escasa supervisión y control por parte del MINSAL, encargado de hacer cumplir esta política.

El año 2016 hubo una iniciativa de parte de JUNAEB con el Plan Contra la Obesidad Estudiantil, o “Contrapeso” (JUNAEB, 2016) con 50 medidas para enfrentar la obesidad infantil en escuelas, las que se han ido implementando progresivamente, como la instalación de “salad bar” en las escuelas, restricción al 5% de azúcar de las calorías totales, compras locales con énfasis en la agricultura familiar campesina, priorizando la adquisición de frutas y verduras, equipando los comedores con pantallas de TV para presentación del menú, recreos participativos, entrega de un dispositivo de promoción de actividad física, entrega de circuitos de actividad física, por cada unidad educativa para jardines JUNJI e INTEGRA.

También existen los jardines activos del Programa Escuelas Deportivas Integrales del Ministerio del Deporte, orientados a la realización de actividad física y muchas otras medidas tendientes a promover la alimentación saludable y la actividad física en escuelas.

Conclusiones

A diferencia de lo sucedido con la desnutrición, en que hubo una Política de Estado consistente en el tiempo, con gran consenso de gobiernos de distinto signo político, en que todos estaban de acuerdo en que la desnutrición era un flagelo que se debía eliminar, con gran apoyo de grupos técnicos y de la población en su conjunto, en el caso de la obesidad

no ha existido esa política de Estado sino programas aislados e iniciativas que no han logrado controlar el problema. En la discusión de políticas públicas, la obesidad rara vez aparece como problema urgente y los gobiernos y población no lo han considerado prioritario.

Esto, a pesar del inmenso impacto que tiene en la salud pública por estar relacionada con las principales enfermedades que nos afectan, que son las Enfermedades Crónicas No Transmisibles, la mayoría de ellas originadas y relacionadas con la obesidad, así como también los problemas de salud mental que se han incrementado en el último tiempo.

En la actual pandemia de Coronavirus se ha hecho evidente que la obesidad es un factor de riesgo importante, no solo para las Enfermedades Crónicas No Transmisibles, sino también para las virales al haberse demostrado que el riesgo de enfermar grave o morir por Coronavirus es muchísimo mayor en personas con sobrepeso y obesidad. Una reciente publicación del Observatorio Global de la Obesidad de la OMS junto a la Universidad Johns Hopkins muestra que la mortalidad por COVID-19 es 10 veces mayor en los países que tienen al menos un 50% de adultos con sobrepeso y obesidad (Chile tiene un 74,4%).

El estudio señala que el 90% de los 2,65 millones de muertes por la pandemia (a la fecha del estudio), es decir 2,4 millones, se produjeron en países con altas prevalencias de obesidad. Para demostrarlo compararon la alta mortalidad en Estados Unidos y Gran Bretaña, ambos países con alta obesidad, con la de Japón y Corea del Sur, donde los niveles de sobrepeso y obesidad son bajos.

Por lo tanto, la obesidad no solo seguirá impactando en las principales enfermedades crónicas que nos afectan, sino también en las virales como el Coronavirus que van a coexistir por mucho tiempo con las crónicas, degenerativas y demencias.

El solo dato de un 75% de los adultos y 60% o más de nuestros niños con malnutrición por exceso, puede significar en el futuro el colapso de cualquier sistema de salud en el mundo por el aumento de las enfermedades crónicas, problemas de salud mental y enfermedades virales, sin considerar otros costos, como son sus efectos en el desarrollo socioemocional y cognitivo de los niños, que van a afectar su calidad de vida como adultos y adultos mayores.

Referencias bibliográficas

- Albala, C., Vio, F., Kain, J., & Uauy, R. (2002). Nutrition transition in Chile: determinants and consequences. *Public Health Nutrition*, 5(1a), 123-128.
- Allende, S. (2006). La realidad médico-social chilena [1939]. *Medicina Social*, 1(3), 76-81.
- Barba, C., Jiménez, M., Pizarro, T., & Rodríguez, L. (2008). Protección social en los programas alimentarios del ministerio de salud de Chile. *Cuad Med Soc*, 48(4), 240-250.
- González Toro, N., & Infante Barros, A. (1980). Programas de alimentación complementaria del sector salud en Chile. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana (OSP)*, 89(6), dic. 1980.
- Junta Nacional de Auxilio Escolar y Becas (JUNAEB). *Contrapeso: Plan Contra la Obesidad Estudiantil*. <https://www.junaeb.cl/contralaobesidad/>
- _____. (2020). *Mapa Nutricional de JUNAEB*. <https://www.sochob.cl/web1/wp-content/uploads/2021/03/Mapa-Nutricional-JUNAEB-2020-1.pdf>
- Kain, J., Orellana, Y., Leyton, B., Taibo, M., & Vio, F. (2014). Association between socioeconomic vulnerability and height with obesity in low-income Chilean children in the transition from preschool to first grade. *Ecology of food and nutrition*, 53(3), 241-255.
- Kain, J., Vio, F., Leyton, B., Cerda, R., Olivares, S., Uauy, R., & Albala, C. (2005). Estrategia de promoción de la salud en escolares de educación básica municipalizada de la comuna de Casablanca, Chile. *Revista Chilena de Nutrición*, 32(2), 126-132.
- Ley 20.670 (2013). Crea Sistema Elige Vivir Sano Ministerio de Desarrollo Social, del 31 de mayo 2013. Publicada *Diario Oficial* 31.05.2013. <http://leychile.cl/>
- Mardones S, F., González, N., Mardones R, F., Salinas, J., & Albala, C. (1986). Programa Nacional de Alimentación Complementaria en Chile en el período 1937-1982. *Revista Chilena de Nutrición*, 14(3), 173-82.
- Mardones-Restat, F. (2003). Políticas de alimentación y nutrición, en los planes de salud en Chile. *Revista Chilena de Nutrición*, 30, 195-197.
- MINEDUC (2012). Asignatura Educación Física y Salud (Decreto 433 del 19 diciembre 2012).
- MINSAL (1997). *Estudio Carga de Enfermedad 1995*. Epi Visión 1997, 18:2-5.
- _____. (2010). *Nutrición para el Desarrollo. Claves del éxito del modelo Chile*. Ministerio de Salud, Gobierno de Chile, LOM Ediciones, Santiago de Chile.
- MINSAL, Subsecretaría de Salud Pública (2012). Ley 20.606 de Composición de Alimentos y su Publicidad del 6 de Julio 2012. <https://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=1041570>
- Monckeberg, F. (2020). *Después de superada la desnutrición es posible alcanzar el desarrollo. Experiencia Chilena 1953-2017*.
- Salinas, J. (2011). Programas de salud y nutrición sin política de estado: el caso de la promoción de salud escolar en Chile. *Revista Chilena de Nutrición*, 38(2), 100-116.
- Salinas, J., Cancino, A., Pezoa, S., Salamanca, F., & Soto, M. (2007). Vida Chile 1998-2006: resultados y desafíos de la política de promoción de la salud en Chile. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 21, 136-144.
- Vio, F., & Albala, C. (2000). Nutrition policy in the Chilean transition. *Public Health Nutrition*, 3(1), 49-55.
- Vio, F., & Kain, J. (2019). Descripción de la progresión de la obesidad y enfermedades relacionadas en Chile. *Revista Médica de Chile*, 147(9), 1114-1121.

CAPÍTULO 2.

POLÍTICAS PÚBLICAS EN SALUD: MÁS QUE DECISIONES TÉCNICAS. EL CASO DE LA PÍLDORA DEL DÍA DESPUÉS

Soledad Barría Iroumé y Nydia Contardo Guerra

Introducción

Para avanzar en salud de los colectivos humanos, es necesario establecer políticas de largo plazo, idealmente que vayan más allá de los gobiernos de turno. Hablamos de políticas públicas, en este caso de salud.

Esas políticas deben basarse en fundamentos técnicos, habitualmente epidemiológicos y, desde la reforma de salud que el país emprendió el 2005, encontrarse entre los objetivos sanitarios que se propone para cada década. Uno de estos objetivos 2000-2010 era disminuir los embarazos adolescentes (MINSAL, 2002) no planificados y en el programa de la Presidenta Bachelet se consideraba el refuerzo de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres.

En septiembre de 2006 se anuncia que la anticoncepción de emergencia, “Píldora del día después” o “Píldora anticonceptiva de emergencia (PAE)” sería entregada en los centros de públicos del país, facilitando el acceso para adolescentes y mujeres vulnerables ya que este medicamento tenía Registro sanitario en el Instituto de Salud Pública y se vendía a un alto precio en farmacias privadas y se requería prescripción médica.

Este anuncio desata una enorme reacción de diversos actores que se describen en la primera sección, en la presentación del caso. En ella se describen los hechos cronológicamente desde el anuncio de la política hasta que, cuatro años más tarde, se legisla y se hace realidad la entrega gratuita de la píldora de emergencia, aun cuando los actores ya no eran los mismos. A más de diez años, el embarazo adolescente ha bajado a menos de un tercio de lo que era en los años 2000.

Posteriormente, en la segunda sección se analiza en detalle la reacción y fuerza de los diferentes actores que se oponen o apoyan la política pública

que se quería implementar. Las autoras concluyen que este caso muestra el verdadero juego social que describe Carlos Matus¹ en que la fuerza de los actores es relevante para lograr o no, determinadas políticas públicas. Es necesario empezar a realizar los cambios y enfrentar las fuerzas que se desencadenan.

Presentación del caso: La anticoncepción de emergencia

La planificación familiar se inicia en Chile en 1962 (BCN, 2010) conformándose una Comisión Asesora en Política de Regulación de la Fecundidad que buscaba reducir el alto número de abortos y de muertes maternas, verdadera epidemia. En 1967, se formuló una política de Población y de Salud Pública que rige en la práctica hasta hoy. En ese marco, y desde entonces, el Ministerio de Salud, dictó las normas que debían aplicar los diferentes actores de salud. Desde 1997, el Programa se denomina Control de Regulación de Fecundidad, entregándose atención integral a la mujer y/o la pareja.

En marzo del año 2001, siendo M. Bachelet la primera ministra de salud mujer del país, el Instituto de Salud Pública (ISP) autorizó el medicamento Postinal® del laboratorio Silesia, el primer anticonceptivo de emergencia en Chile, de uso posterior al acto sexual y posteriormente se autorizó un segundo fármaco de la misma composición, el Postinor2®.

Organizaciones autodenominadas “provida” impugnaron ante la justicia ordinaria la comercialización de Postinal® con el argumento que era abortivo, y la Corte Suprema (Valenzuela, 2001) falla a favor del requerimiento, prohibiendo entonces la comercialización del Postinal®. Se suspende su comercialización, pero se sigue vendiendo el Postinor2®, ya que el fallo sólo comprometía al primero.

Desde entonces se comercializó en las farmacias con receta médica, pero en el sistema público sólo estaba disponible en la urgencia para casos de violación. Se establecía así una importante desigualdad entre quienes tenían recursos para consulta médica y compra de la “Píldora del día después o PAE” con los que no tenían esa posibilidad.

En 2005, el subsecretario de Salud Pública, Antonio Infante, anunció en el periódico La Segunda (Cooperativa, 2005), *“que los Servicios de Salud*

¹ Carlos Matus Romo fue un economista y político chileno, ministro de Economía, Fomento y Reconstrucción de Chile durante el gobierno de Salvador Allende. En años posteriores desarrolló la Planificación Estratégica Situacional (PES).

entregarían “la píldora” a todas las mujeres que lo requirieran y no sólo a las que hayan sido víctimas de violación”. El Presidente Lagos le solicita la renuncia días después. En el Ministerio de Salud se venía trabajando la actualización de las Normas de Fecundidad en un grupo de trabajo con expertos y académicos (Maira G.,2010).

En 2006 asume la primera Presidenta mujer, Michelle Bachelet y en el Ministerio de Salud también una mujer, Soledad Barría². En su programa estaba impulsar los Derechos en Salud Sexual y Reproductiva (SSR).

En los Objetivos sanitarios 2000-2010, del Ministerio de Salud (MINSAL) se comprometían tres objetivos en materia de SSR:

- Reducir la inequidad reproductiva por desigualdad de género y menores posibilidades de algunos grupos (menor nivel socioeconómico, adolescentes y jóvenes, pueblos originarios).
- Reducir el número de abortos inseguros provocados.
- Reducir el embarazo no deseado en adolescentes.

Así, las nuevas autoridades comprometieron, con el recientemente convocado Consejo Consultivo de Género y Salud³, la modernización de las Normas de Regulación de Fecundidad. En aquella época las farmacias de barrios acomodados y con bajas tasas de embarazo adolescente vendían 46 cajas de Postinor⁴ por 10.000 habitantes, mientras las de comunas socioeconómicamente vulnerables y con altas tasas de embarazo adolescente, era 6,6 por 10.000 en un mismo periodo, caracterizando la desigualdad a que hacían mención los objetivos sanitarios. Por ello, a inicios de Septiembre 2006, en el marco del Congreso de ginecología adolescente, se anuncia la entrega de la PAE en los servicios públicos a partir de ese mes (IPS, 2006), aprobándose las Normas mediante resolución del MINSAL⁵, tal como eran habitualmente aprobadas las normas técnicas.

Inmediatamente de anunciada la medida, que formaba parte de las “Normas Nacionales sobre Regulación de la Fertilidad” (MINSAL, 2006), reaccionó la Iglesia católica a través de su Arzobispo Francisco Javier Errázuriz, así como algunos alcaldes conservadores y de partidos de derecha. Esta

² Soledad Barría, o la “Ministra”, en ese momento es una de las autoras del presente artículo.

³ Consejo Consultivo de Género y Salud fue convocado por el MINSAL, invitando a organizaciones de la sociedad civil preocupadas de los Derechos Sexuales y Reproductivos, con funcionamiento regular.

⁴ Investigación realizada en MINSAL en la época descrita, para fines internos.

⁵ Resolución Exenta N° 584 del Ministerio de Salud, de 1 de septiembre de 2006.

noticia repercutió incluso internacionalmente destacándose que se entregaría la píldora a mayores de 14 años sin consentimiento de los padres, edad de consentimiento sexual de los y las jóvenes (El Mundo, 2006).

El tema se convirtió en noticia y desencadenó una avalancha de opiniones, tanto a favor como en contra de la medida, pronunciándose diversos actores que se analizarán más adelante en detalle, pero en general:

- A favor de la medida adoptada: académicos/as, organizaciones de mujeres, partidos políticos de gobierno, juventudes políticas, sociedades médicas de adolescentes, ginecología, académicos de universidades laicas, Colegio de matronas.
- En contra de la medida: La iglesia católica y otras organizaciones religiosas, partidos de derecha, agrupaciones “pro-vida”, académicos de universidades confesionales.

En esta discusión afloraron temas claves en discordia: la libertad en materia de sexualidad; desde qué edad los jóvenes pueden tomar sus determinaciones; la escasez de información respecto a los diferentes métodos anticonceptivos; la desigualdad en el acceso por motivos económicos, temas tabúes hasta ese momento.

A menos de un mes de la medida, 31 diputados la impugnaron, pidiendo el pronunciamiento del Tribunal Constitucional (TC) sobre un aspecto formal (que haya sido aprobada solo por Resolución del MINSAL) y, sobre el fondo, respecto a la inconstitucionalidad de la Norma por considerar abortiva, no sólo la PAE y el método Yuzpe⁶ sino también los dispositivos intrauterinos de uso masivo. Como destacan variados autores se inició una judicialización del caso de la PAE, buscando impedir que fuera entregada gratuitamente en el Sistema Público (Miranda, 2012) aun cuando se podía vender libremente en las farmacias a quienes tuvieran recursos.

Algunos alcaldes de derecha, administradores de establecimientos de Atención Primaria que forman parte del Sistema Público de Salud, señalaron que ellos no distribuirían la PAE en sus consultorios ante lo cual el Ministerio sostuvo que debían obligatoriamente cumplir la normativa técnica del MINSAL, aun cuando esos alcaldes administraran los establecimientos (Riquelme, 2006). El alcalde de La Florida y otros dedujeron un recurso de protección en contra de la Ministra de Salud. Estos recursos fueron fallados en contra de dicha presentación por la Corte de Apelaciones de Santiago en noviembre de 2006.

⁶ Método Yuzpe: ingesta de anticonceptivos habituales que tengan el compuesto, en cantidades suficientes.

El TC, en su sentencia rol Nº 591-2006 de enero 2007, declaró inconstitucional la Resolución Exenta Nº 584 del Ministerio de Salud del 1º de septiembre de 2006 por aspectos formales, pues no bastaba una resolución ministerial, como había sido la modalidad histórica en uso desde los inicios del programa de Planificación Familiar en los sesenta. Ante ello, el Gobierno dicta el Decreto Supremo 48, del 26 enero 2007, firmado por la Presidenta y la Ministra, y tomada razón por Contraloría en febrero 2007 (Gobierno de Chile, 2007), con lo cual las Normas seguían vigentes.

En marzo 2007, se realiza una nueva impugnación al TC, otra vez por parlamentarios de derecha, esta vez por los temas de fondo. Seguía la controversia entre poderes del Estado y también la controversia pública respecto a si había o no que distribuir la píldora. A la presión en contra se sumaron algunas cadenas de farmacias donde dejó de estar disponible para la venta.

A la dificultad de encontrar la PAE en las farmacias (El Mostrador, 2007) se suma el problema de obtenerlo en los centros de salud que, dependiendo de la orientación de sus alcaldes deciden entregar u oponerse a su entrega. El Ministerio de Salud insiste en que los Centros del Sistema Público deben distribuirla. Además, multa a las farmacias privadas ya que éstas deben tener disponible a lo menos el Formulario Nacional de Medicamentos que la incluye (MINSAL, 2005). Esto llevó a dos controversias diferentes, por una parte, se señalaba que las farmacias eran empresas privadas y que el Estado no podía intervenir y, por otra, se señaló la objeción de conciencia institucional o de los farmacéuticos que atendían las farmacias. Estas controversias duraron varios años (Sanpietro, 2008; El Mercurio, Antofagasta, 2009).

Cuando se multó a las farmacias por no tener disponible el fármaco y estuvieron obligadas a tenerlo, éste empezó a desaparecer porque los laboratorios dejaron de producirlo o comercializarlo. La situación para las mujeres que necesitaban el fármaco era muy difícil, tenían que peregrinar por diferentes establecimientos antes de conseguir la píldora (La Tercera, 2008) y la mayoría, sin los recursos para comprarla en las farmacias, sencillamente no la conseguían.

Continuó creciendo la discusión pública respecto a la distribución o no de la PAE y se sumaron como actores relevantes las organizaciones de mujeres. Ante el TC alegaron diversas organizaciones, acompañadas por movilizaciones, marchas e incluso detenciones de mujeres que se pronuncian respecto a sus derechos.

En abril 2008, el TC falla aceptando parcialmente la impugnación. Declara inconstitucional la distribución de la píldora en el sistema público como se señalaba en las Normas. Sin embargo, no prohíbe la comercialización del fármaco y tampoco acepta la impugnación de otros métodos anticonceptivos como el dispositivo intrauterino.

La ciudadanía se moviliza, especialmente mujeres y jóvenes a lo largo de todo Chile. Se realizan masivas manifestaciones, destacando la del 22 de abril en que miles se movilizaron, calculándose sólo en Santiago entre 10 y 15.000 personas (Estrada, 2008), estimándose una cifra similar en las diferentes regiones de Chile. A esa movilización se sumaron los trabajadores de la salud y diversos actores plantearon la posibilidad de recurrir a la Corte Interamericana de Derechos Humanos.

En octubre 2008, como parte de una verdadera campaña de desestabilización política contra la Ministra de Salud, que partió a menos de un mes del anuncio de la píldora con la interpelación a la Ministra ante el Congreso (Cámara de Diputados, 2006) y sucesivas acusaciones incluso ante tribunales, se le acusa esta vez de no cumplir con sus obligaciones por cuanto en Iquique no se dio adecuada información y tratamiento a pacientes con VIH, desatándose una importante polémica pública, por lo que la Ministra decide renunciar.

Ocurrida la prohibición de distribuir la píldora en los centros de Atención Primaria (consultorios), el Gobierno en junio 2009 ingresa el proyecto "Sobre Información, Orientación y Prestaciones en materia de Regulación de la Fertilidad" (BCN, 2009). Dicho proyecto es muy discutido en ambas cámaras y, finalmente, es aprobado antes de terminar el Gobierno. Se promulgó el 18 de enero 2010, publicado en el Diario Oficial el 28 de enero y esta vez no hay cuestionamiento de la constitucionalidad por lo que no es enviado al TC.

Desde entonces se hace obligatoria la educación sexual en la enseñanza media, se establece que toda persona tiene derecho a recibir información adecuada y todos los métodos anticonceptivos de su elección desde los 14 años, y se obliga a que las entidades del estado aseguren el ejercicio equitativo de ese derecho, incluyendo la píldora del día después.

A más de 10 años de hacerse legal el acceso a la píldora, se han vencido resistencias municipales, se entrega sin mayor problema. Sin embargo, la educación sexual todavía es insuficiente y tardía. En el segundo gobierno de M. Bachelet se permite la venta de la píldora en farmacias sin receta médica y se logra promulgar una ley que despenaliza el aborto en tres causales (BCN, 2017).

En los años transcurridos los embarazos adolescentes han bajado de manera importante. En la publicación de pediatría de la Facultad de Medicina (León, 2008) se señalaba que: *“el embarazo adolescente es considerado un problema de Salud Pública grave ...cada año nacen aproximadamente 40.355 recién nacidos vivos hijos de madres adolescentes y 1.175 hijos de madres menores de 15 años”*.

Así, los embarazos adolescentes bajan a 35.184 casos el año 2012; y en 2017 alcanzaron 17.242, bajando a la mitad en 5 años. El experto Ramiro Molina señala que sería principalmente por acceso a anticoncepción: *“...coincide en que el mayor acceso a los anticonceptivos es clave para explicar la disminución de los embarazos... Creo que las políticas de Salud han tenido impacto y están dando frutos, porque, de hecho, los jóvenes han adelantado el inicio de la actividad sexual y, aun así, se ha retrasado la edad para ser padres, lo que quiere decir que se está previniendo más el embarazo”* (Molina, 2018).

Son más de 23.000 niñas adolescentes, cada año, que han pospuesto su maternidad y probablemente puedan seguir educándose e ir cortando el círculo de pobreza y vulnerabilidad.

Pero lo ganado no está impreso en piedra. Los que están en contra de estas medidas siguen buscando modalidades para entorpecer la entrega de los anticonceptivos en el sistema público. Posterior a la vigencia de la ley, una Autoridad Sanitaria Regional cuestionó que las matronas pudieran entregarlos (La Tercera, 2010) cuando había sido una práctica tradicional en nuestro sistema sanitario, con lo que han contribuido sustancialmente al descenso de la mortalidad materna e infantil en nuestro país. Debió dictarse otra ley a fin de clarificar en el Código Sanitario que matronas y matrones sí podían recetar anticonceptivos, la Ley 20.533 (BCN, 2011). Durante la pandemia se pretendió exigir receta médica para comprar cualquier anticonceptivo, decisión que debieron revertir ante la reacción pública y en el Senado se presentó moción de Ley nuevamente (Senado, 2021).

Análisis de actores

El tema en cuestión estuvo por una década en discusión intensa y en ella se vieron involucrados todos los poderes del Estado, el TC, los municipios, las organizaciones de la sociedad civil, de la comunidad científica, distintas iglesias, gremios de trabajadores sanitarios, empresas farmacéuticas, universidades y, principalmente, las mujeres.

La discusión pasó por etapas que, en avances y retrocesos, lograron cambiar las formas de enfrentamiento, y a los actores intervinientes y

sus posiciones de fuerza. En su base, hay un componente ideológico tan potente que se produce rápidamente una división en la sociedad y hace que todos tomen posiciones.

Poder Ejecutivo: La centro-izquierda, coalición gobernante existente en los años de interés, no tenía una sola posición ni un solo lugar donde ubicar el tema. Así, para una parte importante de esa coalición la PAE resolvía un problema de salud pública, de derechos y libertades de las mujeres y, especialmente, era eficaz en evitar, en algunos casos, embarazos resultado de violencia sexual. Para otra parte de la coalición, el tema era considerado “valórico”, entendiendo esto como ligado a creencias religiosas, presentando alguna apertura para el caso de violaciones, cuestión que fue cambiando y resolviéndose al interior de la coalición. Por ello, a pesar del poder del ejecutivo, en los comienzos de la década del 2000 los esfuerzos realizados desde la autoridad sectorial no siempre tuvieron fuerte respaldo de todo el ejecutivo y de los partidos. Es a partir de 2006 que es posible observar la decisión de impulsar la disponibilidad universal de la píldora en el país y el empuje no cesa hasta la promulgación de la ley que la garantiza. El gobierno de M. Bachelet logra colocar a todo el ejecutivo detrás del impulso por la PAE y enfrentan, como bloque, toda la embestida conservadora. Importante resulta la participación femenina no sólo en cargos de gobierno, sino en el posicionamiento de los temas de género. Particularmente, en el Ministerio de Salud las y los participantes en el Consultivo de Género, que activamente trabaja y moviliza a las redes de mujeres en torno a las Normas⁷ de fertilidad y especialmente a la Píldora del día después.

Poder legislativo: El parlamento se encuentra dividido y alineado de acuerdo con sus convicciones ideológicas. Así, los congresistas de derecha, con algunas excepciones, fueron partidarios de no permitir la e incluso de ir más allá, intentando sacar de circulación otros métodos anticonceptivos en uso. Un grupo de ellos es responsable de la presentación ante el TC que logra frenar, durante un tiempo, la distribución de la píldora. La mayoría de los parlamentarios de gobierno son partidarios de las Normas y posteriormente apoyaron el proyecto de ley sobre Información, Orientación y Prestaciones en materia de regulación de la Fertilidad, que pone a disposición de todas las mujeres en edad fértil la PAE. Al decidir el ejecutivo enviar una ley al congreso para refrendarlas se realizó un exhaustivo trabajo en comisiones, tanto en la Cámara de Diputados como en el Senado. Sin embargo, es imposible soslayar que el trabajo

⁷ Al hablar de Normas se referirá siempre a las Normas de Regulación de la Fertilidad.

de representación y exposición de los fundamentos técnicos, científicos y sociales estuvo dominado por hombres, así los invitados, presenciales o a través de la presentación de documentos con opinión, a la discusión del Proyecto para Ley 20.480. En la Comisión de Salud de la Cámara de Diputados presentaron 21 personas, de ellas solo 3 fueron mujeres, mientras que en la Comisión del Senado participaron 30 personas, entre ellas solo 11 mujeres (BCN, 2010).

Finalmente, este actor, el Parlamento, resulta fundamental para dar curso a la ley con que se cierra la disputa por las normas, ley que fija “Normas sobre Información, Orientación y Prestaciones en materia de regulación de la Fertilidad”, con votos favorables de parlamentarios contrarios al gobierno. Se destaca la influencia que tuvo en esta decisión parlamentaria la cercanía de elecciones donde muchos de ellos buscaban renovar sus cargos, y el movimiento femenino y las encuestas ciudadanas exponían lo importante que era la disponibilidad de la PAE en el país.

Poder judicial: El poder judicial se involucró de forma poco usual en Chile en un tema técnico-político-social. Aceptó a trámite con diversos resultados, querellas y recursos de amparo presentados por personas naturales representantes de organizaciones poco activas o desconocidas en el país, aceptando que se atribuyeran la representación de todos los “por nacer” en Chile y por todas las familias y mujeres del país. Respecto al registro de fármacos PAE, dirime disputas entre posiciones de científicos y resuelve la falta de consenso inclinándose por una de las posiciones. El poder judicial no actuó como un solo bloque de opinión o decisión y, con mucha fuerza, muy poderosos, tuvieron sentencias dispares. Los tribunales llegaron a anular decisiones técnicas del Instituto de Salud Pública, que por ley tiene el mandato para registrar y permitir el consumo y el expendio de fármacos en Chile. Finalmente, la Corte Suprema rechaza los intentos de impugnación de normas ministeriales en salud y cierra el tema.

Tribunal Constitucional (TC): El TC puso fin a la idea de resolver la cuestión de la píldora a través de un Decreto Supremo, ya que declara inconstitucional la distribución en los Centros Públicos de Salud la PAE y de paso, declara que el “No Nacido” es persona desde el momento de la concepción, cuestión controvertida y sin respaldo de la comunidad científica. Esta última declaración abre el debate respecto a las atribuciones del TC, que en este caso interpretó y pretendió dejar a firme para todo propósito futuro como “la interpretación” respecto del momento en que se puede hablar de persona en Chile. Fue finalmente, el más poderoso de los actores intervinientes en la primera etapa. Por primera vez se ve enfrentado el tribunal a un juicio público y grandes manifestaciones se

producen denunciando el carácter de supra poder técnico, político y jurisdiccional que muestra al tomar una decisión que afecta a las familias y particularmente a millones de mujeres.

Contraloría General de la República: La Contraloría también juega un rol relevante y muy controvertido. A través de sus dictámenes se pronuncia respecto a cuestiones que van más allá de la vigilancia administrativa habitual. Ya en el año 2005 emite dictamen sosteniendo que no era posible extender la entrega gratuita de la PAE si no hay violencia sexual⁸ y en el año 2009 extiende, a través de otro dictamen, los vínculos entre la Atención Primaria municipal y el sector público de salud⁹ (Cordero, 2016), entre los que existe una relación técnica y financiera, no administrativa. Con esto, impidió que en los Centros de Salud administrados por municipios o corporaciones se siguiera distribuyendo la PAE. Además del impacto directo en la política pública en ese momento, las situaciones planteadas y su resolución ayudan a mostrar un conflicto de hace años respecto al rol, funciones y poder que tiene y debe tener en un estado democrático la Contraloría.

Municipios: Los municipios administran en Chile el primer nivel de atención en salud, directamente o a través de corporaciones de derecho privado, donde se otorgan justamente las atenciones que se pretendía regular con la Normas del DS 48, y quienes debían poner a disposición de su población la PAE. Fueron un actor importante y en su mayoría actuaron de inmediato respaldando la medida. Sin embargo, hubo algunas autoridades municipales que se opusieron tenazmente, prueba de ello es que la primera acción judicial contra la Norma la inició el Alcalde de una de las comunas más populosas del país. Ya más avanzada la polémica, y una vez que se determinó que el fallo del TC no involucraba a los Municipios y, por lo tanto, ellos podían entregar la PAE en los establecimientos de su dependencia, nuevamente hay oposición de algunos alcaldes. La Asociación de Municipios solicita un dictamen de la Contraloría General de la República que finalmente establece que los Centros de Salud municipales pertenecen a la red pública y por lo tanto no pueden seguir entregando la píldora, tal como se explica más arriba. Los municipios son actores con mucho poder, pero en este tema no se involucran con toda su fuerza, excepto aquellos que se oponen tenazmente.

Trabajadores de la salud: La gran mayoría de los trabajadores sanitarios se muestran a favor de las Normas desde el comienzo, especialmente las matronas y matrones de la Atención Primaria, que conocen a fondo los

⁸ Dictamen N° 32.921 de 2005.

⁹ Dictamen N° 31.356 de 2009.

problemas que las Normas, especialmente la distribución gratuita de la píldora de emergencia, venían a resolver. Apoyan con acciones concretas en los Centros de Salud, estableciendo horarios especiales para atención de adolescentes, y comienza un trabajo participativo con jóvenes que normalmente no se sentían vinculados como parte de la comunidad con los Centros de Salud. El Colegio de Matronas y el Colegio Médico apoyan en cada uno de los pasos del ejecutivo y autoridades sectoriales hasta la promulgación de la Ley 20.478. Igualmente entregan su apoyo la mayoría de los gremios y colegios de otros profesionales.

Iglesias: Las iglesias en su mayoría se posicionan contra la PAE y, especialmente la Iglesia Católica, que al conocerse la publicación de las Normas comienza un proceso de lobby y de apariciones mediáticas para dar a conocer su firme oposición, llamando a los feligreses a rechazar la idea del gobierno de poner a libre disposición de las mujeres de cualquier edad la PAE y especialmente a las adolescentes. El más claro ejemplo es el respaldo de médicos de la Pontificia Universidad Católica de Chile a las declaraciones en contra de la píldora realizadas por el sacerdote con la más alta investidura del país (CEP, 2004). Las más altas autoridades de la jerarquía eclesiástica acuden a las sesiones en el parlamento para opinar en la discusión de proyecto de ley. Esto tiene gran importancia por la fuerza que posee la iglesia y el poder para influir sobre tomadores de decisiones en todos los órganos estatales intervinientes y, por cierto, que en primera instancia lo consiguen. Otras religiones con presencia en el país también se pronuncian en contra de la píldora buscando influir en las personas de la comunidad y en los órganos del Estado. Acuden a las comisiones parlamentarias y utilizan argumentos morales y religiosos a fin de impedir el avance del proyecto. Son una de las grandes y más poderosas fuerzas contra la PAE.

Industria Farmacéutica: Los laboratorios farmacéuticos y las cadenas de venta al público fueron objeto de una campaña directa realizada por algunos opositores a la distribución y venta de la PAE en Chile. Dichos grupos les plantearon directamente que estaban incurriendo en ilegalidad, y otros argumentos a fin de disuadirlos de traer el medicamento y venderlo en el país directamente o a los Centros de Salud (Casas, 2008). Fueron importantes y con poder, llegando a provocar desabastecimiento del fármaco en el país. Sin embargo, el sector público, a través de CENABAST¹⁰ directamente y además una importante

¹⁰ CENABAST: Central Nacional de Abastecimiento, perteneciente al sector público de salud, realiza compras para todo el sistema público de salud.

organización, APROFA¹¹ realizaron importaciones directas que salvaron la situación. Siendo una industria fuerte y poderosa jugó un papel mediano en el desarrollo del proceso en pos de la disponibilidad del PAE.

Comunidad: La política pública de poner a disposición de las mujeres a título gratuito y a simple requerimiento personal en Centros de Salud la píldora del día después, dejó a muy pocos habitantes del país indiferentes. Desde que la píldora PAE obtiene su registro sanitario, aparecen organizaciones civiles opositoras, de la comunidad organizada, que presentan acciones ante las distintas entidades que podrían tener el poder para impedir su uso en el país. Sin embargo, a pesar de que se presentan con personalidad jurídica, estatutos y directivas, la mayoría de estas organizaciones no presenta mayor actividad, y solo para una de ellas es posible encontrar en la web el año 2021, actividad distinta a la relacionada con la PAE. Solo ISFEM, ONG para la Investigación, Formación y Estudio sobre la Mujer, hoy centrada en la oposición al aborto, tiene actividades regulares. Hay otros grupos que no poseen página web o publicaciones, ni siquiera referidas al tema que las hizo conocidas¹².

Desde la otra posición, fue la misma comunidad, las distintas agrupaciones feministas que se organizaron y movilizan a miles de mujeres que estuvieron en las calles, en la prensa, en la contienda judicial y frente al TC. Se plantearon en la defensa de derechos, no solamente desde la perspectiva de la salud pública y de la desigualdad en el acceso. Consiguieron el apoyo de la mayor parte de la ciudadanía y así lo evidenciaron las movilizaciones, grandes concentraciones en todo el país. De todos los actores involucrados, son las más fuertes, decididas y quienes finalmente con su apoyo masivo posibilitan que la presidenta Bachelet promulgue la ley que ha permitido el acceso directo y gratuito a la anticoncepción de emergencia. Y ello, sin que la derecha que se opuso al proyecto llevara esta ley al TC, como otrora lo hiciera con el decreto. Probablemente eso se haya debido al importante nivel de movilización y apoyo ciudadano y a la inminencia de las elecciones parlamentarias y presidenciales del 2010.

¹¹ Asociación Chilena de Protección a la Familia, ONG.

¹² Sobre estas organizaciones las autoras no lograron encontrar referencias en la Web en mayo 2021: Centro Internacional para la vida humana, Movimiento mundial de madres, Frente por la vida y la acción solidaria, Centro juvenil AGES, Movimiento nacional por la vida “Antü Küyen”, Asociación del Consumidor Organizado.

Conclusiones

Las decisiones en salud pública, en materia de políticas públicas, afectan a gran parte de la población y están sujetas por tanto al escrutinio social y político de las fuerzas que allí operan. Muchas veces creemos en el espejismo de “la razón” o “la justicia” como razones suficientes para aprobar determinadas políticas públicas. Sería fácil pensar en solucionar rápidamente la desigualdad que existía cuando las mujeres que tenían los medios económicos podían acceder a un método anticonceptivo de emergencia, pero las que no tenían los recursos no podían hacerlo. Pese a que el embarazo adolescente era muchísimo más frecuente en este grupo y que el país se había puesto como meta sanitaria el reducirlos, el mero anuncio de una política que revirtiera esa desigualdad bastó para desencadenar fuerzas opositoras poderosas. Lograron retrasar cuatro años la masificación de la PAE. Hubo que recurrir a toda la fuerza de un Poder Ejecutivo decidido a implementar la medida y pagar los costos políticos.

No bastaba entonces tener la razón en ese momento. Sin embargo, se logró enfrentar con la fuerza suficiente a los que se oponían a la medida, a los diferentes actores, reales o creados artificialmente, en los pasos sucesivos. Como señala Matus “...*la situación, así definida, constituye un **espacio de producción social** donde nosotros jugamos un papel igual que nuestros oponentes, y donde todo lo que allí ocurre en términos de producción social depende de nosotros y de ellos, en interacción con el entorno que nos envuelve a ambos...*” (Matus, 2008).

La política pública, en este caso de distribución de la PAE alineó fuertemente a los diversos actores según su ideología. Los detractores avanzaron, impidieron por años su distribución, pero finalmente la determinación del ejecutivo y muy en especial la fuerza de la ciudadanía, en este caso de las mujeres organizadas y activas, logró que se impusiera la medida. Ya no estaba la misma autoridad de salud, pero la política del ejecutivo siguió adelante y hoy, a diez años, se ven los efectos buscados en materia de embarazos adolescentes.

Todos los poderes del Estado se vieron involucrados, a la acción del ejecutivo reaccionan el poder legislativo, el judicial, la Contraloría, el TC. De los actores que se oponían a su distribución destacan los parlamentarios de derecha y las iglesias, en especial la católica. La discusión de estos actores nunca pasa por reconocer, cuestionarse, la desigualdad evidente existente en el acceso a la PAE, la razón de equidad, pilar de la política pública, se ve invisibilizada ante sus argumentos ideológicos, religiosos y morales que pretendieron imponer a todo el país.

Otro elemento relevante en el análisis es cómo entran en acción los privados (farmacéuticas, farmacias), aliándose de hecho a las fuerzas opositoras a la distribución. Suspenden la venta y la producción de la PAE, incluso perdiendo negocios, y el ejecutivo se ve obligado a importar directamente del extranjero y a “recordar” multando a las farmacias su giro público, que las hace tener un estatuto especial, estando ellas obligadas a suministrar los medicamentos considerados esenciales. Por primera vez los farmacéuticos aducen objeción de conciencia, tema que volverá a ser discutido en relación al aborto por tres causales varios años después, donde nuevamente se enfrentarán las mismas fuerzas, incluido el TC.

El importante revuelo que se desata, con noticias del tema a diario, movilización social, incluyendo marchas multitudinarias de mujeres, permite por una parte que la opinión pública conozca la posibilidad de usar este anticonceptivo de emergencia, antes desconocido. Las mujeres, fuera de la discusión oficial, logran remecer la sociedad y dan apoyo e impulso al Proyecto de Ley. Este movimiento antecede las grandes marchas feministas, de apoyo al aborto, por los derechos de las mujeres, y posteriormente a la lucha contra la desigualdad del año 2019. La posición adoptada en la discusión por la PAE provoca un grave deterioro en imagen para las iglesias y también para el TC y se empieza a hablar del Cuarto Poder.

Mirado en retrospectiva, es pertinente preguntarse si valió la pena todo este esfuerzo. Estamos profundamente convencidas que fue indispensable y necesario. No sólo permitió avanzar hacia una medida sanitaria, aun cuando se hizo posible varios años después, sino que visibilizó la situación en que vivían las mujeres pobres en nuestro país. Hasta ese momento, las desigualdades no eran un tema relevante, y menos las desigualdades de las mujeres, y la polémica pública permitió su visibilización. Adicionalmente, con esa conciencia, abrió la puerta a una fuerte movilización de organizaciones de mujeres para sacar adelante la ley que despenaliza el aborto por tres causales. En ambos casos, sin la organización y movilización de las mujeres, no habría bastado la fuerza del ejecutivo, pese al presidencialismo de nuestro país. Son ellas y sus organizaciones que, durante todo el proceso, mantuvieron abierta una salida alternativa¹³ como es el método Yuzpe.

En este juego social que Matus caracteriza tan bien, queda en evidencia que el Ministerio de Salud no es ni puede ser un ministerio sólo técnico.

¹³ En la planificación situacional de Matus (PES), se debe siempre contar con una salida alternativa.

Las medidas de salud pública son políticas y sociales, y se debe contar con capacidades técnicas internas también sociales y políticas para llevar adelante las medidas. Muchas veces se cuestiona el quehacer político, pero este caso ilustra la necesidad de la mirada y el accionar político con los legisladores y las fuerzas de los diferentes actores. Para una efectiva planificación y acción desde el estado debe realizarse un completo análisis de actores y su fuerza, buscando actuar en ese presente para cambiar el futuro (Matus, 2008).

En salud pública, así como en otras políticas públicas, las tendencias se ven a largo plazo, mucho más allá de lo que duran las diferentes autoridades, por lo que es necesario mantener las políticas, transformarlas en políticas de estado.

Referencias bibliográficas

- Biblioteca del Congreso Nacional (BCN) (2010). Historia de la Ley N° 20.418, p. 4. https://obtienearchivo.bcn.cl/obtienearchivo?id=recursoslegales/10221.3/3930/2/HL_20418.pdf (consultado mayo 2021).
- _____ (2017). Ley que regula la despenalización de la interrupción voluntaria del embarazo en tres causales. *Biblioteca del Congreso Nacional de Chile*. <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=1108237>
- _____ (13 de septiembre de 2011). Ley 20.533: Modifica el código sanitario con el objeto de facultar a las matronas para recetar anticonceptivos. *Biblioteca del Congreso Nacional de Chile*. <https://obtienearchivo.bcn.cl/obtienearchivo?id=recursoslegales/10221.3/36203/1/HL20533.pdf>
- Cámara de Diputados (2006). Interpelación Ministra Barría, 2006, Sesión 83ª, en martes 10 de octubre de 2006. <https://www.camara.cl/verdoc.aspx?prmTIPO=INTERPELACION&prmID=19>
- Casas, L. (noviembre 2008). *La Saga de la anticoncepción de emergencia en Chile: avances y desafíos*. FLACSO, Serie de documentos electrónicos, programa Género y Equidad. <http://flacsochile.org/wp-content/uploads/2015/05/La-saga-de-la-anticoncepcion-en-Chile.-Avances-y-desafios.pdf>
- Centro de Estudios Públicos (CEP) (2004). Declaración Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile. En *Estudios Públicos*, 95 (invierno 2004), pp. 397-399. <https://www.cepchile.cl/cep/estudios-publicos/n-91-a-la-120/estudios-publicos-n-95-2004/anticoncepcion-de-emergencia-antecedentes-del-debate>
- Cooperativa (9 de marzo de 2005). Cecilia Villavicencio fue nombrada nueva subsecretaria de salud, Cooperativa.cl. <https://www.cooperativa.cl/noticias/pais/salud/pildora-del-dia-despues/cecilia-villavicencio-fue-nombrada-como-nueva-subsecretaria-de-salud/2005-03-09/152923.html> (consultado mayo 2021).
- Cordero, L. (2016). La jurisprudencia administrativa en perspectiva: Entre legislador positivo y juez activista. Comentario desde el dictamen sobre la píldora del día después. En *Anuario de Derecho Público*, UDP, p. 166. https://derecho.udp.cl/wp-content/uploads/2016/08/10_Cordero.pdf

- El Mercurio Antofagasta (2009). Farmacias sin stock de “píldora”: noticia de portada. *El Mercurio Antofagasta*. https://www.mercurioantofagasta.cl/prontus4_noticias/site/artic/20090926/pags/20090926000522.html
- El Mostrador (17 de noviembre 2007). Acusan a farmacias de Ñuñoa de aumentar al doble precio de la píldora. *El Mostrador*. <https://www.elmostrador.cl/noticias/pais/2007/11/17/acusan-a-farmacias-de-nunoa-de-aumentar-al-doble-precio-de-la-pildora/>
- EL MUNDO.ES (2006). ANTICONCEPTIVOS: Chile permite la prescripción de anticonceptivos desde los 14 años. *Elmundo.es* (diario web). <https://www.elmundo.es/elmundosalud/2006/09/04/mujer/1157394142.html> (consultado junio 2021).
- Estrada, D. (22 de abril de 2008). Marcha por la Píldora del día después. En *Inter Press Services*. <http://ipsnoticias.net/2008/04/mujeres-chile-multitud-exige-la-pildora-del-dia-despues/>
- Gobierno de Chile (Febrero 2007). Aprueba texto que establece las Normas Nacionales sobre Regulación de la Fertilidad, Decreto Supremo 48. <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=258103>
- Inter Press Service (IPS) (4 de septiembre de 2006., Salud-Chile: Píldora del día después gratis y para todas. *Inter Press Service*. <https://ipsnoticias.net/2006/09/salud-chile-pildora-del-dia-despues-gratis-y-para-todas/>
- La Tercera (2008). El Sermón del Día Después. *La Tercera*. <https://www.latercera.com/paula/el-sermon-del-dia-despues/>
- La Tercera (29 de septiembre de 2010). Colegio de Matronas pidió la renuncia del seremi de Salud de Coquimbo. *La Tercera*. <https://www.latercera.com/noticia/colegio-de-matronas-pidio-la-renuncia-del-seremi-de-salud-de-coquimbo/>
- León et al. (2008). Embarazo adolescente. En *Revista de Pediatría electrónica, Hospital Roberto del Río, Facultad de Medicina Universidad de Chile*. <http://www.revistapediatria.cl/volumenes/20um1/5.html08/vol5n>
- Maira, G. (2010). El píldorazo: Michelle Bachelet, nosotras y la defensa de la anticoncepción de emergencia. En *Y votamos por ella: Michelle Bachelet: miradas feministas*, p. 115, Fundación Instituto de la Mujer, Santiago. https://bibliotecadigital.uchile.cl/discovery/fulldisplay?vid=56UDC_INST:56UDC_INST&search_scope=MyInst_and_CI&tab=Everything&docid=alma991006783839703936&lang=es&context=L (consultado en mayo 2021).
- Matus, C. (2008). *Teoría del Juego Social*. Colección Planificación y Políticas Públicas, Ediciones Universidad Nacional de Lanús UNLa, p. 178.
- MINSAL (2002). *Los Objetivos Sanitarios para la Década 2000-2010*, Ministerio de Salud, de Chile, División de Rectoría y Regulación Sanitaria, p. 11. <https://www.MINSAL.cl/portal/url/item/6bdb73323d19be93e04001011f013325.pdf>, consultado junio 2021.
- MINSAL (2005). *Decreto 194, Formulario Nacional de Medicamentos que incluía PAE*. Promulgado agosto 2005, publicado 10/3/2006. <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=247938>
- MINSAL (2006). *Normas Nacionales sobre Regulación de la Fertilidad*. Gobierno de Chile, Ministerio de Salud. Actualización en: https://www.MINSAL.cl/wp-content/uploads/2015/09/2018.01.30_NORMAS-REGULACION-DE-LA-FERTILIDAD.pdf (consultado mayo 2021).

- Miranda, F. (2012). La judicialización del caso de la píldora del día después en Chile: las tensiones sobre el rol de la mujer y la cuestión técnica. *Terceras Jornadas Internacionales de problemas Latinoamericanos. Movimientos Sociales y Partidos políticos en América Latina: reconfiguraciones institucionales, experiencias de organización y resistencia*, Universidad Nacional de Cuyo, Mendoza Argentina. Simposio N° 30 "Praxis feministas y despatriarcalización de la política", Nov 2012, Mendoza, Argentina (halshs-00787526).
- Molina, R. (2018). Embarazo adolescente en Chile sigue a la baja y cae a la mitad desde 2012. En *Noticias de la Escuela de Salud Pública (ESP) Universidad de Chile*. <http://www.saludpublica.uchile.cl/noticias/148998/embarazo-adolescente-en-chile-sigue-a-la-baja-y-cae-a-la-mitad>
- Riquelme, C. (2006). Chile.- La Moneda recuerda a la derecha que la distribución gratuita de la píldora del día después es obligatoria. En *Notimerica*, <https://www.notimerica.com/politica/noticia-chile-moneda-recuerda-derecha-distribucion-gratuita-pildora-dia-despues-obligatoria-20060904201530.html>
- Sanpietro et al. (2008). *Píldora del día después: Continúan las controversias en Chile, Argentina y España en Salud y Fármacos, Regulación y Políticas, investigaciones*. <https://www.saludyfarmacos.org/lang/es/boletin-farmacos/boletines/nov2008/regulacion-y-politicas-investigaciones/>
- Senado (2021). Presentan moción para permitir compra de anticonceptivos sin receta en pandemia. *Senado*. <https://www.senado.cl/presentan-mocion-para-permitir-compra-de-anticonceptivos-sin-receta-en/senado/2021-04-07/153540.html>
- Valenzuela C. (30 de agosto de 2001). *emol.com/Agencias*. <https://www.emol.com/noticias/nacional/2001/08/30/64575/corte-suprema-emite-fallo-que-revoca-la-comercializacion-de-la-pildora-del-dia-despues.html> (consultado mayo 2021).

CAPÍTULO 3.

SUMERGIRSE EN EL ANTROPOCENO: MÁS ALLÁ DE PÚBLICA, POBLACIONAL O COLECTIVA

Yuri Carvajal B. y Manuel Hurtado

“Si los corales fueran humanos estudiarían el bleaching como una enfermedad propia de las colonias. Harían prodigiosos modelos matemáticos para saber cómo se distribuye el bleaching entre los individuos del arrecife. Todo lo que ocurre más allá de la gran barrera dirían que es natural, y a lo que sucede en el atolón lo llamarían social.

Algunos más audaces dirían que el deterioro de los corales sucede por un determinante del modo de producción de la colonia, marcado por desigualdades, cuya solución requiere transformaciones estructurales coralinas. Mientras la salud poblacional coleccionaría datos de corales individuales, y la salud pública gestionaría el problema, la salud colectiva estudiaría la organización de los corales en el atolón, sus formas asociativas y hasta la economía de los Cnidaria. Haría etnografías entre los miembros de la colonia y se preocuparía por la historicidad del blanqueamiento”.

Apócrifa Historia del señor K.

Introducción

Sostenemos que el principal desafío de la salud pública es sumergirse en las aguas del antropoceno. Esto significa renunciar a la excepcionalidad de la especie humana y sustituirla por una aceptación de que somos una variante que expresa biodiversidad. El progreso y el desarrollo han de ser entendido como categorías intelectuales de occidente moderno, excepcionales respecto de la antropología mayoritaria de los pueblos del mundo.

Este texto plantea las cuestiones de la pandemia COVID-19, a la luz de un enfoque antropocénico como alternativa al enfoque poblacional y colectivo. Como una conversación entre corales que apunte al dióxido

de carbono disuelto en el mar y procedente de los combustibles fósiles, como la fuente del lamentable camino hacia la extinción.

Perspectivismo antropocénico

“Jacques, nous avons une curieuse carrière. Comme enseignes, nous embarquions sur de grosses unités. Avec l’ancienneté, nos bateaux sont devenus de plus en plus petits. A soixante ans, nous commanderons sans doute un youyou ou un radeau...”

Cousteau and Dumas, 1964, p. 109

Hablaremos desde el sitio en que nos ha tocado vivir la pandemia. Dos lugares en una pequeña embarcación. Una unidad de epidemiología de dos personas y turnante a honorarios en UCIM COVID, en un hospital de provincia.

La perspectiva que desde aquí podemos tener no es más privilegiada ni menos que otra. Todas las mañanas espigamos unas cifras desde cierto modo únicas: pacientes COVID, uso de CNAF, VMI, positividad de PCR. No son poblacionales, pues señalan lo que ocurre dentro de los marcados bordes de un hospital. Población reclusa, en cualquier caso. Pero son cifras que nos ayudan a seguir el curso de la pandemia y a mover nuestra nave en medio de la tormenta. También en los turnos de 24 horas ingresamos pacientes, atendemos sus cuidados y coordinamos los movimientos entre distintas zonas de pacientes.

No controlamos la tormenta. Somos una caleta donde pueden venir a respirar los sorprendidos por el temporal, una capehuapi, una isla capera para respirar. Sin bala mágica —a no ser que llamemos bala mágica a los corticoides— mantenemos el hospital funcionando para poder ventilar del mejor modo a los pacientes que acuden a nosotros. No tenemos la ilusión de manejar el brote, ni de aplanar su curva. Aceptamos que se trata de un proceso recursivo, con una autonomía relativa, que se mueve con una dinámica acumulativa propia y que luego se amortigua también de modo independiente, en medio de circuitos de retroalimentación como sucede con los procesos biológicos y organológicos (Hui, 2020).

¿Cómo saber de epidemias?

Los dos textos canónicos de la epidemiología *Epidemiología Intermedia* (Szklo, 2003) y *Modern Epidemiology* (Rothman and Greenland, 1998) no incluyen ningún apartado dedicado a las epidemias. Siendo libros altamente matematizados, no incluyen ni siquiera la ecuación de Reed-

Frost. Afortunadamente la pandemia nos sorprendió con el Canals a mano (Canals, 2017).

La epidemiología había decretado el apogeo de las no-transmisibles. El sueño de una tierra micro orgánicamente estéril parecía loggable, al menos para esos textos.

En contra de eso, intentamos adentrarnos en lo que ocurría. En mayo del año pasado decidimos estudiar la serología de los funcionarios de nuestro hospital. Los resultados, aunque pobres nos ayudaron a trabajar con más serenidad. Por supuesto lo hicimos a contracorriente. Cuando MINSAL se puso manos a la obra en octubre, la serología como método de análisis ya estaba a la baja.

¿Qué falló aquí? ¿Epidemiología, salud pública, salud poblacional? Sospechamos que hay una incapacidad profunda para comprender problemas mal especificados, en tiempo real, con gruesos bordes de incertidumbre y profunda territorialidad. No es una cuestión de cómo se auto identifique la disciplina. Es que su programa parece haberse vuelto extemporáneo. Es decir, diseñado para tiempos holocénico, los famosos tiempos de *ceteris paribus* de los economistas, de la vuelta de espalda a lo biomédico (iiiRNA, CNAF, PCR que horribles palabras biomédicas!!!) en pos de una abstracción llamada población. Pues bien, esos tiempos han pasado. Si queremos comprender lo que sucede en la salud, debemos volvernos vagabundos intelectuales del antropoceno, mirar los plásticos petrificados en los cortes geológicos, la superficie de la tierra cubierta por dos capas de film plásticos y los huesos de los broiler deformados (Zalasiewicz, 2020), la sexta extinción en marcha, la crisis del agua y el suelo en las zonas críticas.

¿Cómo se enferma un pulmón?

“On pense communément que les gens adipeux flottent mieux que les maigres. La graisse pèse en effet un peau moins que le muscle. Pourtant, dans la pratique, nous avons constaté que la flottabilité des obèses n'est guère supérieure à celle des nageurs moins bien en chair. C'est là une contradiction qui s'explique aisément: les individus corpulents ont souvent les poumons moins développés que les autres.”

Cousteau and Dumas, 1964, p. 323

Al inicio de la pandemia el fenómeno era un brote que se manifestaba como neumonía de causa desconocida. En principio parecía una enfermedad

netamente pulmonar. Posteriormente se descubrió que se trataba más bien de una enfermedad vascular, que se alojaba predominantemente en el pulmón. Esta explicación hacía mucho más sentido. Los más afectados no eran las personas con EPOC, tabaquismo o asma, sino más bien aquellos que tenían mayores comorbilidades cardiovasculares siendo la más poderosa de ellas la obesidad. No es solamente el virus sino las condiciones de base sobre las cuales inflama y actúa. Así como no es solamente la presencia o no del virus sino la estructura confinada/sedentarizada de las ciudades, la hiperconectividad internacional, la cotidiana destrucción de nichos ecológicos que actúan como barreras en contra de la de propagación. De pronto pasamos de un caso, de un paciente, a la crisis de nuestra civilización, sin solución de continuidad.

No dejamos de ver en el hacinamiento, en las pequeñas habitaciones, en el encierro, en la obesidad, en hábitos alimentarios fabricados por las transnacionales de la alimentación, en esas pequeñas miserias, la vulnerabilidad de estos cuerpos. Cuerpos prohibidos del goce inherente a la existencia-en-un-cuerpo-vivo, confinados en jaulas telemáticas y crónicamente cansados (ago-biados), donde el placer solo es permitido a través de contadas prácticas, como la comida-show, encandilante en sabores y adicción.

Asistimos no sólo a una pandemia, sino a un cuadro clínico distinto, que ha ensanchado el espacio clínico y a la vez redescrito nuestro trabajo disciplinar. Caminar y alimentarnos se revelan como cuestiones básicas de la salud. Inflamación crónica, inflamosoma, ferritina, dímero D, tormenta de citoquinas. La historia de los años recientes –el gran salto adelante de los años 50 en consumo y destrucción planetaria– ha provocado un estrago nutricional y de sedentarismo en aquello que alguna vez se llamó pueblo. Ya en los brotes anteriores de virus respiratorios el sobrepeso y la obesidad aparecían como factores asociados sobre todo a la mortalidad. Pero en reglas de codificación que no poseen CIE 10 para el sobrepeso, en que el diagnóstico de obesidad tiene arbitrariedad y sesgos de género, en que el estado nutricional no es parte del examen físico regular, perdemos la visión de una noción tan básica. Ni decir de la consideración del estado de sedentarismo de los pacientes (Sallis et al., 2021). Soñamos con un índice de vagabundeo que se pregunte en la primera consulta y se anote como tal en la ficha clínica.

La evaluación nutricional de los pueblos cazadores recolectores indica que algo está fallando gravemente en nuestro presente (Pontzer et al., 2018). Sólo nos queda mirarnos americanamente, el único continente con una tradición nómada sin caballo.

No se trata de determinantes estructurales. Es un poco más que eso. Hay que poner en cuestión la civilización occidental con su historia de 10 mil años de asentamiento y sus dificultades de relacionarse con plantas, animales y otros seres (Haudricort, 1962).

Lo anterior invita a dislocar la mirada usual que tenemos de la pandemia. Leer los síntomas de la infección como derivados de un fenómeno interespecies con saltos en el tiempo o como terrenos inexplorados aun, y no solo en su dimensión de gravedad respiratoria y subsidiaria/o no de ventilación mecánica. Es posible entonces que los lugares cómodos del virus nos interroguen en cuanto a la forma de organizar las ciudades y las prácticas que sostienen la vida o en el absurdo inmunológico en el que puede derivar un cuerpo alienado típico de nuestros tiempos. Así lo que entendemos por salud se colectiviza a un punto que trasciende los intercambios entre humanos y seres vivos, y se antropocena tal como ya ha ocurrido por doquier. Muchos ya lo dijeron:

“Un joven húngaro, exhausto después de haber escalado la Montaña Santa, llegó a la cornisa y se sentó y contempló el mar tempestuoso que tenía a sus pies. Había estudiado epidemiología, pero había renunciado a esta profesión para poder escalar el Monte Ararat y circunvalar el Monte Kailish del Tíbet.

—El hombre —dijo súbitamente, sin aviso previo— no ha nacido para ser sedentario.

Esto era algo que había aprendido gracias al estudio de las epidemias. La historia de las enfermedades infecciosas era la de los hombres que fermentaban su propia inmundicia. También observó que la Caja de Pandora de las Enfermedades había sido una vasija de alfarería neolítica.

—No se equivoque —agregó—. Las epidemias harán que las armas nucleares parezcan, por comparación, juguetes inútiles” (Chatwin, 1987, p. 227).

Los datos

La epidemiología y la salud poblacional se apoyan en la dureza de los datos para endurecerse a sí mismas, buscando afirmarse como ciencias newtonianas, altamente matematizadas. La salud colectiva mira en la dirección de la blandura: etnografías, historicidades, asociaciones humanas, devenires, lenguaje, significados, narrativas.

Pero este matrimonio desavenido, espalda con espalda, olvida que las cifras también son blandas, incluyen pasiones, son construidas con

esfuerzo, movilizando muchas redes, personas, equipamiento. Hay etnografía en las cifras y a la vez, las cifras permiten enfocarse con más precisión en el estudio de ciertas narrativas.

Graficar es narrar. Modelar es producir también un texto, usar una sintaxis. Procesar datos es una especie de ejercicio de Oulipo (Queneau et al., 2016), escribir una narrativa sometido a reglas estilísticas muy claras y fuertes.

No hay dos caminos, menos aún dos disciplinas distintas. Si aspiramos a comprender lo que ocurre con las enfermedades, tenemos que reunir las fuerzas y producir comprensiones que combinen las destrezas.

Pero las cifras tienen notable valor si ellas revelan ese carácter de acción humana que las produce. Esta pandemia ha sido manejada con un secretismo que abruma. Contra ese secretismo no ayuda ni la fe en la dureza ni el escepticismo de la blandura.

Es sorprendente que las tres variantes de la salud, colectiva, poblacional y pública, se hayan plegado a las decisiones autoritarias y restrictivas respecto de la producción de cifras y a la reducción de los espacios participativos y democráticos de debate comprensivo de la pandemia.

Hay un profundo enigma, parte del cual atraviesa este texto, en esa vocación impositiva de la disciplina. Hasta ahora las voces disidentes han provenido de fuera de la especialidad, como si se tratara más de un grupo ortodoxo defendiendo una negación absoluta, en vez de una práctica investigativa más allá de la evidencia publicada.

No se trata solamente de llamar al trabajo en común o alzar la bandera de la mixtura. La forma de producir una comprensión común pasa por recomponer nuestro objeto de estudio. La enfermedad entendida como una tríada huésped-agente-ambiente, tiene el defecto no sólo de ser unitaria, si no de mantener un antropocentrismo –que es más bien un etnocentrismo o un eurocentrismo– recalcitrante. La capacidad de agencia en el planeta tierra está democráticamente distribuida. Ambiente o medio ambiente es una expresión engañosa, altamente correlacionada con los centrismos ya mencionados. No estamos rodeados por el ambiente, no hay un afuera.

Somos una especie más entre muchas especies. Nuestro cuerpo es un holobioma, el individuo es una falacia (Gilbert et al., 2018).

El todo

La parte es siempre más grande que el todo (Latour, 2012). O, mejor dicho, lo que tomamos por el todo es siempre una reducción de dimensionalidad, no un incremento.

Los datos organizados en torno a esa operación reductora no pueden ser asumidos sin esa pequeña distancia reflexiva. Además, la población como noción pequeña, contiene un profundo sentido político. Reducir a población ha sido la consigna de los sedentarios para fijar a los nómades.

La pandemia ha sido parte de esa persistente búsqueda de la fijeza como anhelo gubernamental de la salud. La recurrencia a las cuarentenas como bala mágica para reducir el curso de la enfermedad, es la repetición de un texto renacentista zurcido sobre las texturas biomoleculares del antropoceno.

Grave condición porque en nuestros tiempos la información es más clave que la materia o la energía. La conmoción de occidente tiene su origen en la diferencia que hace una diferencia, en la generación de circuitos recursivos basados en pequeñas cifras, en informaciones reducidas, pero capaces de enormes efectos. El virus como tal no pesa más de 7.5 kb, un sticker de whatsapp.

La causalidad que se eleva desde el efecto al efector no es del mismo tipo del que va desde el efector hasta el efecto: ella no puede producir energéticamente el efecto, sólo sirve como señal, de comando, modula una energía sin añadirse a ella; transporta con ella una energía ínfima; la energía que produce el efecto no procede de esta causa recurrente (Simondon, 2019).

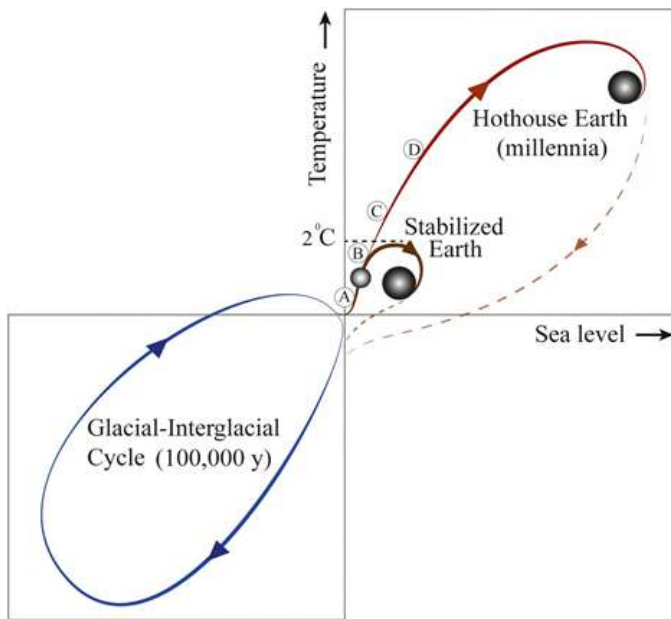
No saber leer la información, incluso la que perturba a los neumocitos y endotelios, como el centro de problema, ha generado el desprecio no sólo por los datos, sino por la generación de información local y el estudio por ejemplo de secuenciación centralizado en un sólo centro.

Sumergirse en el antropoceno

Un nuevo régimen de condiciones, una episteme a lo Foucault, pero agregándole el signo de factorial: episteme! Una multiplicatoria de los componentes. Algo más que un cambio de órdenes. Un régimen que podría llevarnos a una tierra casa caliente cuyo mejor análogo geológico es el eoceno o, en otras palabras, las condiciones climáticas del tiempo

que sucedió a los dinosaurios. La imagen tomada de (Burke et al., 2018) en la Figura 1 expresa con crudeza que el cambio ya ocurrió y de lo que se trata ahora es de intentar amortiguar el efecto. Esta imagen debería estar en nuestras poleras disciplinares.

Figura 1:
Representación del cambio de fase del sistema tierra (Burke, 2018)



Un nuevo mundo como 1492, que trastorna todo. Que no es nuevo, pero que revela una ignorancia tribal. O una sacudida brusca como el programa abolicionista del siglo XIX:

“... para los pueblos nativos de las Américas, el fin del mundo ya sucedió, cinco siglos atrás. Para ser más precisos, la primera señal del fin se manifestó el 12 de octubre de 1492 ...La población indígena del continente, mayor que la de Europa en aquella misma época, puede haber perdido (por la acción combinada de los virus –la viruela fue espantosamente letal–, del hierro, de la pólvora y del papel –los tratados, las bulas papales, las encomiendas y, por supuesto, la Biblia–) hasta el 95 por ciento de su efectivo a lo largo del primer siglo y medio de la conquista, lo que correspondería, de acuerdo con algunos demógrafos, a 1/5 de la población del planeta. Así, podríamos dar el nombre de Primera Gran Extinción Moderna a ese evento americano en el que el Nuevo Mundo fue

alcanzado por el Viejo como si se tratase de un planeta gigantesco, que proponemos llamar Mercancía, en analogía con el planeta Melancolía de Lars von Trier. En materia de concursos de apocalipsis, es cierto que el genocidio americano de los siglos XVI y XVII –la mayor catástrofe demográfica de la historia hasta el presente, con la posible excepción de la peste negra– causado por el choque con el planeta Mercancía siempre tendrá garantizado su lugar entre las primeras posiciones, por lo menos en lo que concierne a la especie humana, e incluso si consideramos las grandes posibilidades futuras de una guerra nuclear o del megacalentamiento global” (Danowsky and Viveiros, 2015, p. 138).

No es casual que la invasión de América haya generado tal cantidad de muerte, así como no es casual que las formas de vida actuales nos lleven hacia un planeta caliente. Elegimos antropoceno como punto de análisis no solo como una idea nutrida desde distintos campos. Es un concepto que tiene una intención política que nos señala como agentes de estas nuevas realidades planetarias. La pandemia actual podría analizarse en esa línea. No es solamente la partícula viral que genera muerte, sino las comorbilidades (o factores de riesgo, concepto hijo pródigo de las compañías aseguradoras). Y las comorbilidades están determinadas por la producción de cuerpos-espacios actuales. ¿Qué sería de la transmisión viral sin las megaurbes o formas de vida sedentarizadas? (Sallis et al., 2021).

No sólo nuestros confinamientos, tanto previos a la pandemia (en una idea de ciudad-reducción) como post pandemia, se relacionan con procesos de muerte. Son muchos los ejemplos históricos, así como es claro desde donde viene la concepción denostativa del vagabundeo/vagabundo. En el caso del pueblo Yagan, el confinamiento forzado significó una mortalidad exagerada. Reviven el trauma con la situación actual, por una nueva vez confrontándose a un fenómeno del cual no tienen responsabilidad alguna.

Los procesos de sedentarización y confinamiento constituyen una particularidad importante de cómo se desarrolló en el pasado y cómo se desenvuelven actualmente los procesos o relaciones coloniales de los grupos europeos y posteriormente del Estado chileno con los Yagán en Cabo de Hornos; tanto porque implicaron el cese de algunas de sus prácticas tradicionales como la navegación o sus formas de organización en clanes nómades dispersos en las islas del archipiélago; como por las altas tasas de contagio que las aglomeraciones humanas generan, actuando como huésped de agentes infecciosos, y que causaron en el pasado la dramática diezma de su población. En relación con esto último, hay personas yaganes que atribuyen a las huidas que algunos de

sus antepasados hicieron de los centros de confinamiento –misiones y estancias– como la causa que permitió que hoy ellos estén vivos: “¿Por qué estamos hoy día nosotros? ¿Por qué existimos el día de hoy? Por la gente que no se quiso ir a estos centros (misiones), por la gente que no se juntó y estaba disgregada por el territorio, por eso quedamos, sino no estaríamos” (Blanco-Wells et al., 2021).

¿Por qué existimos hoy en día? hace pensar en lo siguiente: ¿Cómo es que existiremos mañana? ¿Es por la gente que no se quiso ir a esos centros? Si entendemos los centros o la centralidad como el enjambre de prácticas, narrativas, transformación de espacios, modo de vinculación con lo otro, etc., que propone la modernidad neoliberal occidental, es fácil ver que la inercia del centro es hacia infiltrar todas las periferias. Es ese mismo proceso de infiltración el que está modificando nuestras saludes, definiendo sus límites, sus caminos a seguir, lo bueno, lo legítimo, lo válido. Así como exilia a desactualizado, lo que está fuera de la ciencia y lo vagabundo/sucio. El escape de los Yaganes como metáfora nos invita a pensar cuales serían nuestras formas de fuga, que ya no se dispondrían en el dualismo escape/encarcelamiento, sino más bien en la huida dentro, en el componer crisis o resignificar el espacio no viviendo obligadxs hacia lo que el centro dispone. Proponemos el aterrizar como creación de quebrada; formar parte, regenerar y proteger las comunidades de vida que nos son próximas y por las cuales vivimos; tejer nuestro constructo de salud dentro de esta red de sentido.

¿Qué es despertar?

En una metáfora iluminista despertar es pasar de un estado oscuro a uno de luz, de la oscuridad a la visibilidad. Pero despertar es antes que nada un cambio de fase. Dormir es una etapa epistemológicamente activa. No es eso lo que la distingue. El ritmo respiratorio y cardíaco, la movilidad, la temperatura, la actividad electroencefalográfica no están suprimidas, sino en otra fase. Despertar es entonces situarse en la nueva fase. Antropoceno designa por ahora esa condición, ese nuevo régimen de oscilaciones en el cual hemos entrado (Steffen et al., 2018). La variabilidad de la salud de los humanos se inscribe en esas variabilidades.

Referencias bibliográficas

- Blanco-Wells, G., Libuy, M., Harambour, A. and Rodríguez, K. (2021). Plagues, past, and futures for the yagan canoe people of Cape Horn, southern Chile. *Maritime Studies*, 20 (pp. 101-113).
- Burke, K., Williams, J., Chandler, M., Haywood, A., Lunt, J. and Otto-Bliesner, B. (2018). Trajectories of the earth system in the anthropocene. *PNAS*, 115(33), 8252-8259.
- Canals, M. (2017). *Introducción a la epidemiología matemática*. Santiago: Sociedad Chilena de Parasitología.
- Chatwin, B. (2020[1987]). *Los trazos de la canción*. Barcelona: Península.
- Cousteau, J. and Dumas, F. (1964). *Le Monde du silence*. Santiago: Éditions de Paris.
- Danowsky, D. and Viveiros, E. (2015). *Há mundo por vir? Ensaio sobre os medos e os fins*. Cultura e Barbárie. Sao Paulo: Instituto Socioambiental.
- Gilbert, S., Tauber, A. and Sapp, J. (2018). *Nunca fuimos individuos: una visión simbiótica de la vida*. Chamiza: Humus-editores.
- Haudricort, A.-G. (1962). Domestication des animaux, culture des plantes et traitement d'autrui. *L Homme*, 2(1), 40-50.
- Hui, Y. (2020). *Recursivity and Contingency*. Rowman & Littlefield. Barcelona: London edition.
- Latour, B. (2012). "The whole is always smaller than its parts" - a digital test of Gabriel Tarde's monads. *The British Journal of Sociology*, 63(4), 590-615.
- Pontzer, H., Wood, B. and Raichlen, D. (2018). Hunter-gatherers as models in public health. *Obesity Reviews*, 19(Suppl. 1), 24-35.
- Queneau, R., Perec, G., Le Lionnais, F., Calvino, I. and y Otros, H. M. (2016). *OULIPO Ejercicios de literatura potencial*. Buenos Aire: Caja Negra.
- Rothman, K. and Greenland, S. (1998). *Modern Epidemiology*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Sallis, R., Rohm-Young, D., Tartof, S., Sallis, J., Sall, J., Li, Q., Smith, G. and Cohen, D. (2021). Physical inactivity is associated with a higher risk for severe covid-19 outcomes: a study in 48 440 adult patients. *Br J Sports Med*, (0), 1-8.
- Simondon, G. (2019). *Sobre la Psicología. 1956-1967*. Buenos Aires: Cactus. Serie Clase.
- Steffen, W., Johan Rockstrom, K. R., Lenton, T., Folke, C., Liverman, D., Summerhayes, C., Barnosky, A., Cornell, S., Crucifix, M., Donges, J., Fetzer, I., Lade, S., Scheffer, M., Winkelmann, R. and Schellnhuber, H. (2018). Trajectories of the earth system in the anthropocene. *PNAS*, 115(33), 8252-8259.
- Szklo, M. (2003). *Epidemiología intermedia*. Madrid: Diaz de Santos.
- Zalasiewicz, J. (2020). Old and new patterns of the anthropocene. *RCC Perspectives: Transformations in Environment and Society*, (3), 11-40.

PARTE 2.

LA CONSTRUCCIÓN POLÍTICA DEL OBJETO EN SALUD PÚBLICA

CAPÍTULO 4.

ENTRE LAS POLÍTICAS DE LO VIVIENTE Y LAS POLÍTICAS DE LA VIDA. HACIA UNA ANTROPOLOGÍA DE LA SALUD

Didier Fassin

Pese a que sus legatarios intelectuales han considerado este concepto como uno de los más fecundos de su filosofía, Michel Foucault desarrolló poco su teoría del biopoder. En unas pocas páginas, al final de *La voluntad de saber* (1976: 177-191), enunció su famosa proposición: “Lo que podríamos llamar el ‘umbral de modernidad biológica’ de una sociedad ocurre cuando la especie se vuelve un desafío de sus propias estrategias políticas. El hombre ha sido durante milenios lo que era según Aristóteles: un animal vivo y además capaz de una existencia política; pero el hombre moderno es un animal en la política y para él su vida como ser vivo está en duda”. Es así como se constituye el poder sobre la vida, que sabemos se ejerce según dos modalidades: por un lado, una “anatómico-política del cuerpo humano”, mediante la cual las “disciplinas” someten al individuo a procedimientos que lo vuelven apto para el buen funcionamiento de la sociedad y, especialmente, de la economía; por otro, según una “biopolítica de la población” en tanto las “regulaciones”, las medidas e intervenciones controlan la especie y en particular los fenómenos relacionados con el nacimiento, la enfermedad y la muerte. Las dos modalidades están ligadas estrechamente: “El establecimiento durante la edad clásica de esta tecnología de doble faz –anatómica y biológica, individualizante y especificante, dirigida hacia las puestas en escena del cuerpo y observadora de los procesos de la vida– caracteriza un poder cuya función más alta no puede seguir siendo matar sino conceder la vida en una y otra parte”. Esta teoría, que había comenzado a elaborar durante su curso en el Colegio de Francia y sobre la que volvería marginalmente en artículos posteriores, quedó relativamente inacabada, puesto que ocho años más tarde, en los otros dos volúmenes de la *Historia de la sexualidad*, tomó otra alternativa, rica también: la exploración de los procesos de subjetivación por medio de los “empleos del placer” (1984) y el “cuidado de sí” (1984). Por más fugitivo que sea en la obra del filósofo –aunque algunos de los últimos textos publicados lo retoman de manera lateral

mediante “la tecnología política de los individuos” (1994: 813-828)–, este instante, en el que se esboza una teoría del gobierno de la vida, es con seguridad una etapa esencial.

En el ensayo titulado “*Artificiality and enlightenment: From sociobiology to biosociality*” (1996: 91-111), Paul Rabinow no se equivoca. Retomando la dicotomía del biopoder, propone ver en la revolución de la biología y de las biotecnologías que representa la iniciativa para el genoma humano un sobrepaso y una reformulación de la anatómico-política y de la biopolítica: “Yo creo, escribe, que los dos polos del cuerpo y de la población se encuentran rearticulados en lo que podríamos llamar una racionalidad posdisciplinaria”. Las perspectivas de las pruebas genéticas que permiten la racionalización de la responsabilidad individual y poblacional de las enfermedades parecen anunciar para él la constitución de grupos organizados con base en “nuevas identidades y prácticas”, realizando lo que denomina la “biosocialidad”. Por ejemplo, escribe, “no es difícil imaginar grupos formados en torno al cromosoma 17, locus 16 256, sitio 654 376 alelo variante con sustitución de una guanina: grupos así tendrán médicos especialistas, laboratorios, textos, tradiciones y una pesada panoplia de guardias pastorales ayudándoles a vivir, compartir, transformar y comprender su suerte”. Así comenzará una era de “la artificialidad” que marcará la tercera gran crisis de la historia de la humanidad, según François Dagognet (1988): después de la revolución galileica que transformó nuestra relación con el universo, y de la revolución francesa que instituyó la idea de la producción de la sociedad por el hombre, esta última ruptura de la historia de nuestra mirada giraría en torno a la vida misma.

Tal lectura posdisciplinaria del biopoder, por más seductora que sea, enfrentaría el riesgo de ceder ella misma ante las seducciones de las sirenas científicas que anuncian, con los descubrimientos y las potencialidades de la genética molecular, el advenimiento de una nueva humanidad, si no fuera completada por otra lectura, atenta a los fenómenos más difusos pero no menos significativos de las formas actuales del gobierno de la vida y de las realidades menos espectaculares pero igualmente fecundas sobre el cuerpo. Al lado de las transformaciones por la ciencia de las representaciones y de las prácticas de sí, es importante tener en cuenta las múltiples manifestaciones de las relaciones de poder en lo más profundo del ser humano, en las diferencias de la esperanza de vida entre categorías sociales o entre países, e igualmente en los múltiples dispositivos de protección y de asistencia social desplegados nacional e internacionalmente. Cuando obra en el cuerpo la gobierno-mentalidad (*gouvernementalité*), definida por Michel Foucault (1994) como “el

encuentro entre las técnicas de dominación ejercidas sobre los otros y las técnicas de cada uno”, ésta se expresa tanto en las tecnologías médicas como en las políticas. De tanto enfocarse en los progresos de la biología, sea para regocijarse de las perspectivas que ofrece o, inversamente, para denunciar sus peligros, uno podría olvidar las realidades *triviales*¹ del biopoder que revelan las políticas sanitarias y sociales, así como la incorporación del orden político. Veríamos entonces reproducirse en el trabajo de análisis realizado por las ciencias sociales lo que en la producción de las reglas de acción de las sociedades ya condujo a reducir los retos morales de la intervención sobre el cuerpo a las únicas cuestiones, perfectamente fundamentadas después de todo, de la bioética, mientras que los innumerables y delicados problemas planteados por la salud pública quedarían esencialmente en la sombra.

Propongo agrupar esas realidades triviales dentro del vocablo salud. Así puede definirse la salud como la relación del ser físico y psíquico, por un lado, y del mundo social y político, por otro. Esto significa que es a la vez otra cosa y mucho más que el anverso de la enfermedad al que se la aproxima a menudo, o que la idea de bienestar global que las instituciones sanitarias se aseguran de promocionar. Esta relación no es una particularidad de lo viviente, preexistente en la normalidad de un orden fisiológico, biológico o sensible y conducente a hablar de buena o mala salud. Al contrario, históricamente construida, es objeto de competencias y luchas entre agentes que se esfuerzan por imponer visiones diferentes sobre lo que concierne a la salud, es decir, lo que hace falta social y políticamente tratar como un problema de salud. A su vez, esta relación determina también las prácticas ordinarias y especializadas, las formas institucionales e ideológicas del tratamiento de los desórdenes del cuerpo y de la mente. Lo que se denomina comportamientos en materia de prevención y de enfermedad, políticas de salud y sistemas de cuidados, realidades que varían en el tiempo y según los contextos nacionales o locales, representa la traducción de esta relación. Es entonces esto lo que requiere ser aprehendido, no de manera abstracta, sino mediante los objetos concretos en los cuales se realiza: un programa de reducción de riesgos para usuarios de drogas por vía intravenosa en los suburbios franceses o de disminución de la mortalidad materna en las montañas andinas, un dispositivo de protección social o una consulta gratuita para los pobres, una modalidad de subsidio para los recursos sanitarios o una intervención humanitaria en los campos de refugiados. Lógicamente, estas realidades no son exclusivas a la exploración del genoma, de las

¹ Se han conservado las palabras señaladas en *itálicas* en el texto original (N. del t.).

pruebas y los consejos genéticos, de los saberes y las técnicas que se aplican en los cuerpos y transforman tanto a los individuos como a los grupos. Para decirlo de otra forma, desde el punto de vista del biopoder, es necesario rendir cuentas al mismo tiempo sobre lo que sucede en un centro de investigación del National Cancer Institute o del Instituto Pasteur, y sobre lo que ocurre en un servicio hospitalario de urgencias en la ciudad de Nueva York o en la asistencia pública de París, sin ceder ante la magia de los primeros ni ignorar la banalidad de los segundos. Por lo demás, este proyecto no es ajeno a la empresa de Paul Rabinow, quien se pasea desde los laboratorios sociales de los “*French modern*” (1989) hasta los espacios sabios del “*French DNA*” (1999). Entonces, en lugar de oponer las biotecnologías, que actúan sobre lo viviente, y las biopolíticas, que gobiernan la vida, la idea es ampliar el campo de lo que podríamos denominar las bío-lógicas, las lógicas sociales que ponen lo viviente y la vida a examen de la política.

En este texto² quisiera mostrar inicialmente cómo la antropología de la salud se diferencia de los enfoques tradicionales de la antropología médica y cómo, además, no puede ser aprehendida sin una doble lectura, histórica y política. En segundo lugar, me esforzaré en trazar la relación entre las dimensiones de objetivación y subjetivación presentes en la salud, es decir, desvelar la tensión que existe entre la realidad objetivada por los epidemiólogos o los economistas y su traducción subjetiva en las representaciones y las acciones. Tercero, intentaré dar ciertas bases para el análisis de la relación entre los escenarios locales y mundial de la salud, lo que en otras palabras equivale a captar lo que está en juego en los fenómenos que podríamos llamar de globalización sanitaria. El carácter programático de esta reflexión –no se trata de realizar un estado de los lugares de la antropología de la salud sino de abrir perspectivas de investigación– responde por supuesto a la lógica de conjunto presente en la edición especial de esta revista. Por tanto, no se está partiendo de la nada. Sea que se consideren o no parte de la antropología de la salud, varios trabajos recientes, de los cuales algunos serán evocados, pero no todos podrán citarse, se inscriben en el proyecto definido aquí y muestran que la posición defendida, en el plano científico y desde el punto de vista político, es compartida cada vez más por los antropólogos. Intentaré de todos modos dirigir la reflexión hacia algunas vías más nuevas de las cuales haré una síntesis, ligando al final políticas de lo vivo y políticas de la vida.

² Una versión abreviada de este artículo apareció en 2000 en la revista canadiense *Anthropologie et Sociétés*. Traducción del francés de Guillermo Vargas Quisoboni.

De la enfermedad a la salud

La antropología médica, surgida en los años 1960 en el seno de la antropología estadounidense (Scotch, 1963), no forma un corpus homogéneo. Como lo han señalado sus analistas, especialmente en Francia (Mitrani, 1982; Sindzingre y Zempléni, 1982; Walter, 1983), se organiza en torno a teorías heterogéneas y polos múltiples que sólo razones prácticas, en particular la demanda social dirigida a los antropólogos sobre el tema, a saber, la construcción de un territorio científico propio, las llevarán a agruparse o a ser reunidas. Entre la antropología biológica que busca los fundamentos genéticos del mestizaje (Benoist, 1966) y la antropología cultural orientada hacia las interpretaciones autóctonas de la enfermedad (Foster, 1976), entre la etnopsiquiatría que busca los lazos entre cultura y psiquismo (Devereux, 1970) y la etnomedicina que recoge el saber y las prácticas culturales (Genest, 1978), entre el análisis de rituales terapéuticos (Corin, 1978) y el estudio de los itinerarios de las curas (Janzen, 1978), resulta muy difícil presentar una visión unificada de este campo reivindicado de nuevo (Fabrega, 1971). No obstante, hay dos elementos comunes a la mayor parte de estos trabajos. Por un lado, su focalización sobre la enfermedad: el enfermo y sus dolencias, el terapeuta y sus medicinas, o, dicho de otro modo, el individuo en las interacciones entre lo biológico y lo social, entre el poder y el saber. “Forma elemental del acontecimiento” (Augé, 1984), la enfermedad aparece como lugar de encuentro de la experiencia singular del enfermo o del terapeuta y de su socialización en el grupo. Por otro, su enfoque en términos de cultura: las representaciones y las prácticas de pueblos lejanos o en ocasiones próximos, pero diferentes, o, dicho de otro modo, el hablar siempre del otro y aprehenderlo bajo el ángulo de sus diferencias. “La medicina como sistema cultural” (Kleinman, 1980) apela a la búsqueda de los modelos de interpretación y tratamiento de la enfermedad singularizando cada una de las culturas. A la concepción individualizante de la enfermedad responde la construcción substancializante de la cultura. Más allá de las diferencias que pueden ser detectadas, la antropología médica “en la edad clásica” está ligada fundamentalmente a este doble presupuesto.

Sin que las transformaciones producidas en el campo hayan sido coordinadas, diversos movimientos emprendieron desde hace poco más de una década su reconfiguración. Puede proponerse una lectura, sin pretender dar una visión exhaustiva, para señalar algunos de sus ejes de fuerza. Para comenzar, la antropología de la enfermedad, en terrenos alejados (Augé, 1986) o próximos (Fainzang, 1989), confronta la legitimidad de la autonomía disciplinaria de la antropología médica: las ciencias sociales no pueden reducir la enfermedad a simple objeto,

aunque ello resulte particularmente iluminador frente a la unión del cuerpo físico y el mundo social, pero no se justifica en ningún caso fundar un campo aparte tal como intentaron sus promotores. Tras esta discusión epistemológica el objetivo es rechazar las miradas demasiado culturales que han prevalecido durante largo tiempo: el estudio de la ideología de las sociedades, cuya relación con la enfermedad y el infortunio ofrece una rejilla de lectura privilegiada, permite la articulación fuerte entre lo simbólico y lo político. Enseguida, la antropología de la experiencia, sea que se interese por los relatos de los enfermos (Kleinman, 1988) o por las representaciones de los médicos (Good, 1994), pretende sobrepasar los límites de la enfermedad, que en la antropología médica siguen estando con demasiada frecuencia prisioneros de la construcción biomédica: al interesarse en el sufrimiento de los pacientes y en la racionalidad de los profesionales se ponen en movimiento categorías de análisis y formas de comprensión que desbordan el registro clínico. Sin abandonar del todo el enfoque cultural de la enfermedad, que conduce, por ejemplo, a buscar formas particulares de sufrimiento o de racionalidad en función de contextos particulares, estos trabajos suponen una puesta en duda parcial a partir de la búsqueda de rasgos más universales contenidos en la noción misma de experiencia, concebida como expresión de la subjetividad. Para terminar, *la antropología médica crítica* abre un tercer frente, sea que se inscriba en la perspectiva histórica (Taussig, 1987) o que proponga un enfoque contemporáneo (Scheper-Hughes, 1992): contra el funcionalismo implícito en numerosos estudios de antropología médica, este frente propone la lectura radical de la medicina, colonial o poscolonial, como práctica de dominación y de la enfermedad, o de su interpretación, como manifestación del orden social. Ahí en los escenarios donde el etnólogo centraba su mirada y con los anteojos de la cultura hay que concebir una economía política de la enfermedad dentro de la cual las relaciones de fuerzas internacionales encuentren su lugar, el papel de las instituciones médicas se analice y la posición del investigador mismo sea el objeto de mayor vigilancia. Estas tres direcciones no resumen probablemente la totalidad de las evoluciones dadas en el campo de la antropología en torno a la enfermedad. De hecho, las relaciones entre ellas fueron tan conflictivas que cuesta trabajo considerar que participan de un mismo proceder (Morgan, 1990). Sin embargo, nos muestran ejes fuertes de replanteamiento de las primeras evidencias de la antropología médica. Sobre todo, nos demuestran desde vías muy distintas el mismo interés en combatir la especialización y el aislamiento de la antropología médica, colocando los interrogantes que la enfermedad plantea a las sociedades en el centro de las preocupaciones de la antropología (Gaines, 1998). En el fondo se trata de la inversión completa de la tendencia anterior en la que se creía poder constituir un campo, no en ruptura, pero sí al menos

al margen de las grandes corrientes del pensamiento y de la investigación de la antropología social. Desde entonces, la antropología médica se considera parte importante de una reflexión antropológica más general.

No obstante, estos trabajos tratan esencialmente sobre la enfermedad entendida como evento integrante de una categoría más amplia del infortunio, como una experiencia describable en términos de sufrimiento o como una prueba reveladora de relaciones de poder. Pese a los diferentes enfoques, la dimensión individual de esta realidad social y de cómo la abordan los terapeutas se encuentra en el corazón de los tres proyectos intelectuales. Sin embargo, en ellos pocas veces se presta interés a los sistemas de protección social y de higiene pública, a los programas de prevención de las epidemias y de lucha contra las grandes endemias, a las políticas internacionales de cuidados básicos y locales de la salud en la medicina comunitaria, a los proyectos de desarrollo sanitario en los países pobres y de desarrollo social en los barrios pobres de los países ricos, a los dispositivos de información epidemiológica y de regulación económica, todo lo cual constituye, en el fondo, la cotidianidad del campo de la salud. Habría que hacer aquí una salvedad con la antropología médica crítica (Singer, 1989) y con la economía política de la salud (Morsey, 1990). Por lo demás, la idea no es criticar la pertinencia de las orientaciones de estas “antropologías”, sino revelar, más bien, una carencia, doblemente problemática. Se debe, por un lado, a la importancia que han adquirido estos interrogantes en las sociedades contemporáneas. En Francia, por ejemplo, con los procesos de sangre contaminada que implicaron a ministros y la definición del principio de precaución, la controversia sobre los efectos patógenos de lo nuclear y el cuestionamiento de la acción pública en materia de medio ambiente, el informe oficial sobre alcoholismo como fármaco-dependencia y el debate sobre la despenalización de la marihuana, la reforma a la seguridad social y los debates en torno a la solidaridad nacional, al lugar de la medicina humanitaria asociativa en la gestión de la miseria y a las prácticas de apoyo humanitario de los hospitales públicos. Por otro lado, se debe al significado que tiene esta ausencia para la antropología: lejos de ser accidental, esto remite hacia la preferencia habitual de la disciplina por objetos más nobles y menos ordinarios y, al mismo tiempo, implica una distancia que se manifiesta con frecuencia con respecto a los interrogantes de sociedad, sobre todo los más urgentes o los más actuales. Como reconoce, a propósito de sus propios trabajos, Arthur Kleinman (1995) en la introducción de una obra, “escribir en 1994 sobre la medicina y no situarse en el debate nacional americano sobre la seguridad social es afirmar otra forma de marginalidad” de la antropología médica. Merril Singer (1995) estigmatiza el desinterés por los desafíos políticos de la salud en un texto en el que solicita el compromiso de los

antropólogos médicos con la “praxis crítica”. Pero la falta de interés por esos objetos desencantados no es algo exclusivo del campo de la salud: “la antropología política de la modernidad” (Abélès, 1992) pretende, precisamente, alimentarse de estos hechos y estas escenas que se nos volvieron incontrolables por tanta familiaridad con ellas o, simplemente, por lo poco exóticas que son.

La idea defendida aquí es que, en estos caminos aún poco visitados por la antropología, donde lo social es y existe sin encantamientos, donde lo banal se enfrenta con lo técnico, donde los aspectos administrativos disfrazan las dimensiones morales, donde las fronteras entre aplicación e implicación parecen ser las más indecisas, es justamente donde los retos se tornan más cruciales para el mundo contemporáneo y, desde luego, para las ciencias sociales. No se trata de meter la antropología en el diapasón de los problemas de sociedad, de someterla a una supuesta demanda social o de hacer de ella una ciencia especializada que formula recomendaciones, sino considerar que esas realidades aparentemente triviales de la salud son al menos tanto como la enfermedad y la medicina portadoras de sentido y requieren en consecuencia un trabajo de interpretación. A este respecto, son paradójicamente los historiadores antes que los antropólogos quienes han abierto el camino. Los trabajos pioneros de Edwin Ackerknecht (1948) sobre la higiene y el anti-contagionismo, de Henry Hatzfeld (1971) sobre el desarrollo de la protección social francesa y de Carlo Cipolla (1976) sobre los comités sanitarios italianos de finales de la edad media, mostraron hasta qué punto las investigaciones en salud pública podían aclarar las grandes evoluciones de las ideas y de las instituciones, exploración que se prolonga en obras recientes sobre las ciencias y las técnicas (La Berge, 1992), sobre las representaciones y las sensibilidades (Vigarello, 1993) o sobre las poblaciones y sus dinámicas (Bourdelaís, 1994). La historiografía colonial abordó también los problemas de poder y de saber, las relaciones de dominación y de violencia, los desafíos sociales y políticos que ponían en evidencia el estudio de las endemias (Lyons, 1988), las epidemias (Ranger, 1992), las hambrunas (Vaughan, 1992) o la psiquiatría (McCulloch, 1994), que tenían lugar en el continente africano. Desde este punto de vista, la selección de textos recogida por Steven Feierman y John Janzen (1992) constituye un verdadero manifiesto para una antropología histórica de la salud: más aún que las declaraciones teóricas liminares, es el valor de los estudios de caso que, a partir del análisis de las condiciones socioeconómicas de producción de la tuberculosis en Sudáfrica (Packard, 1992) o de los modos de legitimación sanitaria de las políticas de urbanismo en África central (Curtin, 1992), revelan las lógicas de poder y sus efectos sobre el cuerpo en el orden colonial. Lo que pone de manifiesto la historia, bien sea en manos de los historiadores o de los antropólogos (Dozon,

1985), es que el estudio de la salud comienza ahí donde la enfermedad, saliendo de la relación supuestamente confidencial entre el paciente y el terapeuta, incluye al cuerpo social: la investigación sobre la epidemia de tifo en Sudáfrica en la primera mitad del siglo XX nos habla de la salud como forma de control social, especialmente en la escogencia de medidas tendientes menos a la eficacia sanitaria que a la intervención y la represión de las protestas, y como reveladora de las relaciones sociales, la infección que afecta exclusivamente a las poblaciones negras pauperizadas, pero interpretada por los poderes públicos como la consecuencia de su desidia y suciedad (Marks y Anderson, 1988). Así, mejor que como pudo hacerlo la antropología, la historia del mundo moderno, ya sea occidental o colonial, adquirió la medida del interés que podía haber en estudiar la salud al mismo tiempo como significado y significante del cambio social, esto es, por los sentidos que porta y por los signos que representa. Este doble registro de interpretación es el que hace falta poner en práctica en la antropología de la salud.

¿Pero de qué salud estamos hablando? Para responder a esta pregunta podemos intentar trazar su etimología. Sabemos que la antropología médica se alimentó de una reflexión basada en las tres palabras inglesas para designar la enfermedad: *disease*, la patología identificada por la medicina; *illness*, la experiencia subjetiva del paciente; *sickness*, el fenómeno social que produce el libreto del enfermo y las expectativas de la sociedad. Incluso si estas distinciones fuerzan un poco las reglas lingüísticas y si las categorías así constituidas pueden parecer simplificadoras frente a la complejidad antropológica, tienen la utilidad de deconstruir una noción con sentido propio. Un ejercicio similar puede proponerse a partir del latín para la palabra salud. En efecto, existen tres términos diferentes para designarla. El primero es *salus*, que expresa el buen estado físico y moral, pero también la salvaguarda de los bienes y los derechos propios. El segundo, *sanitas*, indica también el buen estado del cuerpo y del espíritu, pero puede significar, así mismo, la razón, el buen sentido, el buen gusto. El tercero, *salubritas*, añade a la noción de buen estado de salud la idea de los medios que permiten conservarlo. Sin poner mucho énfasis en esta etimología, de la cual ciertos trazos subsisten en el francés contemporáneo, pero más aún en español, podemos recoger dos enseñanzas. Por un lado, la nebulosa original de la salud no se reduce a las dimensiones de lo corporal y lo médico, toca también aspectos jurídicos, morales, intelectuales y tecnológicos que el reduccionismo sanitarista tiende a escamotear. Por otro, cada uno de los términos latinos se presenta unido a tensiones que son, precisamente, las que atraviesan hoy en día el dominio de la salud: para *salus*, entre lo físico y lo cívico, entre el bien y el derecho; para *sanitas*, entre lo patológico y la norma, entre la

racionalidad y el valor; por último, para *salubritas*, entre lo individual y lo colectivo, entre lo técnico y lo político. Si la idea aquí no es dedicarse a un verdadero trabajo lexicológico, al menos podemos ver que el empleo habitual de la palabra salud, en francés particularmente, opera una restricción semántica considerable con respecto a su riqueza etimológica. Es entonces en esta riqueza etimológica que es necesario anclar, como propone Raymond Massé (1995), la comprensión renovada de una noción potencialmente heurística, puesto que hace entrar en juego significados olvidados en la lengua, pero todavía presentes en el mundo social.

Para poner orden a esta profusión puede partirse de la tipología sugerida por Margaret Lock y Nancy Scheper-Hughes (1990: 47-72). A fin de renovar las visiones tradicionales de la enfermedad y basándose especialmente en los trabajos de Mary Douglas, ellas proponían una triple lectura del cuerpo: el “cuerpo individual, entendido en el sentido fenomenológico de la experiencia vivida del cuerpo propio”, sin distinción de sus dimensiones material y espiritual; el “cuerpo social, refiriéndose a las representaciones del cuerpo como símbolo natural a partir del cual pensar la naturaleza, la sociedad y la cultura”, donde la enfermedad viene a ser elemento a la vez perturbador y revelador; y el “cuerpo político, implicando la regulación, la vigilancia y el control de los cuerpos individuales y colectivo en la reproducción y la sexualidad, el trabajo, el tiempo libre y la enfermedad”, por medio de los cuales la normalización puede revestir formas múltiples, desde el compromiso violento hasta el autocontrol. Sin embargo, esta interesante clasificación se arriesga a dejar de lado el hecho que el cuerpo individual es en sí mismo siempre también un cuerpo social y político (Turner, 1992), y es justamente lo que la definición precedente de la salud intenta enunciar. Esto explica por qué en una investigación precedente (1996) había propuesto definir un espacio político de la salud y describirlo estructurado en torno a tres ejes que podían ser tantos como las dimensiones a caracterizar por medio del trabajo empírico: la incorporación de la desigualdad, realizando la inscripción del orden social en los cuerpos, sea por ejemplo en el caso de la marcación ritual en las sociedades tradicionales o en el de las disparidades frente a la muerte en las contemporáneas; el poder de curar, derivado de la legitimación de grupos reconocidos competentes para intervenir sobre la enfermedad, como los chamanes, los morabitos o los médicos; finalmente, el control sobre la vida, poniendo en acción la gestión colectiva de la salud como bien público, desde las antiguas prácticas propiciadoras hasta los programas de prevención modernos. En el fondo, se trata de constituir una antropología política de la salud con sus respectivas declinaciones en antropología política del cuerpo, de la medicina y de la salud pública. Para ello, ahora es necesario comprender mejor cómo el doble trabajo de objetivación y de subjetivación de la salud organiza esta antropología.

Objetivación y subjetivación

Al inicio de su Filosofía de la Salud, Hans-George Gadamer (1998:7) se cuestiona sobre la especificidad de la medición en este campo:

la física de nuestro siglo nos enseñó que hay un límite en la posibilidad de medir. Esta observación me sugiere un problema hermenéutico fundamental que se plantea con más agudeza en el caso del hombre viviente que en el de la simple naturaleza medible. Porque entonces el problema de los límites de la posibilidad de cualquier medida y más generalmente de cualquier acción se sitúa en el corazón mismo de la ciencia y de la práctica médica.

Y concluye diciendo: “la salud no es una cosa que se fabrica”. Tres presupuestos sostienen esta reflexión: primero, lo viviente humano es una forma particular de naturaleza; segundo, la salud es un atributo de lo viviente; y tercero, la medición de la salud es una objetivación de este atributo. En contra de esta triple aserción propongo construir una antropología de la salud. Ya sea, palabra contra palabra, primero, lo viviente humano tal como lo aprehendemos resulta de un juego entre naturaleza y cultura; segundo, la salud es una producción social, pues la sociedad define lo que posee salud o, más bien, da una expresión sanitaria a ciertas realidades en lugar de otras; tercero, el trabajo de objetivación contribuye a esta producción y entonces se vuelve inseparable de una operación de subjetivación. Detengámonos un instante sobre estas tres proposiciones para explicitarlas e ilustrarlas.

Dado que la enfermedad afecta al cuerpo y que la medicina ha mostrado sus resortes más escondidos, desde la fisiología y la anatomopatología que exploraban lo macroscópico de la enfermedad hasta la inmunología y la genética molecular que trabajan con sus dimensiones más elementales, lo viviente humano parece inscrito en la naturaleza. Quizá nadie sueña en negar que el cáncer es una realidad histológicamente verificable o que el genoma codifica las proteínas que conforman la materia corporal. Pero ¿acaso lo viviente no es algo más que una naturaleza? O mejor, ¿existe hoy una naturaleza que esté virgen de toda “contaminación” cultural? En el caso del cáncer, hay que considerar evidentemente pensar el mesotelioma como una simple realidad biológica que manifiesta la proliferación de células malignas en la piel, o una enfermedad relacionada con la intervención humana, provocada por una exposición ante el asbesto y en particular durante el trabajo. Su reconocimiento como “enfermedad profesional” es el fruto de luchas sociales que muestran hasta qué punto la producción y la cualificación de los hechos de la salud son un desafío político

(Thébaud-Mony, 1991). En el caso del genoma, no hay que conformarse con los implícitos, en ocasiones ya explicitados, de los genetistas que tanto de forma poética como profética hacen del encadenamiento de las bases en una estructura de ADN la clave de la herencia no solamente de las enfermedades sino también de los comportamientos. Si uno puede convenir tranquilamente que los genes tienen existencia material y son el soporte de la transmisión de caracteres, no hay que pasar por alto que son, al mismo tiempo, “íconos culturales” mediante los cuales se expresan representaciones más o menos fantasmales de la sociedad sobre ella misma, como lo demuestra la fascinación ejercida por el descubrimiento de los genes de la homosexualidad o de la violencia (Nelkin y Lindee, 1998). La misma construcción de lo viviente y de la vida, por sus consecuencias morales, sobre las cuales habrá que regresar después, es productora de objetos de cultura tanto como de naturaleza. Esta doble relación de culturalización de la naturaleza y de naturalización de la cultura es lo que debe enfrentar el análisis antropológico de la salud, partiendo de que esta relación no puede ser aprehendida más que como históricamente constituida y políticamente significativa. Inspirándose en la antropología de la ciencia que estudió esta relación en el marco reducido del laboratorio (Latour y Woolgar, 1993), se trata de portar el análisis sobre un mundo social más amplio en el que la noción de riesgo se ha convertido en una mediación insuficientemente problematizada entre naturaleza y cultura (Douglas, 1992). La salud pública en tanto que escena cotidiana de puesta en práctica de esta mediación ofrece un objeto de estudio particularmente heurístico, aunque poco estudiado desde este ángulo.

En efecto, las pruebas de que la salud no está dada, sino que se produce socialmente abundan en la historia. Basta con evocar lo que se denomina “maltrato infantil” (Pfohl, 1977). La violencia hacia los niños, un problema esencialmente privado vinculado a la autoridad paterna ingresó a la esfera pública a finales del siglo XIX, convirtiéndose en objeto de una legislación represiva cuya aplicación efectiva fue, por lo demás, progresiva y tardía. Paralelamente, el maltrato a niños se volvía poco a poco preocupación mayor de los trabajadores sociales. No fue, sin embargo, hasta la segunda mitad del siglo XX que se convirtió en una realidad de salud, realizando una doble operación de identificación y cualificación, como se demostró en otro texto (1998a). La primera operación se trata de una medicalización: surge en los años 1960 con la descripción de los radiólogos de un síndrome del niño maltratado relacionado con la existencia de múltiples fracturas de los miembros y el cráneo. La segunda realiza una politización: en el transcurso de la década de 1980 convierte esta entidad médica en problema de salud pública asociado principalmente con los suburbios considerados más difíciles y supone la aplicación de programas preventivos. Esta traducción

de una realidad social puede asimilarse a una realidad sanitaria como un trabajo de producción de la salud, en el sentido en que Maurice Godelier y Michel Panoff (1998) hablan de “producción del cuerpo”, en la que los agentes movilizan con o sin intención sus competencias y alianzas para imponer su propio sentido del orden de las cosas en contraposición de otros sentidos. Esta nueva realidad no es inerte y sigue siendo el objeto de actividades de transformación: así pues, el contenido del maltrato, reportado inicialmente como violencia física, familiar con frecuencia, tiende a cristalizarse en torno a la violencia sexual, y particularmente al incesto (Vigarelo, 1998). Mediante esta breve evocación de la historia del maltrato infantil se busca poner en evidencia el proceso por el cual una realidad social es reconocida como parte de un registro de la salud, y en este caso de la salud corporal y la salud mental. Reconocimiento que no es una simple operación abstracta de clasificación si se consideran sus consecuencias concretas en la acción: el problema nuevamente identificado y cualificado se convierte en el objeto de una intervención sanitaria que convoca lógicamente a los profesionales de la salud, pero también a los de lo social, de la pedagogía, de la animación y el tiempo libre, en el marco de unos programas de salud pública en los que todo sufrimiento físico o psíquico se designa como el objetivo de la acción común.

Ciertamente podría hacerse el razonamiento inverso, pues para que haya traducción al lenguaje de la salud hace falta, necesariamente, que haya un daño en el cuerpo o en la mente, o, dicho de otro modo, un fundamento biológico o psicológico que justifique esta operación. En el fondo no habría que descubrir lo que ya existe. La prueba sería el hecho objetivable por la medición epidemiológica en particular, la realidad que la sociedad considera haber producido, pero que en la práctica no ha hecho más que nombrar. Pero este análisis pasa por alto dos cosas. Por un lado, el hecho de que existen siempre múltiples maneras de identificar y de cualificar un problema: su inscripción en el campo sanitario no es más que una de ellas, pero también en este contexto puede tomar expresiones muy diferentes. Por otro, el hecho que esta identificación y esta cualificación proceden de juegos de poder y de conflictos para imponer una visión contra otra: un análisis sociológico de las relaciones de fuerza y de dispositivos de controversia pone así en duda la inmanencia de la verdad de lo viviente. Ilustremos estas palabras con el caso de la toxicomanía. “¿Qué es el consumo de drogas?, se pregunta Albert Ogien (1994: 9). ¿Es un sufrimiento, un desorden neurofisiológico, una epidemia, una conducta marginadora, un delito o un capricho de adolescentes? Es quizá todo esto a la vez y cada una de estas cosas por separado”. Ahora bien, entre estas diferentes significaciones la sociedad escoge, pero no realiza las mismas escogencias en todo lugar ni en todo momento. Para limitarse a su

forma más claramente circunscrita, el uso de drogas por vía intravenosa aparece primero socialmente como una desviación y, en no pocos países, jurídicamente como un delito. Esto significa que el toxicómano muestra antes que nada un registro represivo puesto en práctica por la policía y la justicia. Pero desde hace un buen tiempo la psiquiatría se interesó por los drogados y, más particularmente, por su situación de dependencia, poniéndose como objetivo primero de su intervención la eliminación de la dependencia. Dentro de esta perspectiva, la medicalización de la toxicomanía busca la cura física suponiéndola correlacionada al mejoramiento físico. Cuando sobrevino la epidemia del sida, a comienzos de los años 1980, los consumidores de drogas por vía intravenosa fueron reconocidos de inmediato como unos de los principales “grupos de riesgo”. Pese a ello, estos grupos se mantuvieron por fuera de los programas de prevención por mucho más tiempo que las otras categorías identificadas en función de los modos de transmisión. Para retomar la expresión de Ronald Bayer (1992), ellos fueron las principales víctimas de la “política de negligencia de las autoridades sanitarias”. La nueva realidad no cuadraba dentro de la alternativa de represión-cura que primaba: la prevención, que consistía en reducir la transmisión infecciosa a la vez mediante la distribución masiva de productos de sustitución y del acceso a jeringas estériles, terminó aceptando por un lado una práctica ilícita y por el otro renunciando a su lucha contra la dependencia. Por esto mismo existen diferencias significativas entre los países en la rapidez para superar tales contradicciones y conflictos iniciales (Steffen, 1995). En Francia, la tardanza en la expedición de reglas nacionales y en su aplicación local se relaciona, ciertamente, con factores generales, en particular con la estigmatización de los toxicómanos, su frecuente pertenencia a entornos miserables y su baja capacidad de movilización colectiva, pero también con aspectos más específicos, como la fuerte resistencia profesional de la corporación psiquiátrica y la ausencia de legitimidad de la salud pública en el espacio social (Lovell y Féroni, 1998). Sólo después de concluida la lucha entre diferentes visiones de la toxicomanía como delito, sufrimiento y riesgo, la salud pública pudo, quizá no imponerse, pero sí al menos ser admitida como uno de los principios de gestión. El desarrollo de programas de metadona y la instalación de máquinas automáticas de venta de jeringas, aunque de manera tímida, son los signos de esta inscripción de la toxicomanía en el campo de la salud pública. Esta operación que no es simplemente de orden reglamentario, sino que encuentra su concreción, por ejemplo, en las formaciones de guardias residenciales en el curso de las cuales se intenta modificar la imagen del drogado, haciéndolo pasar del estatus de delincuente amenazante al de enfermo expuesto al riesgo de contaminación. Estos desplazamientos de representación de hecho no son estables y constituyen permanentemente el objeto de renegociaciones. Tanto en los

consejos comunales de prevención de la delincuencia donde están instalados los elegidos de la salud y de la seguridad como en los barrios donde se codean asociaciones y policías, los primeros se esfuerzan por imponer sus lógicas sanitarias en contraposición a las lógicas de seguridad de los segundos. Como este ejemplo pretende mostrarlo, el estudio de los fenómenos de salud debe entonces evitar tanto la traba del positivismo que supondría que la salud preexiste y que el trabajo de conocimiento, ya sea médico o biológico, no tiene otro objetivo que el reconocer lo que ya es, y el peligro del relativismo, que reduciría la salud a un simple efecto de convención entre agentes que conviene decir lo que resulta de ella, independientemente de toda realidad material (Woolgar y Pawluch, 1985). El constructivismo aquí empleado pretende ligar los hechos biológicos y los sociológicos, estableciendo en particular cómo el trabajo de objetivación es indisociable del trabajo simultáneo de subjetivación.

De lo que se trata más exactamente es de aprehender no la línea de demarcación entre lo que depende de la salud y lo que no hace parte de ella, ni tampoco la actividad de los agentes que pretenden desplazar esa línea reformulando las cuestiones de sociedad mediante problemas sanitarios. Antes que la operación de definición y de construcción en sí misma, son los retos que la sostienen los que nos interesan, como intenté mostrarlo en otro texto (1999). ¿Qué es lo que ocurre en las discusiones y las controversias que buscan hacer del mesotelioma un cáncer profesional, del genoma un soporte hereditario de los comportamientos, del maltrato infantil un problema de salud pública, de los consumidores de drogas por vía intravenosa un grupo de riesgo? ¿Qué es lo que se busca en las relaciones de saber y de poder que movilizan estas definiciones y estas construcciones? Tales son las preguntas que plantea a la antropología la producción de la salud. Las respuestas iluminan los retos eminentemente políticos, en el sentido de que atraviesan los tres fundamentos de lo político: para comenzar, implican relaciones de poder y de legitimidad sobre los territorios, según palabras de Max Weber (1978); luego, conciernen las fronteras entre el espacio público y la esfera privada, lo que Julien Freund (1986) pone en exergo; finalmente, y en una acepción más amplia, tocan el problema de vivir juntos, es decir, el problema de la pluralidad humana y de sus consecuencias en términos de comunidad y de solidaridad, para retomar la definición de Ana Arendt (1995). De hecho, la salud somete estas tres dimensiones de lo político a una prueba singular, que es la del cuerpo, es decir, al dilema de lo viviente y de la muerte, de la enfermedad y el sufrimiento. Como lo ha mostrado precisamente el proceso de la sangre contaminada en Francia que obligó a que se examinara a ministros, estas necesidades confieren al registro de la salud una tonalidad particular en la gestión de los asuntos públicos.

Lo que debe comprenderse es ese estatus singular que se le confiere a la salud. El caso del saturnismo que evoqué en una investigación precedente (1998b) lo ilustra perfectamente. Se trata de una intoxicación con plomo conocida hace bastante tiempo, representada desde comienzos de siglo en las viejas pinturas y que sobreviene, esencialmente, en Francia en el hábitat vetusto y precario de los barrios y suburbios antiguos de las grandes aglomeraciones, en especial a las afueras de París. Teniendo en cuenta las realidades socioeconómicas locales, son esencialmente los niños de origen extranjero provenientes, en su gran mayoría, del África subsahariana quienes resultan afectados: a los fenómenos clásicos de segregación urbana se suma en efecto la dificultad particular que tienen estas familias, víctimas de discriminación, de acceder a la vivienda social, por lo que se confinan al parque privado degradado. Después de la muerte de un niño en París y la de otro en una ciudad obrera limítrofe, se inicia una movilización a finales de la década de 1980 entre las asociaciones de habitantes y también entre los servicios comunitarios de higiene. Los estudios epidemiológicos muestran la extensión del problema, mucho más grande de lo que se esperaba. El problema emerge en el espacio público pero su inclusión dentro de la agenda política se tropieza con obstáculos importantes. Por un lado, las características de la población afectada por la enfermedad no les llaman la atención a los políticos elegidos: en un contexto incesantemente reconocido por la ascensión electoral de la extrema derecha que hizo de los inmigrantes sus chivos expiatorios, no resulta conveniente parecer interesarse demasiado en grupos que por sí fuera poco no votan. Por otro, las dificultades financieras y jurídicas hacen de la prevención algo particularmente poco eficaz: la reasignación de vivienda y la rehabilitación le salen caras a la colectividad y los medios para presionar a los propietarios inescrupulosos resultan insuficientes. En el curso de los años 1990, algunas municipalidades comienzan, sin embargo, a tomar conciencia de la gravedad del problema y, por tanto, intervienen, primero modestamente, después con mayor generosidad. Paralelamente, las presiones locales alcanzan a generar efectos nacionales y la ley consagrada según dicen “a la exclusión” votada en 1998 incluye importantes avances reglamentarios y económicos para la prevención del saturnismo, la única enfermedad explícitamente mencionada en el texto legislativo. ¿Qué puede decirse de esta epidemia? En primer lugar, que muestra a la vez los estigmas físicos del orden social –las poblaciones víctimas de la segregación espacial y de la discriminación en el acceso a vivienda se ven marcadas en sus cuerpos– y las reticencias políticas para comprometerse en programas en beneficio de las categorías marginadas –los inmigrantes son el arquetipo y no la excepción, como se anotó en relación con los toxicómanos–. En segundo lugar, muestra que ahí donde las condiciones indignas de la vivienda no obtenían eco entre los poderes

públicos, la evidencia de un sufrimiento corporal pudo generar una reacción social y política –que la intoxicación afectara esencialmente a niños aumentaba aún más el dramatismo de la situación–. Positivistas y relativistas terminan dándose la espalda. Ciertamente, no basta con que la patología exista para que constituya un problema de salud: primero falta que la movilización de agentes le otorgue existencia social. Pero sin la objetivación obtenida mediante las investigaciones toxicológicas, la subjetivación no toma cuerpo: al punto que el problema del umbral de gravedad se vuelve un elemento de discusiones científicas y políticas, puesto que compromete al tiempo el futuro, en particular el intelectual del niño y las disposiciones concretas en relación con la severidad del sufrimiento, lo que significa su reubicación o su rehabilitación. Falta, sin embargo, ir más lejos y preguntarse sobre el sentido de esta sanitarización de lo social, es decir, esta traducción sanitaria de un problema de sociedad, en este caso de las condiciones de vida de los inmigrantes.

¿Por qué como en este caso el mundo social está más cercano de reconocer las desigualdades y las injusticias de que son víctimas las poblaciones de origen extranjero cuando existe sufrimiento físico y no cuando las reglas elementales de la dignidad humana son burladas? ¿O simplemente por qué los poderes públicos están más prontos a actuar ante un problema de salud y no ante uno de hábitat? La hipótesis que puede manejarse es que en la definición de estas prioridades hay un reconocimiento más grande sobre la integridad del cuerpo que sobre la de la persona, o para decirlo de otra forma, el reconocimiento de la persona pasa antes por el reconocimiento del cuerpo alterado o sufriente. Sugiero denominar *bío-legitimidad* a esta prioridad dada a lo viviente en la administración de los asuntos humanos. Aquí no hay que confundirse. No se trata de hacer de este concepto una especie de principio superior universal, sino de caracterizarlo como uno de los fundamentos morales del mundo contemporáneo. No hay entonces que pensar en proponer una visión teleológica del curso de las cosas haciendo de la sanitarización una nueva ley de la historia, pero sí ubicar un proceso recurrente y significativo, no exclusivo evidentemente de otras lógicas. Se sabe que Giorgio Agamben (1997) propone rendir cuenta de la biopolítica a partir de la oposición de los dos términos griegos que significan la palabra vida: *zoé*, la vida biológica, que éste denomina vida desnuda, y *bíos*, la vida en sociedad, a la que también llama vida política. Lo que expresa la idea de *bío-legitimidad* es la fusión de estos dos significados, o quizá más exactamente la refundación de la vida política en la vida biológica. Lejos de limitarse al campo tradicionalmente definido de la salud, este planteamiento es un gran avance. Se encuentra en el corazón de lo que podríamos llamar la lógica humanitaria, que va mucho más allá de la medicina humanitaria

que le concedió sus documentos de nobleza. En esta lógica, presente en los campos de refugiados de Ruanda o entre los desplazados de Kosovo, así como en las consultas para pobres de los dispensarios asociativos o de los hospitales públicos, la vida, o mejor la supervivencia, se convierten en la justificación última de la intervención, así sea de carácter militar. Los derechos del hombre, en cuyo nombre se proclama la urgencia de la acción, son derechos del humano viviente antes que del ciudadano del mundo. La ambición de universalidad que ellos anuncian se encuentra reducida a su más simple expresión: la desnudez de la vida.

Globalización y significación

Los deslizamientos de escala que acaban de ser evocados –entre lo local y lo global, para retomar una oposición geertziana– convocan a la reflexión sobre lo que está en juego para la antropología en general y para la antropología de la salud en particular en el trabajo social por el cual las realidades sanitarias se vuelven cada vez más interdependientes y los valores morales se tornan cada vez más generalizadores. Si bien la antropología médica, singularmente por medio de sus corrientes críticas, se ha apoderado de la internacionalización de la salud (Nichter, 1994; Yoder, 1997), puede ser que aún no se haya alcanzado la completa medida de la globalización de las bío-lógicas. Tal es el propósito de este apartado. A este respecto, la literatura consagrada a la “antropología de la globalización”, especialmente la selección ya clásica de Arjun Appadurai (1996) portan más sobre la dimensión cultural, con una singular fascinación hacia los fenómenos de mestizaje o de hibridación, por un lado, y hacia los encerramientos étnicos o fundamentalistas por el otro, sin enfatizar sobre la dimensión sociopolítica de las realidades descritas y la distancia con respecto a su construcción. Probablemente, este defecto de análisis político es la causa de la desconfianza que le despierta a Pierre Bourdieu y Loïc Wacquant (1998) el uso, en el trabajo intelectual, de esa palabra mágica mediante la cual la ideología neoliberal se presenta como un camino hacia el futuro sin alternativas. Al sugerir aquí unir lo local y lo global dentro del estudio de las biopolíticas y proponer hablar de globalización de la salud nos situamos dentro de la perspectiva de una antropología crítica (Packard, 1989), no exclusiva en todo caso de la implicación del investigador en los programas sanitarios (Hahn, 1999). Pero esta terminología no es enteramente clara. Para acudir a dos referencias contrastadas, vemos bien que cuando Clifford Geertz (1986) caracteriza sus trabajos con “un ritmo conceptual interno”, efectuando un “ir y venir dialéctico continuo entre lo más local de los detalles locales y la más global de las estructuras globales, de suerte que se llega a verlos simultáneamente”, en el fondo se sitúa en la línea

del hecho social total de Marcel Mauss, procurando unir el todo y las partes, mientras que Michael Kearney (1995), en su revista de literatura sobre el asunto definió la globalización a partir de “los procesos sociales, económicos, culturales y demográficos producidos en las naciones pero superándolos, de tal manera que la atención focalizada únicamente sobre los procesos, identidades y unidades de análisis local conduciría a la comprensión incompleta de lo local”, inscribiéndose así en la tradición braudeliana de análisis de los “sistemas-mundos”. Antes que la oposición entre dos significaciones, la primera conducente a la totalidad de lo local, la segunda a su resonancia mundial, lo que se produce es un deslizamiento de sentido: lo que eran en la década de 1980 lo local y lo global para los antropólogos no puede ser superpuesto a lo que se han convertido en los años 1990. Evolución semántica en suma banal, debe considerarse, sin embargo, como una sedimentación antes que una substitución. La lectura atenta del número de textos recientemente publicados sobre el asunto muestra, de hecho, frecuentes pasajes entre uno y otro sentido. Por tanto, al referirse a los “juegos de escala” de los que habla Jacques Revel (1996), no hay que considerar entonces que el movimiento entre lo local y lo global incluye indisociablemente una doble dimensión: metodológica, por un lado, articulando lo micro y lo macro; teórica, por el otro, uniendo las realidades sociales e internacionales.

Aprehendida en el campo de la salud, la globalización implica principalmente dos procesos. En primer lugar, se trata de la interdependencia mundial de los determinantes de la salud (Browner, 1989). Para decirlo simplemente, el estado sanitario de una población observada en un pueblo o un barrio, donde quiera que sea, está estrechamente relacionado con las relaciones de fuerzas internacionales. No es posible analizar las tasas de mortalidad, las incidencias de enfermedad, las tendencias de desnutrición localmente constatadas sin inscribirlas en la historia social, demográfica, económica y política de la región, del país y del mundo. Sin duda el impacto de estos diferentes niveles es variable según las situaciones, pero la interpretación debe procurar mantener precisión sobre el lugar correspondiente y sus lazos. Esta primera oposición resuena como un estribillo olvidado y coincide con una “economía política de la salud” (Doyal, 1979) colocada muy rápidamente entre las herramientas sobrepasadas por las nuevas realidades del mundo. A diferencia de tales trabajos pioneros, el trabajo que esta supone permite comprender, especialmente mediante las biografías y las monografías, cómo el orden internacional o nacional encuentra su traducción en las representaciones, las prácticas y las condiciones locales: es lo que hace Paul Farmer (1992) en su estudio sobre la epidemia de sida en Haití, en el que muestra cómo las relaciones políticas y simbólicas en el seno de la sociedad haitiana, por un lado, entre la isla y Estados

Unidos, por el otro, determinan un dispositivo complejo de sospecha y acusación que tiene consecuencias concretas sobre la condición misma de los enfermos. En segundo lugar, hay que ocuparse de la *circulación mundial de los modelos de salud* (Zimmermann, 1995).

No se trata sólo de constatar la difusión planetaria de los conocimientos, las tecnologías y los productos de la medicina. Es aún más extenso y, puede pensarse, de manera más decisiva todavía, el movimiento de las ideas, las imágenes, los procedimientos y los métodos. Los instrumentos de medición ya sean indicadores, encuestas o test estadísticos, las nociones y los grupos de riesgo, el principio de precaución o la vigilancia epidemiológica, los programas al igual que las campañas de vacunación o de educación sanitaria, son productos de las relaciones científicas y políticas internacionales. Antes que regresar a las lecturas difusionistas que no tendrían más pertinencia hoy que la que tuvieron en el pasado, lo que debe ser planteado es, para retomar la expresión de Marc Augé (1994), el problema de la “contemporaneidad de los mundos”. Se trata entonces de detectar cómo se elaboran y se intercambian los instrumentos intelectuales mediante los cuales las realidades del cuerpo son aprehendidas: esta es la invitación que propone el estudio de Allan Young (1996) sobre la invención del síndrome de estrés postraumático para rendir cuenta de las taras físicas de los veteranos estadounidenses de la guerra de Vietnam y de su universalización por medio del DSM-IV, convertida en la “Biblia” de la psiquiatría mundial.

No hay que confundirse respecto del carácter de novedad radical de estos fenómenos. La globalización de la salud, tanto como de la economía o de la cultura, no es enteramente inédita. Como intenté mostrarlo siguiendo las peripecias del debate entre universalismo y particularismo en la salud pública internacional, entre la medicina colonial y la medicina humanitaria (1997), no asistimos a una evolución lineal, pero sí, por un lado, a la tensión permanente entre posiciones contradictorias, y, por otro, a las inversiones cíclicas de las relaciones de fuerzas que se dan entre ellas. Aún más significativo, la relectura de los fenómenos contemporáneos presente en los trabajos de historiadores invita no sólo a relativizar su aparente excepcionalidad, al introducir en ella impresiones de *déjà-vu* (ya visto), sino, sobre todo, a descubrir las realidades actuales mediante la revelación de sus aspectos escondidos. En este sentido es revelador que la crítica más radical sobre la manera como ha sido planteado en África el problema de las causas y los desarrollos del sida provenga de historiadores. En efecto, desde una “perspectiva histórica”, con base en los trabajos realizados sobre la tuberculosis y la sífilis durante el periodo colonial, Randall Packard y Paul Epstein (1992) evidencian la existencia durante los

primeros años de la epidemia del sida de los mismos prejuicios estigmatizadores y los mismos presupuestos culturalistas que orientan tanto la investigación como la acción; aún más turbadora es su constatación sobre la falta de distancia de los antropólogos convocados por los responsables sanitarios y los médicos que no se mostraban más informados o más críticos que sus predecesores en el tiempo de la administración colonial; es así como la interpretación sobre el origen y la progresión de la enfermedad hubiera podido colocarse entre las prácticas rituales y sobre todo las prácticas sexuales propicias, excluyendo todo análisis sobre las condiciones sociales, económicas y políticas que subyacen al desarrollo de la infección. ¿Cómo podría comprenderse la explosión que experimentó la epidemia en África austral desde comienzos de los años 1990 sin referirse, como lo hace Douglas Webb (1998) en el caso de Namibia, a una “epidemiología social” de la infección, teniendo en cuenta, por un lado, los movimientos de población relacionados con la guerra, las migraciones de trabajo y la apertura de fronteras y, por otro, las relaciones de violencia instauradas por el régimen del *apartheid* y reforzadas por las frustraciones que suscitaba la persistencia de las desigualdades tras su desaparición oficial? ¿Y cómo no percibir el alcance simbólico y político del rechazo del gobierno de Sudáfrica contra la distribución parsimoniosa de medicamentos antiretrovirales que los países occidentales han propuesto recientemente para intentar reducir la diferencia creciente en la toma de responsabilidad sobre la enfermedad en el mundo rico y en las sociedades pobres, rechazo que deja ver la marca de los contenciosos que protestaron desde el comienzo de la epidemia contra las relaciones entre el Norte y el Sur e, incluso, entre los blancos y los negros, tal como lo mostró Gilles Bibeau (1991)? Lo que está en juego en los escenarios africanos del sida no resulta significativo salvo a la luz de una historia social y política en que las relaciones de poder internacionales tienen tanto lugar como las relaciones de poder dentro de las sociedades. El fracaso de los programas de prevención y la incapacidad de la mayor parte de los analistas para explicarlo tienen como causa esta dificultad de captar la enfermedad de otra forma que en su doble dimensión biológica y cultural, mientras que las condiciones sociales y políticas de producción de la epidemia y sobre todo su gravedad –porque el sida no es sólo una infección que afecta mucho más frecuentemente a los africanos, sino también una enfermedad por la que se están muriendo muchos más y más rápidamente que los otros– se mantienen en la sombra. Como dice Paula Treichler (1992), la historia del sida en el tercer mundo es también una “crónica del primer mundo”, y especialmente de sus científicos. Así pues, la pertinencia de una antropología de la salud puede apreciarse al contemplar su capacidad de volver inteligibles los retos que sobrepasan el marco de lo que se ha convenido en llamar el sector de la salud. Puesto que si, como hemos

visto, la producción de la salud consiste en la traducción de las realidades sociales al lenguaje sanitario, lo que habría que detectar e interpretar son los efectos de sentido así constituidos. De hecho, estos efectos de sentido son tanto más importantes de estudiar por su tendencia a escapar del análisis mediante un doble mecanismo de opacidad. Por un lado, la salud parece siempre basarse en el consenso. En torno al cuerpo sufriente, la legitimidad de su intervención se presenta como una evidencia: ¿quién podría controvertir que se cuide a los enfermos o que se prevengan sus decesos? Por otro, la salud parece siempre asunto de especialistas. Sus discursos y sus dispositivos pretenden ofrecer soluciones técnicas para problemas concretos, independientemente de cualquier posición ideológica: ¿qué podrían hacer el ciudadano y con mayor motivo el antropólogo si son tan ajenos al saber biológico y medicinal? Es entonces a la vez contra la propensión compasiva y más allá de las apariencias técnicas que debe hacerse de la salud algo significante. Estos mecanismos de ocultamiento no son nunca tan poderosos como cuando operan dentro de las relaciones internacionales o, más precisamente, en el despliegue local de programas globales. Enseguida de la Conferencia de Nairobi de 1985 patrocinada por el Banco Mundial y la Organización Mundial de la Salud, que había hecho de la reducción de la mortalidad materna una prioridad internacional, fueron lanzados los primeros programas denominados “para una maternidad sin riesgo”, que evidentemente fueron acogidos muy favorablemente en todos los países, y singularmente en América latina. Un poco en todos los lugares de este continente, y especialmente en Ecuador, en donde realicé estudios sobre esta cuestión con Anne-Claire Defossez (1992: 23-36), una política orientada hacia la salud materna fue finalmente puesta en práctica sobre bases simples: puesto que las mujeres mueren durante partos esencialmente carentes de cuidados obstétricos, hay que incitarlas a dar a luz en los centros de maternidad y, dado que el riesgo letal crece con cada nacimiento, se requiere desarrollar la planificación familiar. Y no faltaron antropólogos para confirmar que, efectivamente, “la mayor parte de la población rural, indígena o campesina no acude a los servicios de salud, independientemente de los problemas de acceso, por razones culturales que implican no sólo el nivel de educación, sino también más fundamentalmente la existencia de un mundo simbólico de sentido diferente”. Sin embargo, dos presupuestos no fueron puestos en duda. Primero, la elección de acciones orientadas exclusivamente hacia la dimensión reproductiva de la salud de las mujeres. Segundo, la limitación del problema a un simple asunto médico que hallaba respuesta en la mejor adaptación de las poblaciones a su sistema de atención. Ahora bien, estos dos elementos son eminentemente problemáticos. Por un lado, en efecto, focalizar los programas sanitarios sobre la salud materna no se justificaba epidemiológicamente, habiendo

otras causas de deceso más frecuentes, especialmente los cánceres genitales, los abortos y la tuberculosis, ni políticamente, puesto que terminaban ratificando la restricción del papel social de las mujeres, que hacía parte de su dominación. Por otro, explicar las débiles tasas de nacimientos en hospitales a partir de razones culturales llevaba a ocultar las condiciones físicas y económicas del acceso a la atención, así como el tratamiento discriminatorio que recibían las mujeres indígenas durante su maternidad. Detrás de la doble legitimación de este programa, compasiva –la muerte de una madre, cuyos documentos oficiales recuerdan por lo demás las consecuencias sobre la salud de sus hijos– y técnica –implicando el fortalecimiento de las redes de maternidad y la difusión de mensajes educativos–, puede encontrarse la salud reducida a sus dimensiones biológica –ejemplificada por medio de la reproducción– y cultural –pensada en términos de obstáculos–. Es entonces al precio de un trabajo crítico, centrado tanto sobre los procesos globales de enunciación de las reglas internacionales de la salud pública y sobre las sociedades locales donde son aplicadas, que puede develarse el significado de acciones de salud que suscitan un acuerdo tal en el mundo social, aunque a menudo se escapan de toda interpretación.

Este lazo entre lo local y lo global encuentra probablemente sus figuras más emblemáticas en el inmigrante y el refugiado. Los movimientos poblacionales, ya sean voluntarios, en cuyo caso suelen estar estrictamente controlados, o forzados, por causa de la guerra o de la represión, insertan en el corazón de las sociedades contemporáneas a hombres y mujeres que conjugan la doble condición de ser extranjeros y desplazados. Prolongando la reflexión de Hannah Arendt (1982) sobre los exiliados y los apátridas, podemos ver en los inmigrantes y los refugiados, ya sea que vivan en los campos del otro lado de las fronteras de su país o entre los nativos de los países que los reciben, los representantes de una nueva categoría social y política, “los pueblos sin estado”. Ahora, si consideramos la evolución reciente de los textos y de las prácticas relacionadas con el tema, no puede dejarse de constatar la importancia creciente que han adquirido las cuestiones del cuerpo, la salud, la vida en las gestiones internacionales y nacionales de estas poblaciones. No solamente la medicina humanitaria se ha convertido en la institución más legítima de intervención dentro de los campos de refugiados a lo largo del planeta, sino además esta misma lógica humanitaria es la que tiende a prevalecer en el manejo que se le da a los inmigrantes en los países ricos: mientras que las perspectivas de epidemias y de hambrunas justifican el envío de médicos y de medicamentos hacia los terrenos lejanos a fin de evitar las “catástrofes humanitarias”, se constata que la enfermedad, por más grave que sea, se vuelve para los extranjeros en situación irregular una causa cada vez más

frecuente de regularización “por la razón humanitaria”. En el principio de esta evolución, encontramos esta *política de reconocimiento* del ser sufriente y del cuerpo enfermo que había sido anteriormente designada como biolegitimidad. Aquí todavía los retos en salud nos dicen más de lo que generalmente pensamos sobre lo que fundamenta el lazo social y sobre la manera en que las bio-lógicas pesan hoy en la convivencia.

Conclusión: La salud, entre políticas de lo viviente y políticas de la vida

Si probablemente situaciones nuevas y desafíos inéditos vendrán a presentarse ante los antropólogos, quienes en el futuro trabajarán sobre estas realidades en las que el cuerpo es sometido a los exámenes de la política, es aún más seguro que serán igualmente confrontados a hechos que requerirán las mismas exigencias de su disciplina y a problemas que no han dejado de alimentar sus debates. En particular, a ellos les será planteado el problema de la selección y de la interpretación de sus objetos. En este texto he intentado mostrar el doble riesgo que habría en este campo si se limitara la exploración de las bio-lógicas a los más altos puntos de sus manifestaciones, olvidando los rincones más oscuros donde se disputan a veces las diferencias de esperanza de vida de varias decenas de años, y si se restringiera el análisis de la enfermedad a sus dimensiones culturales o individuales, en detrimento de las aproximaciones históricas o políticas. Riesgo cuyo anuncio no se basa en una predicción, sino simplemente en el examen del pasado. Riesgo cuyas consecuencias no son simplemente científicas, sino que afectan también la posición de las ciencias sociales en la ciudad.

La herencia de la teoría del biopoder ha tomado dos caminos distintos. El primero, sobre el cual trabaja Paul Rabinow, reivindica la tradición de Georges Canguilhem y de su filosofía de las ciencias. En éste se explora lo viviente y su conocimiento, la manera como los nuevos saberes implican nuevas relaciones de poder, pero también de socialidad. El segundo, sobre el cual Giorgio Agamben realiza sus estudios, se inscribe en la filiación de Hannah Arendt y de su filosofía política. En este se estudia la vida y sus formas, cómo el poder se manifiesta en los cuerpos y cómo su existencia cívica se articula con la física. La política de lo viviente, que se despliega sobre el primer eje, tiene como espacio privilegiado el laboratorio de investigación. Esta pretende aprehender las transformaciones del humano por medio de las bio-lógicas. La política de la vida, que explora el segundo eje, tiene como horizonte final el campo de concentración. Esta intenta mostrar las bio-lógicas accionadas en la producción del hombre y de sus derechos. La posición aquí defendida es que política de lo viviente y política

de la vida son las dos fases de la bio-política, que las cuestiones sobre lo humano y el hombre remiten ambas a un reto común de humanidad y, en fin, que la salud, tal como ha sido definida previamente, ofrece una perspectiva si no de síntesis, al menos sí una que pone en relación dos tradiciones filosóficas y dos dimensiones antropológicas. Lejos de mostrar universos de comprensión diferentes, las lógicas sociales y los presupuestos morales que sostienen hoy la fabricación del genoma y sus empleos potenciales, por un lado, la medicina humanitaria y sus implicaciones internacionales, por el otro, deben ser pensadas en conjunto, para así comprender los valores implícitos que orientan las representaciones de lo viviente y de la vida. Así mismo, las elecciones estratégicas efectuadas por las empresas farmacéuticas en la búsqueda de nuevas moléculas o el abandono de antiguos medicamentos no están desvinculados de las realidades epidemiológicas de las enfermedades parasitarias o infecciosas en el tercer mundo, y los unos y los otros traducen jerarquías implícitas de humanidad entre poblaciones solventes y no solventes y modalidades de expresión de las bio-políticas que las ciencias sociales deben aprehender.

Si bien no puede evidentemente pretender el monopolio sobre este campo de investigación, la antropología de la salud, tal como he querido defenderla en este texto, puede aportar una contribución particular. Como antropología, tiene la vocación de unir la mirada minuciosa y atenta del trabajo etnográfico y la perspectiva más amplia del comparativismo, implícito o explícito, que siempre ha puesto en obra. En tanto que se interesa por la salud, ella teje a partir de realidades ordinarias los lazos entre las políticas de lo viviente y las políticas de la vida que, con seguridad, estarán entre los desafíos cruciales de los tiempos que se avecinan.

Referencias bibliográficas

- Abélès, M. (1992). Anthropologie politique de la modernité. *L'Homme*, 32 (121).
- Ackerknecht, E. H. (1948). Anticontagionism between 1821 and 1867. *Bulletin of the History of Medicine*, 22.
- Agamben, G. (1997). *Homo Sacer. Le pouvoir souverain et la vie nue*. París: Seuil.
- Appadurai, A. (1996). *Modernity at large. Cultural dimensions of globalization*. Minneapolis: University of Minnesota Press.
- Arendt, H. (1982). *Les origines du totalitarisme. L'impérialisme*. París: Seuil.
- _____ (1995). *Qu'est-ce que la politique?* París: Seuil.
- Augé, M. (1984). Ordre biologique, ordre social. La maladie forme élémentaire de l'événement. En M. Augé y C. Herzlich (dir.), *Le sens du mal. Anthropologie, sociologie, histoire de la maladie*. París: Editions des archives contemporaines.
- _____ (1986). L'anthropologie de la maladie. *L'Homme*, 26 (1-2).

- _____ (1994). *Pour une anthropologie des mondes contemporains*. Paris: Aubier.
- Bayer, R. (1992). Entering the second decade: The politics of prevention, the politics of neglect. En E. Fee y D. M. Fox (dir.), *AIDS. The making of a chronic disease*. Berkeley: University of California Press.
- Beckett, K. (1996). Culture and the politics of signification: The case of child sexual abuse. *Social Problems*, 43 (1).
- Benoist, J. (1966). Du social au biologique: etude de quelques interactions. *L'Homme*, 6 (1).
- Bibeau, G. (1991). L'Afrique, terre imaginaire du sida. La subversion du discours scientifique par le jeu des fantasmes. *Anthropologie et sociétés*, 15 (2-3).
- Bourdelaï, P. (1994). *L'âge de la vieillesse. Histoire du vieillissement de la population*. Paris: Odile Jacob.
- Bourdieu, P., Wacquant, L. (1998). Les ruses de la raison impérialiste. *Actes de la recherche en sciences sociales*, 121-122.
- Browner, C. (1989). Women, household and health in Latin America. *Social Science and Medicine*, 28 (5).
- Cipolla, C. (1976). *Public health and the medical profession in the Renaissance*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Corin, E. (1978). La possession comme langage dans un contexte de changement socio-culturel: le rite Zebola. *Anthropologie et sociétés*, 2-3.
- Curtin, P. (1992). Medical knowledge and urban planning in Colonial tropical Africa. En S. Feierman y J. Janzen (dir.), *The social basis of health and healing in Africa*. Berkeley: University of California Press.
- Dagognet, F. (1988). *La maîtrise du vivant*. Paris: Hachette.
- Devereux, G. (1970). *Essais d'ethnopsychiatrie générale*. Paris: Gallimard.
- Douglas, M. (1992). *Risk and blame. Essays in cultural theory*. Londres: Routledge.
- Doyal, L. y Pennell, I. (1979). *The political economy of health*. Londres: Pluto Press.
- Dozon, J. P. (1985). Quand les pastoriens traquaient la maladie du sommeil. *Sciences sociales et santé*, 3 (3-4).
- Fabrega, H. (1971). *Medical anthropology. Biennial Review of Anthropology*. Stanford: Stanford University Press.
- Fainzang, S. (1989). *Pour une anthropologie de la maladie en France. Un regard africaniste*. Paris: Cahiers de l'Homme.
- Farmer, P. (1992). *AIDS and accusation. Haiti and the geography of blame*. Berkeley: University of California Press.
- Fassin, D. (1996). *L'espace politique de la santé. Essai de généalogie*. Paris: Presses Universitaires de France.
- Fassin, D. (1997). L'internationalisation de la santé, entre culturalisme et universalisme. *Esprit*, 229.
- _____ (1998a). Les politiques de la médicalisation. Avant-propos. En P. Aïach y D. Delanoë (dir.), *L'ère de la médicalisation*. Paris: Anthropos.
- _____ (1998b). Politique des corps et gouvernement des villes. En D. Fassin (dir.), *Les figures urbaines de la santé publique. Enquête sur des expériences locales*. Paris: La Découverte.

- _____ (1999). *Les enjeux politiques de la santé. Etudes sénégalaises, équatoriennes et françaises*. Paris: Karthala.
- Fassin, D., Defossez, A. C. (1992). Une liaison dangereuse. Sciences sociales et santé publique dans les programmes de réduction de la mortalité maternelle en Equateur. *Cahiers de sciences humaines*, 28 (1).
- Feierman, S., Janzen, J. (dir.) (1992). *The social basis of health and healing in Africa*. Berkeley: University of California Press.
- Foster, G. M. (1976). Disease etiologies in non-Western medical systems. *American Anthropologist*, 78.
- Foucault, M. (1976). *Histoire de la sexualité. 1. La volonté de savoir*. Paris: Gallimard.
- _____ (1984). *Histoire de la sexualité. 2. L'usage des plaisirs. 3. Le souci de soi*. Paris: Gallimard.
- _____ (1994). *Dits et écrits, 1954-1988*. Paris: Gallimard.
- Freund, J. (1986). *L'essence du politique*. Paris: Sirey.
- Gadamer, H. G. (1998). *Philosophie de la santé*. Paris: Grasset-Mollat.
- Gaines, A. D. (1998). From margin to center: From medical anthropology to cultural studies of science. *American Anthropologist*, 100 (1).
- Geertz, C. (1986). *Savoir local, savoir global. Les lieux du savoir*. Paris: Presses universitaires de France.
- Genest, S. (1978). Introduction à l'ethnomédecine. Essais de synthèse. *Anthropologie et sociétés*, 2-3.
- Godelier, M. y Panoff, M. (dir.) (1998). *La production du corps. Approches anthropologiques et historiques*. Amsterdam: Editions des Archives contemporaines.
- Good, B. J. (1994). *Medicine, rationality, and experience. An anthropological perspective*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Hahn, R. A. (1999). Anthropology and the enhancement of public health Practice". En R. A. Hahn (dir.), *Anthropology in public health. Bridging differences in culture and society*. Oxford: Oxford University Press.
- Hatzfeld, H. (1971). *Du paupérisme à la sécurité sociale, 1840-1950*. Paris: Armand Colin.
- Janzen, J. (1978). *The quest for therapy. Medical pluralism in lower Zaire*. Berkeley: University of California Press.
- Kearney, M. (1995). The local and the global: The anthropology of globalization and transnationalism. *Annual Review of Anthropology*, 24.
- Kleinman, A. (1980). *Patients and healers in the context of culture. An exploration of the borderland between anthropology, medicine and psychiatry*. Berkeley: University of California Press.
- _____ (1988). *The illness narratives: Suffering, healing, and the human condition*. Nueva York: Basic Books.
- _____ (1995). *Writing at the margin. Discourse between anthropology and medicine*. Berkeley: University of California Press.
- La Berge, A. F. (1992). *Mission and method. The early nineteenth century French public health movement*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Latour, B., Woolgar, S. (1993). *La vie de laboratoire. La production des faits scientifiques*. Paris: La Découverte.

- Lock, M., Scheper-Hughes, N. (1990). A critical-interpretive approach in medical anthropology: Rituals and routines of discipline and dissent. En T. M. Johnson y C. F. Sargent (dir.), *Medical anthropology. A handbook of theory and method*. Nueva York: Greenwood Press.
- Lovell, A., Féroni, I. (1998). Sida-toxicomanie. Un objet hybride de la nouvelle santé publique à Marseille. En D. Fassin (dir.), *Les figures urbaines de la santé publique. Enquête sur des expériences locales*. Paris: La Découverte.
- Lyons, M. (1988). Sleeping sickness, Colonial medicine and Imperialism: Some connections in the Belgian Congo. En R. McLeod y M. Lewis (dir.), *Disease, medicine and empire. Perspectives on Western medicine and the experience of European expansion*. Londres: Routledge.
- Mcculloch, J. (1994). *Colonial Psychiatry and the 'African mind'*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Marks, S., Anderson, N. (1988). Typhus and social control in South Africa, 1917-1950. En R. McLeod y M. Lewis (dir.), *Disease, medicine and empire. Perspectives on Western medicine and the experience of European expansion*. Londres: Routledge.
- Massé, R. (1995). *Culture et santé publique. Les contributions de l'anthropologie à la prévention et à la promotion de la santé*. Montreal: Gaëtan Morin.
- Mitrani, P. (1982). Aspects de la recherche dans le domaine des sciences sociales et de la médecine. *L'Homme*, 22 (2).
- Morgan, L. (1990). The medicalization of anthropology: A critical perspective on the critical-clinical debate. *Social Science and Medicine*, 30 (9).
- Morsey, S. (1990). Political economy in medical anthropology. En T. M. Johnson y C. F. Sargent (dir.), *Medical anthropology. A handbook of theory and method*. Nueva York: Greenwood Press.
- Nelkin, D., Lindee, S. (1998). Du gène comme icône culturelle. *La Recherche*, 311.
- Nichter, M. (1994). Illness semantics and international health: The weak lungs/TB complex in the Philippines. *Social Science and Medicine*, 38 (5).
- Ogien, A. (1994). L'usage de drogues peut-il être un objet de recherche. En A. Ogien y P. Mignon (dir.), *La demande sociale de drogues*. Paris: La Documentation française.
- Packard, R. (1989). Industrial production, health and disease in Sub-Saharan Africa. *Social Science and Medicine*, 28 (5).
- Packard, R. (1992). Industrialization, rural poverty, and Tuberculosis in South Africa, 1850-1950. En S. Feierman y J. Janzen (dir.), *The social basis of health and healing in Africa*. Berkeley: University of California Press.
- Pfohl, S. (1977). The 'Discovery' of child abuse. *Social Problems*, 24.
- Rabinow, P. (1989). *French modern: Norms and forms of the social environment*. Cambridge: MIT Press.
- Rabinow, P. (1996). *Essays on the anthropology of reason*. Princeton: Princeton University Press.
- _____ (1999). *French DNA. Trouble in Purgatory*. Chicago: University of Chicago Press..
- Ranger, T. (1992). Plagues of beasts and men: Prophetic responses to epidemic in Eastern and Southern Africa. En T. Ranger y P. Slack (dir.), *Epidemics and ideas. Essays on the historical perception of pestilence*. Cambridge: Cambridge University Press.

- Revel, J. (1994). Micro-analyse et construction du social. En J. Revel (dir.). *Jeux d'échelles. La micro-analyse à l'expérience*. París: Hautes Etudes-Gallimard-Seuil.
- Scheper-Hughes, N. (1992). *Death without weeping. The violence of everyday life in Brazil*. Berkeley: University of California Press.
- Scotch, N. C. (1963). A medical anthropology. *Biennial Review of Anthropology*. Stanford: Stanford University Press.
- Sindzingre, N., Zempléni, A. (1982). Anthropologie de la maladie. *Bulletin d'Ethnomédecine*, 15.
- Singer, M. (1989). The coming of age of critical medical anthropology. *Social Science and Medicine*, 28.
- _____ (1995). Beyond the Ivory Tower: Critical praxis in medical anthropology. *Medical Anthropology Quarterly*, 9 (1).
- Steffen, M. (1995). *Les politiques publiques face au défi du sida*. Comparaison internationale dans quatre pays européens: France, Grande-Bretagne, Allemagne, Italie. Grenoble: CERAT.
- Taussig, M. (1987). *Shamanism, colonialism, and the wild man. A study in terror and healing*. Chicago: University of Chicago Press.
- Thébaud-Mony, A. (1991). *La reconnaissance des maladies professionnelles*. París: La Documentation française.
- Treichler, P. (1992). AIDS and HIV Infection in the Third World: A First World chronicle. En E. Fee y D. M. Fox (dir.), *AIDS. The making of a chronic disease*. Berkeley: University of California Press.
- Turner, B. (1992). *Regulating bodies. Essays in medical sociology*. Londres: Routledge.
- Vaughan, M. (1992). Famine analysis and family relations: Nyasaland in 1949. En S. Feierman y J. Janzen (dir.), *The social basis of health and healing in Africa*. Berkeley: University of California Press.
- Vigarello, G. (1993). *Le sain et le malsain. Santé et mieux-être depuis le Moyen Age*. París: Seuil.
- _____ (1998). *Histoire du viol, XVIe-XXe siècle*. París: Seuil.
- Walter, A. (1983). Ethnomédecine et anthropologie médicale: bilan et perspectives. *Cahiers ORSTOM, Série Sciences Humaines*, 18 (4).
- Webb, D. (1998). The sexual and economic politics of reintegration: HIV/AIDS and the question of stability. En D. Simon (dir.), *South Africa in Southern Africa. Reconfiguring the Region*. James Currey. Oxford.
- Weber, M. (1978). *Economy and society* (primera edición en alemán, 1921). Berkeley: University of California Press.
- Woolgar, S., Pawluch, D. (1985). "Ontological gerrymandering: The anatomy of social problems explanations". *Social Problems*, 32 (3).
- Yoder, S. (1997). "Negotiating relevance: Belief, knowledge, and practice in international health projects". *Medical Anthropology Quarterly*, 11 (2).
- Young, A. (1996). *The harmony of illusions. An ethnographic account of post-traumatic stress disorder*. Princeton: Princeton University Press.
- Zimmermann, F. (1995). *Généalogie des médecines douces. De l'Inde à l'Occident*. París; Presses Universitaires de France.

CAPÍTULO 5.

LA (DES)GUBERNAMENTALIZACIÓN DEL MALESTAR: RACIONALIDADES, LÓGICAS Y DISPUTAS EN LA PRODUCCIÓN DE LA VERDAD MÉDICA

Hugo Sir Retamales y Nicolás Fuster Sánchez

Introducción

Cuando la noción de gubernamentalidad quiere decir algo, quiere decir un modo de ejercicio de poder. O quizá más precisamente, una manera de describirle. Una manera que interroga a partir pues de la idea de gobierno, como paso al exterior del Estado y sus tecnologías (Foucault, 2006). Si es posible asociar la idea de gubernamentalización a las prácticas e instituciones de salud y enfermedad, es porque se asume, se supone o se sabe que, a través de ellas, en ellas o por ellas, algo de aquello que signamos como poder se juega. ¿Quiere decir esto que la salud misma, los indicadores, los diagnósticos, los cuidados, las mejorías o derrotas, las evidencias y las dudas, todo ello es apenas parte del ejercicio general de dominación? ¿Que no habría otra forma de concebir su operación que bajo la figura de una directa función opresiva o normalizadora?

Evidentemente no. Como diversos estudios foucaultianos de la gubernamentalidad han buscado mostrar o afirmar: el ejercicio del poder sería fundamentalmente productivo (Castro-Gómez, 2015; Follegati y Karmy, 2018). Produce individuos, produce diagnósticos, produce subjetivaciones, produce incluso sus propios malestares. El riesgo que se corre acá podría pensarse estrictamente inverso al anterior. Alejándose de la idea de un poder como gran no, que solo puede de una u otra forma prohibir o inhibir, uno corre el riesgo de volcarse a una concepción del poder como uno-todo: nada hay que no sea efecto de un ejercicio de dominación. De alguna manera, tal cuestión no sería realmente problemática si no persistiera una suerte de individualismo metodológico respecto de la voluntad tras el poder. De ese modo, la hipótesis “X cosa es producto de relaciones de poder” – digamos un diagnóstico; se transforma en la sospecha de que “tal diagnóstico (X) ha sido producido para Y” – digamos, controlar(me), normalizar(me), patologizar(me), etc.

Algo de extrema delicadeza es que, ciertamente, no se trata de desconocer que uno de los resultados probables y más comunes sea efectivamente el control, la normalización, la patologización, sino de relevar que esto no implica que los diagnósticos médicos no sean a la vez más cosas. Así, por una parte, pueden hacerse entrar al análisis atento a las formas de gobernar, otras operaciones que difícilmente se dejan reconducir a aquello que habitualmente signan las ideas de patologización o normalización. Y, por otra, se hace posible también atestiguar que las prácticas que se suponen sujetas a las indicaciones, inducciones, incitaciones del poder, incluso a las más férreas o insidiosas, no están nunca agotadas del todo.

Multiplicidad, poder, inclinación. Episteme

Porque hay una incesante multiplicidad de fuerzas es que podemos describir el poder en ejercicio. Es decir, distinguir cuándo se produce y se busca sostener una inclinación de éstas según fines siempre determinados (Deleuze, 2014; Foucault, 2012). Por ejemplo, cuando un diagnóstico como el de Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) es utilizado para fines de control evidentes, en tanto, se administran fármacos para lograr calmar movimientos juzgados excesivos o hacer que niños y niñas puedan prestar atención a lo que deben (Batallán y Varas, 2002; Benasayag, 2011; Stiglitz, 2006). Pero también cuando algunas escuelas o equipos son obligados o estratégicamente movilizan este tipo de categorías médicas para suplir un financiamiento estructuralmente precarizado (Claro, 2015; Radiszcz y Sir, 2018; Reyes, Cottet, Jimenez y Jauregui, 2019); o cuando una familia o un adulto pone en funcionamiento su propio diagnóstico en medio de una multiplicidad de fuerzas que le atraviesan: expectativas sociales, exigencias internalizadas, posibilidades materiales, deseos, etc. (Rojas, Rojas, Castillo-Sepúlveda y Chongut-Grollmus, 2018; Uribe, Abarca-Brown, Radiszcz y López-Contreras, 2019).

En cada uno de los puntos de ejercicio del poder, de búsqueda de inclinación de las fuerzas en juego según fines determinados, éste ya está desbordado. No por una resistencia que sería su producto, sino porque está co(i)mplicado por ella. Aun cuando se corre el riesgo, esto no implica necesariamente desconocer los efectos mayores de dominación, sino relevar los puntos de ambivalencia, de disputa, de imaginación siempre aun existentes. Significa insistir menos en la eficacia de la operación del poder para relevar su arbitrariedad y violenta apertura. Porque (por suerte) no hay automatización total posible de la dominación, es que esta dimensión estratégica de las fuerzas busca apoyarse en otros estratos. Sería la producción de verdad, el saber, aquello que da forma a ciertos estados de las relaciones de fuerzas, de tensión entre ellas, permitiendo

que una inclinación pueda sostenerse. La arbitrariedad de un momento de las relaciones de fuerza es la que permite anudar lo visible y lo enunciable, es decir, producir saber (Deleuze, 2014; Massumi, 2017; Rodríguez, 2019).

Ahora bien, en este nivel de abstracción es menester imaginar aquel anudamiento siempre rebasado por las fuerzas a las que busca dar forma. Nunca una verdad absoluta, inapelable, inamovible por más violentamente que así se quisiera hacer ver. Surgen objetos de saber que ya internamente atravesados por fuerzas disímiles, pueden ser puestos a funcionar en arreglos distintos, evidentemente con eficacia diversa según el diagrama del que provienen y en el que se insertan¹. Por ejemplo, respecto del TDAH², es posible reconstruir la marca de ciertas preocupaciones, presiones o exigencias sociales que se problematizan e intensifican desde la época en la que emerge, fines de los 70'. En particular en este caso, la cuestión de la obediencia. Y, entonces, es también lógico ver cómo el diagnóstico posibilita, refuerza, apoya el control de la conducta por vías distintas al disciplinamiento físico, fundamentalmente, a través de una intervención neuroquímica (Bianchi, Faraone, Ortega, Gonçalves y Zorzanelli, 2017; Conrad y Bergey, 2014; Haye, Matus, Cottet y Niño, 2018; Rafalovich, 2004; Schwarz, 2016). No obstante, es a la vez posible distinguir que la historia de este diagnóstico y sus apropiaciones, como de tantos otros en nuestros días, no se ha detenido ahí (Béliard et al., 2019; Bergey, Filipe, Conrad y Singh, 2018; Bussing et al., 2016; Conrad y Potter, 2000; Conrad y Singh, 2018).

Un diagnóstico como forma de saber traduce a un juego de lenguaje particular (Ehrenberg, 2010) fuerzas que le exceden y, por ende, ya no les está directamente imbricado: adquiere una autonomía relativa como se solía decir (Deleuze, 2013). Al emerger, al adquirir existencia, tiene sus propias capacidades de afectar y ser afectado, es decir, de habilitar o inhibir prácticas, de mantenerse inmutable o variar. Así, el TDAH no solo opera como una manera de lidiar con la (des)obediencia (infantil), sino también como posibilidad de reivindicar la neurodiversidad o la neurodivergencia, como táctica de financiamiento, como medio de cuestionar las prácticas educativas, como forma de presión para la transformación de espacios organizacionales, etc.

¹ Posturas similares, desde marcos epistémicos algo desplazados, pueden consultarse en la aproximación ecológica de Hacking (1998, 2002), en la situacional de Clarke (2003); Clarke, Friese y Washburn (2015); o la clásica sociología del disease en Rosenberg y Golden (1992) o Kerr (2004).

² Pero también la depresión Ehrenberg (1998), el autismo Ehrenberg (2018) y otros diagnósticos neuropsiquiátricos Castel (2010); Malabou (2017).

El riesgo es, en este punto, perder de vista que las relaciones de fuerza no son simplemente duales, dicotómicas y, por tanto, considerar que una postura a favor de la neurodiversidad es de alguna manera opuesta a un poder dominante, algo así como inmediatamente resistencia³. Por ello es importante considerar la situación (Clarke et al., 2015; Haraway, 1995; Rauthmann, Sherman y Funder, 2015; Stengers, 1997), guardar la perspectiva del exterior constituyente (Foucault, 2004). ¿Cómo se inserta tal o cual uso diagnóstico en el marco más general de las relaciones de poder, de sus inclinaciones, de sus disputas? ¿Cómo se relacionan los objetos de saber producidos dentro de una determinada episteme con las prácticas que le desbordan, que la buscan inclinar hacia otros intereses? ¿Una disputa interna al juego del lenguaje médico implica una oposición respecto de las fuerzas económico-políticas que inclinan los intereses en el campo?

Lógica normalización-patologización

La idea de gobierno, entonces, según el propio Foucault (2006) como una forma de continuar una analítica del funcionamiento del poder que procede por desplazamientos hacia el exterior. Todo el análisis respecto de las disciplinas y las prácticas disciplinarias puede entenderse con base en 3 desplazamientos: institución, función y objeto. Respecto del objeto es donde encontramos quizá una importancia singular para el caso de la medicina. Así, tomar el punto de vista de las disciplinas significaba negarse a aceptar un objeto prefabricado, se tratase de la enfermedad mental, la delincuencia o la sexualidad. Era negarse a medir las instituciones, las prácticas y los saberes con la vara y la norma de ese objeto dado de antemano. La tarea consistía, por el contrario, en captar el movimiento por el cual se constituía, a través de esas tecnologías móviles, un campo de verdad con objetos de saber. Puede decirse sin duda que la locura 'no existe', pero eso no quiere decir que no sea nada (Foucault, 2006, p. 143). La medicalización en general y las formas específicas que adquiere no podrían ser oportunamente descritas, sino en referencia a estos exteriores. Las variaciones en las maneras en que se ejerce dan cuenta de desplazamientos en los niveles de las formas del saber, sus objetos y de las fuerzas, las búsquedas de ejercicio de poder, es decir, de inclinación de las prácticas y conductas según intereses determinados. De ahí, que una forma ya clásica de aproximación crítica al saber médico haya sido y sea aún el análisis y la denuncia de la patologización y normalización que, a través de los diagnósticos clínicos, se opera.

³ El extremo opuesto de este mismo riesgo es verse obligado a considerarla simplemente como otra forma más de *normalización*.

Una posición fundamentalmente elaborada en los años 60' y 70' del siglo XX, con trabajos como los de Goffman (2012a, 2012b) y Castel (1980) por nombrar algunos anteceden la aproximación foucaultiana. Igualmente, por la época que surgían otros trabajos con acentuaciones diversas respecto del problema de la medicalización, sea respecto del imperialismo médico y la expropiación de las capacidades colectivas para lidiar con los sufrimientos (Illich, 2015) o respecto de la creciente conversión de problemas, fases o comportamientos de la vida cotidiana en algo médicamente tratable (Conrad, 1975, 1992, 2007). El punto de vista foucaultiano es, a pesar de muchos malentendidos, ligeramente diferente. No se trataría tanto de criticar el poder yatrogénico y expropiador de las prácticas médicas, pues que la ciencia mate no reporta ninguna novedad histórica, ni tampoco cabría únicamente sorprenderse de su expansión, ya que aquello que caracterizaría el ejercicio del poder médico a fines del siglo XIX e inicios del XX es, precisamente, su capacidad para actuar y modificar permanentemente la vida. Lo que se conocerá y popularizará más adelante como biopoder (Foucault, 1996, 2006).

Así, el predominio de la crítica a la medicalización en las lógicas de la patologización y normalización pasada la mitad del siglo XX es, también, una denuncia del predominio de los intereses de las instituciones y el Estado sobre los deseos y prácticas individuales y colectivas. La medicina, su capacidad para hacer visibles, medir, contar, administrar los procesos de vida, enfermedad y muerte, había sido clave para la construcción de los estados nacionales, tanto en Europa como en Latinoamérica, con el agregado no menor del peso colonial en la construcción de sus campos médicos (Armus, 2005; Fuster, 2013; Sir, 2014; Zarate, 2008).

A pesar de las diversas variantes, una integración del saber médico en la administración del Estado se da, en general, a propósito de requerimientos de neutralización de procesos de politización del malestar que, en Chile, recibieron el nombre de cuestión social a fines del siglo XIX (Fuster, 2013). De ahí que, el vínculo entre medicalización, patologización y control se nos aparezca tan importante y evidente: históricamente la plena aparición del saber médico en la arena pública se da en el delicado y tensionado espacio en donde las masas pauperizadas y explotadas, pueden ser vistas como sufrientes, enfermas y, por ende, susceptibles de una intervención técnico-sanitaria.

Sin embargo, incluso este proceso en apariencia absolutamente vertical está también internamente tensionado. Ni los médicos eran capaces de ver los problemas políticos que se planteaban no dentro de sus verdades científicas, ni las y los trabajadores eran ciegos hacia el modo en que la

medicina les utilizaba y, a la vez, a la manera en que sus organizaciones y prácticas políticas podían servirse de estos conocimientos y su interesada preocupación por la vida de los pobres (Fuster, 2013; Fuster y Moscoso-Flores, 2015). Ahora bien, el resultado a nivel general, bajo distintas formas e intensidades, fue el intento del procesamiento del malestar como problema médico a nivel de la salud de la población. En la medida en que esta relación medicina-malestar-política está fundamentalmente referida a un Estado que busca asentar su control sobre su territorio, secundariamente inscrito en una circulación comercial internacional, entonces, una normalización referida a la norma que el Estado considera buena y justa es el principal resultado buscado.

Hay que ser especialmente cuidadoso para comprender esta racionalidad en el ejercicio de la medicina, pues no se trata de una intencionalidad subjetiva de control político mediante categorías médicas, sino de la connivencia epistémica dado el diagrama de fuerzas predominante. Los diagnósticos altísimamente morales que pueblan la nosografía hasta bien entrado el siglo XX⁴, con especial énfasis en la salud mental que juzgaba como patológico tanto el deseo femenino como el homosexual (Armstrong, 2002; Foucault, 1994), o hipotetizaba un daño cerebral para hablar de imbecilidad o desobediencia (Baumeister, Henderson, Pow y Advokat, 2012; Comstock, 2011), o que incluso tachaba (y luego torturaba) enemigos políticos a través de juicios científicos (Rebolledo, 2016), son tanto más peligrosos porque tienen una autonomía respecto del poder político y no le están absolutamente subyugados. Si la verdad médica no fuera otra cosa que el deseo del príncipe, entonces, su poder de modificar permanentemente la vida seguiría subyugado a su capacidad de matar. Esto no quiere decir que no mate o no se preste para juegos políticos, sino que, si tiene alguna eficacia en ello, se debe precisamente a que no depende exclusivamente de éstos.

Algo que cabría, entonces, juzgar como característico de la lógica de la medicalización como patologización es su particular relación a la norma. En consonancia con el diagrama de fuerzas en donde emerge, es decir, en virtud de la consolidación de estados nacionales, la norma opera más en la forma de un modelo que de un registro de lo que en determinado período o condiciones es considerado normal (Foucault, 2006). Por ello, no sorprende la carga moral tan explícita que, sin desaparecer, se desplaza hacia nuestros días. Entonces, la homogenización, la normalización vía

⁴ Claro está, también hasta hoy, con algunas consideraciones que haremos en los apartados siguientes.

patologización (si es diferente, es malo, peligroso, vicioso o loco), se nutre de esta relación con la norma como modelo, de la capacidad que el saber y las intervenciones médicas tienen para prescribir y modificar la vida, merced su posicionamiento social en las sociedades occidente-centradas.

Tal lógica, evidentemente, no desaparece ni es reemplazada, pero sí es reconfigurada en virtud de las racionalidades propias de lo que puede denominarse gubernamentalidad neoliberal (Follegati y Karmy, 2018; Tello, 2016; Yuing y Karmy, 2014). En este sentido, los propios ejercicios de normalización disciplinaria, como denominaremos al tipo de normalización vinculada a la medicalización como patologización, se ven trastocados pues la relación del modelo con el control estatal se ve profundamente modificado y, a la vez, dada la autonomía que reconocíamos a las prácticas y saberes médicos y clínicos, otra racionalidad y otras lógicas de vínculo con los rendimientos económico-políticos pueden ser identificados.

Lógica funcionalización-rentabilización

El concepto de gubernamentalidad que Foucault introduce hacia fines de la década de los 70' (Foucault, 2006, 2007), al igual que la inquietud que desarrolla sobre el pliegue de interioridad que producen las prácticas de subjetivación y que comienza a trabajar con detalle antes de su muerte a inicios de los 80', no pueden ser divorciados de la situación en la que se producen. Bien lo conocemos en Chile. Es el momento en donde la contrarrevolución capitalista se presiente triunfando, con distintas intensidades de violencia, por diversos territorios (Baudrillard, 1983; Gárate, 2012; Harvey, 2007). Y tal victoria, no pasa o al menos no inmediata ni exclusivamente, por el campo de la política institucional, sino por una dimensión susceptible de ser llamada micropolítica si no se entiende por ello algo pequeño, sino más bien el plano de los deseos y sus posibilidades de expresión en el campo social (Guattari y Rolnik, 2006). La idea de gobierno tras el neologismo introducido por Foucault implica, como dijimos, la búsqueda del exterior constituyente que permita recomprender el modo de funcionamiento estatal en un momento en donde, precisamente, es su *modus operandi* el que está al centro de las transformaciones sociopolíticas.

El Estado nunca habría sido esa máquina cerrada sobre sí, totalmente dueña de sí, sino que esa propia impresión e, incluso, gran parte de su operar biopolítico que probabilizaba en la práctica las pretensiones de uniformidad estatal estuvieron posibilitados por el mapa de fuerzas en el que se insertaba: juridificación de las relaciones entre territorios, formas morales religiosas, ciertos saberes de estado, etc. Esta exterioridad no

sería estrictamente un sistema internacional o supranacional, sino que aquello que la exploración genealógica foucaultiana va a señalar como un límite interior a estas pretensiones, será la fuerza descodificante del mercado y, particularmente, una categoría que se hará de más en más relevante de cara a la renovada, ampliada, tiránica fuerza del mercado en lo que se conocerá como neoliberalismo: los intereses particulares (Deleuze, 2005, 2017; Foucault, 2006).

A través de una serie de mecanismos que no tenemos posibilidad de discutir aquí⁵, la inflexión neoliberal sobre las premisas del liberalismo, particularmente la versión norteamericana de éste vinculará cada vez más estrechamente la sustracción de la dimensión económica frente a la intervención estatal, la famosa libertad de empresa, con una descripción antropológica que hará coincidir la libertad de los individuos con la económica⁶. En nombre de un sujeto imaginado por las teorías económicas como maximizador de utilidades⁷ que invierte sus propias cualidades, sus capitales para aumentar su performance, es que el neoliberalismo profesa una defensa de la libertad. De este modo, parece casi naturalmente coincidir con los requisitos de operación del mercado. Entonces, no solo se tratará de restringir la acción del Estado en áreas del mercado, sino de utilizarle para asegurar que más y más zonas de la vida colectiva estén organizadas según las lógicas de acumulación capitalista⁸.

Tal cuestión, junto con implicar el dismantelamiento de las funciones sociales del Estado, la mano izquierda que llamaba Bourdieu (1999) y que tan bien conocemos, implicó singularmente desde los años 80' una preocupación por el desciframiento, entrenamiento, puesta en valor de cualidades anteriormente consideradas intrínsecamente humanas, es decir, en cierta forma desatendidas por el análisis económico (Foucault, 2007). Habilidades blandas, comunicativas, sociales y, también, nuevas

⁵ Pero sobre los que se ha escrito muchísimo. Solo algunas referencias de orientación: Castro-Gómez (2015); Foucault (2006); Yuing y Karmy (2014); Pincheira, Flem, Follegati, Sanhueza y Sir (2016).

⁶ Del mismo modo, a partir la descripción de Foucault del rol del Capital Humano en la teoría económico-política y antropológica del neoliberalismo norteamericano y del empresario de sí, mucho se ha escrito sobre esta empresarización de sí, self-empresedor, auto-explotación, etc. Ver, entre otros: Foucault (2007); Energici (2015); Bröckling (2016); Darat y Sir (2018); Estupiñán (2016); Laval y Dardot (2015); Boltanski y Chiapello (2002).

⁷ Que a nivel de estos individuos imaginarios coincide con felicidad. Ver: Illouz (2010); Fumagalli (2010); Lorey (2016); Ahmed (2019).

⁸ Al punto que, en efecto, es posible describirle como liberalismo autoritario o símiles. Ver: Chamayou (2018); Dardot y Laval (2016).

normas e ideales de uso y exhibición de los cuerpos (Fumagalli, 2010; Miller y Rose, 2008; Ortega, 2010; Rodríguez y Tello, 2012; Sibia, 2009). Toda esa construcción y puesta en valor de lo que puede significar la noción de capital humano y los ejercicios de empresarización de sí.

Ciertamente, esto impacta en las formas de malestar, cuestión que por la época se expresa en la atención que comienzan a recibir problemas asociados al narcisismo, los trastornos borderline y la depresión por sobre el tradicionalmente disciplinario complejo de Edipo, en distintas partes del planeta (Boni y Mendelsohn, 2021; Castel, 2010, 2011; Ehrenberg, 1998; Lahire, 2013; Radiszcz, 2016). Luego, evidentemente la relación entre procesos de medicalización, exigencias sociales, ejercicios de poder y contraconductas se reconfigura respecto del operar por patologización/normalización.

Repetimos: no es que el funcionamiento normalizador del vínculo entre saber médico y prácticas sociales desaparezca, sino que se hace posible distinguir una intensificación de otra racionalidad y otras lógicas de operación. Las presiones de individualización complejizan el problema de la relación con la norma unitaria típica de parte importante de los Estados durante el siglo XX, la cual parece fragmentarse en diversas normas particulares, según procesos e incluso politizaciones que algunas veces se denominan identitarias: vinculadas con reivindicaciones raciales, de género, de disidencia sexual, de procesos decoloniales, etc. (Boni y Mendelsohn, 2021; Garretón, 2014). De cierta forma, la lógica de gestión económica de la sociedad requiere esta fragmentación, pues opera los procesos de unificación en la diferencia, a partir del intercambio mercantil y no a través de las leyes o normas jurídica y territorialmente establecidas. En ese sentido, es que se busca securitizar zonas, a través del uso de los poderes y violencia estatal, para liberarlas a las lógicas de intercambio desterritorializadas. La propia idea de la norma se traslada del ideal estatal a la normalidad estadística (Deleuze, 2017; Foucault, 2007). Normal menos como un modelo, institucional y estatalmente gestionado, al que debo conformarme y más como un conjunto de recurrencias bajo ciertos parámetros: de violencia aceptable, de enfermedad posible, de dolor manejable, etc.

Las presiones sociales, los malestares y sufrimientos individuales, entonces, se desplazan también. En la medida que la gestión de asuntos colectivos y el valor social de las personas se hace crecientemente pasar por el rendimiento económico de sus cualidades, ciertas formas de “diferencia” y “diversidad” se hacen tanto o más deseable que una normalidad concebida al modo de un promedio. Así, diversos autores han

mostrado la emergencia de nuevas formas de deseabilidad social asociadas a las ideas de optimización (Miller y Rose, 2008; Rose, 2012), performance (Bianchi, Ortega, Faraone, Gonçalves y Zorzanelli, 2016; Ortega, 2010) o potencial oculto (Ehrenberg, 2016, 2018). Desde estas perspectivas es también fundamental el rol que aquella autonomía del saber médico que mencionábamos en el apartado anterior tiene en el origen, desarrollo e intensa expansión de las industrias farmacéuticas, cosméticas y de salud biomédica o complementaria (Conrad, 2005; Marques, 2018; Wehling, Viehöver y Koenen, 2015).

En esa conjunción es que la relación con las prácticas médicas, ellas mismas más individualizadas⁹, pone a los procesos de medicalización en relación con una lógica que denominaremos de rentabilización y no únicamente de normalización. Particularmente en países donde los sistemas de salud han sido –institucional y conforme a la propia gubernamentalidad neoliberal– individualizados, las categorías y prácticas médicas se convierten en objetos de consumo y diferenciación social que, generalmente, refuerzan vectores de dominación arrastrados por largo tiempo (raza, clase, género, educación, edad, etc.) (Ortega, 2010; Rose, 2012; Sir, 2018b). De esta forma, las categorías diagnósticas son puestas en relación con categorías más amplias como estilos de vida en salud, que implicarán uso de saberes, técnicas y prácticas con el fin de agregarse valor, en la lógica del capital humano y, por ende, la presión por ser “normal” se com(i)mplica, por una parte, con los estímulos a mostrarse siempre feliz, siempre capaz, siempre dispuesto (Ahmed, 2019; Fumagalli, 2010; Illouz, 2007, 2010), susceptible incluso de trabajar sinfín y “disfrutarlo” (Araujo y Martuccelli, 2012; Gaulejac y Hanique, 2015).

No obstante, a la vez, con la posibilidad de reclamar el reconocimiento del diagnóstico ya no como una patología, un mal o un déficit, sino como una condición, cuestión que puede ser reconducida a su rentabilización como ventaja comparativa, o bien, puede dar paso a preguntas por otras formas de habitar el mundo. ¿El autismo, el TDAH, la bipolaridad e incluso la esquizofrenia, pero también las enfermedades autoinmunes como Crohn, Fibromialgia, Artrosis, etc., son únicamente males a eliminar o, finalmente, modos de inscribirse en el mundo que valdría la pena escuchar y acompañar?

⁹ En ocasiones, como en Chile, dada las transformaciones en los propios sistemas de salud que aumentan radicalmente las presiones para la gestión y carga individual de la enfermedad. Ver: Fuster y Sir (2017); Anseolaga y Valenzuela (2014); Cid y Uthoff (2017); Goic (2015).

En ese sentido, no es que una medicalización por rentabilización deje de ser moral, sino que se modifica el modo en que lo es. Lo que, de hecho, ha permitido que, a través de las categorías médicas, de sus técnicas de visualización, de sus descripciones, de las agrupaciones de profesionales, usuarios o familiares, se puedan rastrear nuevas gramáticas en las formas de valoración social, de ideales, sujetos, presiones o condiciones de procesos de subjetivación (Castel, 2012; Dodier, 1993; Ehrenberg, 2010, 2016; Ortega, 2010). A la vez que repensar la categoría de medicalización a la luz de otras formas de enlace y ensamble con agentes humanos y no humanos (diagnósticos, fármacos, tecnologías de visualización, reglamentos de conducta, protocolos institucionales, políticas públicas, requerimientos organizaciones, etc.) (Liebert, 2017, 2018; Radiszcz y Sir, 2018; Reyes et al., 2019; Rojas, 2018; Rojas et al., 2018; Rojas Navarro y Vrecko, 2017; Sir, 2019; Sir, Castañeda y Radiszcz, 2019).

Micropolíticas en el malestar

Las racionalidades disciplinarias y rentabilizantes, las lógicas de patologización y funcionalización participan entonces en la posibilidad de conducir las conductas de los agentes humanos, a través de indicaciones inscritas en prácticas, discursos y otros agentes no humanos (diagnósticos, fármacos, tratamientos, tecnologías de visualización y examen, etc.). Por esa razón, resulta interesante hablar de formas de gubernamentalidad en salud, no solo en referencia a un modo de componerse su administración, sino en cómo ésta, su organización, los intereses que fomenta y persigue, los modos en que pone a disposición sus espacios y herramientas, etc., reconocen, felicitan, proponen o intensifican ciertos modos de comprenderse y ser comprendidos que se entroncan con ciertas exigencias sociales mayores y no otras.

Por ejemplo, en una investigación realizada respecto de las relaciones y experiencias de las personas ancianas en atención primaria en salud (APS) (SENAMA, 2013; Sir, 2018a), se podía dar cuenta de la existencia de una incitación a la gestión individual de ciertos problemas que tenían, a todas luces, un carácter colectivo. Particularmente, se hacía evidente respecto de molestias consideradas inespecíficas en el caso de las y los adultos mayores, que pudo observarse correspondían a una gran cantidad de las consultas en APS, entroncando así con el problema más general de la policonsulta. Una de las maneras en que en distintos espacios y, singularmente, en un caso estudiado, se lidiaba con el problema de las consultas reiteradas sin diagnóstico claro, era a través de programas de medicinas complementarias y alternativas (MCA). Estos programas que de a poco ganaban reconocimiento en niveles más centralizados de la política

de salud pública, habían comenzado y las más de las veces lo hacen aún hoy, a través de iniciativas locales, muchas veces cansadas con ciertas lógicas muy patentes de trato deshumanizado, infantilización y frialdad respecto de los pacientes e, incluso, a través de críticas epistémicas a la manera en que la medicina predominante o hegemónica entiende los cuerpos, la salud y la enfermedad, denunciando también formas habituales de medicalización por patologización, exceso de fármacos, etc.

Es aquí en donde es importante apreciar que la perspectiva de la gubernamentalidad no opera al nivel de las intencionalidades subjetivas, sino más bien de la racionalidad de las prácticas (Foucault, 2012). Entonces nuevamente se ha de poner atención a la situación. La precarización del sistema de pensiones y el de salud hace que, por una parte, las y los ancianos cuenten con pocas capacidades para gestionar sus necesidades no solo de salud, sino vitales en general, incluyendo las posibilidades para gozar de actividades recreativas. Y, por otra parte, que el acceso y relación con diagnósticos y tratamientos haya sido muchas veces tardío o reducido a la urgencia, por ende, desde una distancia y relativo desconocimiento; a la vez, implica que los programas que exceden el marco biomédico sean esporádicos, inciertos y, por tanto, sumamente dependientes de las lógicas de financiamiento macro, fundamentalmente, los indicadores de eficacia.

De este modo, se encuentran fuerzas disímiles: personas que buscan en la atención primaria ayuda con malestares, en ocasiones, alojados hace largo tiempo, o bien, producto de situaciones de abandono social, de escasas o nulas alternativas de participación colectiva no atravesadas por la actividad laboral o por el mercado, en circunstancias que la mayoría de las veces están excluidas a la vez del trabajo y del mercado, producto de trayectorias sociales e institucionales (SENAMA, 2013). En virtud de esta lógica, las prácticas de MCA operan al modo del humanitarismo (Fassin, 2016), buscando resolver a nivel individual problemas estructurales, incitando a la gestión individualizada de estas verdaderas pruebas colectivas (Araujo y Martuccelli, 2012). Prácticas de meditación, de autoconocimiento, de conocimiento de plantas, de medicina antropológica, de acupuntura, de reiki, yoga, arte-terapia, etc., participan de una concepción de empoderamiento personal que es rentabilizada por la estructura de la salud pública para, en un mismo movimiento, evitar hacer cambios estructurales, abaratar costos y suplir la falta de infraestructura pública para una clase de edad que, por lo mismo, solo se buscará hacer reingresar como fuerza de trabajo.

Sin embargo —y cabría no escatimar la importancia de este ‘sin embargo’—, estas prácticas tienen eficacias que exceden los acomodos institucionales.

Por ello, no se trata nunca de juzgar una práctica en sí misma, sino de los modos en que se agencia, en que es parte de un agenciamiento. Así, no solo se imbrica con estos usos institucionales/estructurales, sino que también se vinculan de maneras muy importantes con el plano del deseo, más específicamente, con la posibilidad de que ciertos deseos puedan encontrar alguna expresión en el plano social. Un resultado que podía haberse considerado inesperado, fue que las personas usuarias de estos programas relataban tener quizá por primera vez experiencias que, dada su inscripción social, les habían estado negadas o dificultadas. Experiencias que pueden parecer de suma evidencia para otros: que se tiene un cuerpo y que hace bien cuidarlo, que las relaciones afectivas con otros pueden impactar físicamente, que el cansancio puede incidir en la tristeza y viceversa, que la soledad puede tener que ver con la diabetes a través de prácticas de alimentación, etc. Y también, en algunas ocasiones, encontrar un nombre para aquel malestar que se experimenta, a veces uno no biomédico: un problema energético, de alineación, de falta o exceso de estimulación de zonas del cuerpo, etc.

El problema del nombre, es decir, del diagnóstico está a la base de una investigación más amplia sobre la policonsulta y el malestar médicamente inexplicable que ha permitido, pues, indagar en las lindes de las posibilidades de la medicalización y gubernamentalización de las conductas por la vía del saber médico (Fuster, Rivera, Sir, Gómez y Rodríguez, 2021). Se ha podido dar cuenta de los problemas locales que enfrentan las lógicas de patologización y rentabilización, cuando se encuentran con ejercicios clínicos que se ven obligados, de una u otra forma, a lidiar con tensiones y afectos que claramente les exceden. Particularmente, la dimensión territorial que, a través del vínculo entre búsqueda de un diagnóstico y visibilización de problemas de carácter sociopolítico, vuelve medianamente porosa la mirada médica, es decir, inevitablemente vinculada al carácter situado de las quejas, a pesar y en fricción con las presiones a la industrialización de la atención, característica de los sistemas de salud hegemónicos, especialmente, aquellos más pauperizados.

Por una parte, entonces, cierta eficacia de las prácticas alternativas y del nombre, permitía a las personas dar cuenta de dimensiones de sí mismas que anteriormente se les habían negado o dificultado reconocer, a pesar de las tensiones o incluso afinidades de éstas para ser funcionalizadas en la gestión individual. Por otra, una incertidumbre del diagnóstico permite, aun en contra de cualquier presupuesto o evidencia, hacer pasar problemas extramédicos en las consideraciones explícitamente clínicas (el barrio, el trabajo, el transporte, la familia), a través de cuestiones tan poco glamorosas como el conocimiento mutuo, que inevitablemente

se empieza a formar entre cierto personal de salud y las personas que asisten reiteradamente a un mismo centro de salud familiar.

Que no se confunda, esto no niega los efectos globales de dominación, sino que hace visible una dimensión en donde es todavía posible decir algo, en donde los deseos (de un mejor nombre para mi malestar, de una mejor comprensión de la salud, del reconocimiento de una condición, etc.), desbordan las categorías médicas y las inclinaciones políticas que estas portan, incitando a nombrar de otros modos, a desplazar las inclinaciones que sostiene determinado saber. En otras palabras, el grado cero en donde el malestar que moviliza el deseo puede ensayar otras gramáticas u otros modos de colectivización para ponerlo en común o politizarlo (Guattari y Rolnik, 2006; Rolnik, 2019).

La (afortunada) imperfección en el ejercicio del poder, en la conducción de conductas, es la que permite comprender cabalmente la idea según la cual los diagnósticos no son solo formas de individualización, sino también modos de colectivización del sufrimiento individual en el juego de lenguaje específico del saber médico (Ehrenberg, 2010). Ahora bien, como tales posibilidades se dan dentro de una situación social atravesada por una multiplicidad de fuerzas heterogéneas, entonces, esos modos de colectivización específico pueden entrar en relación con otras formas de elaboración del malestar y, por ende, convertirse en reivindicaciones de otro tipo: por mejoras en las condiciones de la vejez o del trabajo; por acceso a la salud mental (como en importantes movimientos universitarios en los últimos años en Chile); por reconocimiento de modos de ser (como en movimientos y colectivos de usuarios de salud, como “locos por nuestros derechos”, “no es lo mismo ser loca que loco”, pero también asociaciones de diagnosticados y padres con autismo o TDAH, o incluso con enfermedades autoinmunes como Crohn o fibromialgia, etc.); o, finalmente, como crítica radical a diagnósticos que se han mostrado extremadamente funcionalizados (“no era depresión, era capitalismo”, señalaba la revuelta de octubre de 2019).

En esta línea, una de las zonas de ambigüedad que habilita prácticas contemporáneas de cooptación, a la vez, que posibilidades impensadas para las lógicas y racionalidades descrita en apartados anteriores, es lo que se conoce como neurodiversidad y, en ocasiones, neurodivergencia (Castel, 2010; Malabou, 2017; Rose y Abi-Rached, 2013; Vidal y Ortega, 2017). En esta lógica, no solo hay una cerebralización ligada con un ejercicio de optimización (Caliman, 2008, 2012; Ehrenberg, 2018), sino que se habilitan preguntas más generales respecto, por una parte, de qué hacer con las categorías médicas (de autismo, TDAH, luego bipolaridad,

algunos trastornos border o depresión e incluso esquizofrenia¹⁰). ¿Es preciso sanar/eliminar estos modos de habitar el mundo? ¿Es acaso posible? ¿Sería más deseables comprenderles, acompañarles, lidiar con los aspectos que causan más sufrimiento? ¿Qué acomodos exige eso para los espacios y mundos compartidos, institucionales, estructurales?, etc.¹¹ Del mismo modo que señalábamos antes, estos saberes y prácticas, tecnologías de visualización cerebral específicas, usos de fármacos, historias y experiencias, se insertan en sistemas de salud inscritos en diagramas específicos que fomentan, por ello, ciertas apropiaciones y no otras. Entonces, no es raro que la gran mayoría de estos discursos y prácticas tiendan a poner menos en cuestión el modo de reproducción social capitalista, de lo que sería deseable para nosotros científicos sociales críticos. Sin embargo, esto no implica que reivindicaciones de este alcance y profundidad tanto para el saber médico, como para la episteme global que organiza nuestra comprensión de lo humano, sus capacidades y dolencias, se agote allí. Por el contrario, indicaría que es justamente a partir de ello donde el plano micropolítico de las prácticas puede dialogar con un análisis social crítico que, reconociendo aquellas potencias, pueda acompañar y/o intensificar articulaciones que les desenganchen de los modos de reconocimiento social hegemónicos, abriendo las posibilidades para la experimentación e imaginación política, modificando radicalmente los sistemas de salud y las sociedades que les acogen.

Síntesis

Hicimos un vuelo por algunos puntos centrales de la noción de gubernamentalidad, específicamente en salud. Luego, analizamos dos lógicas que han sido descritas como predominantes, tanto en Chile como a nivel internacional, aterrizando cuando ha sido posible en casos, ejemplos, referencias, muchas de ellas proveniente de investigaciones realizadas por equipos donde los autores del artículo han participado. Finalmente, se expuso un tercer plano que actúa como una fuerza de desgubernamentalización, enfatizando en la (afortunada) incapacidad de los intentos de

¹⁰ Trascendiendo también a esa delgada línea que llamamos divulgación, muchas veces desde la óptica de la historia de triunfo personal, sufrimiento y éxito, al modo del potencial oculto que describe Ehrenberg (2018). Aquí, por ejemplo: <https://www.adamedtv.com/salud-mental/siete-conferencias-ted-de-historias-personales-de-lucha-contra-la-enfermedad-mental/>

¹¹ En esta línea hay algunos trabajos recientes también en Chile y Latinoamérica que ponen algunos de los puntos interesantes de esta discusión en juego: Bianchi (2016); Bianchi et al. (2017); Bianchi et al. (2016); Faraone y Bianchi (2018); Reyes et al. (2019); Rojas et al. (2018); Sousa Viégas, Oliveira y Da Silva (2019); Rojas (2018); Radiszcz y Sir (2018).

conducir las conductas, es decir, de gobernar cuerpos y afectos, de hacerlo de manera completamente acabada y que, por el contrario, siempre hay prácticas que exceden los intentos de su control e inclinación. En ese sentido, el propósito del texto, así como el de nuestras investigaciones, ha sido mostrar al mismo nivel de relevancia una lógica que, escapando a las racionalidades gubernamentales descritas, permite observar otros modos de hacer con el malestar a nivel individual, institucional y colectivo.

Referencias bibliográficas

- Ahmed, S. (2019). La promesa de la felicidad: Una crítica cultural al imperativo de la alegría. *Futuros próximos: Vol. 21*. Buenos Aires: Caja Negra.
- Anseolaga, E. y Valenzuela, E. (2014). Derecho a la Salud Mental en Chile: la infancia olvidada. En T. Vial Solar (Ed.), *Colección derecho. Informe anual sobre derechos humanos en Chile 2014*. Santiago, Chile: Ediciones Universidad Diego Portales.
- Araujo, K. y Martuccelli, D. (2012). *Desafíos comunes: Retrato de la sociedad chilena y sus individuos* (1a. ed.). Ciencias humanas. Sociología. Santiago: LOM Ediciones.
- Armstrong, D. (2002). *A new history of identity: A sociology of medical knowledge*. New York: Palgrave [Macmillan].
- Armus, D. (2005). *Avatares de la medicalización en América latina (1870-1970)* (1a. ed.). Colección Salud colectiva. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Batallán, G. y Varas, R. (2002). *Regalones, maldadosos, hiperkinéticos: Categorías sociales en busca de sentido la educación de los niños y niñas de cuatro años que viven en la pobreza urbana*. Enfoques pedagógicos. Santiago: LOM; PIIE; Gobierno de Chile Ministerio de Educación.
- Baudrillard, J. (1983). *Les stratégies fatales*. Paris: LGF.
- Baumeister, A. A., Henderson, K., Pow, J. L. y Advokat, C. (2012). The early history of the neuroscience of attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of the history of the neurosciences*, 21(3), 263-279. <https://doi.org/10.1080/0964704X.2011.595649>
- Béliard, A., Jiménez-Molina, Á., Díaz-Valdés, J., Le Goff, A., Mougél, S. y Sir, H. (2019). The multiple meanings of ADHD: between deficit, disruption and hidden potential. *Saúde e Sociedade*, 28(1), 55-74. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902019181145>
- Benasayag, L. (Ed.). (2011). *Conjunciones. ADDH, niños con déficit de atención e hiperactividad: ¿Una patología de mercado?: una mirada alternativa con enfoque multidisciplinario* (1a ed., 1a reimp). Buenos Aires: Novedades Educativas.
- Bennett, J. (2010). *Vibrant matter: A political ecology of things*. Durham: Duke University Press.
- Bergey, M. R., Filipe, A. M., Conrad, P. y Singh, I. (Eds.). (2018). *Global perspectives on ADHD: Social dimensions of diagnosis and treatment in 16 countries*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Bianchi, E. (2016). Diagnósticos psiquiátricos infantiles, biomedicalización y DSM: ¿hacia una nueva (a) normalidad? *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 14, 417-430. <https://doi.org/10.11600/1692715x.14128210715>

- Bianchi, E., Ortega, F., Faraone, S., Gonçalves, V. P. y Zorzaneli, R. T. (2016). Medicalización más allá de los médicos: marketing farmacéutico en torno al trastorno por déficit de atención e hiperactividad en Argentina y Brasil (1998-2014). *Saúde e Sociedade*, 25(2), 452-462. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902016153981>
- _____ (2017). Controversias sobre ADHD y metilfenidato en discusiones sobre medicalización en Argentina y Brasil. *Physis Revista de Saúde colectiva*, 27(3), 641-660.
- Boltanski, L. y Chiapello, È. (2002). *El nuevo espíritu del capitalismo*. Tres Cantos: Akal.
- Boni, L. y Mendelsohn, S. (2021). *La vie psychique du racisme*. Paris: La Découverte.
- Bourdieu, P. (1999). *La miseria del mundo* (1ª ed. en español, abreviada). Tres Cantos: Akal.
- Bröckling, U. (2016). *El self emprendedor: Sociología, de una forma de subjetivación*. Colección Sociología: personas, organizaciones, sociedad. Santiago, Chile: Ediciones Universidad Alberto Hurtado.
- Buchanan, I. (2020). *Assemblage theory and method: An introduction and guide*. London, New York: Bloomsbury Academic.
- Bussing, R., Mason, D., Garvan, C. W., Gurnani, T., Koro-Ljungberg, M., Noguchi, K. y Albarracín, D. (2016). Willingness to use ADHD Self-Management: Mixed Methods Study of Perceptions by Adolescents and Parents. *Journal of child and family studies*, 25(2), 562-573. <https://doi.org/10.1007/s10826-015-0241-4>
- Caliman, L. V. (2008). O TDAH: Entre as funções, disfunções e otimização da atenção. *Psicologia em Estudo*, 13(3), 559-566. <https://doi.org/10.1590/S1413-73722008000300017>
- _____ (2012). Os regimes da atenção na subjetividade contemporânea. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 64(1), 2-17.
- Castel, P.-H. (2010). *L'esprit malade: Cerveaux, folies, individus*. Philosophie, anthropologie, psychologie. Paris: Les Ed. d'Ithaque.
- _____ (2011). Ames scrupuleuses, vies d'angoisse, tristes obsédés. *Philosophie, anthropologie, psychologie: Vol. 1*. Paris: Ithaque.
- _____ (2012). *La fin des coupables: Obsessions et contrainte intérieure de la psychanalyse aux neurosciences / suivi de Le cas Paramord*. Philosophie, anthropologie, psychologie. Paris: Ithaque.
- Castel, R. (1980). El orden psiquiátrico: La edad de oro del alienismo ([1a. ed.]). *Genealogía del Poder: Vol. 5*. Madrid: Las Ediciones de la Piqueta.
- Castro-Gómez, S. (2015). *Historia de la gubernamentalidad I: Razón de Estado, liberalismo y neoliberalismo en Michel Foucault* (Segunda edición). Biblioteca universitaria de ciencias sociales y humanidades. Filosofía política. Bogotá, Colombia: Siglo del Hombre Editores; Pontificia Universidad Javeriana, Instituto Pensar; Ediciones Universidad Santo Tomás de Aquino.
- Chamayou, G. (2018). *La société ingouvernable. Une généalogie du libéralisme autoritaire*. Paris: La Fabrique.
- Cid, C. y Uthoff, A. (2017). La reforma a la salud pendiente en Chile: Reflexiones en torno a una propuesta de transformación del sistema [The pending health reform in Chile: reflections on a proposal to transform the system/A inacabada reforma da saúde no Chile: reflexões sobre proposta de transformação do sistema]. *Revista panamericana de salud pública = Pan American journal of public health*, 41, e170. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2017.170>

- Clarke, A. E. (2003). Situational Analyses: Grounded Theory Mapping After the Postmodern Turn. *Symbolic Interaction*, 26(4), 553-576. <https://doi.org/10.1525/si.2003.26.4.553>
- Clarke, A. E., Friese, C. y Washburn, R. (Eds.). (2015). *Situational analysis in practice: Mapping research with grounded theory*. Walnut Creek California: Left Coast Press.
- Claro, S. (2015). Luche-Mundo: Una metodología para el abordaje responsable y dialógico del TDAH. *Estudios pedagógicos (Valdivia)*, 41(especial), 31-50. <https://doi.org/10.4067/S0718-07052015000300003>
- Comstock, E. J. (2011). The end of drugging children: toward the genealogy of the ADHD subject. *Journal of the History of the Behavioral Sciences*, 47(1), 44-69.
- Conrad, P. (1975). The Discovery of Hyperkinesis: Notes on the Medicalization of Deviant Behavior. *Social Problems*, 23(1), 12-21. <https://doi.org/10.2307/799624>
- _____. (1992). Medicalization and Social Control. *Annual Review of Sociology*, 18(1), 209-232. <https://doi.org/10.1146/annurev.so.18.080192.001233>
- _____. (2005). The shifting engines of medicalization. *Journal of health and social behavior*, 46(1), 3-14. <https://doi.org/10.1177/002214650504600102>
- _____. (2007). *The medicalization of society: On the transformation of human conditions into treatable disorders*. Baltimore, Md., London: Johns Hopkins University Press. Recuperado de <http://www.loc.gov/catdir/enhancements/fy0703/2006033235-b.html>
- Conrad, P. y Bergey, M. R. (2014). The impending globalization of ADHD: notes on the expansion and growth of a medicalized disorder. *Social science & medicine* (1982), 122, 31-43. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2014.10.019>
- Conrad, P. y Potter, D. (2000). *From hyperactive children to ADHD Adults: Observations on the expansion of medical categories*, 47(4), 559-582.
- Conrad, P. y Singh, I. (2018). Reflections on ADHD in a Global Context. En: M. R. Bergey, A. M. Filipe, P. Conrad y I. Singh (Eds.), *Global perspectives on ADHD: Social dimensions of diagnosis and treatment in 16 countries*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Cvetkovich, A. (2012). *Depression: A public feeling*. Durham, C.: Duke University Press.
- Darat, N. y Sir, H. (Eds.). (2018). *El abc del neoliberalismo: Volumen II*. Viña del Mar: Communes.
- Dardot, P. y Laval, C. (2016). *Ce cauchemar qui n'en finit pas: Comment le néolibéralisme défait la démocratie*. Cahiers libres. Paris: La Découverte.
- Deleuze, G. (2005). *Derrames: Entre el capitalismo y la esquizofrenia*. Serie Clases: Vol. 3. Buenos Aires: Cactus.
- _____. (2013). *El saber: Curso sobre Foucault*. Clases: 11-12. Buenos Aires: Cactus.
- _____. (2014). *El poder: Curso sobre Foucault*. Clases: Vol. 12. Buenos Aires: Editorial Cactus.
- _____. (2017). *Derrames II: Aparatos de estado y axiomática capitalista*. Buenos Aires: Cactus.
- Dodier, N. (1993). *L'expertise médicale: Essai de sociologie sur l'exercice du jugement*. Collection Leçons de choses. Paris: Editions Métailié; Diffusion Seuil.
- Ehrenberg, A. (1998). *La fatigue d'être soi*. Paris: Odile Jacob.
- _____. (2010). *La société du malaise*. Paris: Odile Jacob.

- _____ (2016). El individualismo y sus malestares. En E. Radiszcz (Ed.), *Malestar y destinos del malestar: Políticas de la desdicha*. Santiago, Chile: Social-Ediciones.
- _____ (2018). *La mécanique des passions: Cerveau, comportement, société*. Paris: Odile Jacob.
- Energici, M. A. (2015). Reseña a Ulrich Bröckling (2015) El self emprendedor. Sociología de una forma de subjetivación. Santiago: Ediciones Universidad Alberto Hurtado. *Persona y sociedad*, 29(3), 131-136.
- Estupiñán, M. L. (Ed.). (2016). *El abc del neoliberalismo*. Viña del Mar: Communes.
- Faraone, S. y Bianchi, E. (Eds.). (2018). *Medicalización, salud mental e infancias: Perspectivas y debates desde las ciencias sociales en Argentina y el sur de América Latina*. Buenos Aires: Teseo.
- Fassin, D. (2016). *La razón humanitaria: Una historia moral del tiempo presente*. Buenos Aires: Prometeo.
- Follegati, L. y Karmy, R. (Eds.). (2018). *Estudios en gubernamentalidad: Ensayos sobre poder, vida y neoliberalismo*. Viña del Mar: Communes.
- Foucault, M. (1994). *Dits et écrits: Tome IV: 1980-1988. Dits et écrits 1954-1988 / Michel Foucault: Vol. 4*. [Erscheinungsort nicht ermittelbar]: [Verlag nicht ermittelbar].
- _____ (1996). *La vida de los hombres infames*. Buenos Aires: Museos de Buenos Aires.
- _____ (2004). *El pensamiento del afuera* (5ª ed.). Ensayo. Valencia: Pre-Textos.
- _____ (2006). *Seguridad, territorio, población: Curso del Collège de France (1977-1978)*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- _____ (2007). *Nacimiento de la biopolítica: Curso en el Collège de France (1978-1979)*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- _____ (2012). *Vigilar y castigar: Nacimiento de la prisión* (Ed. rev. y corr). Biblioteca clásica de Siglo Veintiuno. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Fumagalli, A. (2010). *Bioeconomía y capitalismo cognitivo: Hacia un nuevo paradigma de acumulación* (1ª ed.). Mapas: Vol. 29. Madrid: Traficantes de Sueños.
- Fuster, N. (2013). *El cuerpo como máquina: La medicalización de la fuerza de trabajo en Chile* (1ª edición). Colección Sociedad: Vol. 1. Santiago, Chile: CEIBO Ediciones.
- Fuster, N. y Moscoso-Flores, P. (Eds.). (2015). *La Hoja Sanitaria: Archivo del Policlínico Obrero de la I.W.W. Chile, 1924-1927* (1a edición). Santiago, Chile: CEIBO Ediciones.
- Fuster, N., Rivera, D., Sir, H., Gómez, C. y Rodríguez, M. (2021). Management of unexplained: Poly-consultation and hyperfrequency on Primary Health Chilean Attention. A qualitative and exploratory study. *International journal of mental health systems*, 15(1), 9. <https://doi.org/10.1186/s13033-021-00436-4>
- Fuster, N. y Sir, H. (2017). Determinantes sociales y salud neoliberal: Hacia una gestión individual del malestar social. *Benessere. Revista de Enfermería*, 2(1), 4-7.
- Gárate, M. (2012). *La revolución capitalista de Chile: 1973-2003*. Colección de Historia. Chile: Ediciones Universidad Alberto Hurtado.
- Garretón, M. A. (2014). *Las ciencias sociales en la trama de Chile y América Latina: Estudios sobre transformaciones sociopolíticas y movimiento social* (Primera edición). Ciencias sociales y humanas Sociología. Santiago, Chile: LOM Ediciones.
- Gaulejac, V. d. y Hanique, F. (2015). *Le capitalisme paradoxant: Un système qui rend fou*. Économie humaine. Paris: Éditions du Seuil.

- Goffman, E. (2012a). *Estigma: La identidad deteriorada* (2ª. ed., 2ª reimp). Biblioteca de sociología. Buenos Aires: Amorrortu.
- _____ (2012b). *Internados: Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales* (2a. ed., 2ª reimp). Biblioteca de sociología. Buenos Aires: Amorrortu.
- Goic, A. (2015). El Sistema de Salud de Chile: una tarea pendiente [The Chilean Health Care System: the task ahead]. *Revista Médica de Chile*, 143(6), 774-786. <https://doi.org/10.4067/S0034-98872015000600011>
- Guattari, F. y Rolnik, S. (2006). *Micropolítica: Cartografías del deseo* (1ª ed.). Mapas: Vol. 14. Madrid: Traficantes de Sueños.
- Hacking, I. (1998). *Rewriting the Soul*. Princeton University Press.
- _____ (2002). *Mad travelers: Reflections on the reality of transient mental illnesses*. Cambridge: Harvard University Press.
- Haraway, D. (1995). *Ciencia, cyborgs y mujeres: La reinención de la naturaleza*. Madrid: Cátedra.
- _____ (2007). *Breve historia del neoliberalismo*. Tres Cantos: Akal.
- Haye, A., Matus, C., Cottet, P. y Niño, S. (2018). Autonomy and the ambiguity of biological rationalities: systems theory, ADHD and Kant. *Discourse: Studies in the Cultural Politics of Education*, 39(2), 184-195. <https://doi.org/10.1080/01596306.2018.1404196>
- Illich, I. (2015). *Némesis médica: La expropiación de la salud*. Delhi: Facsimile Publisher.
- Illouz, E. (2007). *Intimidades congeladas: Las emociones en el capitalismo*. Madrid: Katz.
- _____ (2010). *La salvación del alma moderna: Terapia, emociones y la cultura de la autoayuda* (1ª ed.). Conocimiento. Madrid, Buenos Aires: Katz.
- Kerr, A. (2004). *Genetics and society: A sociology of disease*. London: Routledge.
- Lahire, B. (2013). *Dans les plis singuliers du social: Individus, institutions, socialisations*. Collection Laboratoire des sciences sociales. Paris: La Découverte.
- Laval, C. y Dardot, P. (2015). *La nueva razón del mundo: Ensayo sobre la sociedad neoliberal* (1ª edición, reedición). 360 Claves Contemporáneas. Barcelona: Gedisa.
- Liebert, R. J. (2017). Beside-the-mind: An unsettling, reparative reading of paranoia. *Subjectivity*, 10(1), 123-145. <https://doi.org/10.1057/s41286-016-0015-5>
- _____ (2018). *Psycurity: Colonialism, Paranoia, and the War on Imagination. Concepts for critical psychology: Disciplinary boundaries re-thought*. Abingdon, Oxon: Routledge.
- Lorey, I. (2016). *Estado de inseguridad: Gobernar la precariedad* (1ª ed.). Mapas: Vol. 43. Madrid: Traficantes de Sueños.
- Malabou, C. (2017). *Les nouveaux blessés: De Freud à la neurologie: penser les traumatismes contemporains* (1re édition). Quadrige. Paris: PUF.
- Marques, T. P. (2018). Illness and the Politics of Social Suffering: Towards a Critical Research Agenda in Health and Science Studies *Revista Crítica de Ciências Sociais, (Número especial)*, 141-164. <https://doi.org/10.4000/rccs.7763>
- Massumi, B. (2017). Vers une politique du dividualisme. *Multitudes*, 3(68), 77-87.
- Miller, P. y Rose, N. S. (2008). *Governing the present: Administering economic, social and personal life* (1. publ). Cambridge: Polity Press.
- Ortega, F. (2010). El cuerpo incierto: Corporeidad, tecnologías médicas y cultura contemporánea. *Estudios sobre la ciencia: Vol. 57*. Madrid: Consejo Superior de Investigaciones Científicas.

- Pincheira, I., Flem, I., Follegati, L., Sanhueza, D. y Sir, H. (Eds.) (2016). *Actas de la Primera Jornada Transdisciplinaria de Estudios en Gubernamentalidad: Máquinas del saber, mecanismos de poder, prácticas de subjetivación*. Santiago de Chile: Escaparate.
- Radiszcz, E. (Ed.). (2016). *Malestar y destinos del malestar: Políticas de la desdicha*. Santiago de Chile: Social-Ediciones.
- Radiszcz, E. y Sir, H. (2018). The politics of error: Rethinking the power of the symptom in the case of ADHD diagnosis in Chilean society. *Journal of Social and Political Psychology*, 6(2), 711-727. <https://doi.org/10.5964/jssp.v6i2.896>
- Rafalovich, A. (2004). *Framing ADHD children: A critical examination of the history, discourse, and everyday experience of attention deficit/hyperactivity disorder*. Lanham, Md., Oxford: Lexington Books.
- Rauthmann, J. F., Sherman, R. A. y Funder, D. C. (2015). Principles of Situation Research: Towards a Better Understanding of Psychological Situations. *European Journal of Personality*, 29(3), 363-381. <https://doi.org/10.1002/per.1994>
- Rebolledo, J. (2016). *El despertar de los cuervos: Tejas verdes, el origen del exterminio en Chile* (1a edición). Santiago, Chile: Planeta.
- Reyes, P., Cottet, P., Jimenez, A. y Jauregui, G. (2019). Rethinking medicalization: discursive positions of children and their caregivers on the diagnosis and treatment of ADHD in Chile. *Saúde e Sociedade*, 28(1), 40-54. <https://doi.org/10.1590/s0104-12902019181141>
- Rodríguez, P. (2019). *Las palabras en las cosas: Saber, poder y subjetivación entre algoritmos y biomoléculas*. Buenos Aires: Cactus.
- Rodríguez, R. y Tello, A. (2012). *Descampado: Ensayos sobre las contiendas universitarias*. Intervenciones. Santiago, Chile: Sangría editora.
- Rojas, S. (2018). Nuevas subjetividades: Una aproximación posthumanista y material a los procesos de encuentro entre niñas, niños y psicoestimulantes. *Psicología, Conocimiento y Sociedad*, 8(2), 170-183.
- Rojas, S., Rojas, P., Castillo-Sepúlveda, J. y Chongut-Grollmus, N. (2018). Reensamblando la medicalización: Hacia una pluralización de las explicaciones del TDAH en Chile. En: S. Faraone y E. Bianchi (Eds.), *Medicalización, salud mental e infancias: Perspectivas y debates desde las ciencias sociales en Argentina y el sur de América Latina* (pp. 335-367). Buenos Aires: Teseo.
- Rojas Navarro, S. y Vrecko, S. (2017). Pharmaceutical entanglements: an analysis of the multiple determinants of ADHD medication effects in a Chilean school. *International journal of qualitative studies on health and well-being*, 12(sup1), 1298268. <https://doi.org/10.1080/17482631.2017.1298268>
- Rolnik, S. (2019). *Esferas de la insurrección: Apuntes para descolonizar el inconsciente*. Buenos Aires: Tinta Limón.
- Rose, N. (2012). *Políticas de la vida: Biomedicina, poder y subjetividad en el siglo XXI*. La Plata: UNIPE.
- Rose, N. y Abi-Rached, J. M. (2013). *Neuro: The new brain sciences and the management of the mind*. Princeton, N.J. etc.: Princeton University Press.
- Rosenberg, C. E. y Golden, J. (Eds.). (1992). *Health and medicine in American society. Framing disease: Studies in cultural history*. New Brunswick (N.J.): Rutgers University Press.
- Schwarz, A. (2016). *ADHD Nation: Children, Doctors, Big Pharma, and the Making of an American Epidemic*. Simon & Schuster.

- SENAMA (2013). *Inclusión y Exclusión Social de las Personas Mayores en Chile: Opiniones, Percepciones, Expectativas y Evaluaciones*. Santiago, Chile: SENAMA.
- Sibilia, P. (2009). *El hombre postorgánico: Cuerpo, subjetividad y tecnologías digitales*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- Sir, H. (2014). A propósito de “El cuerpo como máquina. La medicalización de la fuerza de trabajo en Chile”: Sobre el dispositivo médico y su alcance. *Revista Latinoamericana de Estudios sobre Cuerpos, Emociones y Sociedad*, 6(14), 97-100.
- _____. (2018a). ¿Hay algún afuera del trabajo?: Biomedicina, trabajo y vejez en Chile. *Sociológica*, 33(94), 203-234.
- _____. (2018b). Dispositivos de alivio: Fortalecer, aguantar, dominar. En L. Follegati y R. Karmy (Eds.), *Estudios en gubernamentalidad: Ensayos sobre poder, vida y neoliberalismo* (pp. 139-160). Viña del Mar: Communes.
- _____. (2019). Los signos exteriores de la atención en la escuela: Disciplina, acompañamiento e inquietud posicional. En L. de Sousa Viégas, E. de Oliveira y H. Da Silva (Eds.), *Medicalização, a quem será que se destina: Desqualificação do sujeito em tempos de neoliberalismo*. Salvador de Bahía, Brasil: EDUFBA.
- Sir, H., Castañeda, I. y Radiszcz, E. (2019). Excess of attention: The construction of a disorder in Chilean schools. *Práxis Educacional*, 15(36), 131. <https://doi.org/10.22481/praxisedu.v15i36.5882>
- Sousa Viégas, L. de, Oliveira, E. de y Da Silva, H. (Eds.) (2019). *Medicalização, a quem será que se destina: Desqualificação do sujeito em tempos de neoliberalismo*. Salvador de Bahía, Brasil: EDUFBA.
- Stengers, I. (1997). *Power and invention: Situating science / Isabelle Stengers; foreword by Bruno Latour; translated by Paul Bains. Theory out of bounds: v.10*. Minneapolis, London: University of Minnesota Press.
- Stiglitz, G. (Ed.) (2006). *DDA, ADD, ADHD, como ustedes quieran: El mal real y la construcción social*. Buenos Aires: Grama.
- Tello, A. (Ed.). (2016). *Gobierno y Desacuerdo: Diálogos interrumpidos entre Foucault y Ranciere*. Viña del Mar: Communes.
- Uribe, P., Abarca-Brown, G., Radiszcz, E. y López-Contreras, E. (2019). ADHD and Gender: subjective experiences of children in Chile. *Saúde e Sociedade*, 28(1), 75-91. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902019181144>
- Vidal, F. y Ortega, F. (2017). *Being brains: Making the cerebral subject* (First edition). Forms of living. New York: Fordham University Press.
- Wehling, P., Viehöver, W. y Koenen, S. (Eds.). (2015). *Routledge studies in the sociology of health and illness. The public shaping of medical research: Patient associations, health movements and biomedicine*. London, New York: Routledge Taylor & Francis Group.
- Yuing, T. y Karmy, R. (2014). *Biopolíticas, gobierno y salud pública: Miradas para un diagnóstico diferencial*. Santiago, Chile: Escuela de Salud Pública, Universidad de Chile; OchoLibros.
- Zarate, M. S. (2008). *Por la salud del cuerpo: Historia y políticas sanitarias en Chile*. Santiago, Chile: Universidad Alberto Hurtado.

CAPÍTULO 6.

EL OBJETO/SUJETO DE LAS POLÍTICAS SOBRE “DISCAPACIDAD”: LOS CUERPOS IN-DISCIPLINABLES

Miguel A. V. Ferreira

“Que el hombre vive en la Naturaleza quiere decir que la Naturaleza es su cuerpo... Que la vida física y espiritual del hombre está ligada con la Naturaleza no tiene otro sentido que el de que la Naturaleza está ligada consigo misma, pues el hombre es una parte de la Naturaleza”.

Marx. El trabajo enajenado¹

“Estas estrategias de manipulación pretenden moldear los cuerpos para hacer de cada uno de ellos un componente del grupo... e instituir... una sujeción mediante la sugestión que domina los cuerpos y hace que funcionen como una especie de autómatas colectivos”.

Bourdieu. El conocimiento por cuerpos²

Introducción

Como consecuencia del proceso de modernización occidental y de la hegemonía, en su desarrollo, de una epistemología positivista, la discapacidad ha sido objeto de un tratamiento orientado exclusivamente por un enfoque médico, hasta los años 80 del siglo XX. A partir de entonces, sobre la base de la filosofía de la vida independiente, las personas con discapacidad (PCD) se han convertido en un sujeto colectivo, capaz de constituirse con una identidad autónoma con la que poder autodefinirse, señalando la condición de opresión, marginación y exclusión social a la que se ven sometidas, como consecuencia de las intervenciones derivadas del enfoque médico. El objeto médico pasó a transformarse en un sujeto político.

¹ Marx (1985: 111).

² Bourdieu (1999: 192).

Para llevar a cabo esa transformación, las personas con discapacidad han emprendido una lucha orientada fundamentalmente a la modificación de los marcos jurídicos que regulan su existencia, para la obtención de un reconocimiento expreso de su derecho a la igualdad de oportunidades. A fecha actual, ese reconocimiento ha sido logrado en gran medida, pero el mismo no ha supuesto una transformación sustancial en sus condiciones reales de existencia. Una de las razones de este desajuste entre los marcos normativos y las condiciones efectivas de existencia de las PCD, reside en que la lucha política ha omitido abordar el núcleo central de la opresión, el cuerpo: el sujeto político ha eludido la cuestión fundamental de su condición de objeto médico. Así, una vez abierta la batalla política, en el camino hacia un pleno reconocimiento de derechos, las personas con discapacidad todavía tienen que hacer valer su verdadera fortaleza, reapropiándose de una condición corporal singular, que escapa a la lógica de la normalización disciplinaria de la que se han servido los aparatos del poder, del saber-poder (Foucault, 1996), para regular las conductas colectivas, y con ello poder hacer expresa su condición de cuerpos no normalizables, no disciplinables.

Vamos a tratar de mostrar la particular repercusión que ha tenido para las PCD el modo en el que la modernidad occidental ha conformado nuestra corporalidad y como dicha conformación implica una concepción de la condición de la discapacidad que se traduce en unas prácticas institucionales, entre ellas, las que se derivan de las políticas sociales orientadas a la discapacidad, que impiden esa reapropiación corporal, persistiendo en una lógica de normalización y disciplinamiento que excluye a las PCD del acceso, corporal, a los recursos materiales y simbólicos a partir de los que poder desarrollar una vida autónoma y alcanzar una plena inclusión.

El cuerpo-éxito

En torno al cuerpo pivota una ambigüedad sobre la que, a su vez, se erige una hipocresía. Ya desde la Antigüedad Griega, las sociedades occidentales han desarrollado todo un elogio cultural, estético, sobre el cuerpo: el *cuerpo bello* como manifestación de perfección humana. Pero, a la par, esas culturas abordaban una comprensión del ser humano, de su especificidad, o “excelencia” constitutiva, asentada en la Razón: el ser humano es un *animal racional*. Debido a esa potestad racional, y pese a no poder eludir su condición animal, el ser humano se distanciaba de la pura animalidad, negándola como condición esencial de su existencia y, al negarla, se hacía de su cuerpo un mero “depósito material”, secundario, casi accidental y prescindible, de su verdadera naturaleza esencial, la Razón.

El ideal estético, ensalza el cuerpo; el ideal racional, lo repudia. El uno, exalta la perfección animal del organismo humano; el otro, reniega de esa animalidad, la pone en suspenso, acusando al cuerpo, al organismo animal, de ser un lastre para la consecución de la verdadera y genuina perfección humana: “Veinte siglos de difuso platonismo (...) inclinan a considerar el cuerpo no como un instrumento del conocimiento, sino como un obstáculo para el conocimiento” (Bourdieu, 1999: 182).

En esa ambigüedad se ha configurado, y se sigue configurando, nuestra corporalidad, nuestra experiencia corporal y nuestra consideración de la misma. Existimos en un cuerpo, dependemos de él, eso es innegable; pero al mismo tiempo, pretendemos poder superar las limitaciones que nuestro cuerpo nos impone, liberarnos de esa “cárcel”, de esa animalidad, de ese lastre puramente biológico, en el que estamos atrapados, a través del dominio de la Razón. Una razón que ha de refrenar los impulsos animales, corporales, que alimentan nuestros deseos; y al hacerlo, ella misma está alimentando un Deseo, el deseo de alcanzar una perfección humana “sin cuerpo”: un deseo imposible. Y deseamos de modo simultáneo y contradictorio, en oposición, por tanto, a todo criterio de racionalidad, tanto la posesión de un cuerpo perfecto como la de una racionalidad excelente e independiente de nuestro cuerpo.

Sobre la base de esa ambigüedad se erige, decíamos, una hipocresía; hipocresía según la cual nunca seremos juzgados, en lo que atañe a nuestra condición humana, por nuestro cuerpo y nuestras “auténticas” oportunidades descansan en nuestras aptitudes racionales, las únicas que habrán de ser objeto de juicio. Hipocresía obvia y manifiesta cuando consideramos todos los logros alcanzables gracias, únicamente, a la posesión de un cuerpo estéticamente valorable y todos los impedimentos que podemos encontrar para hacer valer una racionalidad excepcional con un cuerpo desvalorizado. Hipocresía según la cual conocimiento y corporalidad están escindidos y el primero se alcanza independientemente de la segunda y es el que nos otorga nuestra “auténtica” condición humana.

Ahora bien, nuestra condición humana, para realizarse, habrá de someterse a las exigencias del tiempo, lugar y contexto particulares en los que ha de desarrollarse, atendiendo a las condiciones estructurales de su “contexto de realización”. Y va a ser, precisamente, ese contexto, y no nuestras propias potencialidades, lo que delimite de manera más decisiva nuestro camino de perfectibilidad, un camino hacia el éxito³.

³ Un éxito que vamos a entender como “reconocimiento” y que presupone la adquisición y acumulación de capital simbólico: “Llamo capital simbólico a cualquier especie de

Ese contexto, en la actualidad, no es otro que el de una sociedad capitalista de merca-do, de carácter global, regulada por los principios de la ideología neoliberal; en ella, el éxito es de naturaleza económica, y su obtención se deriva de la aplicación de los criterios de racionalidad propugnados por el neoliberalismo. Unos criterios según los cuales, no es ya el intercambio, sino la competencia (entre desiguales)⁴ el principio fundamental que garantiza el buen funcionamiento del mercado y, con él, del conjunto de las relaciones sociales.

El éxito derivaría de la adecuada aplicación de una racionalidad egoísta y empresarial y en ello nada parece que remita a requerimientos corporales de ningún tipo. Sin embargo, ese éxito económico está sujeto a una valoración estrechamente vinculada con la estética corporal: haciendo manifiesta esa hipocresía que se señalaba previamente, la racionalidad del éxito parece arraigar mejor en determinadas corporalidades, unas que se ajustan a ciertos parámetros de belleza en los que la valoración estética es consecuencia de una adecuación a las directrices médicas respecto a la salud, entendida como norma universal del funcionamiento corporal humano.

Se anudan dos discursos científicos sobre el cuerpo: el de la economía y el de la medicina; uno, eludiéndolo, el otro, normalizándolo; ambos,

capital (...) cuando es percibida según unas categorías de percepción, unos principios de visión y de división, unos sistemas de clasificación, unos esquemas clasificadores, unos esquemas cognitivo que son, por lo menos en parte, fruto de la incorporación de las estructuras del campo considerado, es decir de la estructura de la distribución del capital en el campo considerado. (...) El capital simbólico es *un capital de base cognitiva, que se basa en el conocimiento y el reconocimiento*" (Bourdieu, 1997b: 151; cursiva nuestra).

⁴ Foucault (2008) señala este punto clave, que marca la distancia fundamental entre el liberalismo clásico y el neoliberalismo, cuyo origen lo encontramos en las propuestas de la Escuela de Friburgo tras la II Guerra Mundial: se trata de justificar la necesidad de la permanente intervención del Estado, no directamente sobre el mecanismo económico, sino sobre todas aquellas condiciones –jurídicas, culturales, medioambientales, demográficas...– necesarias para su buen funcionamiento; intervención necesaria porque se abandona la idea de un mercado de intercambio que se constituye de manera “natural” gracias al impulso del egoísmo individual, pasando a considerar que el mercado obedece a un principio formal y ha de ser creado artificialmente. Ese principio formal obedece a la lógica, no del intercambio, sino de la competencia, y es ésta la que ha de ser fomentada por el Estado a partir de una “empresarialización generalizada de la sociedad”: “...se trata (...) de constituir una trama social en la que las unidades básicas tangan precisamente la forma de la empresa (...) se trata de generalizar, mediante su mayor difusión y multiplicación posibles, las formas “empresa”, que no deben (...) concentrarse como grandes empresas (...) se trata de hacer de (...) la empresa el poder informante de la sociedad”. (Foucault, 2008: 186). El neoliberalismo promueve la creación de “hombres-empresa”, guiados exclusivamente por la competencia; todos seríamos un empresa-rio de sí mismo, compitiendo por la acumulación y la rentabilización de nuestro Capital Humano.

encapsulándolo en una representación del éxito según éste viene definido por el capitalismo neoliberal: el éxito sin cuerpo lo es, en realidad, de un cuerpo sano que, por sano, necesariamente, es bello. La racionalidad como principio del éxito, se asocia a la posesión de un cuerpo bello-sano, un cuerpo conformado según un patrón de excelencia funcional que se deriva de los procesos de “normalización” (Foucault, 1996) disciplinaria que comienzan su andadura en el siglo XVIII, en los inicios del régimen político propio de la modernidad occidental: una norma de salud definida por la ciencia médica según unos criterios de funcionalidad orgánica de carácter, presuntamente, universal. Un cuerpo sano es aquel que se ajusta a tales criterios, un cuerpo enfermo, es el que no lo hace. Y la posesión de un cuerpo ajustado a la norma médica de salud es condición necesaria para su valoración estética como “bello” y, como tal, condición privilegiada para la obtención del éxito.

Pese a los presupuestos racionalistas que sustraen el cuerpo de la consideración del éxito en una sociedad capitalista neoliberal, la posesión de un cuerpo sano-bello está vinculada al reconocimiento de dicho éxito, y su no posesión implica una valoración negativa respecto a las oportunidades de su obtención. El cuerpo se erige como un valor simbólico asociado al valor económico del éxito. De tal modo, que las personas que se alejan de esa norma corporal se alejan de ese valor o capital simbólico y, con ello, de su reconocimiento como personas merecedoras del éxito económico.

Las personas con discapacidad (PCD) han sido catalogadas, bajo las directrices médicas de normalización, como personas enfermas⁵, personas que jamás estarán en condiciones de poseer un cuerpo sano-bello y, por lo tanto, personas que no pueden estar destinadas al éxito, personas que habrán de conformarse con un lugar subalterno, marginado o excluido de los cauces del éxito propios de una sociedad capitalista neoliberal. Su cuerpo es el que dictamina su marginación y su exclusión.

La condición marginada y excluida de las PCD, su valoración como personas no aptas para el logro del éxito económico por ser portadoras de cuerpos enfermos y no-bellos, ha sido una constante de las sociedades capitalistas occidentales a lo largo de todo el transcurrir de la modernidad. Sólo a partir de los años 80 del siglo XX iniciaron su camino de lucha contra la opresión de la que venían siendo objeto; y de ser “objeto” pasaron a reclamar su condición de “sujeto”, sujeto colectivo con capacidad de decisión, más

⁵ Una catalogación errónea, por cuanto la enfermedad, como desviación de la norma de la salud, como anormalidad o patología (Canguilhem, 1970), es un estado transitorio del organismo, en tanto que la discapacidad es permanente.

allá de las directrices médicas. Las, así llamadas, *políticas públicas*⁶, no parecen haber registrado ese cambio de estatuto, un cambio que lleva implícita una redefinición de las condiciones de obtención del éxito económico haciendo expresa la dimensión corporal a las que las mismas están asociadas.

El cuerpo-conocimiento

Cabe señalar, en consecuencia, que el factor que condiciona la existencia de las PCD a lo largo de toda la modernidad occidental, y todavía a fecha actual, bajo las particulares condiciones impuestas por el modelo neoliberal, es la posesión de un cuerpo “no normalizable”, imposible de ajustar a la norma médica de la salud, un cuerpo de difícil clasificación (médica) y regulación (política).

Esa desposesión se hace aún más evidente cuando, refutando la dicotomía racionalista que escinde y contrapone cuerpo y conocimiento (según diversos pares de oposiciones: cuerpo/mente, conocimiento/práctica, razón/pasión, materia/idea, etc.), consideramos que, de hecho, nuestro conocimiento reside en nuestro cuerpo o, para ser más taxativos, el conocimiento es cuerpo. Nuestra corporalidad delimita, condiciona, fundamenta nuestro conocimiento. Estamos hablando, naturalmente, de un conocimiento y de un cuerpo que no son los que se formulan desde el reduccionismo de los presupuestos positivistas⁷.

Nuestra existencia en el mundo es corporal; nuestro cuerpo, situado en el mundo, nos dota de nuestra percepción particular del mismo, de la posición concreta a partir de la cual podemos llegar a conocerlo: cuerpos distintos en posiciones distintas implican conocimientos distintos, aparatos sensoriales y sistemas neuronales en su particular configuración e interacción con el entorno, formando parte de él; sin vista, sin oído, sin cerebro, no hay conocimiento. Estamos “situados” en el mundo porque

⁶ Consideramos más adelante lo paradójico, e ideológicamente tendencioso, de la redundancia contenida en el concepto “Políticas Públicas”.

⁷ No profundizaremos en los presupuestos epistemológicos sobre los que se sustenta el positivismo; tan sólo señalaremos que las formulaciones derivadas de los mismos se configuran sobre la base de cuatro principios: el Objetivismo, el Naturalismo, el Realismo y el Empirismo Deductivo (ONRED), que se anclan en la oposición sujeto/objeto como categorías epistemológicas básicas; la puesta en cuestión de esa oposición conduce a diversos fundamentos epistemológicos alternativos, uno de los cuales se sostiene en el principio de la reflexividad y es el que aquí se trata de aplicar. Una crítica detallada a los fundamentos epistemológicos del Positivismo puede consultarse en Ferreira (2004, 2007, 2009a, 2009b).

lo está nuestro cuerpo, y desde esa posición, exclusiva e intransferible, conocemos el mundo; “...no hay nadie que no esté caracterizado por el lugar donde está situado de forma más o menos permanente” (Bourdieu, 1999: 179), y así caracterizado, “...[como] agente implicado en la práctica conoce el mundo, pero (...) no se instala en la relación de exterioridad de una conciencia conocedora. Lo conoce (...) precisamente porque se encuentra inmerso en él” (Ibid.: 188).

Nuestro cuerpo nos dota de un conocimiento inscrito en la práctica, un conocimiento que está “más allá de la alternativa de la cosa y la conciencia, el materialismo mecanicista y el idealismo constructivista” (Ibid.: 181), un conocimiento fruto de las eficiencias corporales adquiridas en nuestra permanente relación, práctica, con el mundo.

Así pues, nos alejamos de la consideración del “cuerpo-cosa”, estructura anatómica y funcionalidad fisiológica: nuestro cuerpo es mucho más que simple “materia” biológica: es cultura, es biografía, es sentimiento; es un cuerpo “habitado”, una corporalidad. Y esa corporalidad no es natural, es la resultante de un proceso de construcción que implica adiestramientos, disciplinas y adquisición de destrezas; y de esa construcción resulta su capacidad activa, una capacidad cuyo fundamento no es la racionalidad, sino las emociones, porque “...no hay nada más serio que la emoción, que llega hasta lo más hondo de los dispositivos orgánicos” (Ibid.: 187), y desde lo más hondo se constituye como el catalizador de la acción humana: “...las emociones son significados culturales y relaciones sociales fusionados de manera inseparable, y es esa fusión lo que les confiere la capacidad de impartir energía a la acción” (Illouz, 2010).

Nuestro cuerpo, movilizado por la emoción, actúa en el mundo y, actuando, lo conoce; nuestro cuerpo, cultural, política y performativamente construido (Ferreira, 2009a), es sedimento de un conocimiento instalado en la reflexividad de las prácticas sociales:

“El sujeto de conocimiento social no es una entidad pasiva sumida en la contemplación racional del mundo (...), sino que es un sujeto que actúa, y que evidencia su constitución reflexiva, sobre todo, en ése su actuar práctico sobre el mundo. Esa actividad práctica revierte sobre sí mismo en virtud de las consecuencias materiales, ácticas que dicha actividad implica transformándolo en tanto que sujeto de conocimiento activo (reflexividad/sujeto), al tiempo que dichas consecuencias se derivan de que sus objetos cognitivos de referencia son, en la práctica, sujetos igual de reflexivos que él (reflexividad/objeto), que son modificados por su actuar y en virtud de dicha alteración operan esa reversión de la acción el sujeto sobre sí mismo.

La sociedad se constituye como una agregación de sujetos/objetos reflexivos que interactúan entre sí generando una dinámica auto-constitutiva (reflexividad/sujeto-objeto)” (Ferreira, 2015: 293-294).

A través del cuerpo, mediante la reflexividad propia de las relaciones sociales, desarrollamos un conocimiento práctico que nos constituye como agentes sociales; cuerpo, reflexividad y conocimiento práctico implican la constitución de un *habitus* mediante el cual ese cuerpo-agente “hace”, y “sabe lo que hace”:

“... los agentes sociales están dotados de habitus, incorporados a los cuerpos a través de las experiencias acumuladas: estos sistemas de esquemas de percepción, apreciación y acción permiten llevar a cabo actos de conocimiento práctico” (Bourdieu, 1999:183)⁸.

“El habitus es ese principio generador y unificador que retraduce las características intrínsecas y relacionales de una posición en un estilo de vida unitario, es decir, un conjunto unitario de elección de personas, de bienes y de prácticas” (Bourdieu, 1997c:19).

Las regularidades estructurales del mundo en el que vivimos conforman nuestro cuerpo, lo construyen, dotándolo de las habilidades (predisposiciones inscritas en nuestros modos de percepción, apreciación, valoración y acción) necesarias para desenvolver-nos en él: nuestro cuerpo conoce el mundo que habita porque ese mundo lo construye ajustándolo a sus requerimientos estructurales, moldeándolo según las necesidades que ha de satisfacer, y al constituirlo, lo dota de conocimiento práctico, y al dotarlo de conocimiento práctico, le otorga la capacidad de transformarlo y de transformarse (lo dota de reflexividad).

Esa conformación corporal implica disciplinas y adiestramientos que constituyen procesos de normalización corporal; una normalización práctica, de naturaleza política, regulada por las directrices de la norma médica de la salud como óptimo de funcionalidad orgánica: nuestro conocimiento práctico está condicionado por el grado de ajuste de nuestro

⁸ “...[Estos] actos de conocimiento práctico, [están] basados en la identificación y el reconocimiento de los estímulos condicionales, y convencionales, a los que están dispuestos a reaccionar, así como engendrar, sin proposición explícita de fines ni cálculo racional de los medios, unas estrategias adaptadas y renovadas sin cesar, pero dentro de los límites de las imposiciones estructurales de las que son producto y que los definen” (Ibid.). “El habitus (...) es un cuerpo socializado, un cuerpo estructurado, un cuerpo que se ha incorporado a las estructuras inmanentes de un mundo o de un sector particular de este mundo, de un campo, y que estructura la percepción de este mundo y también la acción de este mundo” (Bourdieu, 1997b: 146).

cuerpo a esa norma médica de salud, que es la que dicta los modos en los que disciplina y adiestramiento deben ser ejecutados para la obtención de la eficiencia corporal requerida.

Las PCD, portadoras de un cuerpo que no se ajusta a la norma de salud, no pueden ser objeto de las mismas prácticas de normalización disciplinaria que las personas sin discapacidad y, por ello, quedan relegadas a una condición devaluada: dado que poseen cuerpos sobre los que no se pueda intervenir según los criterios normativos, se les considera a priori personas incapaces de adquirir las habilidades, el conocimiento práctico, demandados por el orden social que constituye el marco estructural de su existencia: son considerados cuerpos ineficientes económica y políticamente.

De este modo, las PCD, sus cuerpos, no van a poder tener acceso al conocimiento propio de un habitus que incorpora las regularidades estructurales en forma de predisposiciones eficientes para la acción, para la participación en la vida colectiva. Sus cuerpos van a ser regulados por unos cauces de normalización secundarios, los de la “rehabilitación”, cuyo objetivo no es el de suministrarles las disciplinas y adiestramientos estructuralmente requeridos, sino tratar de “rectificar” su desviación de la norma corporal y hacerlos aptos para aplicarles ulteriormente las prácticas disciplinarias convencionales: dado que esa rectificación es imposible, jamás accederán a los circuitos de incorporación del conocimiento práctico requerido para un desenvolvimiento eficiente. Las PCD serán configuradas como cuerpos sin conocimiento.

El cuerpo-súbdito/trabajador

Hablamos, pues, de una exclusión que lo es a través del cuerpo. Dicha exclusión es una constante desde los inicios de la modernidad occidental y, pese a las variaciones en la modalidad en la que la misma se ha dado, fruto de las modificaciones experimentadas por las sociedades capitalistas en el transcurso de los últimos tres siglos, permanece vigente a fecha actual porque la causa a la que obedece sigue estando presente.

La noción de inclusión, inclusión en un determinado orden social, alude al hecho de estar formando parte “con plenos derechos” de dicho orden; es decir, implica que quien está “incluido” dispone de todo cuanto ese orden ofrece en términos de oportunidades⁹. La noción de inclusión,

⁹ Estar incluido supone un estatuto formal que da derecho a la igualdad de oportunidades, no a una igualdad plena o efectiva: ningún orden social conocido ha sido plenamente igualitario. Dicho, en otros términos, la inclusión implica la posibilidad de desplazamiento, ascendente o descendente, en la jerarquía social, disponer de los recursos para dicha movilidad.

inclusión en un determinado orden social, alude al hecho de estar formando parte “con plenos derechos” de dicho orden; es decir, implica que quien está “incluido” dispone de todo cuanto ese orden ofrece en términos de oportunidades¹⁰. El orden social que se constituye en las sociedades occidentales con su tránsito hacia la modernidad ofrecerá dos vías centrales de inclusión: una económica y otra política. La inclusión económica supone el desempeño de alguna actividad “útil” para el sistema capitalista, es decir, alguna función que contribuya al logro de su objetivo básico: la generación de beneficio. La inclusión política, por su parte, implica un pleno derecho al ejercicio de la soberanía popular basada en el principio de la ciudadanía representativa, cuya máxima expresión es el ejercicio del derecho al voto.

En todo caso, la inclusión política está fuerte, sino completamente, condicionada por la económica: ésta dota de los recursos materiales necesarios para la subsistencia, sin los cuales es imposible acceder a las condiciones que permitan un pleno ejercicio de los derechos políticos: los recursos económicos son parte determinante de los políticos¹¹.

En nuestras sociedades, no se considera que la persona sea apta para el disfrute de dicha inclusión hasta no alcanzar una determinada edad, lo cual indica la adhesión de una dimensión ética que presupone la necesidad de que la persona asuma una responsabilidad como condición para su inclusión efectiva en el orden social, y uno de los objetivos fundamentales es el de que la persona, en los años previos a alcanzar la edad requerida, adquiera esa responsabilidad; se instala, con la modernidad occidental, la necesidad de un período de “formación” de la persona, un proceso de socialización secundaria¹² en el que adquiera los valores y los conocimientos necesarios para su acceso a una inclusión efectiva, económica y política.

¹⁰ Ibid Nota 9.

¹¹ El disfrute de la ciudadanía comporta una base material, lo cual quedó ampliamente ratificado durante el período en el que tuvo vigencia en los países capitalistas occidentales el modelo de organización político-económica keynesiano (1945-1973), en el que se dio lo que Alonso (1999) define como “ciudadanía salarial”: la posesión de un trabajo asalariado suponía el acceso a todo un conjunto de derechos, y de ayudas y servicios de carácter público que excedían el ámbito estrictamente laboral, de tal modo que la condición (económica) de asalariado estaba estrechamente vinculada a la condición (política) de ciudadano.

¹² Sin entrar en detalles, la diferencia entre *socialización primaria* y *socialización secundaria*, desde una óptica no funcionalista, está magníficamente detallada en Berger y Lukmann (1989: 162-202).

En ese proceso de formación o socialización secundaria, el aparato escolar es la institución fundamental. Ahora bien, esa formación escolar¹³ no es un proceso que pueda ser definido únicamente por sus características formales, según las cuales, su diseño se basaría en el principio universalista de que, con independencia de la clase social de origen de los escolares, todos ellos accederán a un mismo conjunto de conocimientos y valores, lo que los situaría en igualdad de condiciones para su ulterior inclusión social. Cabe considerar que, en realidad, el principio universalista esconde una pretensión particularista: lo que transmite el aparato escolar es una “cultura” específica y concreta, que es la cultura propia de las clases privilegiadas, de tal modo que actuaría como un filtro que dotaría de facilidades a los grupos sociales más afines a esa cultura, incrementando sus oportunidades de éxito escolar, y conllevaría una serie de obstáculos para aquellos otros grupos sociales menos familiarizados con la cultura escolar, favoreciendo las probabilidades de su fracaso¹⁴.

Sea favoreciendo la igualdad de oportunidades, sea reproduciendo las condiciones de desigualdad, el sistema escolar debe suministrar recursos a todo el mundo para que, alcanzada la edad considerada adecuada, pueda accederse a la inclusión económica y política, debe formar, en consecuencia, trabajadores y empresarios eficientes –que contribuyan a la generación del beneficio económico–, a la par que ciudadanos competentes –conscientes y consecuentes con sus derechos y obligaciones políticas–.

En el plano económico, una de las principales demandas de un sistema capitalista es la de la disposición de una clase trabajadora suficiente en volumen y cualificación para aportar el trabajo necesario exigido según

¹³ Cuyo tramo obligatorio –tramo en el que la educación es un derecho que el Estado deber garantizar para todo el mundo y, para hacerlo, lo ha convertido en una obligación, punible si no se cumple– se establece, precisamente, hasta la edad en la que la persona puede ejercer el derecho a su inclusión económica (los 16 años, en España), no la edad en la que tiene acceso a la inclusión política (los 18 años, en España); lo cual indica claramente que la primacía en lo que se refiere a esa “formación para la inclusión” es económica y no política: se trata de producir trabajadores útiles, antes que ciudadanos responsables.

¹⁴ Esta perspectiva, la de la *reproducción social* del aparato escolar (Bourdieu, 1997a), sostiene que el mismo no es, según se defiende desde los postulados liberales meritocráticos, una institución que desarrolla la igualdad de oportunidades para la inclusión social, sino, al contrario, un mecanismo que, a través de la “violencia simbólica” –la inculcación generalizada de las categorías particulares de percepción, valoración y reconocimiento propias de las clases dominantes como categorías universales–, establece un filtro cuya función es reproducir las condiciones de desigualdad existentes, en beneficio de las clases dominantes para el mantenimiento de su dominación (y la perpetuación, con ello, de sus esquemas de conocimiento, reconocimiento y actuación como esquemas universales compartidos por todas las clases sociales).

las condiciones específicas que se den en cada momento histórico en el sistema económico particular del que se trate; es decir, el sistema escolar, fundamentalmente, ha de formar trabajadores¹⁵, ha de promover la eficiencia laboral. Y la eficiencia laboral está íntimamente vinculada con la funcionalidad corporal: los trabajadores eficientes son aquellos corporalmente aptos para el desempeño adecuado de su trabajo. El aparato escolar entrena, adiestra y disciplina cuerpos para hacerlos rentables económicamente.

Ese adiestramiento y disciplinamiento escolar del cuerpo se da bajo los presupuestos médicos que estipulan un óptimo de funcionalidad asociado a su norma pretendidamente universal de salud: el disciplinamiento está diseñado para ser aplicado a un cuerpo “sano” y médicamente “normal”: las dimensiones y composición de los mobiliarios y las herramientas empleadas, la distribución de los espacios, la organización y secuencia de las tareas y desplazamientos, la altura de las ventanas, la anchura de las puertas, la configuración de las aulas, de los pasillos, de las escaleras, de los ascensores... todo obedece a un diseño dispuesto para ser ocupado por cuerpos sanos y normales.

Desde aprender a estar sentado correctamente, pasando por adquirir la habilidad manual de la caligrafía, una disposición permanentemente silente, de atención y escucha, de focalización de la vista hacia un encerado, hasta la capacidad de tomar decisiones complejas respecto de problemas abstractos (puede ser resolver una ecuación diferencial de segundo grado o realizar un análisis hermenéutico de un fragmento de Hegel) artificialmente contruidos; todo ello implica la asimilación de funcionalidades corporales específicas que se adquieren en un espacio de diseño, también, específico, conformando eficiencias que serán rentabilizables económicamente en el futuro, por muy distante que esa rentabilidad corporal, como objetivo, pueda resultar en el momento de su adquisición.

En los inicios del proceso de modernización, con un modelo económico capitalista incipientemente industrial y escasamente mecanizado, y unos aparatos escolares todavía por constituir, la eficiencia corporal requerida

¹⁵ También ha de contribuir a la formación de empresarios. Sin embargo, es probablemente más determinante la procedencia familiar (Bourdieu, 1998: 61-94) en la constitución de las habilidades necesarias para la eficiencia inversora, y los requerimientos asociados a dicha habilidad, desvinculados de la tradicional lógica del “sacrificio” propia de la condición laboral (Bouffartigue, 1996) se desvían de aquellos que vamos a considerar a continuación por su relevancia cara a las posibilidades de inclusión económica de las PCD. En todo caso, las credenciales escolares de la clase empresarial tienden a ser suministradas por centros muy selectos, bastante alejados de las pretensiones del aparato escolar en su conjunto.

para la actividad laboral se basaba exclusivamente en la catalogación médica del cuerpo como apto para el desempeño de dicha actividad; la disciplina y el adiestramiento se desarrollaban en la propia ejecución del trabajo. Quienes no se ajustaban a la catalogación médica, quedaban automáticamente excluidos del acceso a la actividad laboral y, con ello, de la adquisición de las habilidades corporales necesarias para su desempeño. Con el desarrollo del proceso de modernización, al trasladar el proceso de disciplinamiento corporal fuera y antes de la propia actividad laboral, al aparato escolar, pero bajo una catalogación médica idéntica, los no poseedores de ese cuerpo sano y normal, ya excluidos de la actividad laboral, ahora quedaban también al margen de los procesos de disciplinamiento escolar: cuerpos no aptos para las regulaciones propias sus procesos de adiestramiento.

Por tanto, en lo que se refiere a la conformación corporal de las eficiencias necesarias para acceder a la inclusión económica, no es tan importante el propio sistema escolar como el fundamento a partir del cual se han desarrollado sus disciplinas corporales: el discurso de la ciencia médica, su construcción del cuerpo normal como cuerpo sano y su aplicación como discurso de verdad por parte de los dispositivos del poder político: el discurso de la ciencia médica en torno a la salud como aparato de saber-poder (Foucault, 1996). La exclusión escolar de las PCD es consecuencia directa de su previa exclusión económica.

En este punto, se entrecruzan las dos dimensiones de la inclusión, la económica y la política, atravesando el cuerpo: la constitución de cuerpos eficientes económicamente sólo es posible mediante dispositivos políticos que, a su vez, los regulen y clasifiquen como cuerpos políticamente competentes: los buenos ciudadanos votan –lo que representa un acto corporal– y se comportan adecuadamente acatando las leyes políticas –lo cual supone ejecutar actos corporales¹⁶–; sólo los buenos ciudadanos pueden acceder, además, a la condición de trabajadores eficientes.

¹⁶ La ley “antitabaco” española (*Ley 42/2010*, de 30 de diciembre –B.O.E. 318–, que modifica la *Ley 28/2005*, de 26 de diciembre –B.O.E. 309–) es una norma política que regula un comportamiento: fumar. La ley estipula, básicamente, dónde se puede y dónde no se puede fumar, lo que supone una distribución de espacios de convivencia y, en consecuencia, una distribución de los cuerpos de los ciudadanos en esos espacios; al regular un comportamiento, la norma política está regulando los cuerpos: dónde puede estar y de qué manera pueden actuar. “Según Bryan Turner (1994: 28): ‘Nuestras mayores preocupaciones políticas son cómo regular los cuerpos en el espacio, cómo controlar la superficie de los cuerpos, cómo regular la personificación, cómo regular las atenciones entre los cuerpos’. La política es biopolítica” (Hughes y Paterson, 2008:114).

La constitución del Estado moderno se basó en el desarrollo de las técnicas de poder disciplinario. Hasta el siglo XVIII, el poder se había ejercido mediante una coacción permanentemente visible bajo el imperativo de la ley divina, pero a partir de entonces (cuando el principio democrático arrastra y derriba al aristocrático –Tocqueville, 1989–) ésta será sustituida por la norma, por una norma construida científicamente: el poder de la Ciencia sustituirá al poder de Dios.

La ciencia se va a constituir en el “campo general y policía disciplinar de los saberes” (Foucault, 1996: 150). La monarquía absoluta en decadencia experimenta el auge económico propiciado por los inicios de la industrialización; en ese movimiento, cobran importancia los saberes “técnicos”: dada la aceleración del progreso económico, el Estado decide emprender una tarea de “apropiación” de esos saberes. La transición en el ejercicio del poder por parte del Estado opera una colonización de los saberes (técnicos, especializados, artesanales) que los constituye en dispositivos de saber-poder que se aplican sobre las prácticas cotidianas de los “súbditos-trabajadores”:

“... las técnicas disciplinarias del poder, tomadas en el plano más bajo, más elemental, en el nivel del cuerpo mismo de los individuos consiguieron cambiar la economía política del poder, multiplicando sus aparatos (...) estas disciplinas hicieron emerger de estos cuerpos algo así como un alma-sujeto, un “yo” (...) habría que mostrar, al mismo tiempo, cómo se produjo una forma de disciplinamiento que no concierne a los cuerpos, sino a los saberes; como este disciplinamiento (...) preparó un nuevo tipo de relación entre poder y saber; cómo, finalmente, a partir de estos saberse disciplinados emergió la constricción de la ciencia en lugar de la constricción de la verdad” (Ibid.:152).

Y así emerge la ciencia médica como ortodoxia respecto al cuerpo social, como saber normalizado y normalizador, esgrimido y articulado por el Estado para la regulación (como saber-poder; saber disciplinado al servicio del poder disciplinario) de las poblaciones a través de la normalización de los cuerpos.

“... saber médico, alrededor del cual se desarrolló, en el curso del siglo XVIII, todo un trabajo de homogeneización, normalización, clasificación y generalización. ¿Cómo dar forma al saber médico, cómo conferir ciclos homogéneos a la práctica de las curas, cómo imponer reglas a la población (...)? Con la creación de los hospitales, de los dispensarios... la codificación de la profesión médica, las

campañas de salud pública, por la higiene y la educación de los niños” (Ibid.: 149).

En el siglo XVIII, por tanto, la medicina se instituyó como uno de los campos de saber disciplinados por el poder estatal, como uno de los campos de lucha política en los que la normalización del saber, de los saberes, suponía la institución de un poder que ya no se ejercería de manera directa y violenta, sino mediante una coacción indirecta que instaba al cumplimiento de una norma legitimada científicamente.

La disciplina, como lógica del poder, implica una subordinación sistemática, cotidiana y duradera a estándares derivados de clasificaciones, catalogaciones y prescripciones expertas (número de calorías, cantidad de ejercicio, horas de sueño y de vigilia, posturas correctas, prácticas “saludables”, consumos adecuados, inversiones correctas, estudios pertinentes, amistades adecuadas, sexualidad segura,...); el conjunto de nuestras prácticas cotidianas está, como afirmaba Foucault, regulado por un sistema de saberes normalizadores.

Si el ejercicio del poder ha transitado desde el uso de la violencia (o la amenaza potencial de dicho uso) hacia la normalización de las experiencias (si el poder se ha inscrito en la lógica del poder-saber), ya no se trata de imponer costumbres, hábitos o tradiciones, sino de catalogar, según estándares expertos, las maneras efectivas de ejercer la convivencia.

No es arbitrario que por la época en la que el poder instituye su condición normalizadora se inaugure, correlativamente, el proceso de institucionalización de las PCD (Oliver, 1990). Dicho proceso, según Oliver, se vincula a los requerimientos funcionales del capitalismo emergente: esa economía en proceso de despegue necesita abundante mano de obra “capaz”, productiva, así como un volumen suficiente de consumidores solventes (siendo para la gran mayoría de las poblaciones lo primero condición necesaria para lo segundo). Las PCD parecen no reunir, según su catalogación médica, las condiciones de “eficiencia” requeridas; son un estorbo, un obstáculo para el sistema, son un excedente prescindible que debe ser apartado de los circuitos principales de una vida social que comienza a pasar necesariamente por la implicación directa con la producción industrial.

La solución al “problema” surgirá, precisamente, a partir de los dispositivos disciplinarios y normalizadores que las tecnologías del poder venían desplegando: inscrita su desviación, a partir de los requerimientos económicos según los cuales se la dictamina, en su incapacidad, será la

ciencia médica el saber experto designado para diagnosticar, tanto el substrato de dicha desviación, el cuerpo, como las medidas rectificatorias que han de aplicársele. Y así, se crean instituciones especializadas en las que las PCD son recluidas para ser objeto de un tratamiento de carácter clínico por parte del saber experto destinado a regular su existencia.

La ineficiencia económica es firmemente instalada en una anormalidad fisiológica que sólo puede ser tratada por la ciencia que posee la potestad para hacerlo: la discapacidad, que en cuanto desviación o anomalía, se suscita por razones económicas, es asimilada a enfermedad, traducida en una desviación de la norma de salud. La desviación de la norma conduce a la exclusión económica, y ésta, más tarde, a la exclusión escolar.

Los cuerpos de las PCD quedan, en consecuencia, excluidos de los aparatos de disciplinamiento constituidos por las tecnologías del saber-poder estatal; quedan excluidos, escolar y laboralmente, de la posibilidad de adquisición de las eficiencias corporales que definen la condición de trabajador y de ciudadano requeridas por el sistema capitalista, siendo objeto de tratamiento específico por parte de la ciencia médica en instituciones especializadas, tratamiento que no les aporta tales eficiencias corporales y que, por ello, les impide el acceso a una plena inclusión económica y política.

Cuerpos expropiados de las condiciones de acceso al conocimiento práctico que se inscribe en los hábitos, y de los mecanismos de adquisición de las habilidades requeridas para una efectiva inclusión económica y política, las PCD no disponen de autonomía y pasan a depender de la forma en la que el Estado decida intervenir, quedan en manos de políticas específicas y de los criterios a partir de los que éstas se definen.

El cuerpo-política: las políticas del cuerpo con discapacidad

Cómo el Estado decida asumir a su cargo el tratamiento de las PCD depende de la concepción que de la propia discapacidad se asuma como punto de partida: ¿qué es lo que toma a su cargo el Estado, una enfermedad, un problema de exclusión social, un colectivo vulnerable, una diversidad humana inclasificable, un coste presupuestario...? La naturaleza de las políticas públicas sobre discapacidad depende, en consecuencia, de la delimitación previa que se establezca respecto de la naturaleza del objeto de intervención.

Permítasenos, en todo caso, no volver a utilizar el concepto “políticas públicas”, por el presupuesto implícito que, a nuestro modo de ver,

implica su uso: si calificamos las políticas de “públicas”, asumimos, por el hecho de calificar, que tratamos de “algunas” políticas, no de todas y que entonces habrá otras políticas que no serán públicas y, en consecuencia, serán “privadas”. Las políticas han de entenderse, al emplear el plural, como el conjunto de intervenciones que realiza el Estado para cumplir su función (política, en singular) de regulación de la vida colectiva; por ser función del Estado, entonces, por definición, todas las políticas, en cuanto a su ejecución, son públicas, de modo que el calificativo sería redundante o no tendría sentido. Por desgracia, sí tiene sentido y no es redundante.

Cuando el tema a considerar es el tratamiento de la discapacidad por parte del Estado, debería hablarse de “políticas sociales”, en contraposición a “políticas económicas”, pues abordan cuestiones que tienen que ver con la desigualdad y cuya solución implica una redistribución de recursos que la economía de mercado no permite y, por ello, debe asumir el Estado:

“Una política social es, en líneas generales, una política que se fija como objetivo una distribución relativamente equitativa en el acceso de cada uno a los bienes consumibles. (...) esa política social *en una economía de bienestar* (...) [se concibe] como un contrapeso a procesos económicos salvajes a cuyo respecto se admite que en sí mismos van a inducir efectos de desigualdad y, de manera general, efectos destructivos sobre la sociedad” (Foucault, 2008: 175; cursiva nuestra).

De hecho, las políticas sociales son propias de un Estado del bienestar que ya no tiene vigencia a fecha actual, según éste fue concebido bajo el modelo keynesiano. A fecha actual, el modelo neoliberal imperante ha llevado a su mínima expresión, si no desmantelado completamente, ese Estado del bienestar y, con él, todas las políticas sociales: el Estado ha sido puesto al servicio de los intereses estrictamente económicos y su función básica es garantizar que nada interfiera en el funcionamiento adecuado del mercado y de su mecanismo básico, la competencia, que requiere, entre otras cosas, que se dé un grado suficiente de desigualdad que en ningún caso debe ser corregido¹⁷. Prácticamente todas las políticas

¹⁷ “Ante todo, dicen los ordoliberales [neoliberales alemanes de la Escuela de Friburgo], una política social (...) no puede servirle de contrapeso ni debe definirse como el elemento que compensará los efectos de los procesos económicos. Y en particular, la igualdad, la relativa igualdad, la distribución equitativa en el acceso de cada uno a los bienes de consumo, no puede en ningún caso constituir un objetivo (...) en un sistema en el cual (...) la regulación económica, es decir, el mecanismo de los precios, no se obtiene en absoluto a través de fenómenos de igualdad sino por un juego de diferencias que es característico de cualquier mecanismo de competencia (...) es preciso que

actuales son, de hecho, “políticas económicas”: casi toda intervención estatal tiene como objetivo básico que de la misma se derive algún beneficio económico.

Fundamentalmente, el beneficio derivado de las intervenciones, de las políticas, del Estado es un beneficio privado –lo cual implica que las políticas económicas sean “económicas” en sentido estricto– que satisface directamente intereses empresariales específicos; pero en algunos casos, esa conexión entre política estatal y beneficio empresarial no es tan directa y se asume que la inversión inicial para su aplicación no se realiza con la intención *inmediata* de la obtención de un beneficio: a través de esa política, el Estado está suministrando un “servicio”. Pero si ese servicio no se acaba traduciendo *ulteriormente* en alguna forma de beneficio privado, se entenderá que esa política ha fracasado, que ha generado un costoso e “inútil” servicio carente de toda rentabilidad.

Es en estos casos en los que se utiliza el concepto de “políticas públicas”, en el que lo público indica la ausencia de la intención *inmediata* de obtención de un beneficio privado, es decir, se disocia la intervención de cualquier interés económico inmediato. Lo público, en consecuencia, es el coste, dado que el concepto surge de premisas economicistas: la gran mayoría de las políticas estatales, por la misma razón, y aunque no sean así calificadas, son “políticas privadas”, porque, aun cuando sean de ejecución pública, su intención no lo es. De aquí nuestro rechazo al uso del concepto “políticas públicas” pues, como concepto, implica la aceptación implícita del ideario neoliberal –no hay nada más allá de la economía– y el papel que éste otorga al Estado, como mero gestor al servicio del capital privado.

Además, así considerada la cuestión, resulta automáticamente evidente uno de los porqués del fracaso sistemático de las políticas sobre discapacidad: el hecho de que se las considere políticas públicas supone que se desvían de los presupuestos básicos del modelo neoliberal y, en consecuencia, se consideren como algo accesorio: todo lo que no genera beneficio es prescindible.

haya algunos que trabajen y otros que no trabajen, o bien que haya salarios grandes y pequeños... Una política social (...) *debe dejar actuar la desigualdad* (...): “la desigualdad –dice [Röpke]– es la misma para todos”. Fórmula (...) que se comprende cuando se considera que para ellos el juego económico, precisamente con los efectos desigualitarios que entraña, es una especie de regulador general de la sociedad, al que todos, como es evidente, deben prestarse y plegarse” (Foucault, 2008: 176; cursiva nuestra).

No obstante, la razón de fondo de su fracaso no es ésta: durante el período keynesiano, en el que las políticas públicas eran denominadas políticas sociales, y en el que el imperativo del beneficio no regulaba todas las intervenciones del Estado, tampoco se logró la inclusión de las PCD a partir de medidas políticas. No se logró, porque esas medidas partían de una concepción de la discapacidad errónea; es esa concepción, a la que ahora se suman, agravando la situación de las PCD, los imperativos neoliberales, la que determina su falta de efectividad. Una concepción en la que el *cuero-éxito*, el *cuero-conocimiento* y el *cuero-súbdito/trabajador* está ausente; una concepción marcada aún por directrices exclusivamente médicas –que lo que definen es un *cuero-cosa*– que, en consecuencia, no permite abordar las dimensiones sociales del problema que se pretende afrontar.

El error queda ilustrado, en el caso español, evaluando la transición normativa que se ha dado en materia de discapacidad desde los años 80 hasta la actualidad y su absoluta desconexión con la realidad efectiva experimentada por las PCD: las normas se han modificado drásticamente, la realidad apenas se ha visto alterada.

La evolución normativa se ilustra a partir de los sucesivos marcos legales desarrollados en materia de discapacidad:

- *Ley 13/1982, de 7 de abril, de integración social de los minusválidos (LISMI),*
- *Ley 51/2003, de 2 de diciembre, de igualdad de oportunidades, no discriminación y accesibilidad universal de las personas con discapacidad (LIONDAU),*
- *Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia (LEPA),*
- *Real Decreto Legislativo 1/2013, de 29 de noviembre, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley General de derechos de las personas con discapacidad y de su inclusión social (LEDIS).*

El contexto que motiva el desarrollo normativo en materia de discapacidad como marco de actuación de las políticas estatales es el del surgimiento del llamado *modelo social de la discapacidad*, una corriente de pensamiento de origen anglosajón, que se enfrenta a la concepción estrictamente médica de la discapacidad, según la cual ésta sería únicamente un atributo de la persona, derivado de una insuficiencia fisiológica y que, en consecuencia, debía ser asimilado a una enfermedad; de tener algún papel el Estado en el tratamiento de la cuestión, éste se situaría en un ámbito

estrictamente sanitario. El modelo social, por el contrario, defenderá que la discapacidad es un fenómeno social derivado de la inadecuación de unas estructuras sociales que no toman en consideración las necesidades específicas de las PCD: no habría personas discapacitadas, sino estructuras sociales discapacitantes; el problema no sería fisiológico, sino cultural y político¹⁸.

Al emerger esta concepción crítica de la discapacidad, las PCD dejan de ser simplemente un *objeto* de intervención médico para pasar a constituirse en un *sujeto* colectivo de acción política, reivindicando los derechos que les han sido negados. Así, con el modelo social, se marca un cambio en la orientación de las políticas estatales sobre discapacidad: inicialmente concebidas como medidas asistenciales de carácter sanitario con el objetivo básico de la “rehabilitación” de la persona, pasarán a entenderse como medidas para la promoción del reconocimiento expreso de sus derechos, con el objetivo básico de la inclusión (recordemos, económica y política) de las PCD.

Esta transición, en España, se ilustra con la LIONDAU de 2003, que revoca la ley precedente, la LISMI de 1982, y queda ya reflejada en la propia denominación de las leyes: en 1982 se trata de una ley para “minusválidos”, mientras que en 2003 ese concepto queda erradicado y el objetivo manifiesto es la “igualdad de oportunidades”; la LISMI es una ley asistencialista que, básicamente, ofrece prestaciones económicas destinadas a cuidados y tratamientos médicos; la LIONDAU es una ley integral enfocada, entre otras cosas, a la reforma del sistema educativo y del mercado laboral:

“Los poderes públicos prestarán todos los recursos necesarios para el ejercicio de los derechos a que se refiere el artículo primero, constituyendo una obligación del Estado la prevención, los cuidados médicos y psicológicos, la rehabilitación adecuada, la educación, la orientación, la integración laboral, la garantía de unos derechos económicos, jurídicos sociales mínimos y la Seguridad Social”.

LISMI, artículo 3, punto 1 (B.O.E. 103/1982: 11108)¹⁹

¹⁸ Una panorámica sintética de los planteamientos del modelo social puede obtenerse a partir de: Abberley (1987), Barnes (1991a, 1991b), Barton (1999, 2008), Brisenden (1986), Barton y Oliver (1997), Finkelstein (1980), Liberty (1994), Swain et al (1993).

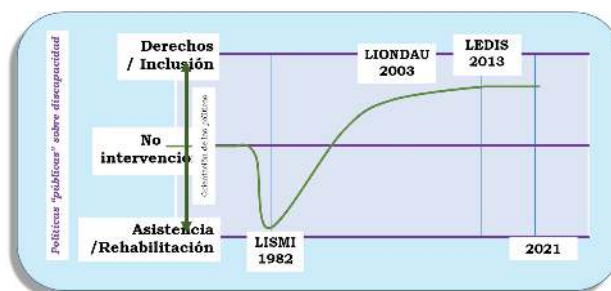
¹⁹ Tomado del texto original: <https://www.boe.es/boe/dias/1982/04/30/pdfs/A11106-11112.pdf>

“Esta ley tiene por objeto establecer medidas para garantizar y hacer efectivo el derecho a la igualdad de oportunidades de las personas con discapacidad, conforme a los artículos 9.2, 10, 14 y 49 de la Constitución. // A estos efectos, se entiende por igualdad de oportunidades la ausencia de toda discriminación, directa o indirecta, por motivo de o sobre la base de discapacidad, incluida cualquier distinción, exclusión o restricción que tenga el propósito o el efecto de obstaculizar o dejar sin efecto el reconocimiento, goce o ejercicio en igualdad de condiciones por las personas con discapacidad, de todos los derechos humanos y libertades fundamentales en los ámbitos político, económico, social, cultural, civil o de otro tipo. Asimismo, se entiende por igualdad de oportunidades la adopción de medidas de acción positiva orientadas a evitar o compensar las desventajas de una persona con discapacidad para participar plenamente en la vida política, económica, cultural y social”.

LIONDAU, artículo 1, punto 1 (B.O.E. 289/2003: 7)

El hito más reciente, en lo que se refiere a la transición de unas políticas asistenciales a otras de promoción de la inclusión, es la promulgación de la *Convención Internacional de Derechos de las Personas con Discapacidad* (ONU, 2006), que marcará en España la transición de la LIONDAU de 2003 a la LEDIS de 2013, de tal modo que se reflejaría una clara evolución desde el asistencialismo hacia el inclusivismo.

Transición en la orientación de las políticas “públicas” sobre discapacidad en España 1982 / 2013

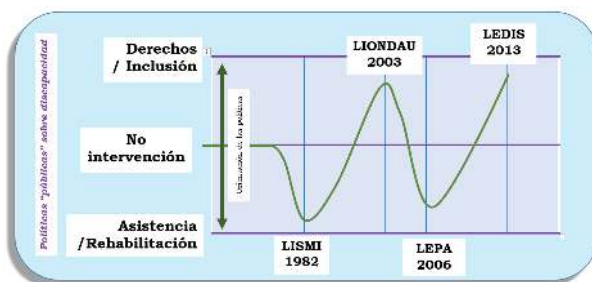


Sin embargo, esta evolución no es tan clara si tomamos en consideración la LEPA de 2006, promulgada el mismo año que la *Convención* de la ONU, una ley de “promoción de la autonomía personal” que es comúnmente denominada “ley de dependencia”, haciendo manifiesto que, más que promocionar la autonomía personal, provee, nuevamente, de recursos para la “asistencia”, regulando el derecho a la obtención de tales prestaciones

en función de un grado de dependencia que debe ser diagnosticado bajo criterios exclusivamente médicos. La LEPA supone una clara regresión en esa evolución de las políticas estatales sobre discapacidad en España²⁰.

Es enormemente clarificador considerar esta regresión, que marca una notoria inflexión en lo que cabría considerar una evolución positiva en la legislación española sobre discapacidad, porque ilustra tanto la endeble condición de dicha evolución, como su escasa efectividad práctica. Ello obedece a que el modelo social de la discapacidad, concepción a partir de la cual se promueve este cambio de orientación en las políticas, ha dejado de lado la cuestión fundamental que habría que considerar en términos políticos: el cuerpo; el cuerpo de la discapacidad, sustrato de la condición marginal y excluida del colectivo de las PCD.

Evolución de la orientación de las políticas “públicas” sobre discapacidad en España 1982 / 2006 / 2013



Estas leyes tienen como objeto de intervención, según la propia nomenclatura legal, a “personas físicas”²¹, es decir, “individuos”, es decir,

²⁰ La LEPA no es una ley específica sobre discapacidad, sino, genéricamente, sobre dependencia, por eso, mientras que la LISMI fue automáticamente derogada con la aprobación de la LIONDAU y ésta, a su vez, con la de la LEDIS, la LEPA se ha mantenido en vigor al mismo tiempo que éstas dos últimas: provee de ayudas para la promoción de la autonomía personal a personas que sean catalogadas como “dependientes”. Aunque hay una enorme vinculación entre discapacidad y dependencia, su catalogación legal no es coincidente: ni toda discapacidad se traduce en dependencia, ni toda dependencia es fruto de una discapacidad. Cuando una persona es catalogada simultáneamente como PCD y persona dependiente (lo que supone la evaluación por parte de dos tribunales médicos), queda bajo la cobertura de dos legislaciones distintas que, en numerosas ocasiones, son contradictorias entre sí –sobre todo en lo que se refiere a derecho a prestaciones económicas y a servicios públicos: una PCD y, además, dependiente, que se acoja a un subsidio por incapacidad laboral no podrá, simultáneamente, solicitar una ayuda de asistencia personal por su condición de dependiente–.

²¹ En oposición a las “personas jurídicas”, que no son propiamente *personas*, sino entidades dotadas de un estatuto jurídico que las “individualiza” y así, en términos jurídicos, las *personaliza*.

entidades abstractas e incorpóreas, sobre las que se pretende aplicar medidas estrictamente formales:

“... es necesario que el marco normativo y las acciones públicas en materia de discapacidad intervengan en la organización social y en sus expresiones materiales o relacionales que con sus estructuras y actuaciones segregadoras postergan o apartan a las personas con discapacidad de la vida social ordinaria, todo ello con el objetivo último de que éstas puedan ser partícipes, como **sujetos activos titulares de derechos**, de una vida en iguales condiciones que el resto de los ciudadanos”.

LEDIS, *Preámbulo* (B.O.E.: 289/2013: 8; negrita-cursiva nuestra)

El cuerpo implicado en la concepción de estas leyes sigue siendo un *cuerpo-cosa* predefinido médicamente y excluido de las consideraciones legales: “A efectos de esta ley se entiende por: a) Discapacidad: es una situación que resulta de la interacción entre las personas con **deficiencias previsiblemente permanentes** y cualquier tipo de barreras que limiten o impidan su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás” (LEDIS, B.O.E.: 289/2013: 10; negrita y –la anomalía fisiológica– sigue siendo la condición a partir de la cual se considera que se dan barreras para la participación de las PCD en la vida colectiva; esa condición es algo *previo* y *ajeno* a las consideraciones legales. Bien distinta sería la formulación:

“... es necesario que el marco normativo... [etc. hasta:] ...todo ello con el objetivo *de que dicha organización social y sus expresiones materiales o relacionales se adapten para una **plena funcionalidad activa** de las PCD, permitiéndoles un completo desarrollo de sus **habilidades, eficiencias y disposiciones**, adquiridas en igualdad de condiciones que las personas sin discapacidad”.*

A partir de una formulación de este tipo, la normativa asumiría a su cargo una intervención que sitúa al cuerpo en un primer plano como objeto de intervención primario, abandonando el presupuesto implícito de un cuerpo-cosa médicamente delimitado *a priori* y abordando la tarea de una reapropiación corporal por parte de las PCD, facilitada por el Estado, que les dé acceso a un conocimiento práctico (*habitus*), un reconocimiento (capital simbólico adherido a la valoración corporal y las oportunidades de éxito asociadas a la misma) y unas habilidades y eficiencias rentabilizables política y económicamente.

Si consideramos específicamente la inclusión educativa de las PCD (recordando lo señalado previamente en relación con la función formativa del aparato escolar en una sociedad capitalista de mercado), la LEDIS estipula este derecho así:

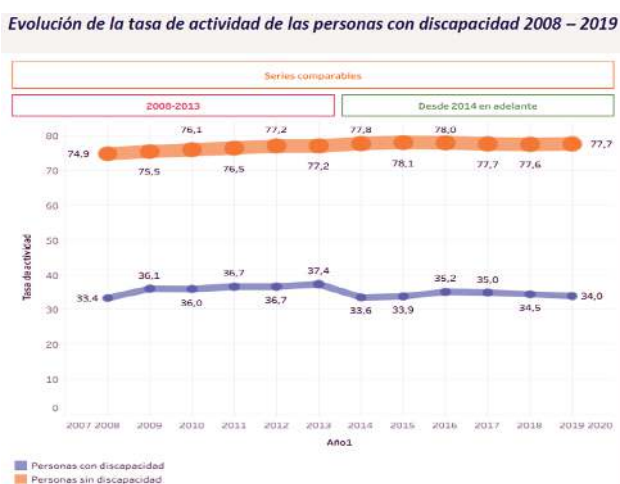
“1. Las personas con discapacidad tienen derecho a una educación inclusiva, de calidad y gratuita, en igualdad de condiciones con las demás. // 2. Corresponde a las administraciones educativas asegurar un sistema educativo inclusivo en todos los niveles educativos así como la enseñanza a lo largo de la vida y garantizar un puesto escolar a los alumnos con discapacidad en la educación básica, prestando atención a la diversidad de necesidades educativas del alumnado con discapacidad, mediante la regulación de apoyos y ajustes razonables para la atención de quienes precisen una atención especial de aprendizaje o de inclusión...” (LEDIS, Capítulo IV: *Derecho a la educación*, Artículo 18. *Contenido del derecho*; B.O.E. 290/2013: 17).

Lo que significa que la intervención es una “regulación de apoyos y ajustes razonables” para quienes “precisan una atención especial”, lo que se traducirá en términos prácticos en una redistribución del alumnado, eliminando los centros de educación especial, en la medida de lo posible –“La escolarización de este alumnado en centros de educación especial o unidades sustitutorias de los mismos sólo se llevará a cabo cuando *excepcionalmente* sus necesidades no puedan ser atendidas en el marco de las medidas de atención a la diversidad de los centros ordinarios” (Ibid.: 18; cursiva nuestra)–, permaneciendo, con ello, inalterado el diseño general del sistema educativo, que será únicamente sometido a reajustes parciales. En términos prácticos, en consecuencia, la ley se traduce en una redistribución corporal, en la que la “inclusión” consistirá en una nueva ubicación espacial, en un espacio pre-diseñado que, obedeciendo a una concepción que no toma en consideración la corporalidad específica de las PCD, requerirá de “apoyos y ajustes razonables” adecuados a “necesidades especiales” que, precisamente, por ser “especiales” implicarán la conformación de corporalidades diferenciadas, excluidas de los cauces de adquisición del conocimiento práctico, las habilidades y las eficiencias y destrezas corporales que el sistema educativo ofrece a los alumnos sin discapacidad, lo cual supone una “inclusión” meramente espacial (incluir unos cuerpos en un espacio educativo no segregado) que se traduce en una exclusión funcional (los espacios en los que son incluidos esos cuerpos no están de antemano adaptados adecuadamente a ellos).

Otro tanto cabe decir de la inclusión laboral, también contemplada en la legislación²². La inclusión laboral se entiende como el acceso en igualdad de condiciones a un mercado laboral que, de hecho, no ofrece tal posibilidad porque demanda unas eficiencias, destrezas, conocimiento y habilidades corporales a las que no tienen acceso las PCD, de tal modo que un reconocimiento formal de su derecho de acceso a un trabajo no modificará su situación hasta que no se modifique estructuralmente el propio mercado de trabajo a partir de una redefinición, con el cuerpo como referencia fundamental, de lo que se entiende por “capacidad laboral”.

Así, pese a las transformaciones legislativas, los datos estadísticos ofrecen una situación laboral de las PCD que no ha sufrido transformación alguna, manteniendo inalterada su condición marginal y excluida, con una tasa de actividad que es menos que la mitad de la de la población sin discapacidad y una tasa de desempleo que más que duplica a la de la población sin discapacidad (ODISMET, 2021).

Evolución de la situación laboral de las PCD en España 2008-2019



²² LEDIS, Capítulo VI: *Derecho al trabajo* (B.O.E. 209/2013: 22-26).

Evolución de la tasa de empleo de las personas con discapacidad. 2008 - 2019



Evolución de la tasa de paro de la población con discapacidad, 2008 - 2019



Fuente: ODISMET, Informe 6 (2021).

He ahí lo que manifiesta la razón de fondo de la ineficiencia inclusiva de las políticas sobre discapacidad: la ausencia del cuerpo como referente sobre el que actuar de una forma diferente. La intervención se sitúa en un plano meramente formal a partir del cual es imposible modificar la situación real, anclada en presupuestos más profundos que atañen a la *incorporación*, en un sentido literal, de las condiciones efectivas de acceso a la inclusión escolar, económica y política de las PCD.

Conclusiones: el positivismo discapacitante de las políticas (mal llamadas) “públicas”

La imposibilidad de transformación de la realidad que configura la existencia de las PCD mediante las políticas estatales, radica en su substrato epistemológico, en su adhesión implícita a esquemas positivistas, según los cuales la Discapacidad es algo ya constituido dotado de cierta naturaleza esencial, naturaleza que habría que modificar para lograr su transformación. El error es doble: la discapacidad no es algo ya constituido de determinada manera, sino que supone un proceso que implica una realidad en permanente redefinición; y, en segundo lugar, su naturaleza constitutiva no es la que se presupone; no lo es por su condición procesual y cambiante, y no lo es porque el substrato a partir del cual se configura, y reconfigura, es el cuerpo.

La transición de las políticas sobre discapacidad, desde una orientación asistencialista de carácter meramente sanitario a otra presuntamente inclusiva, enfocada fundamentalmente a la educación y al trabajo, supone una transición en la que el cuerpo, inicialmente considerado como objeto de intervención desde la óptica de un cuerpo-cosa a rehabilitar, para literalmente a ser puesto en suspenso. La orientación asistencialista toma en consideración el “objeto” discapacidad como objeto exclusivamente médico; la orientación (presuntamente) inclusiva, toma en consideración el “sujeto” discapacidad en ese sentido abstracto según el cual las PCD ven “apartada o postergada” de su participación en “la vida social ordinaria” porque no son “partícipes, como *sujetos activos titulares de derechos*, de una vida en iguales condiciones que el resto de los ciudadanos” (vd. *supra* ref. B.O.E.: 289/2013: 8), es decir, un sujeto colectivo abstracto constituido por su “pasividad” en cuanto a “titularidad” de derechos, obviando que esa pasividad y esa carencia de titularidad radican, no en el reconocimiento formal de su condición legal, sino en los procesos de conformación corporal que otorgan el conocimiento y los disciplinamientos necesarios para el desempeño activo, económico y político, de esa titularidad: las políticas de orientación inclusiva consideran un sujeto sin cuerpo.

Desde el positivismo propio de las políticas asistencialistas, el objeto discapacidad está constituido causalmente por una desviación de la norma funcional de salud dictada por la ciencia médica; el objeto discapacidad, constituido como deficiencia, tiene por naturaleza esencial una anormalidad orgánica y, por tanto, para su transformación, habría que modificar dicha naturaleza, “rectificar” la anomalía, de modo tal que la orientación derivada de la intervención pública a través de las políticas será, prioritariamente, la rehabilitación. Así, bajo esta orientación, rehabilitatoria, la

consecuencia será la exclusión social, puesto que el objetivo es inalcanzable y define automáticamente a las PCD como portadoras de un cuerpo no apto para ser introducido en los circuitos convencionales de adiestramiento y adquisición de conocimiento práctico a través de los que ciudadanos y trabajadores adquieren las eficiencias necesarias para la inclusión social. En este caso, el positivismo de las políticas estatales predefine un objeto que, por la naturaleza constitutiva que se le atribuye, no puede ser “manipulado” según las regulaciones convencionales establecidas, quedando al margen de los cauces de participación en la convivencia colectiva. El objeto, objeto médico, cuerpo-cosa, requiere de un tratamiento diferencial.

El tránsito, fruto de la movilización del colectivo de PCD, desde la condición de objeto médico a la de sujeto político implica una modificación en la definición de su naturaleza constitutiva: para las políticas del Estado, ese sujeto político es un objeto de intervención cuya naturaleza constitutiva, ahora, ya no será la de la deficiencia fisiológica, sino la de la carencia de titularidades formales en su calidad abstracta, como objeto de intervención de esas políticas, de *sujeto de derechos*. El positivismo sustituye, como predefinición de la naturaleza constitutiva del objeto de intervención, el cuerpo-cosa por el sujeto (carente) de derechos, sujeto abstracto y sin cuerpo; y con la sustitución, se modifica también el objetivo y el modo de intervención: no se trata ya, fundamentalmente, de la necesidad de rehabilitación, sino de la de una reformulación legislativa, en un plano meramente formal, que haga expresas todos los derechos que no le son reconocidos, en la práctica, a las PCD. El efecto práctico será, exactamente, el mismo: al no tomar en consideración el cuerpo, no ya sólo como cuerpo-cosa, sino en ningún sentido, las PCD siguen quedando al margen de los procesos de adiestramiento, disciplinamiento y regulación corporales a través de los que se adquieren las eficiencias, destrezas y habilidades necesarias para la incorporación de un conocimiento práctico que permita su inclusión política y económica (quedan excluidos, en la práctica, de los procesos convencionales propios del aparato escolar y del mercado laboral, aunque, formalmente, se les reconozca un “derecho de acceso”; es un derecho al que no se pueden incorporar).

De este modo, con independencia de su orientación, es ese sustrato positivista de las políticas sobre discapacidad el que las hace ineficaces en la práctica para la inclusión social de las PCD. Ello explica que, pese a la clara tendencia hacia el inclusivismo de dichas políticas, la realidad efectiva apenas ha sufrido alteraciones; como también explica la posibilidad de que en esa tendencia quepan notorias regresiones (al menos, en el caso de España). El positivismo de las políticas sobre discapacidad discapacita a las personas con discapacidad: el “dis-” de la discapacidad es, en una

medida no menor, consecuencia de esas políticas, no un atributo de las personas que con el mismo son calificadas.

La naturaleza de la discapacidad es la de un colectivo de personas que ha conocido un proceso de evolución histórica que ha supuesto una modificación, relativa, de su condición como colectivo; y ésa su condición, cambiante, como colectivo se constituye también a través de un proceso, vital –experimentado de manera particular en su trayectoria personal por cada uno de quienes lo conforman–, en el que el cuerpo es el determinante fundamental de su experiencia, un cuerpo devaluado en su condición de cuerpo-conocimiento, cuerpo-éxito, cuerpo-súbdito/trabajador. En tanto las políticas sobre discapacidad no actúen para suprimir esa devaluación, propiciando una reapropiación del cuerpo por parte de las PCD, en tanto el substrato que define su orientación siga siendo positivista, no tendrán eficacia alguna, no serán instrumentos útiles para la inclusión social, porque seguirán enfrentándose a cuerpos in-disciplinables.

Referencias bibliográficas

- Abberley, P. (1987). The concept of oppression and the development of a social theory of disability. En *Disability, Handicap & Society*, vol. 2, nº 1, 5-19. [Traducción al castellano: (2008) El concepto de opresión y el desarrollo de una teoría social de la discapacidad. En L. Barton (comp.), *Superar las barreras de la discapacidad*. Madrid: Morata; pp. 34-50.]
- Alonso, L. E. (1999). El trabajo más allá del empleo: la transformación del modo de vida laboral y la reconstrucción de la cuestión social. En L. E. Alonso, *Trabajo y ciudadanía* (pp. 213-255). Madrid: Trotta.
- Barnes, C. (1991a). *Disabled People in Britain and Discrimination*. Londres: Hurst & Co.
- ____ (1991b). Discrimination: Disabled People and the Media. En *Contact Nº 70*, 45-48.
- Barton, L. (comp.) (1999). *Discapacidad y sociedad*. Madrid: Morata-Paideia.
- ____ (comp.) (2008). *Superar las barreras de la discapacidad*. Madrid; Morata.
- Barton, L. y Oliver, M. (Eds.) (1997). *Disability Studies, Past, Present and Future*. Leeds, The Disability Press.
- Berger, P. L. y Luckmann, T. (1989). La internalización de la realidad. En P. Berger y T Luckann, *La construcción social de la realidad* (pp. 162-202). Buenos Aires: Amorrortu.
- B.O.E. 183 (1982). *Ley 13/1982, de 7 de abril, de integración social de los minusválidos*: <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-1982-9983>
- B.O.E. 289 (2003). *Ley 51/2003, de 2 de diciembre, de igualdad de oportunidades, no discriminación y accesibilidad universal de las personas con discapacidad*: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2003-22066>
- B.O.E. 309 (2005). *Ley 28/2005, de 26 de diciembre, de medidas sanitarias frente al tabaquismo y reguladora de la venta, el suministro, el consumo y la publicidad de los productos del tabaco*: <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2005-21261>

- B.O.E. 299 (2006). *Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia*: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2006-21990>
- B.O.E. 318 (2010). *Ley 42/2010, de 30 de diciembre, por la que se modifica la Ley 28/2005, de 26 de diciembre, de medidas sanitarias frente al tabaquismo y reguladora de la venta, el suministro, el consumo y la publicidad de los productos del tabaco*: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2010-20138>
- B.O.E. 209 (2013). *Real Decreto Legislativo 1/2013, de 29 de noviembre, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley General de derechos de las personas con discapacidad y de su inclusión social*: <https://www.boe.es/buscar/pdf/2013/BOE-A-2013-12632-consolidado.pdf>
- Bouffartigue, P. (1996). ¿Fin del trabajo o crisis del trabajo asalariado? *Sociología del Trabajo* 29, 91-110.
- Bourdieu, P. (1997a). *La reproducción: elementos para una teoría del sistema de enseñanza*. Barcelona: Laia.
- _____ (1997b). ¿Es posible un acto desinteresado? En P. Bourdieu, *Razones prácticas: sobre la teoría de la acción* (pp. 139-158). Barcelona: Anagrama.
- _____ (1997c). *Espacio social y espacio simbólico*. En P. Bourdieu, *Razones prácticas: sobre la teoría de la acción* (pp. 11-26). Barcelona: Anagrama.
- _____ (1998). Cuarteles de nobleza cultural. En P. Bourdieu, *La distinción: criterios y bases sociales del gusto* (pp. 61-94). Madrid: Taurus.
- _____ (1999). El conocimiento por cuerpos. En P. Bourdieu, *Meditaciones pascalianas* (pp. 171-214). Barcelona: Anagrama.
- Brisenden, S. (1986). Independent Living and the Medical Model of Disability. En *Disability, Handicap and Society* 1(2), 173-178.
- Canguilhem, G. (1970). *Lo normal y lo patológico*. Buenos Aires: Siglo XXI.
- Ferreira, M. A. V. (2004). Primera dimensión metodológica; La transducción: fundamento de la reflexividad constitutiva. En M. A. V. Ferreira, *Vivir la ecuación de Schroedinger: una aproximación antropológica al conocimiento científico* (pp. 78-85, 27-283). Madrid: Universidad Complutense de Madrid. <http://webs.ucm.es/BUCEM/tesis/cps/ucm-t27523.pdf>
- _____ (2007). Metodología autoobservacional. En M. A. V. Ferreira, *La vida antes del laboratorio: la construcción de los constructores de hechos científicos* (pp. 65-79). Madrid: CIS – monografías, nº 239.
- _____ (2009a). Lo social como proceso: La transductividad ontogenética de las prácticas sociales. *Nómadas: Revista crítica de ciencias sociales y jurídicas* 22(2), 129-147. <https://www.theoria.eu/nomadas/22/mavferreira.pdf>
- _____ (2009b). Entre el cristal y el humo: paráfrasis de una epistemología crítica. *Intersticios: Revista sociológica de pensamiento crítico* 3(1), 3-15. <http://www.intersticios.es/article/view/3168/2532>
- _____ (2015). La reflexividad social transductiva: la constitución práctico-cognitiva de lo social y la sociología. *Nómadas: Revista crítica de ciencias sociales y jurídicas* 11(1), 285-303. <https://www.theoria.eu/nomadas/11/mferreira.pdf>
- Finkelstein, V. (1980). *Attitudes and Disabled People: Issues for Discussion*. Nueva York: World Rehabilitation Fund.
- Foucault, M. (1996). *Vigilar y castigar: nacimiento de la prisión*. Madrid: Siglo XXI.

- _____ (2008). *Nacimiento de la biopolítica*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- Hughes, B. y Paterson, K. (2008). El modelo social de la discapacidad y la desaparición del cuerpo: hacia una sociología del impedimento. En L. Barton (comp.), *Superar las barreras de la discapacidad* (pp. 107-123). Madrid: Morata.
- Liberty (1994). *Access Denied – Human Rights and Disables People*. Londres: National Council to Civil Liberties.
- Marx, K. (1985). El trabajo enajenado. En K. Marx, *Manuscritos de Economía y Filosofía* (pp. 103-119), Madrid: Alianza.
- OIDSMET - Observatorio sobre Discapacidad y Mercado de Trabajo (2021). *Informe 6*. Madrid, Fundación ONCE. <https://www.odismet.es/sites/default/files/2021-06/INFORME%206%20ODISMET.pdf>
- Oliver, M. (1990). *The Politics of Disablement*. Londres: McMillan Press.
- ONU (2006). *Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad*. <https://www.un.org/esa/socdev/enable/documents/tccconvs.pdf>
- Swain, J., Finkelstein, V., French, S. y Oliver, N. (1993). *Disabling barriers – Enabling Enviroments*. Londres: Sage/ Open University Press.
- Tocqueville, A. (1989). *El Antiguo Régimen y la revolución*. Madrid: Alianza.
- Turner, B. (1994). Theoretical developments in the sociology of the body. *Australian Cultural History* 13, 13-30.

PARTE 3.

GÉNERO, FEMINISMO(S) Y SALUD

CAPÍTULO 7.

DE LA CIENCIA ANDROCÉNTRICA HACIA LA CONSTRUCCIÓN DE UN MODELO SANITARIO CON ENFOQUE DE GÉNERO

Alexandra Obach y Alejandra Carreño

Introducción

Las reflexiones en torno a las intersecciones entre género y salud confluyen en la tensión histórica referida a la distinción entre biología y cultura. En el área de la salud, la preponderancia que han tenido los ámbitos biológicos por sobre los culturales ha permitido la instalación de diversas desigualdades, entre las cuales se encuentran aquellas que responden a mandatos de género y que, al ser naturalizadas, continúan reproduciéndose hasta la actualidad. De acuerdo con la evidencia, las diferencias y desigualdades de género, junto con la posición socioeconómica, son las mayores causas de inequidades en salud. La buena noticia es que, frente a estas inequidades, la incorporación de la perspectiva de género en salud puede reducir las desigualdades en salud y mejorar la eficiencia y efectividad de los sistemas de salud (Rohlf, 2010). En la literatura científica relativa a los ámbitos de salud los términos sexo y género suelen utilizarse indistintamente. El sexo hace referencia al hecho biológico de una persona en tanto hombre, mujer, o intersexual (Heise et al., 2019). El género, por su parte, es una categoría de análisis que se refiere a las cualidades culturales y sociales que se asocian simbólicamente a las personas según las formas de concebir las identidades de género en cada sociedad (Martín Casares, 2008). En este sentido, el género se entiende como los roles, normas y estereotipos que la sociedad asigna a lo masculino o femenino, y las relaciones de poder que se establecen entre los mismos en contextos determinados (Heise et al., 2019). El género es interiorizado mediante la socialización, entendida como un proceso cultural de incorporación de formas de representarse, valorar y actuar en el mundo que sucede durante todo el proceso vital (OPS, 2019). El enfoque de género se encuentra ligado al movimiento feminista desde sus orígenes ya que ambos profundizan en las razones de dominación por género, y cuestionan el androcentrismo, en tanto perspectiva que avala la supremacía masculina en la sociedad considerándolo como un hecho normal (Martín Casares, 2008).

Junto con lo anterior, cabe destacar la importancia de ahondar en la reflexión en torno a género y salud desde un enfoque de interseccionalidad, entendida ésta como la compleja interacción entre las múltiples identidades que constituyen a las personas, como son las de género, clase, raza, entre otras (Stolcke, 2010). Dichas intersecciones condicionan, por ejemplo, comportamientos y exposiciones diferenciadas relacionados a la salud, y el acceso y uso de los sistemas de salud por parte de la población. En este sentido, urge poner en evidencia las formas en que el sexismo y el patriarcado se cruzan con otras formas de discriminación, como el racismo, el clasismo y la homofobia, generando diversas consecuencias, entre ellas, malos resultados en salud en la población (Heise, 2019). La perspectiva interseccional a su vez dialoga con el modelo de los determinantes sociales de la salud, en tanto ambos permiten examinar cómo actúan estos cruces desde los niveles estructurales, —mediante leyes, políticas e instituciones—, hasta en la instalación de hábitos de vida de las personas. En este proceso se van produciendo y reproduciendo desigualdades e inequidades de género que afectan directamente la salud de las personas (Couto et al, 2019), sobre todo en aquellas poblaciones que sufren de desventajas estructurales y donde las consecuencias acumulativas de las inequidades sociales, incluidas las de género, son más evidentes (Heise, 2019). En consecuencia, resulta necesario también ahondar en los sistemas de salud en tanto reproductores de ideologías de género específicas, y el rol que estos tienen en las transformaciones de dichas inequidades.

Desde este marco de análisis, el capítulo tiene por objetivo generar una reflexión en torno a los cruces entre género y salud, desde un enfoque de interseccionalidad y de determinantes sociales de la salud (DSS). Para esto, se realiza un recorrido que comienza con un cuestionamiento respecto a la construcción que la ciencia médica ha realizado en torno a lo femenino y los cuerpos de las mujeres, para posteriormente profundizar en los alcances del enfoque de género en salud en diversos ámbitos, entre ellos, salud de las mujeres, masculinidades, y población LGBTQI+. Por último, se invita a una reflexión respecto a los desafíos que presenta actualmente avanzar hacia a la construcción de modelos sanitarios con enfoque de género en Chile.

La ciencia androcéntrica y las metáforas de la mujer como cuerpo fallido

En términos generales el androcentrismo ha sido definido como “la organización de las estructuras económicas, socioculturales y políticas a partir de la imagen del hombre, un enfoque que fundamenta las experiencias humanas, el protagonismo de la historia y el desarrollo

de la humanidad desde una perspectiva masculina. Éste además conlleva a la invisibilización de las mujeres, de sus experiencias y de sus aportaciones” (STUNAM, 2012: 1). En consecuencia, el androcentrismo implica la identificación de lo masculino con lo humano y al mismo tiempo, la equiparación de lo humano en general con lo masculino, lo que tiene como consecuencia transformar lo masculino en la norma (Ortiz, 2006: 42). Este concepto ha sido un aporte clave de la filosofía feminista de la ciencia, entendida como un movimiento filosófico cuyas ideas centrales han confluído en: 1) subrayar que el conocimiento científico es un conocimiento *situado*, es decir está profundamente ligado a la subjetividad y posicionamiento político de quien lo emite (Haraway, 1995) y 2) demostrar que en la ciencia, tal como la conocemos ahora, han existido valores extracognitivos que tienen a privilegiar un sistema sexo/género que favorece la reproducción de desigualdades sociales y políticas entre hombres y mujeres (Bernabé, 2019).

A pesar de la importancia de este concepto, en la medida en que ha permitido observar el modo en que las prácticas de salud y la generación de conocimientos en las ciencias médicas han estado históricamente señadas por la exclusión de las mujeres y diversidades sexuales, es necesario recordar que éste alberga al menos tres dimensiones implícitas, que a su vez dialogan con lo que hoy se ha configurado como el enfoque de género en salud. Estas tres dimensiones o también llamados “tres sentidos del androcentrismo” (Bernabé, 2019: 290) se traducen, en primer lugar, en la escasez de mujeres y cuerpos feminizados en la ciencia. Es decir, el androcentrismo es parte del mecanismo histórico gracias al cual las ciencias, tal como las conocemos hoy, son el producto de una tradición en la que ha primado el pensamiento, la discusión y la experimentación de sujetos masculinos, provenientes de países occidentales y de clase acomodada. La contraparte de esta invisibilidad de las mujeres en las ciencias hegemónicas, como la misma medicina, se manifiesta en la feminización de ciertas áreas que cuentan con menos prestigio social y menos acceso a poder, como son las áreas del cuidado: la enfermería, la fonoaudiología, la nutrición, la obstetricia y la puericultura. Sin embargo, Evelyn Keller (2001), profesora de biofísica matemática, ya en los años '90 advertía del hecho que esta invisibilidad no se resolvía solamente a través de la incorporación de mujeres en la ciencia, situación que ha ido afortunadamente en aumento en los últimos años. Keller nos habla más bien de la necesidad de subvertir la creencia, el “mito” que asocia la naturaleza misma de la ciencia con la idea de masculinidad, y cuyas consecuencias recaen sobre el hecho de asociar dicotomías fundamentales del pensamiento científico como son objetivo/subjetivo con la dicotomía masculino/femenino, asociación que persiste en la

idea de distinguir ciencias “duras”, objetivas, conducentes a poderosas conclusiones, de ciencias “blandas”, subjetivas y susceptibles al cambio y al efecto de la emotividad de quien las genera. Una perspectiva feminista de la ciencia dice Keller, implica “examinar las raíces, la dinámica y las consecuencias de esta red interactiva de las asociaciones y disyunciones que, juntas, constituyen lo que se podría llamar el sistema género/ciencia” (Keller, 2001: 50). Parte de este examen nos conduce al segundo sentido del androcentrismo que se traduce en el hecho que las comunidades científicas han tendido a favorecer la aceptación de teorías que van de la mano con la justificación de una pretendida inferioridad social, política e intelectual de las mujeres. Múltiples ejemplos existen en esta dimensión y provienen de las más variadas ciencias, desde la arqueología a la neurología, pasando por la ginecología. Los trabajos de Wylie (1992) y Conkey y Spector (1984), demostraron el modo en que la arqueología ha tendido a ignorar a las mujeres como sujetos históricos, situándolas inexorablemente en el ámbito reproductivo y doméstico contra toda evidencia arqueológica, interpretando el pasado a partir de estereotipos cuyo principal objetivo es el de naturalizar las relaciones desiguales entre los sexos. Del mismo modo, en el ámbito de la neurología se ha llegado a hablar de “neurosexismo” en la medida en que el androcentrismo sigue mostrando su fuerza contemporánea en la compleja discusión relativa a la conformación de la mente humana. Al respecto, Cordelia Fine (2008, 2010), muestra cómo la neurología y la endocrinología han tendido, a través de refinadas teorías, a reproducir la idea de que existen diferencias fundamentales en la psicología masculina y femenina que justificarían los más tradicionales estereotipos del comportamiento de hombres y mujeres. Así, por ejemplo, según estas teorías, el efecto de la testosterona fetal experimentada por los hombres, que ralentizaría el crecimiento del hemisferio izquierdo, “dejaría a los hombres con un mayor potencial para talentos superiores en el hemisferio derecho, como el talento artístico, musical o matemático” (Fine, 2010: 22). Del mismo modo, Emily Martin (1991) demuestra cómo las metáforas de la reproducción están cargadas de los significados asociados a lo masculino y lo femenino, desde el momento en que más allá de la evidencia empírica, la fecundación es científicamente narrada como la exitosa conclusión de una carrera corrida por competidores fuertes, rápidos y activos (los espermatozoides) que logran atravesar las paredes de una célula pasiva, expectante, impredecible y seductora (el óvulo). Estos ejemplos son discusiones contemporáneas que se suman a una larga tradición discursiva en la que las teorías gozan de aceptación en las comunidades científicas, incluso contra abundante evidencia contraria, gracias al hecho que ofrecen justificaciones biológicas a las desigualdades sociales entre los géneros. En esta misma línea están las afirmaciones que hacía Darwin en sus últimos capítulos del origen de

las especies, al justificar la condición de opresión de las mujeres entendido como resultado de la evolución (Bernabé, 2019), así como la comprensión que Aristóteles hace del cuerpo femenino, considerándolo “inacabado como el de un niño y carece de semen como el de un hombre estéril. Enfermo por naturaleza, se constituye más lentamente en la matriz, a causa de su debilidad térmica, pero envejece más rápidamente porque todo lo que es pequeño llega más rápido a su fin, tanto en las obras artificiales como en los organismos naturales” (Sissa, 2000: 115).

Esta descripción del cuerpo femenino como una falla de la naturaleza respecto al cuerpo masculino (Jordanova, 1993), da pie para profundizar en la tercera dimensión del androcentrismo que se traduce en el hecho que, particularmente en las ciencias médicas, la producción de conocimiento sobre el cuerpo humano esté basada en el funcionamiento del cuerpo masculino, a excepción de lo que respecta a la reproducción (Sanchez, 1999). De esta manera, el macho, es considerado como el ejemplar de la especie y la mujer como una desviación/variación de la norma. Los efectos de este tipo de androcentrismo son visibles en dimensiones tan reales como la misma práctica clínica. De hecho, numerosas investigaciones han demostrado que la aplicación de tratamientos farmacológicos puede llegar incluso a comportar riesgos para la salud de las mujeres en la medida en que son impartidos sin haber sido probados en pacientes de sexo femenino en fase de prueba (Hamilton, 1996; Harris y Douglas, 2000; entre otros). Esto es particularmente significativo en patologías como las cardiovasculares o psiquiátricas, donde, por ejemplo, las mujeres reciben suministros de fármacos equivalentes a las probadas en hombres, sin que existan suficientes evidencias respecto a la capacidad de metabolización de los fármacos por pacientes femeninos. En este mismo sentido, existen una serie de estereotipos que han menoscabado la capacidad de diagnóstico temprano y de tratamiento de patologías que son asociadas con una condición de género específica. Por ejemplo, las enfermedades cardiovasculares al ser padecidas por mujeres tienden a ser deslegitimadas, consideradas quejas psicosomáticas o manifestaciones nerviosas propias de su género, lo que deriva en diagnósticos más tardíos respecto a los hombres. Por su parte, la infertilidad en los hombres suele ser pesquisada más tardíamente que en las mujeres en la medida en que sigue primando un paradigma que pone la fertilidad y la reproducción principalmente como parte de las tareas femeninas y que aborda la fertilidad masculina como una condición menos sujeta a los efectos de la edad que la femenina (Tasa-Vinyals et al, 2015: 16).

Como vemos, estas tres dimensiones del androcentrismo tienen repercusiones específicas sobre el modo de hacer ciencia y de generar

discursos sobre las diferencias de géneros. En lo relativo al ámbito sanitario la naturalización de las diferencias de género, así como la reproducción de estereotipos fundados en teorías científicas que se basan escasamente en evidencia empírica, tienen consecuencias específicas sobre inequidades injustas y evitables en los resultados de salud de hombres, mujeres y diversidades sexuales. A continuación, veremos cómo el género, entendido como elemento constitutivo de las relaciones sociales y el campo primario donde se articula el poder (Scott, 1985), se presenta como el elemento clave para abordar una perspectiva científica y sanitaria capaz de incluir a todos los sujetos más allá de su posición en el sistema sexo/género y así responder a los desafíos que nos presenta el paradigma androcéntrico recién presentado.

Las implicancias del género en la salud de las poblaciones

Tal como se señaló anteriormente, la categoría de género alude a la construcción social que cada cultura realiza sobre la diferencia sexual biológica entre hombres y mujeres. Bajo esta premisa, el género es entendido como un producto social y no de la naturaleza, que se define tanto por las normas que cada sociedad impone sobre lo femenino y masculino, como a través de la identidad subjetiva, y de las relaciones de poder particulares que se dan entre las personas (hombres, mujeres, diversidades sexuales y de género) en una cultura determinada. Por lo mismo, las definiciones de género son dinámicas, transformándose entre generaciones, culturas y diferentes grupos socioeconómicos y étnicos (Scott, 1985).

A partir de las construcciones particulares de los sistemas sexo/género que cada sociedad elabora, los grupos humanos conforman ideologías y mandatos de género, los cuales dictan las normas establecidas y los campos de acción posibles para hombres y mujeres en un contexto determinado. Dichos mandatos, históricamente en el mundo occidental, se han enmarcado en un modelo social patriarcal, entendido éste como una forma de organización social basada en la dominación de unos hombres con ejercicio de poder sobre mujeres, niños, niñas y adolescentes, y también sobre otros hombres con menos jerarquía dentro de la misma comunidad (UNICEF, 2017). El patriarcado establece asimismo la hegemonía de la heterosexualidad en tanto identidad y conducta sexual esperada para hombres y mujeres (Butler, 2003). Dicha heteronormatividad ha invisibilizado históricamente a las diversidades sexuales y de género y ha establecido políticas, incluidas las de los ámbitos de la salud, que reproducen esta invisibilización y, al mismo tiempo, generan discriminaciones y violencias hacia estos grupos (Macintyre et al., 2015).

Las consecuencias del género en la salud de las mujeres

Los mandatos de género tradicionales, que se desprenden de este modelo social, vinculan a las mujeres al espacio de lo privado, responsabilizándolas del cuidado del hogar y de los ámbitos reproductivos. Los hombres por su parte han estado históricamente asociados a lo público, entendido éste como todo lo que ocurre fuera del hogar y que tiene injerencia en la administración y dirección de las sociedades. Vivir bajo el supuesto de que las personas nacen con la obligación de realizar determinadas tareas y quedar excluidas de otras, dados los mandatos de género, tiene consecuencias sobre la salud de las poblaciones, y hace que las inequidades de género que existen en diversos planos se perpetúen, por ejemplo, en la distribución de las tareas domésticas, en el acceso a recursos, entre otros ámbitos (Esteban, 2006). Así lo demuestran los datos de la *Encuesta de Uso del Tiempo en Chile*, donde en lo referido al trabajo doméstico, da cuenta que las mujeres aportan con el 70% de las horas destinadas como pareja, dedicándole 4,2 horas en un “día tipo” versus 1,8 que aportan los hombres. En todos los tipos de actividades domésticas, menos en “Reparaciones menores en el hogar” y “Compras en el hogar”, que tradicionalmente han involucrado a los hombres por estar asociadas a labores que se esperan de lo masculino, los hombres participan menos que las mujeres (ENUT, 2015). Esta situación se ha visto exacerbada en contexto de pandemia por COVID-19, generando una sobrecarga para las mujeres, ya que en la actualidad ellas se han incorporado masivamente al mercado laboral y crecientemente hay más mujeres reconocidas como jefas de hogar, siendo además cada vez más los hogares que perciben ingresos provisto por mujeres (Comunidad Mujer, 2017), pero de igual manera se han debido hacer cargo del cuidado y educación de niños y niñas, cuidado de adultos mayores, y generar ingresos o teletrabajar durante la pandemia, sobrecargándolas y generando consecuencias sobre su salud.

Tal como indica el enfoque interseccional, cabe destacar que la salud de hombres y mujeres no está determinada solo por el género, sino por factores tales como el contexto socioeconómico y político, la posición socioeconómica, educacional y étnica de la población, entre otras dimensiones que, al ser determinantes sociales inciden directamente sobre la salud de las personas (Solar e Irwin, 2006). Los determinantes sociales de la salud (DSS) se han definido como las condiciones sociales en las que las personas viven y trabajan y que afectan a su salud (Cabieses et al., 2017). El género es un determinante estructural clave en la salud de las poblaciones ya que establece la existencia de oportunidades diferentes para niños, niñas, hombres, mujeres y personas de las diversidades sexuales y de género, en relación a las posibilidades de lograr una salud óptima. Tal como se mencionó anteriormente, la

interseccionalidad entre el género y otras variables, principalmente de clase social y étnicas, son fundamentales en los resultados de salud de las poblaciones. Así, por ejemplo, la representación desproporcionada de las mujeres en los sectores pobres tiene sus raíces en pautas culturales, tanto por la preeminencia que le asigna la sociedad al papel reproductivo que desempeña la mujer, pauta que limita sus oportunidades de participar en el mercado laboral remunerado, y la desvalorización social del trabajo femenino tanto en el hogar como en el mercado laboral (Gómez, 2002). En Chile, de acuerdo a datos de la Encuesta CASEN 2017, un 20,1% de las mujeres se encuentra en pobreza multidimensional, es decir, 1 de cada 5 mujeres en el país está en esta situación (CASEN, 2017). Si a la dimensión de género se suma, por ejemplo, la de ruralidad y adultez mayor, el índice de pobreza multidimensional aumenta significativamente, alcanzando un 44,4% en mujeres rurales con 60 años o más (PRODEMU, 2020). En este marco, si bien las mujeres en Chile presentan una mayor esperanza de vida al nacer (EVN) que los hombres (81,8 años para mujeres y 76,7 años para hombres) (INE, 2021), las malas condiciones de vida en las que ellas llegan a la vejez (por acumulación de inequidades sociales y de género a lo largo del curso de vida, sobrecarga laboral doméstica y remunerada, altos índices de pobreza, alta carga de enfermedad, entre otras variables) las sitúan en una posición de alta vulnerabilidad social y de riesgo en salud.

Otra consecuencia de los mandatos de género en la salud de las mujeres tiene que ver con las violencias. La violencia de género sucede en un marco social caracterizado por el machismo y la cultura patriarcal. Por esto mismo, la mayor parte de la violencia de género es ejercida por hombres hacia mujeres, por lo cual el concepto de violencia de género se entiende la mayoría de las veces como sinónimo de violencia hacia las mujeres. Esto incluye malos tratos de la pareja, agresiones físicas, sexuales o psicológicas de parejas o personas cercanas e incluso extraños, mutilación genital, femicidios, infanticidios femeninos, entre otras formas de violencia (Obach, Sadler y Aguayo, 2011). Para julio del año 2021, de acuerdo a datos del Servicio Nacional de la Mujer y Equidad de Género (SERNAMEG), en el país se registraban 19 femicidios consumados y 85 frustrados. Asimismo, de acuerdo a datos del INE en 2017, un 21,03% de mujeres declaró haber vivido una o más situaciones de violencia (física, psicológica o sexual) en los últimos 12 meses (INE, 2017). Cabe destacar el aumento de la violencia contra la mujer en contexto de pandemia por COVID-19. De acuerdo al *Informe Género y Salud en tiempos de COVID*, elaborado por el Colegio Médico de Chile en el año 2020, la Unidad de Violencia contra la Mujer del SERNAMEG, reportó un aumento de un 125% de llamadas al Fono de orientación en violencia contra la mujer durante marzo del año 2020. El mismo informe señala que, de acuerdo a Carabineros, los llamados efectuados al Fono familia por delitos asociados

a violencia intrafamiliar aumentaron un 12,3% en 2020 con respecto al primer trimestre del año pasado. Asimismo, se sostiene que el Ministerio Público señala un aumento en un 250% el delito de femicidio frustrado en marzo 2020 en comparación a marzo 2019 (COLMED, 2020).

En lo que respecta a salud sexual y reproductiva (SSR), entendida esta como un estado general de bienestar físico, mental y social de todos los aspectos relacionados con la sexualidad de las personas (MILES, 2021), ésta ha estado centrada principalmente en los ámbitos reproductivos de las mujeres, presentando una visión fragmentada de sus cuerpos y su salud, y olvidándose de las matrices socioculturales en las cuales ellas están insertas, se desarrollan y desenvuelven (Esteban, 2006). Pese a los avances que se muestran en la región en concientización y cobertura de la SSR, sigue existiendo un problema de desigualdad asociado a la edad, etnia, ruralidad, diversidad sexual, entre otras dimensiones de la vida de las personas (MILES, 2021). Así, por ejemplo, como indica el Informe de MILES *Tercer Informe sobre Derechos, Salud Sexual Reproductiva y Violencia de Género en Chile*, en lo que respecta a temáticas reproductivas, los embarazos no deseados, los abortos clandestinos y la mortalidad materna, impactan de manera diferenciada a las personas gestantes (mujeres y hombres trans), por lo que garantizar su acceso es una cuestión de equidad de género y justicia social. Ahora bien, en general las mujeres son las más perjudicadas cuando el derecho a la salud sexual se ve vulnerado. Ellas utilizan más los servicios de salud sexual y reproductiva que los hombres, especialmente aquellas en edad reproductiva (MILES, 2021). Cabe destacar que, en Chile, la atención de salud de las mujeres, incluidas las adolescentes y jóvenes, gira en torno a la salud reproductiva y ginecológica, reduciéndolas solo a esta dimensión (Luengo et al., 2012). Además, la sexualidad femenina suele ser abordada desde una perspectiva de “riesgo”, una visión que justifica el control familiar, social y médico del cuerpo femenino (Macintyre et al., 2015) en desmedro de un enfoque basado en la promoción de derechos sexuales y reproductivos. La falta de acceso a la interrupción del embarazo por tres causales es emblemática en este sentido. Como varias asociaciones lo han demostrado, la despenalización del aborto por inviabilidad del feto, riesgo vital de la madre o violación que se legisló en el año 2017 no ha ido acompañada de un proceso eficiente de instalación de un enfoque de derechos en la atención de la salud sexual y reproductiva de las mujeres. Al contrario, a diferencia de lo que se estimaba, desde su implementación se han acogido a esta ley solo un 30% de los casos proyectados al momento de legislar¹. Los

¹ Información proveída por la asociación y publicada en: <https://www.elmostrador.cl/braga/2020/09/23/a-3-anos-de-la-ley-de-aborto-en-tres-causales-las-mujeres-aun-no-podemos-acceder-a-la-interrupcion-del-embarazo/>

principales motivos de esta diferencia radican en el alto número de médicos objetores de conciencia, que en algunas regiones del país supera el 70% del total de especialistas, la falta de información tanto entre personal médico como usuarios sobre las implicancias de la ley, así como la falta de insumos que permiten garantizar la interrupción del embarazo, que se suman a la centralización de estos servicios en la Región Metropolitana en Chile, en desmedro de otras regiones del país (Ramírez y Vega, 2020). Por su parte, en el contexto de pandemia por COVID-19, los ámbitos de salud sexual y reproductiva de las mujeres se han visto gravemente impactados. De acuerdo a un estudio realizado por la fundación MILES, un 72% de las mujeres ha visto dificultado el acceso a anticonceptivos desde el inicio de la pandemia en Chile. Un 34% refiere que no encontró stock de su anticonceptivo, un 34% denunció que el recinto de salud no estaba prestando el servicio, y un 30% vio aumentado el precio de los anticonceptivos. También se indica dificultades en acceso al PAP y falta de acceso a consultas por infecciones de transmisión sexual (MILES, 2020; COLMED, 2020).

Todos los temas antes descritos tienen un impacto en las diversas dimensiones de la salud de las mujeres, a los que se agregan temas de salud mental. La evidencia internacional da cuenta de importantes desigualdades de género en el ámbito de la salud mental, siendo las mujeres quienes reportan y son diagnosticadas con más frecuencia por problemas de esta índole. En las mujeres se observa el doble de prevalencia de depresión y ansiedad, y también son más frecuentes en ellas otros malestares psicosociales con síntomas inespecíficos. Así también se sostiene que las mujeres tienen más probabilidad de ser diagnosticadas de trastornos límites de la personalidad y de trastornos de la alimentación (Bacigalupe et al., 2020). En Chile, la *Encuesta Nacional de Salud* (ENS) 2009-2010 señala que 25,7% de las mujeres presentó síntomas depresivos en el último año, en comparación con 8,5% de los hombres. Respecto a los autoreportes de depresión alguna vez en su vida, las mujeres presentaron 33,1% y los hombres 9,7% (Pastorino et al., 2017). Estas cifras se mantienen en el tiempo ya que, según datos de ENS 2016-2017, la presencia de síntomas que permiten sospechar una depresión en población general es de 15,8%, siendo 10% entre hombres y 21,7% en mujeres (ENS, 2017). Por otra parte, según datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), la prevalencia de síntomas de salud mental no diagnosticados en el país muestra una clara brecha de género, donde un 8,5 % de los hombres presenta la enfermedad mientras que en las mujeres es de un 25,7% (OMS, 2017). El contexto de pandemia por COVID-19 ha agudizado estas brechas, generando un aumento significativo en problemas de salud mental de la población en general, y de las mujeres en particular. Esto se debe, en parte, a la sobrecarga hacia las mujeres en la demanda de

cuidados a niños, niñas y adolescentes, personas mayores y personas con distintos grados de dependencia, profundizando con ello la brecha de género, e impactando directamente en la salud mental de mujeres con un incremento significativo de ansiedad y estrés (COLMED, 2020). A esto se suman otras determinaciones sociales como el hacinamiento, la precariedad laboral, la dificultad para acceder a servicios de salud sexual y reproductiva, entre otros, lo que facilita la aparición o agravamiento de problemas de salud mental en las mujeres (COLMED, 2020).

La salud de los hombres desde un enfoque de masculinidades

Si bien el enfoque de género en salud suele asociarse a temáticas relativas a las mujeres, el género es un concepto que abarca la construcción social de lo femenino, lo masculino y de todas las transiciones que se encuentren entre (y más allá de) esta oposición binaria. En este marco, es entendido como un concepto relacional que refiere a una de las expresiones primarias del poder. Por su parte, el concepto de masculinidades hace referencia a los procesos a través de los cuales los hombres son socializados, y a los discursos y prácticas que se asocian con las diferentes formas de ser hombre. Si bien existen múltiples maneras de ser hombre, la cultura occidental promueve un modelo de género que le otorga mayor valoración a lo masculino por sobre lo femenino, y que incentiva en los hombres ciertos comportamientos como la competitividad, la búsqueda del riesgo y el uso de la violencia en determinadas circunstancias, en tanto prácticas de demostración de virilidad. A este modelo de masculinidad se le ha denominado como *Masculinidad Hegemónica* (Connell, 1997), la cual promueve un tipo de masculinidad en la cual, para que un hombre sea considerado como tal, debe demostrar ser activo, fuerte, no expresar sus emociones, no demostrar miedo, ser jefe de hogar y proveedor, responsable y autónomo, entre otras características (Olavarría y Valdés, 1998; Olavarría, 2001). Si bien existen diversas masculinidades, cada una de ellas presenta una mayor o menor adherencia respecto al modelo tradicional de masculinidad o masculinidad hegemónica. Son las continuidades del modelo tradicional, que se conoce como machismo, las que ponen en riesgo la salud de hombres y mujeres, y se relacionan con problemas sociales como la violencia, y con problemas de salud de los hombres vinculados a la socialización de género masculina. Por esto mismo, se hablen de la masculinidad como un factor de riesgo (OPS, 2019), ya que los hombres se ven sometidos a diversos mandatos culturales que los sitúan en una posición de riesgo en diversos ámbitos de salud, entre ellos, iniciarse sexualmente temprano y tener una performance de acuerdo a la masculinidad hegemónica, probando a través de la sexualidad que son *hombres de verdad* (Rebello y Gomes, 2009; Barker et al., 2010); tener un

mayor número de parejas sexuales en comparación a las mujeres; menor uso de preservativo; y a tener sexo bajo la influencia del alcohol o drogas (García et al., 2014). De hecho, las principales causas de mortalidad en los hombres están asociadas a la violencia interpersonal, los traumatismos causados por el tránsito y la cirrosis hepática, todas ellas ligadas al ejercicio de la masculinidad hegemónica (OPS, 2019). En Chile, datos de la ENS dan cuenta que el consumo riesgoso de alcohol es considerablemente mayor en hombres que en mujeres (20,5% versus 3,3% respectivamente) (ENS, 2017). Asimismo, se evidencia que la mortalidad por suicidio es mayor entre hombres que en mujeres, lo cual está asociado a la falta de búsqueda de ayuda, la no aceptación de tratamientos, el aumento del consumo de sustancias narcóticas, comportamientos agresivos normalizados y el acceso a medios letales, todos ellos factores en los que la socialización de género masculina tiene gran incidencia (Araneda et al., 2021).

Desde las conferencias de El Cairo y Beijing los organismos internacionales han prestado cada vez más atención a los hombres en tanto actores clave para alcanzar la equidad de género, incluidos los ámbitos de salud y, más específicamente, los de salud sexual y salud reproductiva (SSR) (MenEngage, 2015). En el Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo de 2013 se acordó impulsar la promoción de programas de prevención y de autocuidado en SSR de los hombres en América Latina y el Caribe (CEPAL, 2013). Esto ya que la mayoría de los programas y políticas en SSR y planificación familiar en la región focalizan sus acciones en las mujeres, invisibilizando a los hombres en estas áreas (Aguayo y Sadler, 2011; Gutmann, 2015; Hardee, 2017; Marcell, 2017). Diversos estudios internacionales y en Chile describen barreras actitudinales e institucionales para el acceso de los hombres, en especial de hombres jóvenes, a los servicios de SSR, entre ellas: una socialización masculina en comportamientos de poco cuidado de su propia salud; vinculación con los centros de salud principalmente por episodios de emergencia; vergüenza de reconocer que necesitan información sobre temas de SSR por considerarse poco masculino el mostrarse vulnerable o pedir ayuda; escasa capacitación del personal de salud para la atención de hombres jóvenes junto a actitudes negativas hacia ellos por parte de los prestadores (Sadler et al., 2011; García et al., 2014; Obach, Sadler, Aguayo y Bernales, 2018).

Diversidades sexuales y de género desde un enfoque de género y salud

La diversidad es una característica intrínseca y fundamental de los seres humanos. La diversidad sexual y de género, entendida como las prácticas, identidades y relaciones que no se condicen y/o desafían a la heteronormatividad (Pecheny, Figari y Jones, 2008), es también parte de los

aspectos que conforman las identidades y las experiencias de los sujetos en el mundo. Tal como se ha mencionado anteriormente, el género es entendido como un constructo social que se plasma en roles, estereotipos, comportamientos y símbolos que cada cultura y sociedad modula en torno al binomio femenino y masculino. Sin embargo, este binomio no es suficiente para dar cuenta de la complejidad de las identidades de género, las expresiones de género y la orientación sexual de las personas. De acuerdo a diversos autores (Preciado, 2011; Butler, 2003), el género es performativo, esto quiere decir que es producido y reproducido constantemente en el tiempo a través de actos que van construyendo un continuo en las identidades de género. Además, el género y su expresión son fluidos, es decir, no son realidades internas o externas fijas e inamovibles, sino que las personas pueden transitar entre estas identidades, superando el binomio hombre-mujer, y pueden cambiar a través del tiempo. Así, la heterosexualidad y la identificación de las personas como hombre o como mujer son una posibilidad dentro de todo el espectro plausible de identidades, expresiones y orientaciones de género (Preciado, 2003).

Desde el modelo social patriarcal, heteronormativo, donde la heterosexualidad se asocia al concepto de “normal” y deseable socialmente, se discrimina y denigra a quienes están al margen de esta normalidad, marginalizándoles y aumentando la posibilidad que se violenten sus derechos y dignidad. Esto afecta distintos ámbitos de la vida cotidiana, incluida la salud de las personas LGTBI+². Esta población, además de las discriminaciones y estigmas que enfrentan en la vida social, también pueden enfrentar problemas particulares en el sistema sanitario, lo que repercuten negativamente sobre su bienestar y calidad de vida (Ministerio Salud Pública, 2020). En esta línea, un estudio realizado en la ciudad de Concepción, Chile, da cuenta que el enfoque heteronormativo se presenta como una de las causas principales de la mala atención en salud a personas LGBTI+ (Estay, Valenzuela y Cartes, 2020, Schenck, 2018). Se sostiene que las reacciones negativas de los y las profesionales en cuanto la identidad de género u orientación sexual de sus pacientes, conlleva a tratamientos incompletos o inadecuados, o a atenciones caracterizadas por el mal trato e incomodidad, vulnerando con ello el derecho de las personas de recibir una buena atención en salud, en igualdad de condiciones y sin discriminación. Esta situación se exagera

² Esta sigla, que representa a la población Lesbiana, Gay, Transexual, Bisexual, Queer, Intersexual, + más todas las identidades sexo-genéricas no binarias, surge del reconocimiento de las experiencias comunes de discriminación y exclusión que –a pesar de su gran heterogeneidad en términos de otros factores como pertenencia a una etnia o raza, nivel socioeconómico, edad, etc.– experimenta esta población.

por la ausencia de conocimiento respecto a cuáles son los verdaderos problemas de salud de estas colectividades, sus niveles de exposición a ITS, las formas frecuentes de violencia que sufren y las consecuencias que estas formas de discriminación tienen en términos de salud mental. La población lesbiana y trans, en específico, han sido los grupos más invisibilizados en la medida en que el paradigma androcéntrico sigue jugando un rol fundamental al comprender la salud de las mujeres desde el punto de vista de la fecundidad y la reproducción, en desmedro de las necesidades vinculadas a la prevención de ITS y a la promoción de salud sexual en población no binaria (Gallego y Giraldo, 2016; Navarrete, 2018).

Por último, en relación con la pandemia por COVID-19, esta población se ha visto particularmente afectada. El reporte de las Naciones Unidas COVID-19 y Derechos Humanos, del año 2020, describe la situación de vulnerabilidad de la población LGBTI+ durante la pandemia en diversas dimensiones, entre ellas, acceso a sistemas de salud: la falta de priorización en la atención de salud de esta población; estigmatización, discriminación, incitación al odio y ataques a la comunidad LGBTI+ durante la pandemia; violencia doméstica y abusos; problemas de acceso a trabajos y sobrevivencia (ONU, 2020). En Chile, existe una deuda por parte del Estado en lo relativo a falta de protocolos que eliminen las barreras de atención en salud a la diversidad sexual y de género (COLMED, 2020) y hasta la fecha solo las asociaciones activistas en conjunto con algunos espacios académicos han logrado visibilizar el impacto que las cuarentenas han tenido sobre la salud física y mental de la población LGBTI+ quienes a menudo se han encontrado encerrados con sus propios agresores al interior del hogar (MUMS, 2020).

Reflexiones finales: hacia un modelo sanitario con enfoque de género

En el acápite *La ciencia androcéntrica y las metáforas de la mujer como cuerpo fallido* del presente capítulo, esbozamos los sesgos cognitivos de género presentes en las ciencias en general, y las ciencias de la salud en particular. Las desigualdades e inequidades de género que de dichos sesgos emanan han tenido consecuencias en la formación de marcos cognitivos clínicos, cargados de un profundo sesgo de género, provocando con ello un fuerte impacto en la formación de profesionales y disciplinas del área de la salud (Vázquez-Santiago y Garrido Peña, 2016). Vázquez-Santiago y Garrido Peña sostienen que, junto con el sesgo cognitivo de género en los sistemas de salud, se producen y reproducen el sesgo social de género, y el institucional. El primero hace referencia a la desconexión histórica de los sistemas de salud en lo referente a las desigualdades

sociales en las cuales se articula la sociedad (de clase, etnia, género, entre otras), lo que ha facilitado que los sistemas sanitarios no incorporen plenamente las condiciones de vida asimétricas en que se desenvuelven las personas y los grupos humanos (hombres, mujeres, diversidades sexuales y de género). En este marco, los sistemas de salud sostienen los autores, han operado como si las condiciones de vida y de reproducción de hombres y mujeres fuesen las mismas (Vázquez-Santiago y Garrido Peña, 2016). El sesgo cognitivo, dicen los autores, ignora o malinterpreta los síntomas físicos de las mujeres y los psicologiza, mientras que el sesgo social ignora los malestares sociales convirtiéndolos en físicos. En ambos sesgos se ignora la asimetría y la desigualdad de género en salud. Por último, los autores hacen referencia al sesgo institucional de los sistemas de salud, marcado por la discriminación de género, lo que se ejemplifica en las estructuras de las profesiones sanitarias, la asignación y selección de las especialidades o los programas y planes de salud (Vázquez-Santiago y Garrido Peña, 2016). Respecto a esto último, de acuerdo con datos de la OMS, las mujeres representan más del 70% del personal sanitario remunerado a nivel mundial y, además, son las principales profesionales de atención domiciliaria y comunitaria. Junto con esto, se evidencia que son las principales prestadoras de cuidados no remunerados. Aun así, las mujeres y las diversidades sexuales y de género están subrepresentadas en los puestos directivos y de toma de decisiones de los sistemas de salud. Los prejuicios relacionados con el género, la violencia física y sexual y el acoso, problemas estructurales de nuestras sociedades, están también presentes en los sistemas de salud y son situaciones con las que trabajadores sociosanitarios deben lidiar cotidianamente. De acuerdo a la OMS, si la diferencia global salarial entre hombres y mujeres es del 20%, en el sector sociosanitario alcanza una media del 26% en los países de ingresos altos y del 29% en los de ingresos medio-altos (OMS, 2017).

Para avanzar hacia la concreción de modelos sanitarios con enfoque de género en los tres niveles (cognitivo, social e institucional), se requiere fomentar transformaciones dentro de los sistemas de salud, en paralelo a cambios culturales profundos en los sistemas sexo-género de nuestra sociedad, con el fin de lograr la igualdad de género en la salud. Esto implica que todas las personas (mujeres, hombres, diversidades sexuales y de género) se encuentren en igualdad de condiciones para ejercer plenamente sus derechos y su potencial para estar sanos, contribuir al desarrollo sanitario y beneficiarse de los resultados (PAHO, 2019). Organismos internacionales como la OMS, entre otros, han desplegado diversas estrategias con el fin de promover sistemas de salud que sean capaces de reconocer, comprender y modificar el modo en que el género determina las conductas en relación con los sistemas de salud, el acceso a los ser-

vicios, las vías de atención sanitaria, y la interacción con otros factores determinantes de la salud y causantes de profundas inequidades³. Para el caso de Chile, en el año 2015 se creó la unidad de género en el Ministerio de Salud (MINSAL)⁴, con el fin de contribuir a que todas las políticas, programas, documentos y acciones del MINSAL incorporen perspectiva de género y derechos humanos, favoreciendo así la igualdad y equidad entre mujeres y hombres y la efectiva realización de los derechos en salud de la población. En concordancia con esto, el Plan Nacional de Salud para los Objetivos Sanitarios al 2020 del Ministerio de Salud estableció como Eje estratégico N° 5 la Equidad y salud en todas las políticas, con el objetivo de impacto de disminuir las inequidades de género. Si bien esto representa un avance importante en materia de género y salud en el país, aún se requiere continuar profundizando en este trabajo, a través de acciones en distintos niveles, entre ellos: la incorporación de la temática de género en las mallas de pre y postgrado de las carreras profesionales y técnicas del área de la salud; la generación de políticas y programas en salud que promuevan acceso y uso equitativo del sistema de salud para todas las personas, ya sean hombres, mujeres y diversidades sexuales y de género; promover transformaciones en la atención de usuarios/as en el sistema de salud, eliminando los sesgos y discriminaciones de género hacia todas las personas y poblaciones; promover un enfoque de interseccionalidad en salud, y promover el enfoque de determinantes sociales en salud, todo ello con el fin de abordar, desde el área de la salud, las desigualdades e inequidades que enfrentan las personas en salud, incluidas las de género, pero no limitadas a ésta. Solo así, lograremos sistemas de salud más justos e inclusivos, y sociedades más sanas, donde todos y todas podamos gozar de un pleno bienestar tanto físico, como mental y espiritual.

Referencias bibliográficas

- Aguayo, F. y Sadler, M. (2011). El papel de los hombres en la equidad de género: ¿qué masculinidades estamos construyendo en las políticas públicas en Chile? En Aguayo, F. y Sadler, M. (Eds), *Masculinidades y Políticas Públicas. Involucrando hombres en la equidad de género* (pp. 105-126). Santiago: Universidad de Chile, Lom Ediciones.
- Araneda, N., Sanhueza, P., Pacheco, G. y Sanhueza, A. (2021). Suicidio en adolescentes y jóvenes en Chile: riesgos relativos, tendencias y desigualdades. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 45, e4. DOI: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2021.4>
- Bacigalupe, A., Cabezas, A., Baza Bueno, M. y Martin, U. (2020). El género como determinante de la salud mental y su medicalización. Informe SESPAS 2020. *Gaceta Sanitaria*, 34(S1), 61-6. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2020.06.013>

³ En: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/gender>

⁴ En: <https://www.minsal.cl/unidad-de-genero/>

- Barker, G., Ricardo, C., Nascimento, M., Olukoya, A. y Santos, C. (2010). Questioning gender norms with men to improve health outcomes: evidence of impact. *Global Public Health*, 5(5), 539-53.
- Bernabé, F. N. (2019). Androcentrismo, ciencia y filosofía de la ciencia. *Revista de humanidades de Valparaíso*, (14), 287-313. DOI: <https://doi.org/10.22370/rhv2019iss14>
- Butler, J. (2003). O parentesco é sempre tido como heterossexual? *Cadernos pagu*, (21), 219-260.
- Cabieses, B., Bernaldes, M. y McIntyre, A. M. (2017). *La migración internacional como determinante social de la salud en Chile: evidencia y propuestas para políticas públicas*. Chile: Universidad del Desarrollo.
- Casares, A. M. (2008). *Antropología del género: Culturas, mitos y estereotipos sexuales*. España: Ediciones Cátedra.
- Colegio Médico de Chile (2020). *Informe Género y Salud en tiempos de COVID*. Santiago, Chile.
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe (2013). *Primera reunión de la Conferencia Regional sobre Población y Desarrollo de América Latina y el Caribe 2013*. Montevideo, Uruguay. Recuperado de: <https://www.cepal.org/es/eventos/primer-reunion-la-conferencia-regional-poblacion-desarrollo-uruguay-2013>
- ComunidadMujer (2017). Mujer y trabajo: Uso del tiempo y la urgencia por compartir las tareas domésticas y de cuidado. *Serie ComunidadMujer*, (38), 1-11. Recuperado de http://www.comunidadmujer.cl/biblioteca-publicaciones/wp-content/uploads/2017/04/BOLETIN-38-marzo-2017-baja_vf.pdf
- Conkey, M. y Spector, J. (1984). Archaeology and the Study of Gender. En Schiffer, M. B. (Ed.), *Advances in Archaeological Method and Theory, Volume 7* (pp. 1-38). Nueva York: Academic Press.
- Connell, R. (1997). La Organización Social de la Masculinidad. En Olavarría, J. y Valdés, T. *Masculinidad/es. Poder y Crisis* (pp. 31-48). Santiago, Chile: Isis Internacional/FLACSO.
- Corporación MILES (2020). *Acceso a salud sexual y reproductiva en pandemia*. Santiago, Chile.
- _____ (2021). *Tercer Informe sobre Derechos, Salud Sexual Reproductiva y Violencia de Género en Chile*. Santiago, Chile.
- Couto, M. T., Oliveira, E. D., Separavich, M. A. A. & Luiz, O. D. C. (2019). La perspectiva feminista de la interseccionalidad en el campo de la salud pública: revisión narrativa de las producciones teórico-metodológicas. *Salud Colectiva*, 15, e1994. DOI: 10.18294/sc.2019.1994
- Estay, F., Valenzuela, A., Cartes, R. (2020). Perspectivas desde la comunidad local penquista. *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología*, 85(4), 351-357.
- Esteban, M. L. (2006). El estudio de la salud y el género: las ventajas de un enfoque antropológico y feminista. *Salud colectiva*, 2, 9-20.
- Fine, C. (2008). Will working mothers' brains explode? The popular new genre of neurosexism. *Neuroethics*, 1(1), 69-72. DOI: 10.1007/s12152-007-9004-2
- _____ (2010). *Delusions of Gender: How Our Minds, Society, and Neurosexism Create Difference*. Nueva York: W. W. Norton.

- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (2017). *Perspectiva de género. ¿De qué hablamos cuando hablamos de perspectiva de género?* Buenos Aires, Argentina. Recuperado de: https://www.unicef.org/argentina/sites/unicef.org/argentina/files/2018-04/COM-1_PerspectivaGenero_WEB.pdf
- Fundación para la Promoción y Desarrollo de la Mujer (2020). *Encuesta de Bienestar General en Mujeres. Chile*. Recuperado de: <https://prodemu.feriasprodemu.cl/wp-content/uploads/2021/estudios/3-Encuesta-Bienestar-General-%286%29-JULIO.pdf?t=1617201506>
- Gallego, G. y Giraldo, S. (2016). Iniciación sexual en mujeres con prácticas homoeróticas en el eje cafetero colombiano. *Sexualidad, Salud y Sociedad Revista Latinoamericana*, 22, 56-72. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/2933/293345349003.pdf>
- García, C.M., Ptak, S.J., Stelzer, E.B., Harwood, E.M., Brady, S.S. (2014). I Connect With the Ringleader: Health Professionals' Perspectives on Promoting the Sexual Health of Adolescent Males. *Research in Nursing & Health*, 37(6), 454-65.
- Gómez, E. (2002). Equidad, género y salud: retos para la acción. *Revista Panamericana de Salud Pública* 11(5/6), 454-461.
- Gutmann M. (2015). Planificar la exclusión de los hombres de la planificación familiar: un estudio de caso en México. *Revista Interdisciplinaria de Estudios de Género*, 1(1):54-75.
- Hamilton, J. (1996). Women and health policy: On the inclusion of females in clinical trials. En Sargent, C. y Brettell, C. (Eds.), *Gender and health: An international perspective*. Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall.
- Haraway, D. (1995). *Ciencia, cyborgs y mujeres. La reinención de la naturaleza*. Madrid: Ediciones Cátedra.
- Hardee, K., Croce-Galis, M., Gay, J. (2017). Are men well served by family planning programs? *Reproductive Health*, 14(1), 14. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12978-017-0278-5>
- Harris, D. J. y Douglas, P. S. (2000). Enrollment of women in cardiovascular clinical trials funded by the National Heart, Lung and Blood Institute. *New England Journal of Medicine*, 343(7), 475-80. DOI: 10.1056/NEJM200008173430706
- Heise, L., Greene, M., Opper, N., Stavropoulou, M., Harper, C., Nascimento, M. y Zewdie, D. (2019). Gender inequality and restrictive gender norms: framing the challenges to health. *The Lancet*, 393(10189).
- Instituto Nacional de Estadísticas (2015). *Encuesta Nacional de Uso del Tiempo*. Santiago, Chile. Recuperado de: <https://www.ine.cl/estadisticas/sociales/genero/uso-del-tiempo>
- _____ (2017). *Sistema Red de Asistencia a Víctimas (SRAV) del Circuito Intersectorial de Femicidio (CIF) y Estimaciones y Proyecciones de Población base 2017*. Santiago, Chile. Recuperado de: <https://ine-chile.maps.arcgis.com/apps/opsoptions/index.html#/628576c0001e4500b2097b51dea48eeb>
- _____ (2021). *Estadísticas de Esperanza de Vida al Nacer*. Chile. Recuperado de: <https://www.ine.cl/ine-ciudadano/definiciones-estadisticas/poblacion/esperanza-de-vida>
- Jordanova, L. J. (1993). *Sexual visions: Images of gender in science and medicine between the eighteenth and twentieth centuries*. Estados Unidos: University of Wisconsin Press.
- Keller, E. F. (2001). Reflexiones sobre género y ciencia (fragmento). *Asparkia. Investigación feminista*, (12), 149-153. Recuperado de: <http://www.e-revistas.uji.es/index.php/asparkia/article/view/891>

- Luengo, X., Millán, T., Zepeda, A. y Tijero, M. (2012). Adolescentes urbanos: conocimientos sobre la atención de salud sexual y reproductiva. *Revista Chilena Pediatría*, 83(6), 540-551.
- Macintyre, A., Montero, A. y Sagbakken, M. (2015). Sexuality? A million things come to mind: Reflections on gender and sexuality by Chilean adolescents. *Reproductive Health Matters*, 23(46), 85-95. DOI: 10.1016/j.rhm.2015.11.003
- Marcell, A. V., Gibbs, S. E., Howard, S. R., Pilgrim, N. A., Jennings, J. M., Sanders, R., et al. (2017). Do Nonclinical Community-Based Youth-Serving Professionals Talk With Young Men About Sexual and Reproductive Health and Intend to Refer Them for Care? *American Journal of Men's Health*, 11(4), 1046-1054. DOI: <https://dx.doi.org/10.1177%2F1557988317696640>
- Martin, E. (1991). The egg and the sperm: How science has constructed a romance based on stereotypical male-female roles. *Signs: Journal of Women in Culture and Society*, 16(3), 485-501. Recuperado de: <https://www.journals.uchicago.edu/doi/pdf/10.1086/494680>
- MenEngage (2015). *Hombres, Masculinidades y Cambios en el Poder: Un documento de debate sobre la participación de los hombres en la igualdad de género desde Beijing 1995 hasta el año 2015*. Recuperado de: <http://menengage.org/wp-content/uploads/2014/11/Beijing-20-Hombres-Masculinidades-y-Cambios-en-el-Poder-MenEngage-2014.pdf>.
- Ministerio de Desarrollo Social (2017). *Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional 2017*. Chile. Recuperado de: <http://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/encuesta-casen-2017>
- Ministerio de Salud (2017). *Encuesta Nacional de Salud 2016-2017: Primeros Resultados*. Chile: Departamento de Epidemiología, División de Planificación Sanitaria, Subsecretaría de Salud Pública. Recuperado de: https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2017/11/ENS-2016-17_PRIMEROS-RESULTADOS.pdf
- Montero Vega, A. y Ramírez-Pereira, M. (2020). Noción y argumentos sobre la objeción de conciencia al aborto en Chile. *Revista de Bioética y Derecho*, (49), 59-75.
- Obach, A., Sadler, M., Aguayo, F. y Bernal, M. (2019). Salud sexual y reproductiva de hombres jóvenes en Chile: resultados de un estudio cualitativo. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 42, e124.
- Olavarría, J. y Valdés, T. (1998). Ser Hombre en Santiago de Chile: a pesar de todo, un mismo modelo. En Valdés, T. y Olavarría, J. (Eds.), *Masculinidades y Equidad de Género en América Latina* (pp. 12-35). Santiago, Chile: FLACSO, UNFPA.
- Olavarría, J. (2001). *Y Todos Querían ser (Buenos) Padres. Varones de Santiago de Chile en Conflicto*. Santiago, Chile: FLACSO-Chile, Lom Ediciones.
- Organización Mundial de la Salud (2017). *Depresión y otros trastornos mentales comunes. Estimaciones sanitarias mundiales*. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud.
- _____ (2019). *Masculinidades y salud en la Región de las Américas. Resumen*. Washington, D.C. Recuperado de: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/51667>
- Ortiz Gómez, M. T. (2006). *Medicina, historia y género. 130 años de investigación feminista*. Oviedo: Ediciones KKK.
- Pecheny, M., Figari, C. y Jones, D. (2008). *Todo sexo es político: Estudios sobre sexualidades en Argentina*. Buenos Aires: Libros del Zorzal.
- Preciado, P. (2003). Multitudes queer. *Multitudes*, (2), 17-25.

- _____ (2011). *Manifiesto Contrasexual*. Barcelona: Anagrama.
- Rebello, L. y Gomes, R. (2009). Iniciação sexual, masculinidade e saúde: narrativas de homens jovens universitários. *Ciência & Saúde Coletiva*, 14, 653-60.
- Rohlf, I. (2010). El género como herramienta de trabajo en la investigación en epidemiología y salud pública. En Esteban, M. L., Díez Mintegui, C., Comelles, J. M. (Eds.), *Antropología, género, salud y atención* (pp. 33-48). Barcelona: Edicions Bellaterra.
- Sadler, M., Obach, A., Luengo, X., Biggs, A. (2011). Estudio Barreras de Acceso a los Servicios de Salud para la Prevención del Embarazo Adolescente en Chile. Santiago, Chile: CulturaSalud / Programa Nacional de Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes, Ministerio de Salud.
- Sánchez, D. (1999). Androcentrismo en la ciencia. Una perspectiva desde el Análisis Crítico del Discurso. En Barral, M. J., Magallón, C., Miqueo, C. y Sánchez, M. D. (Eds.), *Interacciones ciencia y género. Discursos y prácticas científicas de mujeres* (pp. 161-184). Barcelona: Icaria, Colección Antrazyt.
- Scott, J. (1985). Gender: A Useful Category of Historical Analysis. *The American Historical Review*, 91(5), 1053-1075. DOI:10.2307/1864376
- Sindicato de Trabajadores de la Universidad Nacional Autónoma de México (2012). *Comisión especial de Equidad de Género. Glosario de Definiciones*. México. Recuperado de: <https://www.stunam.org.mx/41consejouni/14comisionequidadg enero/160614/16%20Definiciones+Glosario+sub-dif+CEEG.29-10-2012.pdf>
- Sissa, G. (1991). Filosofías del género: Platón, Aristóteles y la diferencia sexual. En Duby, G. y Perrot, M. (Eds.), *Historia de las Mujeres en Occidente. Capítulo 1. La Antigüedad* (pp. 90-134). Madrid: Taurus.
- Solar, O & Irwin, A. (2006). Social determinants, political contexts and civil society action: a historical perspective on the Commission on Social Determinants of Health. *Health Promotion Journal of Australia*, 17(3), 180-185.
- Stolcke, V. (2010). Antropología médica: ¿biología y/o cultura? En Esteban, M. L., Díez Mintegui, C., & Comelles, J. M. (Ed.), *Antropología, género, salud y atención* (pp. 9-22). Barcelona: Edicions Bellaterra.
- Tasa-Vinyals, E., Giral, M. M. y Raich, R. M. (2015). Sesgo de género en medicina: concepto y estado de la cuestión. *Cuadernos de medicina psicosomática y psiquiatría de enlace*, (113), 14-25.
- Wylie, A. (1992). The Interplay of Evidential Constraints and Political Interests: Recent Archaeological Research on Gender. *American Antiquity*, 57(1), 15-35. DOI: <https://doi.org/10.2307/2694833>

CAPÍTULO 8.

FEMINISMO(S) Y EPISTEMOLOGÍAS FEMINISTAS: DESAFÍOS PARA LA SALUD PÚBLICA

Rodolfo Morrison Jara

Introducción

Una salud pública tradicional, fundamentada en un paradigma positivista y biomédico, ha realizado su práctica sin considerar sus aspectos constituyentes desde el androcentrismo operante. En este sentido, el contexto en el que se producen los saberes científicos obedecen a las estructuras tradicionales, patriarcales y androcéntricas que han dado pie a la construcción de políticas públicas que han invisibilizado a diferentes grupos de personas que no se encuentran en el imaginario de quienes son los sujetos de “lo público”.

En esta línea, mujeres, personas no heterosexuales, migrantes, pobres, indígenas y un largo etcétera, no han destacado como sujetos de derecho en la construcción de políticas públicas por no representar a aquel imaginado sujeto de atención: el hombre “blanco” heterosexual de clase media con un trabajo a tiempo completo. Y cuando lo han hecho, han empleado tantos estereotipos y sesgos heterosexistas, que la efectividad de dichas políticas públicas ha quedado en tela de juicio.

Al respecto, en este capítulo abordaré la cuestión del feminismo y las epistemologías feministas en la investigación y práctica de la salud en general, y de la salud pública en particular. Comenzaré con una breve descripción histórica del feminismo, para luego continuar con los estudios de ciencia, tecnología y género y con las epistemologías feministas, que critican las formas tradicionales en las que se ha construido el conocimiento científico en salud. Posteriormente, profundizaré en algunos elementos y desafíos vinculados a las prácticas en salud desde estas perspectivas, mostrando algunas experiencias de prácticas feministas en salud, para después pensar en una salud pública feminista como una meta dentro de las necesidades actuales y, en especial, en el diseño de políticas públicas feministas.

Feminismo

En la actualidad, es difícil hablar del feminismo como una corriente única, ya que posee diferentes ramificaciones. Por ello, es común escuchar la expresión “feminismos”, debido a que estos planteamientos poseen perspectivas tan diversas que, muchas veces, no logran consenso en un planteamiento particular. En la actualidad, están siendo debatidos temas como: la abolición o legalización de la prostitución (Ranea Triviño, 2012; Scolari, 2016) y la gestación subrogada (Andrews, 1988; Gruenbaum, 2012; Neal, 2010), temas que pasan por el debate sobre el control del cuerpo y las situaciones y contextos de las personas que toman estas decisiones (González Suárez, 2015; Parceró & Vázquez, 2010; Redondo Saceda, 2017); o perspectivas respecto a las relaciones de pareja, “poliamor”, amor libre o amor romántico, donde se ha criticado como las relaciones han reflejado la dominación masculina y el control patriarcal (Esteban & Távora, 2008; Garrido, 2016; Mogrovejo, 2000); o cuestiones vinculadas al sistema económico desde ópticas marxistas (Guerra, 2010) o vinculadas a la transformación del sistema económico cuando se propone que las mujeres deben resistirse a la imposición del modelo capitalista (Federici, 2004); hasta temas vinculados con la alimentación, proponiendo cómo el consumo de carne, representa el *especismo* (Leyton, 2015), que ha sido el mismo mecanismo por el cual las mujeres han sido subyugadas a los hombres históricamente (Avila Gaitán, 2011; Faria, 2016; Rodríguez Carreño, 2016; Vázquez García & Sánchez Fernández, 2017). Incluso, existen diversas corrientes del feminismo que han llegado a cuestionar si el sujeto mujer es el único al que el feminismo representa (Romero Bachiller, García Dauder, & Bargueiras Martínez, 2005).

Estas perspectivas diversas, son antecedidas por un correlato histórico, que también posee diferentes aristas. Por ello, a continuación, realizaré una muy breve presentación del feminismo como movimiento político e ideológico, para posteriormente centrarme en los estudios de ciencia, tecnología y género y en las epistemologías feministas, que es desde donde me posicionaré para abordar la Salud Pública.

Constitución del feminismo, una breve aproximación histórica

No existe una única versión del desarrollo histórico del feminismo. La mirada más tradicional propone “tres olas” haciendo referencia a momentos relevantes y reivindicativos en cuanto a los derechos de las mujeres en occidente (Pinto, 2003).

Una *primera ola* se identifica en los movimientos sufragistas femeninos y pro derechos de la mujer en Estados Unidos y Reino Unido a mediados del siglo XIX y hasta los inicios del siglo XX (Quiroga, 1995). Estos luchaban por la inclusión de las mujeres en el área de la educación y por el derecho a la propiedad privada.

Este llamado “feminismo de la igualdad” buscaba el acceso a la educación en igualdad para las mujeres y criticaba su exclusión en el mundo político. Expresión de ello, fue la primera convención sobre los derechos de las mujeres en Estados Unidos, la *Convención de Seneca Falls*¹ en 1848. En esta instancia, se realiza una crítica a la exclusión de las mujeres en la presentación a cargos públicos, votaciones, afiliaciones políticas, entre otros (Nash & Álvarez González, 2002). Además, posterior a la abolición de la esclavitud, las mujeres blancas feministas de clase media-alta, que por lo general eran esposas de líderes abolicionistas, comienzan a tomar mayor contacto con las mujeres negras, evidenciando diferencias extremas en cuanto a sus derechos y posición en la sociedad. Sojourner Truth, abolicionista, quien dará uno de los discursos más relevantes en medio de la Guerra Civil estadounidense: “¿Acaso no soy mujer?”, mostrará cómo las categorías clase y sexo no son indisolubles a la hora de pensar en los derechos de las mujeres (Mabee, 1993). Camino que seguirían las feministas negras y obreras décadas más adelante (Hill-Collins, 1990).

Esta primera ola, argumentaba como las “características morales superiores” de las mujeres debían ponerse al “servicio de la sociedad” (Quiroga, 1995). Templanza, caridad, cuidado, servicio en todas sus esferas, eran las características de estas mujeres blancas de clase media, por lo que, entregar sus cualidades positivas a favor de la sociedad era el principal argumento feminista de esta primera ola que contrastaba con las mujeres negras y obreras.

A fines del siglo XIX y principios del XX, esta primera ola, focalizará sus esfuerzos en el sufragismo y en la inclusión de las mujeres en la esfera pública de la sociedad (Nash & Álvarez González, 2002). Así, por ejemplo, en Reino Unido las *suffragette* reivindicaron su derecho al voto por medio de manifestaciones públicas, protestas y huelgas de hambre (Gahete, 2016).

¹ Esta Convención está antecedida por otros hitos importantes, como la fundación de la *Sociedad Reformista Femenina Neoyorquina* en 1834, que buscó la prohibición de la prostitución (Nash & Álvarez González, 2002); otras reformas religiosas que otorgaban ciertas responsabilidades a las mujeres vinculadas a oficios religiosos y en el área de la caridad en el protestantismo (Quiroga, 1995); y todo el movimiento abolicionista que generó una discusión profunda respecto a la condición de ser humano y sus respectivos derechos (Menand, 2002).

Muchas mujeres, educadas por las primeras que lograron ser profesoras en instituciones educativas en los inicios de la primera ola, identificarían modelos de referencia en sus maestras que les permitieron pensarse y proyectarse como algo diferente a ser esposas, madres y encargadas del hogar (Morrison, 2011, 2016b; Quiroga, 1995). En este camino, a inicios del siglo XX se comienza con la regulación del sufragio femenino en Inglaterra y Estados Unidos y, paralelamente, una primera generación de mujeres logra la profesionalización de los trabajos de voluntariado, vinculados al cuidado y el servicio, generándose el reconocimiento formal de carreras como la enfermería, el trabajo social y la terapia ocupacional (Morrison, 2016a).

Pero, en este camino, las luchas de “la mujer” no beneficiarían a todas las mujeres. Las categorías raza y clase aún no serían parte de la bandera de lucha de este feminismo blanco de clase media-alta.

Más tarde, la *segunda ola* del feminismo surgiría a mediados del siglo XX centrando sus esfuerzos en abogar por la igualdad entre hombres y mujeres en diversas áreas como salud, trabajo, educación, sexualidad, derechos sexuales y reproductivos, y otros aspectos (Pinto, 2003). Además, se cuestiona la categoría género y sexo², identificando, como un antecedente de este período, la reconocida frase de Simone de Beauvoir (1949/1981): “no se nace mujer, se llega a serlo”. Junto con ello, surgirán otras corrientes desde el feminismo que criticarán la unificación del concepto mujer, “como si todas fueran una”, retomando los cuestionamientos entre las categorías raza y clase. De esta forma, los feminismos negros toman más fuerza y entrarán de forma potente a poner en tela de juicio los planteamientos naturalistas y deterministas para criticar el rol de la cultura y la sociedad en la reivindicación de derechos (Hill-Collins, 1990) y romperán con las categorías de “la mujer única”, para plantear cómo la raza y la clase no están ajenos a los sistemas de opresión (Jabardo, 2012).

En este período, el desarrollo de los anticonceptivos femeninos, al establecer un control en las mujeres sobre la fecundidad, juega un rol central en el cuestionamiento de “su” rol reproductivo (Ignaciuk, 2009). De la misma manera, el derecho al aborto comienza a ser discutido (Ortiz Ortega, 2001).

² Desde este período las diferencias entre sexo y género se pronunciarán con más fuerza, proponiendo que sexo corresponde a aquella determinación biológica centrada en la genitalidad y dividida entre mujeres y hombres, mientras que en género corresponderá a aquella carga cultural expresada en lo biológico (Gahete, 2016). Estos planteamientos binarios y dicotómicos son muy cuestionados en la actualidad especialmente en los aspectos referidos a la salud pública (Romero Bachiller et al., 2005).

Por último, una *tercera ola* pronunciada desde fines del siglo XX hasta nuestros días, continúa la lucha por los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres (Pinto, 2003), cuestiona al sujeto mujer como único dentro del feminismo (Romero Bachiller et al., 2005) y critica la categoría binaria y heterosexista sexo-género (Lykke, 2010). Surgen perspectivas más críticas como la *teoría queer* que propone al género como un acto performativo dentro de una matriz heterosexual, lo que implica reconocer que, tanto el género como el sexo, son construcciones sociales, por lo que no tiene sentido práctico una separación de ambos constructos ya que se emplean como sinónimos (Butler, 2007; Preciado, 2002).

En esta línea, retoman su fuerza los feminismos negros, chicanos, lésbicos e indígenas al reconocer la ausencia de las “otras mujeres” en el movimiento y que se han opuesto al patriarcado hace siglos. Estas otras mujeres, que no son blancas ni de clase media ni cristianas ni heterosexuales, critican el desconocimiento de las luchas ancestrales de esclavas en contra de la colonización en América y África indicando que ellas fueron olvidadas por la historia oficial negando sus luchas históricas (Espinosa Miñoso, Gómez Correal, & Ochoa Muñoz, 2014; Jabardo, 2012). También romperán con la representación “única” de las mujeres invisibilizando la desigualdad de clase, raza y etnia en las posiciones sociales (Hill-Collins, 1990) y el feminismo lésbico cuestionará la falta de representación de la diversidad de mujeres en la lucha feminista, cuestionando, por ejemplo, que “las lesbianas no somos mujeres” (Witting, 1992/2006).

De esta forma, al existir diversas ramificaciones del feminismo no es posible aunar una sola definición. De forma particular, una vertiente del feminismo ha centrado sus esfuerzos en cuestionar el rol de la ciencia en el desarrollo de saberes y por su posición de poder en la sociedad, me refiero a los estudios de ciencia, tecnología y género.

Estudios de Ciencia Tecnología y Género

Dentro de la gran diversidad presentada, existe una corriente que integra las perspectivas críticas sobre la ciencia –tradición heredada desde la perspectiva kuhniana y reflejada en los Estudios de Ciencia, Tecnología y Sociedad– y el feminismo. Así, los Estudios de Ciencia, Tecnología y Género (ECTG) permiten una aproximación crítica a la ciencia realizando diferentes miradas sobre la práctica científica y su producción de conocimiento (González García & Pérez Sedeño, 2002).

Los ECTG han propuesto pensar la cuestión de las mujeres en la filosofía y en la ciencia, cuestionando las miradas androcéntricas en la historia.

En esta “historia oficial”, contada y reproducida por el machismo y sus mecanismos de socialización, las mujeres han estado ausentes o han pasado a un segundo plano, destacando unos pocos casos de “mujeres excepcionales” que rompen toda regla, pero siempre constituyéndose como casos que están alejados del común de las mujeres. Otro elemento criticado por los ECTG es la forma de entender la epistemología, esto es, asumiendo la existencia de un sujeto (por lo general un hombre), cuyas observaciones “objetivas” dan cuenta de una sola forma de comprender la realidad (o lo que entendemos por ella), independientemente de su cuerpo, experiencias, aprendizajes, y posición en el mundo (social, económica, étnica, cultural, etc.).

Por ejemplo, González García y Pérez Sedeño (2002) aclaran que los ECTG se opondrían al androcentrismo y a la práctica sexista, explicitando que este enfoque permitiría identificar, en el quehacer científico, la manera en la cual las mujeres han sido consideradas desde un inferior estatuto epistémico, lo que ha generado sesgos en la manera de hacer ciencia, por ejemplo las teorías sobre inferioridad intelectual, como también sus roles subordinados en la sociedad desde un enfoque socio-cultural.

Las autoras se preguntan, al incluir las temáticas de género en las ciencias: ¿qué repercusión tendría la inclusión de las mujeres en los contenidos científicos? y, por ende, ¿en la historia tal como nos ha sido contada? Para responder, proponen un recorrido histórico para “rescatar” a las mujeres olvidadas y silenciadas por la historia tradicional, de manera de *rescribir* la historia e identificar sus aportes, los cuales no han sido incorporados por las interpretaciones y explicaciones de diferentes historiadores. Se explica la situación anterior, señalando la existencia de barreras socio-institucionales, como: la baja compatibilidad de la vida profesional con la vida doméstica; los valores de la sociedad respecto al rol de las mujeres; y las formaciones académicas coartadas para las mujeres por los prejuicios de género.

Además, la *discriminación territorial* (entendida como los campos de conocimiento divididos por género, donde las mujeres han sido restringidas) y la *discriminación jerárquica* (que representa cómo en los mismos campos del conocimiento, las mujeres son relegadas a puestos de menor jerarquía) operan como mecanismos de exclusión implícitos, que, junto a las diferencias exacerbadas por los procesos de socialización y los estereotipos sexuales, generan un *currículum oculto* en los materiales escolares, en el quehacer científico, y en todo el proceso de aprendizaje social que genera el menosprecio del rol de las mujeres en relación con los hombres. Por ejemplo, el cuidado y el servicio, ámbitos vinculados a lo

femenino se traducen en carreras de un estatuto inferior, mientras que la investigación, la medicina, el cálculo, la ingeniería, los negocios, etcétera, son ámbitos vinculados a los masculino y ello posee mayor reconocimiento social, expresado, por ejemplo, en la remuneración.

De esta manera, existen muchas prácticas históricas que han excluido y perjudicado a las mujeres en los ámbitos científicos. Langton (2001) ha respondido a la pregunta: ¿cómo se puede prescindir de las mujeres?, distinguiendo tres mecanismos generalizados: primero, *no conociéndolas*. Ello ha implicado la ausencia de registros históricos sobre la participación de las mujeres en prácticas científicas. Aun cuando, en investigaciones recientes, se ha demostrado que el número de investigadoras es muchísimo mayor que el descrito por los registros “oficiales” (Edelsztein, 2012; González García & Pérez Sedeño, 2002; Morrison, 2016a). Al respecto, las estrategias de invisibilización han sido desde la segregación, como se ha mencionado anteriormente, hasta la falsificación de sus nombres o las firmas adulteradas de sus esposos o familiares varones (Edelsztein, 2012).

Segundo, identificando a las mujeres como “*personas extrañas*”, encarnando “el misterio femenino” (Langton, 2001). Esto corresponde a aquel imaginario patriarcal que otorga una explicación fácil a todo lo que no ha sido fundamentado desde el androcentrismo: “es que las mujeres son complejas”, lo que carga a los estereotipos sociales con una serie de prejuicios que limitan las prácticas científicas. Desde las propuestas platónicas sobre la inferioridad de la mujer por la pérdida de flujos vitales (Fox Keller, 1991), hasta la exteriorización de “lo femenino” como algo misterioso e inexplicable (De Beauvoir, 1949/1981).

Y tercero, haciendo *que las mujeres no puedan conocer* (Langton, 2001). Al respecto, los procesos de socialización y de construcción del género han implicado diferencias que van, desde el histórico currículum (explícito) diferenciado en las escuelas y universidades, hasta prácticas más sutiles como el mencionado currículum oculto (González García & Pérez Sedeño, 2002). De este modo, los mandatos de género que determinan las pautas de comportamiento de las personas, inculcadas desde antes del nacimiento, configuran gustos, intereses, vocaciones, aptitudes, etcétera (Butler, 2007; Campos, 2007).

Estas formas de exclusión y dominación social son tomadas dentro del ámbito científico, dando cuenta que la ciencia no es inocua ni imparcial, al no ser posible una práctica que provea de una teoría general del conocimiento que ignore el contexto social del sujeto cognoscente (González García & Pérez Sedeño, 2002).

Cómo se ha hecho referencia, el quehacer científico se encuentra influenciado por soslayados mecanismos de exclusión, los cuales han generado que las mujeres deban enfrentar una serie de barreras (Waksman, 2005). Además de “la iglesia, la aristocracia, la burguesía, [y] el complejo militar-industrial. (...) [E]ste sometimiento ha sido análogo al de los campesinos, los esclavos, los disidentes religiosos y los trabajadores” (Rossi, 2000, p. 23). En esta línea, las representaciones sobre las mujeres, que los ECTG han criticado están muy bien documentadas.

Por nombrar solo unos ejemplos, una cita extraída de *Historia de las mujeres en occidente* indica: “sostengo que una mujer no debería parecerse en absoluto a un hombre en su modo de andar, sus maneras, sus palabras, sus gestos y su porte. (...) [E]s bueno que una mujer tenga cierta ternura suave y delicada, con aire de dulzura femenina en cada uno de sus movimientos” (Matthews, 1992, p. 77); otra cita del mismo texto: “Colgamos a un ladrón por robar una oveja, pero la falta de castidad de una mujer³ priva de ganado, de granja, de todo, a su auténtico propietario” (p. 104). Y finalmente: “... la mujer, inmersa en su fría humedad, no puede tener tanto espíritu como el hombre y que, por tanto, se ve impedida de dedicarse con fortuna a las letras y a las ciencias” (Berriot-Salvadore, 1992, p. 378). Estos modos de comprender la realidad implican contextos de significación que enmarcan la forma en que se establecen las relaciones, entregando pautas de comportamiento, que niegan otras posibles formas de relación. Estos aspectos repercuten en la ciencia, en las investigaciones y en la conformación de estereotipos y patrones de relación en la sociedad.

Así, la construcción histórica de la objetividad científica estará establecida por un pequeño grupo de varones, quienes han consolidado e impuesto un método que, por siglos, ha excluido sistemáticamente a las mujeres y otros muchos grupos de personas, en las prácticas científicas (Longino, 1990).

Haraway (1991, pp. 313-314), respecto al concepto de objetividad propone que:

“Hemos utilizado toneladas de tinta tóxica y gastado miles de árboles convertidos en papel para desacreditar lo que ellos han dicho y para dejar claro el daño que *nos* ha causado. Ese imaginado *ellos* representa a la invisible conspiración de científicos y de filósofos masculinistas que gozan de laboratorios de abundantes

³ Se refiere a la infidelidad matrimonial.

subvenciones y, el *nosotras*, a 'las otras' (...) a quienes se nos prohíbe (...) poseer un punto de vista (...)"

Esta idea propuesta por Haraway, que manifiesta una clara crítica al paradigma hegemónico androcentrista que contextualiza todas las prácticas y actos de desigualdad realizados hacia las mujeres, permite establecer que, si bien podemos llegar a comprender desde un enfoque epistemológico cómo se han dado estos procesos, eso nos pone en un plano ético que nos llama a no justificar estas prácticas bajo la lógica de la objetividad.

En otras palabras, si bien hemos estado en la presencia de un paradigma androcentrista, que ha contextualizado, y por ende configurado los significados atribuidos a "lo superior" de lo masculino sobre "lo inferior" de lo femenino, y extrapolado estos a la práctica científica, los ECTG nos proponen cuestionar estos constructos, poniendo en tela de juicio la aparente objetividad científica.

Una perspectiva que ayudaría a comprender el rol de la ciencia, en la producción de mecanismos implícitos de exclusión hacia las mujeres, está expresada por Gómez Rodríguez (2001, p. 436) en la siguiente cita:

"... el conocimiento científico está total, o parcialmente, sesgado en lo que al género refiere y que, de una forma u otra, resulta permeado por el androcentrismo dominante en la cultura occidental en cuyo seno se desarrolla. El mismo corazón del método científico, con su requerimiento de objetivación, neutralidad y experimentación estaría condicionado por tal hecho".

Lo anterior, podría sintetizarse en la propuesta de Fox Keller (1991, p. 83) "la asociación, históricamente omnipresente, entre lo masculino y objetivo, y de manera más específica entre masculino y científico...", excluye a "lo femenino" considerado fuera del territorio de "lo masculino". Este mecanismo de exclusión dualista, que se extrapola como la diferenciación por géneros/sexos en campos específicos del conocimiento, clasifica arbitrariamente a mujeres y hombres en ámbitos segregados dentro del desarrollo científico, en otras palabras, excluye (o ha excluido, desde un enfoque histórico) a las mujeres en el desarrollo científico. O bien, se ha relegado a mujeres a acciones específicas (y de bajo reconocimiento) dentro de este ámbito, como: computación de datos astronómicos, clasificación y catalogación en historia natural (González García & Pérez Sedeño, 2002) o como disciplinas de colaboración médica como la enfermería y la terapia ocupacional (Morrison, 2016a).

Lo anterior, resulta especialmente relevante desde la perspectiva que propone Fox Keller, a partir de la premisa de que “tanto el género como la ciencia son categorías construidas socialmente” (1991, p. 12). Esto implicaría que sociedades completas han participado en erradicar a las mujeres en el conocimiento científico y tecnológico, reproduciendo estereotipos de género que se encarnan en las maneras de hacer y construir la realidad y vivir las expresiones de lo humano. Estas maneras de vincularse reproducen una jerarquía basada en una racionalidad no reflexiva, que considera a la ciencia como “objetiva, poderosa y masculina” (p. 16), características contrarias a los estereotipos construidos sobre lo femenino, a lo que paralelamente niega la identificación de las mujeres con esta concepción de ciencia. Y cuando ha existido esta identificación, ha generado que sociedades enteras se movilicen en contra de la misma por considerar “anormal” que las mujeres desarrollen conocimientos científicos.

Así, estas prácticas de injusticias históricas han repercutido en formas de repensar a la epistemología y la práctica científica. De forma particular, las epistemologías feministas, además de reforzar esta crítica, han propuesto una serie de posibilidades para reformular el desarrollo de saberes científicos.

Epistemologías feministas

Las epistemologías feministas corresponden a perspectivas críticas para comprender el desarrollo del conocimiento. Su forma de plantear las prácticas sociales, basadas en principios feministas teóricos y prácticos, se materializan en las categorizaciones de la política, la igualdad, la dominación y del conocimiento en sí mismo (González García & Pérez Sedeño, 2002; Guzmán Cáceres & Pérez Mayo, 2004; Ostrovsky, 2009).

Proponen que el conocimiento es situado, por lo que es una ficción la aparente neutralidad del sujeto investigador y que el conocimiento se construye por sujetos inmersos en relaciones sociales y de poder (Rebolledo, 2014). Por ello, se consideran como cruciales en el desarrollo del conocimiento las condiciones sociales bajo las que se formulan los discursos científicos y saberes dominantes, a la vez que cuestionar para quiénes se formula y cómo ese saber circula, se reproduce y, por sobre todo, es usado (Bonder, 1999).

Así, ponen en tela de juicio a la epistemología tradicional, al señalar, como he referido anteriormente, que no es posible una teoría del conocimiento que ignore a la persona que conoce, reduciendo el conocimiento de un objeto sin contexto (susceptible de ser conocido “objetivamente”) la

formulación de saberes legítimos y dominantes (Zalaquett, 2012). Esto implica pensar en la forma en que la práctica científica se ha llevado a cabo y repensar el método científico.

Si bien existe diversidad de epistemologías feministas, ya que han sido elaboradas desde diferentes posiciones críticas, poseen en común la lucha por la transformación de la sociedad, asumiendo que toda acción es política lo que implica pensar el rol que ha tenido la epistemología tradicional al respecto (Zalaquett, 2012).

Algunas epistemologías feministas reconocidas en el ámbito del conocimiento son:

El *enfoque psicodinámico*, que ha propuesto que las diferencias entre hombres y mujeres son producto de los procesos de aprendizaje social y ello se ha traducido dentro de la forma de practicar la ciencia (Fox Keller, 1991). Por ello, si bien debemos intentar eliminarlo estos sesgos, también deben reconocerse como diferencias en las formas potenciales de practicar la ciencia. Así, se han establecido diferencias entre prácticas “masculinas” vinculadas a la *dominación* de los fenómenos de la naturaleza, de los procesos de salud, de las enfermedades, etcétera, versus una práctica “femenina” centrada en la emocionalidad e integración del conocimiento. Hombres y mujeres han tenido diferentes desarrollos en el conocimiento, por ello, la epistemología tradicional es de todo, menos objetiva (Haraway, 1991). En esta línea, la ciencia tradicional se ha centrado en buscar el dominio de la naturaleza, bajo la bandera de la objetividad, mientras se hacen necesarias otras formas de generar conocimiento, por ejemplo, las que puedan brotar de la incorporación de más mujeres en las prácticas científicas y en altas jerarquías.

El *empirismo feminista* realiza una crítica a los sesgos sexistas que han configurado una “mala ciencia” y que deben ser eliminados. Propone un énfasis en la formación y en los procesos de socialización, integrando una reflexión crítica sobre la práctica científica. En esta línea, los movimientos feministas tienen mucho que aportar, ya que favorecen la mayor integración de mujeres en el campo de la ciencia y permiten evidenciar, en este camino, los sesgos que se involucran en la generación de saberes que involucran sesgos sexistas, por ejemplo, en el método científico. Esta epistemología deja intactas las normas metodológicas, proponiendo que al eliminar los sesgos sexistas los resultados del conocimiento serán menos sesgados y más “objetivos” (Harding, 1996).

El *punto de vista feminista* posee una base hegeliana, focalizada en la relación amo y esclavo. Propone que la posición dominante de los

hombres en la vida social se traduce en un “conocimiento parcial y perverso” (Harding, 1996, p. 24), por ende, la posición de opresión de las mujeres otorga una posibilidad de conocimiento más completo y “menos perverso”. Para Harding, es el feminismo quien otorga una oportunidad a las mujeres en aunar “*un punto de vista*” que permita un fundamento moral y científico más coherente con sus interpretaciones y explicaciones de la naturaleza y la sociedad, pero, al mismo tiempo es importante considerar si es posible llegar a “*un punto de vista feminista*” sin considerar las categorías de clase, raza, etc. En esa línea es que se propone la siguiente teoría.

Similar al anterior, la *teoría del punto de vista* se basa en el marxismo y se vincula con la propuesta del conocimiento situado de Haraway (1991). Propone que los grupo marginados y oprimidos poseen “privilegios” en ver lo que otros no ven (Harding, 1987). Sus constantes situaciones de desigualdad y exclusión generan problemas que la ciencia tradicional no identifica, por ejemplo, migrantes, grupos étnicos, diversidad sexual, etc. Fricker (2001, p. 162) propone al respecto que:

“Las feministas han tomado del marxismo la idea intuitiva de que una vida que transcurre en el lado más duro de cualquier conjunto de relaciones de poder proporciona una comprensión crítica (del mundo social, en primer lugar), mientras que una vida acolchada por la posesión del poder no la proporciona”.

Por otro lado, las *epistemologías posmodernas* o *postmodernismo feminista* establecen una crítica a la ciencia, en cuanto constructo social sobrevalorado y proponen su deconstrucción. Además, lo equiparan a una forma de “contar historia”, tan válida como otras formas de conocimiento. Establecen una crítica a su práctica vinculada con cuestiones políticas y bajo influencias de relaciones de poder que no se explicitan. Además, desaparece la noción de objetividad en esta perspectiva, junto con otras categorías que son criticadas (Fraser & Nicholson, 1992; Haraway, 1991). Esta epistemología niega los supuestos de las perspectivas anteriores al mirar con escepticismo los enunciados universales (generales) vinculados a la existencia, el progreso, la ciencia, el lenguaje, el “sujeto/yo”, la naturaleza y las fuerzas de la razón, pero no se instala desde el relativismo para comprender la ciencia, si no que se sustenta en el agnosticismo y en el reconocimiento del carácter hipotético y transitorio del conocimiento científico. Junto con lo anterior, propone emplear fundamentos adecuados para estudiar las “identidades fragmentadas” y excluidas del conocimiento legítimo, dominante y masculino, como las mujeres negras o indígenas y pobres (Harding, 1996).

Por último, como una propuesta unificadora, los *empirismos feministas contextuales* o *epistemología social feminista* plantean que es un problema considerar a personas individuales como sujetos que producen conocimientos que generan exclusividad y conjuntos aislados de procesos definitorios y prácticas diferenciadoras. Al ser el conocimiento científico un producto de procesos cognitivos y sociales, una teoría normativa adecuada del conocimiento científico, debe ser una *teoría normativa del conocimiento social*, por ende, las interacciones críticas discursivas y los procesos sociales productores del conocimiento serán centrales en determinar, por ejemplo, en el ámbito de la salud, lo que cuenta como saber legítimo (Longino, 1990, 2001).

De esta manera, esta epistemología propone que el conocimiento debe brotar desde una comunidad, principalmente, de escenarios públicos, ya que la exclusión del discurso crítico, implica sesgos e intereses ocultos, lo que conlleva a la privatización de las ideas. Así, los equipos de investigación deben ser diversos en variados aspectos como etnia, raza, sexo, etc. considerándose un *principio de diversidad* en la práctica científica. Esta perspectiva integra la naturaleza social y racional del conocimiento e involucra a las nociones de contextualidad, pluralidad, provisionalidad, parcialidad y complejidad del conocimiento (Longino, 1990, 2001).

Las epistemologías anteriores son planteadas como un producto de prácticas feministas históricas y por lo general, han sido realizadas por ciertos grupos de pensadoras y activistas, en general mujeres blancas de clase media. Las miradas más críticas del feminismo, al reconocer la importancia del conocimiento situado, es decir, al señalar la imposibilidad de un conocimiento objetivo, si no es contextualizado a unas experiencias y momentos socio-históricos particulares, valida el lugar desde donde se plantean investigaciones o cuestionamientos considerándolos como “verdades en contexto”. Por ello, las corrientes feministas más críticas han llamado la atención respecto a la ausencia de “las otras mujeres” tanto en estudios, como en prácticas científicas. De esta manera, las *perspectivas interseccionales*, dentro del feminismo, cuestionan las maneras en que se han configurado los conocimientos y saberes sin considerar los diferentes sistemas de opresión al cual han sido sometidas mujeres y otros grupos que, como producto, han sido invisibilizados.

Interseccionalidad

Dentro del desarrollo teórico del feminismo las corrientes interseccionales son altamente valiosas para las investigaciones en Salud Pública y otros ámbitos del conocimiento, pues develan las formas en que los sistemas

reproducen injusticias sociales bajo determinados cánones o patrones de dominación.

El término fue introducido por Crenshaw (1989), quien se refiere a los complejos y diversos procesos, derivados de la interacción de factores sociales, políticos, económicos y culturales como mecanismos de discriminación y segregación. Inicialmente su foco se centró en cómo las mujeres negras habían sido excluidas de diversas políticas feministas y antirracistas, ya que ninguna había tomado la intersección género y raza.

Crenshaw (1991) hace la diferencia en tres niveles de interseccionalidad: (a) uno más amplio, representado por el *nivel estructural*, que hace referencia a las estratificaciones sociales que configuran las experiencias grupales de diferentes grupos de personas (por ejemplo, la clase social relacionada con la remuneración y la educación, la localidad relacionada con el acceso a servicios, etc.); (b) *un nivel político*, que explicita las segregaciones y diferencias, bien basándose en la omisión o silencio frente a las desigualdades de diferentes grupos o bien explicitándolas; y (c) un *nivel representacional*, que implica la reproducción de estereotipos en torno a diferentes ideas como raza, género, etnia, sexo, etc.

Por otro lado, para Hill-Collins (1990) la interseccionalidad corresponde a la intersección de diferentes sistemas de opresión basados en raza, género, sexualidad, nacionalidad, etnia, entre otros. Estos sistemas se encuentran jerarquizados en una *matriz de dominación* que reproduce relaciones desiguales de poder en cuatro dominios de poder interrelacionados. A saber: (a) el *dominio estructural* que representa las estructuras sociales como la religión, la economía, las leyes o las políticas públicas; (b) el *dominio disciplinario* que implica los modos de adoctrinamiento y control en las personas, por medio de la rutina, vigilancia, normativas, etc., que ocultan el racismo y el sexismo en protocolos organizacionales, o institucionales, burocráticos disfrazados de trato igualitario y eficiencia; (c) el *dominio hegemónico (cultural)* legitima la opresión, se basa en ideologías que se reproducen desde libros escolares hasta programas de televisión y reúne los dominios anteriores junto al interpersonal; y (d) el *dominio interpersonal* repercute en la vida cotidiana y representa cómo las formas de pensamiento y acción sostienen formas de subordinación y opresión. Permite evidenciar, cómo las personas que sufren represión por unas matrices de dominación reproducen otras.

Otras perspectivas interseccionales interesantes y muy vigentes en la actualidad son las de McCall (2005) quien realiza diferentes aproximaciones por nivel categorial y Yuval-Davis (2015) quien propone una perspectiva desde el conocimiento situado.

Estas perspectivas interseccionales resultan muy valiosas a la hora de repensar la investigación y las políticas públicas en salud. Junto con las epistemologías feministas y las críticas feministas en general constituyen un fuerte argumento teórico para mejorar las prácticas en la Salud Pública. A continuación, se profundiza este argumento vinculando el desarrollo teórico anterior con ejemplos concretos de investigaciones feministas en salud y con propuestas para mejorar, desde un enfoque feminista, el desarrollo investigativo de la Salud Pública.

Una salud pública feminista

En este apartado se buscará la integración de las perspectivas teóricas anteriores vinculada a las prácticas en Salud Pública y se señalarán algunos ejemplos en esta línea.

Históricamente, han existido diferentes debates en la incorporación de perspectivas feministas en la salud pública, ya que las posiciones teóricas y paradigmáticas de cada una son diferentes. Poco a poco, estas posiciones se han ido acercando bajo la fuerte evidencia de la inequidad que enfrentan las mujeres. Así, respecto a las políticas sanitarias, las mujeres han enfrentado situaciones de injusticia histórica en comparación con los hombres. Como hemos señalado, estas diferencias se deben a diferentes causales relacionales dentro de matrices de desigualdad y poder (Butler, 2007; Foucault, 1992; Hill-Collins, 1990). Así, por ejemplo, el género ha sido una categoría que opera como factor relevante en la exacerbación de condiciones de vulnerabilidad en las mujeres, afectado de forma particular y peyorativa a las mujeres pobres respecto a la inequidad en salud (Rogers, 2006; Sen, George, & Östlin, 2005) lo que promueve y reproduce situaciones de inequidad social y de acceso.

Si bien la salud pública ha intentado ocuparse del ámbito salud e inequidad social, principalmente vinculada con las categorías clase y raza, ha fallado al integrar al género (Sen et al., 2005). La desigualdad más abrumadora se produce cuando se estandarizan resultados de investigaciones en hombres blancos ricos versus mujeres negras pobres (Breen, 2002). Las mujeres pobres, negras e indígenas y trans (OutRight Action International, 2016) son las que presentan mayores condiciones de vulnerabilidad en comparación con cualquier otro grupo social⁴.

⁴ Por ejemplo, en padecer malaria, enfermedades coronarias, tuberculosis, contagio y mayor vulnerabilidad biológica frente al VIH. También cabe señalar que se estima que el 70% de las personas pobres son mujeres (Sen et al., 2005).

La configuración de las desventajas sociales asociadas al género opera como un factor determinante en los bajos resultados en salud de investigaciones que han medido las condiciones de las mujeres, pero estos elementos no han sido considerados históricamente en investigaciones en salud pública. Así, el sistema de salud, constituido por fundamentos médicos, reproduce inequidades sociales bajo imaginarios y prejuicios vinculados a la construcción de categorías (Sen et al., 2005). Por ende, las políticas sanitarias, reproducen estos estereotipos invisibilizando a grupos altamente vulnerados y fomentando la discriminación y exclusión social.

Por ejemplo, Sen et al. (2005) han recopilado investigaciones recientes sobre temas que han afectado históricamente a las mujeres, pero que habían sido descuidados por la salud pública, por ejemplo: frente a la gran problemática de infecciones en los órganos genitales de mujeres pobres, recién en los años noventa se comienzan a considerar (Germain, Holmes, Piot, & Wasserheit, 1992); el impacto de la violencia machista y patriarcal en la salud mental y física de las mujeres (García-Moreno, 2002); el estrés laboral que viven las mujeres posee causas y modelos diferentes que se vinculan a género (Ostlin, 2002); en la depresión postparto, que inicialmente se clarificaba como “normal”, se ha identificado cómo el apoyo de la pareja y otras redes, sucesos de la vida, experiencia en maternidad y temperamento de lactante son factores críticos en la depresión, es decir, se deja de achacar en las mujeres toda la “responsabilidad” (Musselman, Evans, & Nemeroff, 1998); los criterios diagnósticos para la esquizofrenia se basa en estudios hechos a hombres, lo que ha implicado que los errores en el diagnóstico han afectado dos veces más a las mujeres que a los hombres (Hambrecht, Maurer, & Hafner, 1993); algo similar ocurre en el caso de los diagnósticos de cardiopatías, donde las mujeres tardan más en ser diagnosticadas, debido a que los modelos de investigaciones y protocolos se basan en investigaciones con hombres y la sintomatología de muchas mujeres es diferente (Gijsbers van Wijk, Kolk, van den Bosch, & van den Hoogen, 1995; Green & Ruffin, 1993; Heston & Lewis, 1992).

De esta forma, es interesante preguntarse cómo el feminismo puede aportar a dar mayor visibilidad a las problemáticas que han sido invisibilizadas por la ciencia médica hegemónica.

Aportes del feminismo a la salud pública

En Latinoamérica, el movimiento feminista de resistencia a las dictaduras marca un espacio para pensar a las mujeres de forma distinta. En la década de los ochenta, la conciencia de género comienza a tomar fuerza junto a la lucha contra las dictaduras (Rebolledo, 2014). Así, el proceso de

reflexión del rol de las mujeres en este aspecto denota acciones concretas vinculadas a los derechos humanos y a los ámbitos vinculados con las políticas públicas y de forma particular en las políticas sanitarias (Gargallo, 2007). De hecho, se reclaman políticas específicas bajo el denominado “enfoque de género”, que se configuran como políticas que buscan hacerse cargo de las inequidades históricas que han enfrentado las mujeres en el ámbito sanitario (Sen et al., 2005).

Estas demandas que ponen en tela de juicio la vinculación de “lo humano” como “lo masculino” (Rebolledo, 2014), proponen la reflexión de la categoría género como un aspecto cultural que, si bien es problematizado por feminismos posestructuralistas, provee aspectos conceptuales interesantes para pensar la salud pública en especial vinculados a la interseccionalidad.

En esta línea, resulta crucial comprender que el género, como constructo social que define políticas públicas y variadas formas de organización social, no funciona de forma aislada como otros estratificadores sociales, de hecho, interactúa con otros ámbitos de opresión como la clase, la raza, la orientación sexual, etc. Por ello, las investigaciones y posteriores diseños de políticas públicas deben adoptar esta mirada para aumentar su efectividad, eficacia y, sobre todo, su pertinencia.

A continuación, algunos ejemplos de contribuciones feministas a las investigaciones en Salud Pública.

Integración de epistemologías feministas en la salud pública

Desde la diversidad de las epistemologías feministas, la salud pública puede realizar una revisión de sus prácticas desde perspectivas más críticas. Por ejemplo, desde las propuestas del enfoque psicodinámico, la disciplina puede tomar conciencia respecto a los sesgos sexistas presentes en la formación de profesionales investigadores/as. Develando elementos en el currículum oculto que limita la participación de mujeres en el desarrollo de investigaciones y prácticas en salud. Por otro lado, evidenciar la injusticia en las remuneraciones y cargos jerárquicos en el ámbito de la salud pública, también es un aporte que este enfoque brinda, al reconocer en esas prácticas la configuración de sexismo que limita el reconocimiento de equidad de hombres y mujeres. Junto con esto, este enfoque brinda la posibilidad de realizar investigaciones desde las perspectivas de las mujeres lo que implicaría una forma diferente, alejada de las tradicionales masculinistas, de abordar estas prácticas.

Similar al enfoque anterior, la salud pública sustentada en el empirismo feminista puede hacer el esfuerzo por eliminar los sesgos sexistas en las investigaciones científicas, pero centrándose en el método, es decir, bajo este enfoque, las prácticas deben someterse a un juicio feminista que permita identificar en el contenido de la investigación, esto es en aspectos ontológicos, epistemológicos y metodológicos, las limitaciones del conocimiento. Por ejemplo, existen variadas investigaciones que han dado cuenta de los sesgos en las investigaciones (Sen et al., 2005) y algunas que ya he mencionado anteriormente como las vinculadas a los signos frente a problemas cardiacos en las mujeres (Green & Ruffin, 1993) o los criterios diagnósticos de la esquizofrenia que difieren entre hombres y mujeres (Hambrech et al., 1993).

Una perspectiva más vinculada al contexto social y a las experiencias de vida de las mujeres es la del punto de vista feminista. Las investigaciones desde esta perspectiva rescataran las vivencias de mujeres bajo ciertas circunstancias, ya sea como sujetos de investigación o desde su propio rol como investigadoras. Considera que existen situaciones y problemas a ser estudiados y abordados propios de mujeres, como el embarazo, el cáncer de mamas o de útero, problemas de fertilidad, etc. Esto, desde un reconocimiento ontológico de la condición de ser mujer (a diferencia de las propuestas postmodernas).

En esta línea, pero de forma más amplia, la teoría del punto de vista busca recoger las experiencias de grupos marginados, excluidos o invisibilizados con el fin de mejorar las políticas públicas que les atañen o que no han sido diseñadas aún. Al respecto, investigaciones sobre las condiciones de salud de diferentes grupos étnicos, migrantes, personas no heterosexuales, etc. pero desde sus propias vivencias, resulta central. Este enfoque implica un trabajo colectivo dando voz a grupos que no han podido manifestar sus experiencias de vida. Así, emplear esta mirada implica romper con la tradición jerárquica positivista “investigador-investigado” y reconocer que desde las otras personas pueden salir a la luz problemas y soluciones situadas en un contexto particular, que bajo otros enfoques no sería posible identificar.

La comprensión de los detalles locales y contextualizados, bajo la lógica del conocimiento situados (Haraway, 1991), es crucial para descomponer las instituciones y las jerarquías entre, por ejemplo, profesionales y usuarios/as de los sistemas de salud, o investigador/a y participante, que contribuyen en sí mismas a la opresión y la dominación. El desarrollo de habilidades para escuchar y trabajar con las comunidades locales requeriría cambios significativos en los métodos de salud pública. Sin

embargo, es sólo mediante la valoración de la perspectiva de las personas afectadas que será posible comprender los problemas que enfrentan y los tipos de soluciones que son posibles (Rogers, 2006).

Desde las epistemologías feministas postmodernas la salud pública podría adoptar una mirada de “humildad”, más que una metodología en sí. Al reconocer que la ciencia es una mirada entre muchas otras, esta perspectiva permite entender que el conocimiento es móvil y transitorio, más que objetivo. Así, esta perspectiva nutre las posibilidades más críticas de la propia práctica no dando por hecho que los métodos u objetivos científicos se definen una vez por todas. Además, se reconoce la ausencia de objetividad, comprendiendo el carácter provisional del conocimiento, esto implica un examen permanente y crítico de las metodologías, ideologías y fines involucrados en las prácticas de la ciencia.

Y, por último, la perspectiva del empirismo feminista contextual permite desarrollar la práctica de la salud pública desde una mirada colectiva. Bajo el principio de diversidad (Longino, 1990) las investigaciones se centrarán en formar grupos diversos que aporten de diferente manera a la construcción del conocimiento y en espacios abiertos rompiendo con el hermetismo y práctica de la investigación individual. Así, las miradas multi, inter o transdisciplinarias toman un rol protagónico, además de la diferencia entre experiencias de investigadores/as. Junto con esto, se abren las posibilidades para que la comunidad proponga qué investigar en un diálogo constante y dialéctico con el equipo de investigación.

Perspectivas interseccionales en salud pública

La interseccionalidad permite evidenciar profundas desigualdades en las investigaciones de salud pública (Keane, 2014). Estas miradas nos permiten criticar las formas en que las políticas públicas han reproducido exclusiones basándose en diferentes sistemas de opresión.

Por ejemplo, desde las propuestas de Crenshaw (1991) podemos observar a nivel estructural cómo la dificultad en el acceso a servicios de salud en zonas rurales repercute nocivamente en los estados de salud general y especialmente a mujeres adultas mayores pobres con enfermedades crónicas (Salgado-de Snyder & Wong, 2007) o cómo el embarazo de mujeres de menos de dieciocho años tiene una más alta prevalencia en sectores pobres (Issler, 2001; León, Minassian, Borgoño, & Bustamante, 2008). La localidad y la clase social son elementos que intersectan con otros aspectos como el género, la edad, etc.

O como a nivel político las políticas públicas que buscan la integración laboral de personas en situación de discapacidad no han considerado el género/sexo como parte de la propuesta, aun cuando existen una serie de diferencias bien documentadas sobre el acceso de mujeres y hombres en situación de discapacidad a los puestos de trabajo (Ferreira & Díaz Velázquez, 2009; Shum, Conde Rodríguez, & Portillo Mayorga, 2003). O como a nivel representacional se observa una falta de políticas sanitarias vinculadas a la prevención de infecciones de transmisión sexual en mujeres lesbianas, bajo ideas preconcebidas y vinculadas al falocentrismo (Silberman, Buedo & Burgos, 2016).

Respecto a las propuestas de Hill-Collins (1990), el dominio estructural está presente, por ejemplo, en las prohibiciones del aborto que dan cuenta de representaciones claras respecto a los dominios hegemónicos patriarcales que operan de forma explícita para controlar el cuerpo y las decisiones de las mujeres. Aun cuando cifras internacionales dan cuenta que la despenalización del aborto no implica un aumento de la práctica (que es la principal objeción de grupos conservadores para impedir la medida), si garantiza mayor seguridad para las mujeres que lo realizan (Briozzo, 2003; Erviti, 2005; Ibáñez Canelo, 2015). Por lo tanto, claramente se evidencia cómo el sistema patriarcal se ampara en prejuicios y estereotipos que van en contra de la salud de las mujeres, aun cuando la evidencia señala lo contrario.

Un ejemplo del dominio disciplinario se expresa en la prohibición de personas homosexuales frente a la donación de sangre basando este argumento en una supuesta conducta de riesgo que podría repercutir en la potencial persona beneficiaria (Casadiegos, 2015). Aquí claramente se disfraza la discriminación basada en prejuicios bajo una perspectiva que apunta a resguardar la seguridad de las personas enfermas.

Un ejemplo del dominio hegemónico aparece, respecto a las representaciones sociales y estereotipos de las personas migrantes en Chile. Este aspecto, se ha expresado frente a los “miedos” de profesionales del área de la salud, particularmente médicos/as, quienes refieren, frente a sus pares bolivianos, peruanos y ecuatorianos, que “(...) Saben menos. Muchos se han tenido que formar, han tenido que estudiar, han tenido que leer... saben menos”, lo que ha generado una limitación importante, no solo desde la integración al sistema de salud/trabajo, sino que también en la tramitación burocrática de la validación de su formación extranjera (Stefoni, 2001, p. 25). Desde aquí, se evidencia cómo las representaciones culturales limitan el acceso a empleos dentro del ámbito de la salud pública.

Respecto al dominio interpersonal, un ejemplo particular respecto a la superposición de sistemas de opresión, pero que actúan de forma separada, es el caso de mujeres que han sufrido discriminación laboral (o de otro tipo) y se han manifestado en contra de mujeres que luchan por la despenalización del aborto, aquí se cruza el ámbito de la discriminación laboral basada en género con la restricción de los derechos sexuales y reproductivos; u hombres homosexuales que critican la expresión de género de otros hombres que no calzan con las perspectivas heteronormadas de comportamiento y expresión de una masculinidad hegemónica; o personas en situación de discapacidad que reproducen estereotipos sexistas, etc.

Otros casos que integran diferentes matrices de opresión son las prácticas discriminatorias en el ámbito sanitario desde la interseccionalidad, que dan cuenta de los prejuicios contra las personas con enfermedad mental y el acceso a los servicios de salud (Mora-Ríos & Bautista, 2014) o contra las mujeres afrodescendientes en situación de discapacidad (Munévar & Mena, 2013).

De este modo, vemos como las investigaciones desde la interseccionalidad permitirán contribuir a acciones más pertinentes, contextualizadas y oportunas en salud pública.

Crítica a la opresión heteronormativa

La contextualización y visibilización de las desigualdades jerárquicas presentes en las relaciones de género, dónde las configuraciones machistas que, derivan de la heteronormatividad (Sabsay, 2012), generan hacia a las mujeres –y hacia grupos de personas–, cuyas corporalidades o expresiones de género, no representa a un paradigma heterosexista y patriarcal (Galaz, Troncoso, & Morrison, 2016), permitiría identificar cómo se producen y reproducen sistemáticamente políticas públicas discriminatorias que excluyen y oprimen a todas aquellas personas que se alejan del “sujeto imaginado”.

Un ejemplo de esto es la restricción en las políticas públicas orientadas a mujeres en la prevención de la infección por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) que provoca el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA). En Brasil, el SIDA produce, en promedio, unas 10 mil muertes por año y al 2014 se habían documentado 205 mil muertes, de las que 54 mil corresponden a mujeres (von Mühlen, Saldanha, & Strey, 2014). El explosivo aumento de mujeres seropositivas que son diagnosticadas tardíamente, corresponde a que el sujeto que se representa como “de

riesgo” no es mujer. Ya que se ha entendido históricamente, desde una concepción heteronormada, que el sujeto del VIH es el hombre homosexual. En esta línea, se hace necesaria la desnaturalización de los sujetos de atención.

Desnaturalización de los sujetos

Una reflexión crítica en salud pública permite la desnaturalización de los estereotipos vinculados a los sujetos de atención, esto se constituye como un eje central si agregamos perspectivas interseccionales que permitan evidenciar los sistemas de opresión a los que las personas están expuestas. La mayor complejización de los procesos de salud permiten evidenciar que las categorías género, clase, étnica, raza, etc. están vinculadas e interrelacionadas entre sí, por ello, es necesario prestar atención a cómo operan generando opresiones. En esta línea, la perspectiva de la Teoría de punto de vista resulta crucial (Harding, 1987, 1996).

Una salud pública más crítica debe incorporar las voces de “los otros y las otras” en los procesos de construcción de políticas públicas e investigaciones, de modo de comprender desde aquel conocimiento situado (Haraway, 1991) y saberes marginados (Foucault, 1992) las experiencias y vivencias de los grupos más excluidos y segregados, como se mencionó más atrás.

Además, junto a este proceso de desnaturalización, la victimización o culpabilidad de grupos vulnerados y subordinados es una práctica común en el diseño de políticas públicas sanitarias, así se achaca la condición de poseer “mala salud” a cierto tipo de grupos, sin prestar atención en su situación de opresión (Sen et al., 2005). Por ello, la comprensión de la inequidad y la exclusión en términos relacionales de poder permite evidenciar tales prácticas dando la posibilidad de repensar políticas públicas feministas.

Visibilización de grupos oprimidos e invisibilizados

Reforzando lo anteriormente señalado, al desnaturalizar los sujetos y eliminar sesgos heteronormativos, aparecerán nuevos sujetos que anteriormente no habían sido considerados. Ejemplos en esta línea son las investigaciones vinculadas a la sexualidad y la salud.

La salud sexual de las mujeres está comprometida a las representaciones sociales y estereotipos sexistas vinculadas al recato, la sumisión, la castidad, etc. Este bajo estado, y la consecuente falta de autonomía

sexual, aumenta el riesgo de problemas de salud sexual y disminuye las posibilidades de atención y tratamiento. Volviendo al ejemplo del VIH, en Estados Unidos las mujeres simplemente fueron ignoradas en esta materia por las políticas públicas y por las investigaciones, y cuando aparecieron fueron catalogadas como vectores, es decir, como fuentes de transmisión de enfermedades, aunque no fue así estadísticamente hablando. Investigaciones posteriores, demostraron la relación entre la violencia sexual que sufrían las mujeres, las decisiones sobre la sexualidad de las mujeres por parte de sus parejas hombres y el contagio del VIH. Esta situación es mucho más grave cuando se consideran a mujeres pobres, negras, latinas, con problemas de adicción a sustancias o que ejercen la prostitución (Amaro, Raj, & Reed, 2011). Por ende, las perspectivas feministas en esta temática resultan cruciales en la visibilización de sujetos ocultos por la ciencia hegemónica y patriarcal.

Compromiso político explícito

Por último, reconocer y explicitar un posicionamiento político ha sido un aspecto central en el feminismo. Ello implica eliminar las creencias sobre la imparcialidad en el rol del investigador o la investigadora y asumir una posición.

Este vínculo con la salud pública es central, ya que las acciones concretas, más allá de la política partidista, evidencian posiciones respecto a cómo se organiza la sociedad. Así, las políticas públicas representan planteamientos ideológicos que no necesariamente serán explicitados, pero es allí donde el feminismo aporte, en evidenciar esas posiciones y en mirarlas de forma crítica.

El financiamiento público de la salud implica descentrar la toma de decisiones en quienes invisibilizan a grupos desfavorecidos, ya que lo contrario mantiene un proceso recursivo de exclusión y opresión, que no permite subsanar las problemáticas estructurales de las personas que sufren inequidades. El feminismo pone en evidencia esas desigualdades estructurales que se reproducen en las políticas públicas sanitarias y permite tomar una posición crítica para resolverlas.

La burocracia en la aprobación de gastos públicos en materia de salud muchas veces obedece a una perspectiva político-partidista y no a las necesidades de las personas (Rogers, 2006), por ende, estas limitaciones deben centrarse en la reflexión crítica desde una perspectiva feminista del conocimiento que permita democratizar el saber (Longino, 1990) y la toma de decisiones en materia de salud.

Por ello, las decisiones de salud pública deben justificarse científicamente y no desde las decisiones políticas-partidistas, pero esto implica comprender también a la ciencia de forma crítica.

Una ciencia que comprende las relaciones y contextos en los que se encuentran las personas será muchísimo más efectiva que una ciencia reduccionista y biomédica que se centra solamente en las necesidades particulares de un individuo. El enfoque en el individuo permite a investigadores/as y políticos/as ignorar el contexto social y político de las personas, lo que conduce a mayores riesgos en materia de salud⁵ (Rogers, 2006; Sen et al., 2005).

Conclusiones: hacia una salud pública feminista

Un relato feminista en salud pública expresado en sus políticas públicas exige un compromiso político explícito con acciones que se basen en la preocupación por el bienestar de las mujeres y de grupos oprimidos y excluidos, y que se centre en alcanzar las metas que esos grupos determinarán (Rogers, 2006).

Así, la mejora de una salud pública feminista implica: (a) integrar perspectivas feministas en las prácticas investigativas y en el diseño de políticas públicas; (b) considerar la existencia de sesgos sexistas en las investigaciones científicas y en el diseño de políticas públicas; (c) integrar perspectivas interseccionales para fortalecer la comprensión de las desigualdades que afectan a las mujeres y a grupos marginados; (d) formación crítica en teorías de feministas en profesionales que trabajan e investigan en el ámbito de la salud en general, y salud pública en particular; (e) interpretación de resultados de investigaciones desde las epistemologías feministas que permitan desarrollar explicaciones diversas y con mayor profundidad; (f) plantear las investigaciones desde las experiencias de los grupos marginados, validando su saber, lo que implica (g) desarrollar una “humildad epistémica” que permita reconocer el conocimiento situado de los grupos que no han tenido voz históricamente en el diseño de políticas públicas que los afectan, rompiendo con los saberes dominantes e históricos que han permanecido como los únicos legítimos en el ámbito del conocimiento.

⁵ Un buen ejemplo al respecto está representado por las discusiones sobre la obesidad. Esto bajo un enfoque en el control de las dietas individuales no contempla los daños a la salud causados por exponer a niños y niñas al capitalismo del consumo (Rogers, 2006).

Esta reflexión nos invita a tomar conciencia frente a las injusticias cometidas durante siglos, y a hacernos responsables en la lucha por la igualdad de género y por la equidad en general, de modo de hacer válido un acceso necesario que rescate experiencias de personas que no han podido participar ni decidir en las acciones que las involucran directamente. Una salud pública feminista contribuirá a un lugar más equitativo, igualitario y digno para cada persona.

Referencias Bibliográficas

- Amaro, H., Raj, A., & Reed, E. (2011). Women's Sexual Health: The Need for Feminist Analyses in Public Health in the Decade of Behavior. *Psychology of Women Quarterly*, 25(4), 324-334. doi:10.1111/1471-6402.00032
- Andrews, L. B. (1988). Surrogate motherhood: the challenge for feminists. *The Journal of Law, Medicine & Ethics*, 16(1-2), 72-80. doi:10.1111/j.1748-720X.1988.tb01053.x
- Avila Gaitán, I. D. (2011). Animales', 'Humanos', 'Mujeres' y Otras Ficciones. *Antroposmoderno*. doi:http://antroposmoderno.com/antro-version-imprimir.php?id_articulo=1336
- Berriot-Salvadore, E. (1992). El discurso de la medicina y de la ciencia. En G. Duby & M. Perrot (Eds.), *Historia de las mujeres en occidente. Tomo 3: Del Renacimiento a la Edad Moderna* (pp. 371-413). Madrid: Taurus ediciones, Santillana S.A.
- Bonder, G. (1999). Género y subjetividad: avatares de una relación no evidente. En S. Montecino & A. Obach (Eds.), *Género y epistemología: Mujeres y disciplinas* (pp. 29-55). Santiago de Chile: LOM.
- Breen, N. (2002). Social discrimination and health: Gender, race and class in the United States. En G. Sen, A. George, & P. Östlin (Eds.), *Engendering international health: The challenge of equity*. Cambridge, MA: The MIT Press.
- Briozzo, L. (2003). Aborto provocado: un problema humano. Perspectivas para su análisis - estrategias para su reducción. *Revista Médica del Uruguay*, 19(3), 188-200.
- Butler, J. (2007). *El Género en Disputa: El Feminismo y la Subversión de la Identidad*. Barcelona: Paidós Ibérica S.A.
- Campos, Á. (2007). *Así aprendimos a ser hombres. Pautas para facilitadores de talleres de Masculinidad en América Central* (Vol. 1). San José, Costa Rica: Oficina de Seguimiento y Asesoría de Proyectos OSA, S.C.
- Casadiegos, M. H. (2015). *La orientación sexual como criterio de exclusión para la donación de sangre en Colombia* (Maestría en Derecho Constitucional y Derechos Humanos Other). Universidad de Palermo, Buenos Aires. Retrieved from https://dspace.palermo.edu:8443/xmlui/handle/10226/1268
- Crenshaw, K. (1989). Demarginalizing the Intersection of Race and Sex: A Black Feminist Critique of Antidiscrimination Doctrine, Feminist Theory and Antiracist Politics. *University of Chicago Legal Forum*, 1, 139-167.
- Crenshaw, K. (1991). Mapping the Margins: Intersectionality, Identity Politics, and Violence against Women of Color. *Stanford Law Review*, 43(6), 1241-1299.
- De Beauvoir, S. (1949/1981). *El segundo sexo*. Buenos Aires: Siglo XX.

- Edelsztein, V. (2012). *Científicas: cocinan, limpian y ganan el premio Nobel (y nadie se enteró)*. Buenos Aires: Siglo XXI.
- Erviti, J. (2005). *El aborto entre mujeres pobres: sociología de la experiencia*. Cuernavaca: UNAM.
- Espinosa Miñoso, Y., Gómez Correal, D., & Ochoa Muñoz, K. (Eds.). (2014). *Tejiendo de otro modo: Feminismo, epistemología y apuestas descoloniales en Abya Yala*. Popayán, Colombia: Universidad del Cauca.
- Esteban, L., & Távora, A. (2008). El amor romántico y la subordinación social de las mujeres: revisiones y propuestas. *Anuario de Psicología*, 39(1), 59-73.
- Faria, C. (2016). Lo personal es político: feminismo y antiespecismo. *Revista Latinoamericana de Estudios Críticos Animales*, 2(3), 18-38.
- Federici, S. (2004). *Calibán y la bruja: Mujeres, cuerpo y acumulación originaria*. Madrid: Traficantes de Sueños.
- Ferreira, M. A., & Díaz Velázquez, E. (2009). Discapacidad, exclusión social y tecnologías de la información [Disability, Social Exclusion and Information Technologies]. *Política y Sociedad*, 46(1/2), 237-253.
- Foucault, M. (1992). *Microfísica del poder* (F. Alvarez-Uría & J. Varela, Trans.). México: La Piqueta.
- Fox Keller, E. (1991). *Reflexiones sobre género y ciencia [Reflections about gender and science]*. Valencia: Alfons el Magnànim Valencia.
- Fraser, N., & Nicholson, L. (1992). Crítica social sin filosofía: un encuentro entre el feminismo y el posmodernismo. En L. Nicholson (Ed.), *Feminismo/Posmodernismo* (pp. 7-28). Buenos Aires: Feminaria.
- Fricke, M. (2001). El Feminismo en la Epistemología: Pluralismo sin postmodernismo. En M. Fricker & J. Hornsby (Eds.), *Feminismo y Epistemología. Un compendio* (pp. 161-180). Barcelona: Idea Books, S.A.
- Gahete, S. (2016). Votes for Women. La historia del sufragio femenino en Inglaterra. Nota bibliográfica. *Arenal: Revista de historia de mujeres*, 23(1), 215-222.
- Galaz, C., Troncoso, L., & Morrison, R. (2016). Miradas Críticas sobre la Intervención Educativa en Diversidad Sexual. *Revista latinoamericana de educación inclusiva*, 10(2), 93-111.
- García-Moreno, C. (2002). Violence against women: consolidating a public health agenda. En G. Sen, A. George, & P. Östlin (Eds.), *Engendering International Health: The Challenge of Equity* (pp. 111-142). Cambridge, MA: The MIT Press.
- Gargallo, F. (2007). Feminismo Latinoamericano. *Revista Venezolana de Estudios de la Mujer*, 12(28), 17-34.
- Garrido, H. B. (2016). Revisitando a Emma Goldman. Notas sobre su contribución a la construcción de una historia feminista del género. *Temas De Mujeres*, 3(3), 67-86.
- Germain, A., Holmes, K. K., Piot, P., & Wasserheit, J. N. (Eds.) (1992). *Reproductive tract infections: Global impact and priorities for women's reproductive health*. New York: Plenum Press.
- Gijsbers van Wijk, C. M., Kolk, A. M., van den Bosch, W. J., & van den Hoogen, H. J. (1995). Male and female health problems in general practice: the differential impact of social position and social roles. *Social Science and Medicine*, 40(5), 597-611.

- Gómez Rodríguez, A. (2001). Sesgos sexistas de la ciencia: de por qué no evolucionan las mujeres. En E. Pérez Sedeño & P. Alcalá Cortijo (Eds.), *Ciencia y Género* (pp. 335-455). Madrid: Ed. Complutense.
- González García, M., & Pérez Sedeño, E. (2002). Ciencia, tecnología y género. *Revista Iberoamericana de Ciencia, Tecnología e Innovación*, 2.
- González Suárez, A. (2015). De tumba a útero. *Investigaciones Feministas*, 6, 39-59. doi:dx.doi.org/10.5209/rev_INFE.2015.v6.51378
- Green, L. A., & Ruffin, M. T. 4th (1993). Differences in management of suspected myocardial infarction in men and women. *Journal of Family Practice*, 36(4), 389-393.
- Gruenbaum, D. (2012). Foreign Surrogate Motherhood: mater semper certa erat. *American Journal of Comparative Law*, 60(2), 475-506.
- Guerra, L. A. (2010). *Marxismo y Feminismo en el pensamiento de Alejandra Kollontai*. Paper presented at the I Jornada de Adscriptxs y Becarixs del CINIG (La Plata, 2010).
- Guzmán Cáceres, M., & Pérez Mayo, A. (2004). Las Epistemologías Feministas y la Teoría de Género. Cuestionando su carga ideológica y política versus resolución de problemas concretos de la investigación científica. *Cinta de Moebio*, 22, 112-126.
- Hambrecht, M., Maurer, K., & Hafner, H. (1993). Evidence for a gender bias in epidemiological studies of schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 8(3), 223-231.
- Haraway, D. J. (1991). *Ciencia, cyborgs y mujeres: la reinención de la naturaleza [Science, cyborgs and women. The reinvention of nature]*. Valencia: Ed. Cátedra, Universitat de València.
- Harding, S. (1987). Is there a Feminist Method? En S. Harding (Ed.), *Feminism and Methodology* (pp. 1-14). Bloomington: Indiana University Press.
- Harding, S. (1996). *Ciencia y Feminismo*. Madrid: Ediciones Morata.
- Heston, T. F., & Lewis, L. M. (1992). Gender bias in the evaluation and management of acute nontraumatic chest pain. The St. Louis Emergency Physicians' Association Research Group. *Family Practice Research Journal*, 12(4), 383-389.
- Hill-Collins, P. (1990). *Black Feminist Thought: Knowledge, Consciousness and the Politics of Empowerment*. New York: Routledge.
- Ibáñez Canelo, M. J. (2015). "El control de los cuerpos de las mujeres es algo medular en la política patriarcal capitalista": entrevista a Soledad Rojas, feminista chilena. *Comunicación y Medios*, 30, 214-224.
- Ignaciuk, A. (2009). Anticoncepción y aborto: una propuesta de análisis desde los estudios de género. *eä*, 1(2), 1-25.
- Issler, J. R. (2001). Embarazo en la adolescencia. *Revista de Posgrado de la Cátedra Via Medicina*, 107, 11-23.
- Jabardo, M. (Ed.). (2012). *Feminismos negros. Una antología*. Madrid: Traficantes de Sueños.
- Keane, H. (2014). Feminism and the Complexities of Gender and Health. *Australian Feminist Studies*, 29(80), 180-188. doi:10.1080/08164649.2014.928192
- Langton, R. (2001). El Feminismo en la Epistemología: Exclusión y Objetualización. En M. Fricker & J. Hornsby (Eds.), *Feminismo y Epistemología. Un compendio* (pp. 141-159). Barcelona: Idea Books, S.A.
- Leyton, F. (2015). Literatura básica en torno al especismo y los derechos animales. *Revista de bioética y derecho, Extra*, 93-98.

- León, P., Minassian, M., Borgoño, R., & Bustamante, F. (2008). Embarazo adolescente. *Revista Pediatría Electrónica*, 5(1), 42-52.
- Longino, H. (1990). *Science as Social Knowledge*. Princeton: Princeton University Press.
- Longino, H. (2001). *The Fate of Knowledge*. Princeton: Princeton University Press.
- Mabee, C. (1993). *Sojourner Truth: Slave, Prophet, Legend*. New York: New York University Press.
- Matthews, S. (1992). El cuerpo, apariencia y sexualidad. En G. Duby & M. Perrot (Eds.), *Historia de las mujeres en occidente. Tomo 3: Del Renacimiento a la Edad Moderna* (pp. 67-109). Madrid: Taurus ediciones, Santillana S.A.
- McCall, L. (2005). The Complexity of Intersectionality. *Signs: Journal of Women in Culture and Society*, 30(3), 1771-1800.
- Menand, L. (2002). *El club de los metafísicos. Historia de las ideas en los Estados Unidos* (A. Bonnano, Trans.). Barcelona: Destino.
- Mogrovejo, N. (2000). *Un amor que se atrevió a decir su nombre: La lucha de las lesbianas y su relación con los movimientos homosexual y feminista en América Latina*. México: Plaza y Valdés.
- Mora-Ríos, J., & Bautista, N. (2014). Estigma estructural, género e interseccionalidad: Implicaciones en la atención a la salud mental. *Salud Mental*, 37(4), 303-312.
- Morrison, R. (2011). (Re)conociendo a las fundadoras y “madres” de la terapia ocupacional. Una aproximación desde los estudios feministas sobre la ciencia [Knowing (and recognizing) the founders and ‘mothers’ of occupational therapy. An approach from women’s studies about science]. *Revista Terapia Ocupacional Galicia*, 8(14), 21.
- Morrison, R. (2016a). Los comienzos de la terapia ocupacional en Estados Unidos: una perspectiva feminista desde los estudios de Ciencia, Tecnología y Género (siglos XIX y XX) [The Beginnings of Occupational Therapy in the United States: A Feminist Perspective from Studies of Science, Technology and Gender (19th and 20th Century)]. *Historia Crítica*, 62, 97-117. doi:10.7440/histcrit62.2016.05
- Morrison, R. (2016b). Pragmatist Epistemology and Jane Addams: Fundamental Concepts for the Social Paradigm of Occupational Therapy. *Occupational Therapy International*, 23(4), 295-304. doi:10.1002/oti.1430
- Munévar, D. I., & Mena, L. Z. (2013). *Mujeres afrodescendientes en situación de discapacidad. Diálogos interseccionales en la academia*. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia.
- Musselman, D. L., Evans, D. L., & Nemeroff, C. B. (1998). The relationship of depression to cardiovascular disease: epidemiology, biology, and treatment. *Archives of General Psychiatry*, 55(7), 580-592.
- Nash, M., & Álvarez González, A. I. (2002). *Seneca Falls: un siglo y medio del Movimiento Internacional de Mujeres y la lucha por el sufragio femenino en España*. Oviedo: Consejería de la Presidencia.
- Neal, M. E. (2010). Protecting women: preserving autonomy in the commodification of motherhood. *William & Mary Journal of Women and the Law*, 17(3), 611-637.
- Ortiz Ortega, A. (2001). *Si los hombres se embarazaran ¿el aborto sería legal? Las feministas ante la relación Estado-Iglesia católica en México (1871-2000)*. México: EDAMEX.
- Ostlin, P. (2002). Examining work and its effects on health. En G. Sen, A. George, & P. Östlin (Eds.), *Engendering international health. The challenge of equity* (pp. 63-81). Cambridge, MA: The MIT Press.

- Ostrovsky, A. E. (2009). *Epistemologías feministas: pensando en aportes a la reflexión crítica de la disciplina*. Paper presented at the II Congreso Internacional de Investigación de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de La Plata, La Plata. Objeto de conferencia retrieved from <http://sedici.unlp.edu.ar/handle/10915/17222>
- OutRight Action International (2016). *Cartografía de los derechos trans en Chile [Cartography of trans rights in Chile]*. Retrieved from OutRight Action International: <http://OutRightInternational.org/>
- Parcero, J. A. C. & Vázquez, R. (2010). *Debates constitucionales sobre derechos humanos de las mujeres*. México: Suprema Corte de Justicia de la Nación.
- Pinto, W. (2003). Historia del feminismo. *Revista de la Universidad Autónoma de Yucatán*, 225, 30-45.
- Preciado, B. (2002). *Manifiesto contra-sexual* (J. Díaz & C. Meloni, Trans.). Madrid: Editorial Opera Prima.
- Quiroga, V. (1995). *Occupational therapy: The first thirty years, 1900-1930*. Bethesda, MD: American Occupational Therapy Association.
- Ranea Triviño, B. (2012). *La demanda en disputa. La construcción social de la masculinidad heterosexual y la prostitución femenina*. Paper presented at the Investigación y género, inseparables en el presente y en el futuro: IV Congreso Universitario Nacional Investigación y Género [libro de actas], 21 y 22 de junio de 2012, Facultad de Ciencias del Trabajo de la Universidad de Sevilla.
- Rebolledo, L. (2014). Aportes de los estudios de género a las Ciencias Sociales. *Revista Antropologías del Sur*, 1, 65-80.
- Redondo Saceda, L. (2017). Libre disposición sobre el cuerpo: la posición de la mujer en el marco de la gestación subrogada. EUNOMÍA. *Revista en Cultura de la Legalidad*, 161-146. doi:dx.doi.org/ 10.20318/eunomia.2017.3646
- Rodríguez Carreño, J. (2016). Feminismo y dieta vegetariana: breve exposición de las principales posturas sobre el vínculo entre la subordinación de las mujeres y el consumo de carne. *Revista Latinoamericana de Estudios Críticos Animales*, 2(2), 120-139.
- Rogers, W. A. (2006). Feminism and public health ethics. *Journal of Medical Ethics*, 32(6), 351-354. doi:10.1136/jme.2005.013466
- Romero Bachiller, C., García Dauder, S., & Bagueiras Martínez, C. (Eds.). (2005). *El eje del mal es heterosexual. Figuraciones, movimientos y prácticas feministas queer*. Madrid: Traficantes de sueños.
- Rossi, A. (2000). Sentimiento e Intelecto. La historia de John Stuart Mill y Harriet Taylor Mill. En J. Stuart Mill & H. Taylor Mill (Eds.), *Ensayos sobre la igualdad de los sexos* (pp. 21-87). Madrid: Antonio Machado Libros.
- Sabsay, L. (2012). *Fronteras Sexuales: Espacio urbano, cuerpos y ciudadanía* (Vol. 18). Buenos Aires: Paidós.
- Salgado-de Snyder, V. N., & Wong, R. (2007). Género y pobreza: determinantes de la salud en la vejez. *Salud Pública de México*, 49(Suppl 4), 15-21. doi:10.1590/S0036-36342007001000011
- Scolari, A. (2016). *Disputas: miradas feministas sobre la prostitución en la ciudad de Rosario* (Licenciatura en Trabajo Social). Universidad Nacional de Rosario, Rosario, Argentina. Retrieved from <http://hdl.handle.net/2133/5710>

- Sen, G., George, A., & Östlin, P. (2005). *Incorporar la perspectiva de género en la equidad en la salud: un análisis de la investigación y las políticas*. Organización Panamericana de la Salud: Harvard Center for Population and Development Studies.
- Shum, G., Conde Rodríguez, Á., & Portillo Mayorga, I. (2003). Discapacidad y empleo: una perspectiva de género. *Alternativas. Cuadernos de Trabajo Social*, 11, 59-85.
- Silberman, P., Buedo, P. E., & Burgos, L. M. (2016). Barreras en la atención de la salud sexual en Argentina: percepción de las mujeres que tienen sexo con mujeres. *Revista de Salud Pública*, 18(1), 1-12. doi:10.15446/rsap.v18n1.48047
- Stefoni, C. (2001). Representaciones Culturales y Estereotipos de la Migración Peruana en Chile. *Informe final del concurso: Culturas e identidades en América Latina y el Caribe. Programa Regional de Becas CLACSO*. doi:http://bibliotecavirtual.clacso.org.ar/ar/libros/becas/2000/stefoni.pdf
- von Mühlen, B. K., Saldanha, M., & Strey, M. N. (2014). Mulheres e o hiv/aids: Intersecções Entre Gênero, Feminismo, Psicologia e Saúde Pública. *Revista Colombiana de Psicología*, 23, 285-296.
- Vázquez García, R., & Sánchez Fernández, M. (2017). Antropo (andro) centrismo y especie. Ideología y naturalización del especismo en tiempos liberales. *EUNOMÍA. Revista en Cultura de la Legalidad*, 12, 26-38. doi:https://doi.org/10.20318/eunomia.2017.3640
- Waksman, N. (2005). El papel de la mujer en la ciencia. *Ciencia UANL*, 8(1), 3-6.
- Witting, M. (1992/2006). *El pensamiento heterosexual y otros ensayos*. Madrid: Editorial Egales.
- Yuval-Davis, N. (2015). Situated Intersectionality and Social Inequality. *Raisons politiques* 58, 91-100. doi:10.3917/rai.058.0091
- Zalaquett, C. (2012). Ciencia y género: lo legítimo y lo bastardo en epistemología científico-social. *Izquierdas*, 12, 26-51.

CAPÍTULO 9.

SOBRECARGA Y DESIGUALDADES DE GÉNERO EN EL CUIDADO INFORMAL DE LARGO PLAZO: UN FENÓMENO INVISIBILIZADO¹

Milda Galkuté y Claudia Miranda Castillo

Introducción

El proceso de envejecimiento es un fenómeno mundial que actualmente está afectando, en mayor o menor medida, no solamente a países desarrollados sino también en vías de desarrollo. De acuerdo a las estimaciones recientes de las Naciones Unidas (2019), el número de personas mayores de 60 años o más debería aumentar en casi un 50% entre 2017 y 2030 a nivel mundial. Además, en 2018, por primera vez en la historia, el número de personas de 65 años o más superó al número de niños menores de cinco años y se estima que en 2100 casi uno de cada cuatro individuos en el mundo tendría 65 años o más. Si bien actualmente los continentes más envejecidos son Europa y América del Norte, otras regiones también están pasando por un proceso de envejecimiento muy acelerado, incluyendo a América Latina y el Caribe, donde se pronostica un incremento en el número de personas de 65 años o más del 9% al 19% entre 2019 y 2050 (Naciones Unidas, 2019).

Este importante cambio demográfico se debe en gran medida al descenso de las tasas de mortalidad en la mayor parte del mundo, lo cual puede atribuirse tanto a los avances en las áreas de tecnología y medicina, como a la promoción de estilos de vida más saludables. Esto también queda reflejado en el aumento significativo del número de personas más mayores, siendo el grupo etario de 80 años o más el que se está expandiendo más rápido en la actualidad. Según las estimaciones de las Naciones Unidas (2019), el número de personas de 80 años o más se sextuplicaría entre 2019 y 2100.

¹ Fuentes de financiamiento: ANID – FONDECYT 1191726; ANID – Millennium Science Initiative Program – ICS2019_024 y ICS13_005.

Sin lugar a duda, dichos cambios demográficos ya están teniendo un impacto importante en diferentes ámbitos. El desarrollo económico y la participación laboral de los adultos mayores, los planes de pensiones, así como los sistemas de servicios socio-sanitarios son algunos de los sectores que se ven directa y fuertemente afectados por el envejecimiento de la población. Debido a lo anterior, varias organizaciones (Organización Mundial de la Salud, 2020; Naciones Unidas, 2019) han sugerido en sus últimos informes que los países deberían prepararse para este cambio demográfico, asegurando el bienestar de los adultos mayores, especialmente en relación a su acceso a servicios de atención socio-sanitaria y redes de apoyo formales e informales.

Si bien una mayor esperanza de vida debería verse como un gran logro, la rápida expansión del grupo etario de 80 años o más también supone un importante reto, ya que implica un incremento en la morbilidad y una disminución significativa de la capacidad funcional de las personas. Por lo tanto, se espera que en los próximos años el número de personas que padecen algún tipo de limitación funcional o discapacidad crónica también incremente, aumentando así la demanda de cuidados formales e informales de manera permanente (Nieto et al., 2018).

Tal y como indican los resultados recientes de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2020), referentes a la capacidad funcional de los adultos mayores de 37 países diferentes, por lo general, los individuos tienen puntuaciones relativamente altas en edades avanzadas. Sin embargo, los resultados también muestran que a medida que va incrementando la edad, la capacidad de las personas mayores de satisfacer algunas de sus necesidades básicas disminuye. Esto especialmente concierne al género femenino, dado que a partir de los 80 años existe un número mayor de mujeres que pierden la capacidad funcional en comparación a los hombres (OMS, 2020).

Tomando como ejemplo a los Estados Unidos, una de las regiones más envejecidas del mundo, las estadísticas nacionales estimaron que la cantidad de personas que requerirían de servicio de cuidados de larga duración podría duplicarse entre 2000 y 2050, llegando a unas 27 millones de personas (Departamento de Salud y Servicios Humanos y Departamento de Trabajo de EE.UU., 2003). Debido a lo anterior, y para mantener la sostenibilidad de los sistemas de prestación de cuidados y de financiamiento, los gobiernos en diferentes partes del mundo han estado implementando reformas en materia de salud pública y cuidados de larga duración (Shiba, Kondo, N. & Kondo, K., 2016). No obstante, el rápido y continuo incremento en el número de personas con algún tipo de limitación funcional o discapacidad crónica hace que la oferta de cuidados

formales, muchas veces, sea incapaz de hacer frente a la demanda de cuidados de larga duración (Bruhn & Rebach, 2014). Eso también se explica por el hecho de que los sistemas de asistencia socio-sanitaria fueron diseñados principalmente para las fases agudas de cualquier enfermedad y por lo tanto no pueden satisfacer las necesidades de atención a largo plazo (Verbakel, Metzelthin & Kempen, 2018).

Por otro lado, hay que tener en cuenta que la gran mayoría de adultos mayores dependientes prefiere envejecer en casa, en un entorno que es familiar para ellos y rodeados de gente cercana (OMS, 2020). Asimismo, en los países con un gasto público bajo, muchas familias no pueden afrontar el costo económico que supone contratar servicios formales de cuidado para la persona dependiente, ya sea en su domicilio particular o en residencias y centros de salud especializados. En tales casos, los cuidados informales, proporcionados por algún miembro de la familia de forma no remunerada, surge como la 'solución' al problema. En los últimos años los cuidados informales se han expandido incluso en los países más desarrollados donde existe poca responsabilidad familiar e importante apoyo gubernamental en materia de dependencia (Verbakel et al., 2018; Verbeek-Oudijk, Woittiez, Eggink, & Putman, 2014). Por su parte, en los países en vías de desarrollo, por ejemplo, en América Latina, existe una larga tradición de cuidados informales, donde dicho rol casi siempre ha sido asumido de forma exclusiva por alguna mujer de la familia debido al predominio de los patrones culturales patriarcales en la región.

Considerando el impacto que tienen los cambios socio-culturales, económicos y políticos en las dinámicas de cuidados informales en los países latinoamericanos, este trabajo ofrece una reflexión crítica acerca de las necesidades actuales de los cuidadores informales de personas mayores en Chile, uno de los países con los índices más altos de envejecimiento en la región, desde una perspectiva de género. Es un tema que requiere de mayor atención tanto por parte de la investigación como de las políticas públicas, ya que de momento el foco principal ha sido la satisfacción de las necesidades de personas mayores dependientes, habiendo un déficit de consideración acerca de la calidad de vida y el bienestar del cuidador informal.

Perspectivas teóricas sobre el estrés del cuidador

Los cuidados informales de larga duración es una fuente importante de estrés continuo que puede impactar seriamente la salud del cuidador principal. El tiempo que el cuidador invierte diariamente en el cuidado de un tercero, las tareas que desempeña, la pérdida progresiva de la

funcionalidad de la persona dependiente, hacen que el cuidador informal tenga que enfrentar nuevas demandas físicas, psicológicas, sociales y económicas, incrementando gradualmente el estrés que experimenta. En ese sentido, una de las perspectivas teóricas más ampliamente utilizadas en el área de los cuidados informales es la del estrés transaccional desarrollada por Lazarus and Folkman (1984).

Los autores definieron el estrés como una relación entre la persona y el entorno que es significativo para esa persona, y que pone a prueba o excede los recursos de afrontamiento, siendo esta definición la base de la teoría del estrés y del afrontamiento (Lazarus y Folkman, 1984). Según estos autores, no es el individuo ni su entorno que por sí solos producen el estrés, sino más bien la compleja transacción bidireccional que se establece entre ambos. Además, la literatura que analiza a la teoría transaccional coincide en gran medida en que la percepción o la valoración que el individuo hace de la situación incide en sus emociones, así como en sus estrategias de afrontamiento. Por lo tanto, en términos generales, la teoría del estrés y del afrontamiento de Lazarus y Folkman (1984) destaca que el proceso de estrés es un ciclo continuo de transacciones entre el individuo y el entorno, que se vive como una alteración del equilibrio y de los procesos adaptativos que se ponen en marcha para resolver este desajuste (Biggs, Brough & Drummond, 2017).

A la vista de la teoría del estrés y del afrontamiento, la (sobre)carga del cuidador informal se contempla como el principal factor estresante que se ve afectado por los antecedentes del cuidador y el contexto de los cuidados. La carga, a su vez, afecta de forma directa tales aspectos como la salud física y mental del cuidador, así como de forma indirecta a través de tensiones entre diferentes roles y las tensiones intrínsecas. El afrontamiento atenúa estas relaciones, permitiendo explicar las diferencias en los niveles de bienestar de los cuidadores que experimentan situaciones similares (Figueiredo, 2017). Sin embargo, las estrategias de afrontamiento del cuidador por sí solas no son lo suficientemente eficaces para combatir el estrés, ya que depende de la naturaleza de los factores estresantes y de los factores externos como el apoyo social (Folkman, 2008).

El modelo teórico de Lazarus y Folkman (1984) permite comprender mejor la relación entre la carga percibida de los cuidadores informales de larga duración y su bienestar subjetivo. En particular, ha comprobado que la relación entre el cuidador y la persona cuidada, el apoyo social y diferentes tipos de afrontamiento desempeñan un papel importante en los niveles de bienestar del cuidador (Gangan, 2019). Sin embargo, dicho modelo no hace hincapié en el papel que juegan las características del

cuidador, como por ejemplo su género, situación socio-económica, o nivel educacional. En ese sentido, se hace necesario complementarlo con otras perspectivas teóricas que permitan entender cómo el estrés y las estrategias de afrontamiento podrían variar de acuerdo a factores socio-demográficos de la población.

La teoría del curso de vida (Elder, 1977) ayuda a comprender las diferentes trayectorias emprendidas por los individuos, tales como sus opciones de desarrollo profesional, o las decisiones asociadas a los cuidados informales. Todos los eventos que suceden a nivel individual o familiar pueden interpretarse mediante el análisis de las trayectorias de vida que se ven influidas por las condiciones histórico-sociales, culturales, políticas y económicas externas.

Como señalan Elder et al. (2003), el enfoque del curso de la vida puede entenderse mejor desagregando sus ideas generales en cinco principios que constituyen su marco teórico. En primer lugar, es importante considerar el desarrollo humano y el envejecimiento como un proceso continuo que implica el desempeño de múltiples roles a lo largo de las diferentes etapas de la vida. En segundo lugar, la agencia de las personas está limitada por las oportunidades que la sociedad les brinda. En el ámbito de los cuidados esto podría referirse al apoyo formal que la sociedad ofrece a la persona dependiente y a su familia. En tercer lugar, las circunstancias geográficas e históricas determinan en gran medida los acontecimientos en los que participan las personas a lo largo de su vida. Por ejemplo, la percepción de la responsabilidad de cuidados puede ser muy diferente en dos momentos históricos y geográficos: mientras que en los países más desarrollados y con mayor apoyo gubernamental los cuidados se perciben como una responsabilidad comunitaria, en los países con un régimen de bienestar familiarista son las familias, principalmente las mujeres, quienes comúnmente asumen dicha responsabilidad. Asimismo, el momento en que se producen algunos acontecimientos (como la paternidad temprana, la discapacidad, etc.) también puede implicar numerosas ventajas y desventajas que afectan al proceso individual de toma de decisiones. Finalmente, el último principio se refiere a la importancia de las redes sociales en las que participan las personas. En otras palabras, muchas decisiones individuales están condicionadas por las relaciones con otras personas. Por ejemplo, asumir el rol de cuidador/a informal puede considerarse una decisión conjunta de la pareja o de los hermanos, más que una elección individual.

Un aspecto fundamental que hay que tener en cuenta en la perspectiva del curso de vida se refiere a las diferencias de género, marcadas por las normas y roles históricamente asignados a los hombres y a las

mujeres. Dichas diferencias de género son aún más marcadas entre los segmentos de población de mayor edad, donde los roles de género están más arraigados y tienen una trayectoria más larga. A modo de ejemplo, utilizando una perspectiva comparativa del curso de la vida, Worts, Corna, Sacker, McMunn y McDonough (2016) demostraron no solo que las trayectorias laborales de los adultos mayores estaban sesgadas por el género, sino también que se veían muy afectadas por las políticas de cuidado anteriores y actuales, que diferían según el régimen de bienestar presente en las sociedades.

Debido a lo anterior, considerando el contexto socio-cultural, político, económico e histórico de las sociedades, se podría argumentar que, en los países en vías de desarrollo con gasto social público bajo, las responsabilidades de cuidados informales suelen caer sobre los hombros de las familias, especialmente sobre las mujeres de mayor edad, que asumen el rol de cuidados como una condición 'natural' de su género.

Género y cuidados informales

Los cuidados informales desde la perspectiva de género difícilmente podrían explicarse sin hacer referencia a la división sexual del trabajo que marca los vínculos sociales entre hombres y mujeres, produciendo relaciones basadas en el patriarcado (Hirata, Kergoat, del Conicet & Zykbergberg-Hocquard, 1997), donde prevalece una distribución desigual del trabajo y de las tareas domésticas. Tal y como indican Bruhn y Rebach (2014), tras la Segunda Guerra Mundial, las políticas sociales animaban a las mujeres a incorporarse al mercado laboral, sin embargo, sin olvidar la obligación de cumplir con sus responsabilidades familiares y domésticas. Es precisamente en esa época cuando comienza la compleja tarea del género femenino de compaginar trabajo y responsabilidades familiares al mismo tiempo, lo que se conoce en la historia de la organización familiar como el modelo de doble proveedor/mujer cuidadora.

Dicho modelo sigue presente en la actualidad, y a pesar de la cada vez mayor participación de los hombres en las tareas domésticas y de cuidados, las mujeres siguen teniendo que hacer frente a más horas de trabajo no remunerado en la casa (Mortimer & Shanahan, 2007; Vives, Gray, González & Molina, 2018). Por lo tanto, ellas son más propensas a ser cuidadoras principales, dedicando más horas al cuidado de sus familiares enfermos y ayudándoles con las actividades de la vida diaria, preparación de comidas y las tareas domésticas. Esto, sin lugar a dudas, tiene un impacto significativo en el estado de salud física y mental de las mujeres. Según los resultados de una revisión sistemática reciente acerca

del impacto de cuidados informales sobre la salud de los cuidadores, la intensidad de los efectos de cuidados informales difiere mucho según el género: son especialmente las mujeres y las personas que prestan cuidados intensivos las que suelen sufrir los efectos más negativos sobre su salud, como consecuencia de la prestación de cuidados informales (Bom, Bakx, Schut & van Doorslaer, 2019).

Esto concuerda con los resultados de diferentes estudios internacionales (Lin, Fee & Wu, 2012; Navaie-Waliser, Spriggs & Feldman, 2002; Willert & Minnotte, 2019), según los cuales las mujeres cuidadoras presentan un peor estado de salud mental en comparación a los cuidadores hombres. Este patrón se debe en gran parte a que las mujeres que asumen el rol de cuidadoras suelen dejar su trabajo remunerado, reduciendo así su círculo social, pasan menos tiempo con amigos, y a menudo sustituyen su tiempo libre por actividades relacionadas con cuidados. Asimismo, la carga de cuidados percibida suele asociarse con sentimientos de vergüenza, resentimiento, pérdida de control, y la mala comunicación (Vitaliano, Zhang & Scanlan, 2003). De este modo, las mujeres cuidadoras informales presentan mayores niveles de estrés y ansiedad, soledad y depresión (Willert & Minnotte, 2019).

Los estudios internacionales también han mostrado que las mujeres que asumen la carga de cuidados de larga duración presentan un estado de salud física peor que el de cuidadores varones. Las mujeres cuidadoras han mostrado mayores niveles de fatiga crónica, problemas estomacales, así como cambio de peso más frecuente (Navaie-Waliser et al., 2002). Un estudio reciente llevado a cabo en España mostró que las mujeres tenían peor calidad de vida relacionada con la salud en comparación a los hombres, especialmente en la dimensión dolor/malestar (del Río Lozano et al., 2017). Del mismo modo, otro estudio español demostró que los cuidados informales suponían mayores riesgos para las mujeres que para los hombres debido a la carga más elevada que asumen las mujeres. Sin embargo, al incrementar la carga de cuidados de los hombres, las desigualdades observadas en las condiciones de salud disminuían notoriamente (Larrañaga et al., 2008).

Estas importantes diferencias en las condiciones de salud de los cuidadores informales de acuerdo al género podrían explicarse en gran medida por las distintas formas de asumir y realizar la tarea de cuidados. Las mujeres que asumen el cargo de cuidadoras son menos propensas a recurrir a otras fuentes de apoyo ya sea formal o informal, y cuando lo hacen esto ocurre mucho más tarde en comparación a los cuidadores hombres (Navaie-Waliser et al., 2002; Yee & Schulz, 2000). Además, la

evidencia empírica muestra que las mujeres suelen desempeñar tareas de cuidados más pesadas (por ejemplo, bañar, asear, vestir, entre otras) (Navaie-Waliser et al., 2002).

Las responsabilidades de cuidados informales de larga duración también ponen en riesgo a las mujeres de experimentar mayores niveles de pobreza en la vejez. Las estimaciones sugieren que una persona que deja el mercado laboral para asumir el rol de cuidador(a) informal pierde a lo largo de su vida más de 115.000 dólares en sueldo, alrededor de 138.000 dólares en la seguridad social y 50.000 dólares en el fondo de pensiones. De esta forma, las mujeres pierden más de 300.000 dólares en ingresos y prestaciones a lo largo de sus vidas (Lee, Tang, Kim & Albert, 2015). La revisión sistemática de 35 estudios llevada a cabo por Lilly, Laporte y Coyte (2007) sugiere que las mujeres cuidadoras en diferentes países tienen más probabilidades que los cuidadores hombres de estar fuera del mercado laboral, de trabajar menos horas en un empleo remunerado o de ajustar sus horarios de trabajo para adaptarse a sus responsabilidades como cuidadoras informales. El impacto negativo de los cuidados de larga duración suele ser más significativo entre las cuidadoras de bajos ingresos, donde las mujeres suelen destinar un mayor porcentaje de sus ingresos en los gastos relacionados con los cuidados, y proporcionar más horas de cuidados semanales. Algunos autores (Lee et al., 2015; Villalobos Dintrans, 2019) lo denominan un círculo vicioso, en el sentido de que las mujeres con bajos ingresos tienden a desempeñar el rol de cuidadoras con recursos económicos limitados, aumentando a la vez su carga financiera por la reducción de horas de trabajo o la jubilación anticipada, experimentando así resultados más negativos. Por lo tanto, las cuidadoras informales mujeres presentan una mayor probabilidad de caer en la pobreza y requerir de ayudas sociales en las etapas posteriores de la vida.

Cuidados informales en América Latina y Chile

Tal y como se ha mencionado anteriormente, América Latina está pasando por una serie de cambios socio-demográficos importantes. La población en muchos países de esta región está envejeciendo a un ritmo acelerado, lo cual implica un aumento significativo de las personas dependientes en un futuro cercano, de esta forma poniendo presión en la demanda de servicios de cuidados. Esta presión afectará no solamente a servicios de salud y de cuidados formales (hospitales, centros de día, residencias de larga duración), sino sobre todo a las familias latinas, ya que muchos países latinoamericanos se caracterizan por tener un gasto público muy bajo, promoviendo así un modelo familiarista (Fernández & Herrera, 2020).

Si bien todavía hay países en una etapa de transición demográfica incipiente, con altas tasas de fecundidad y baja esperanza de vida (por ejemplo, Guatemala, Bolivia), otros países ya están experimentando un descenso notorio en la fecundidad (Paraguay, Honduras), en combinación con un importante aumento en la esperanza de vida (Argentina, Brasil, Uruguay, México). A la vez, un número de países en la región (Chile, Cuba, Costa Rica) ya no alcanza la fecundidad de reemplazo y, además, presenta la esperanza de vida igual a la de los países más desarrollados (CEPAL, 2009).

El caso de Chile puede considerarse de especial interés. Según los datos estadísticos de diferentes organismos internacionales (CELADE, 2002; CEPAL, 2009), la tasa de crecimiento de la población en Chile era inferior al 1% hace diez años y se pronostica que para el año 2030 casi 25% de la población chilena tendría 60 años o más, posicionando al país como el más envejecido de toda Sudamérica (CEPAL, 2009). Además, ya en el año 2009 casi 25% de la población de 60 años o más en Chile presentaba algún tipo de dependencia, de los cuales más de la mitad tenían dependencia severa (SENAMA, 2009). Considerando el rápido crecimiento del grupo de personas de 80 años o más en Chile y la prevalencia de la dependencia en ese grupo etario, la demanda de cuidados informales de larga duración debería incrementar de forma drástica en los próximos años.

Estas tendencias ponen especial presión sobre las mujeres chilenas, que por un lado se han ido insertado cada vez en mayor medida en los sistemas educativo y laboral del país, pero, por otro lado, siguen ejerciendo los roles tradicionales de género de tareas domésticas y cuidados informales de forma desproporcional en comparación a los hombres, asumiendo de esta manera la doble carga. Según Reyes (2018), la brecha de género existente en el trabajo doméstico y de cuidados informales en Chile tiende a ser independiente de la situación laboral de las mujeres y de sus ingresos. Asimismo, de acuerdo a los resultados de la encuesta de uso del tiempo (ENUT, 2015), la cantidad de horas que las mujeres chilenas dedican a diario al trabajo no remunerado es más del doble en comparación a los hombres chilenos, lo cual ocurre en todos los grupos de edad. En lo referente a cuidados informales concretamente, son los grupos etarios más jóvenes (de 25 a 29 años) los que presentan mayor brecha por género (33 horas entre las mujeres frente a 11,2 horas entre los hombres); y los grupos más mayores (de 55 a 59 años), donde las mujeres dedican 2,4 veces más del tiempo en comparación a los hombres chilenos.

En cuanto a las características sociodemográficas de los cuidadores informales en Chile, la encuesta CASEN (2013) mostró que más del 87% de los cuidadores eran mujeres, de alrededor de 51 años en promedio.

Con respecto a su nivel educativo, el 39,4% contaba con la educación básica, mientras que el 49,4% tenía educación media, mostrando así que los cuidados informales son desempeñados principalmente por personas de bajo nivel educativo, que suelen contar con trabajos más precarios. Es de esperarse, entonces, que las personas de quintiles de ingresos más bajos –especialmente las mujeres– renuncien a sus trabajos para asumir la carga de cuidadoras informales, ya que además no suelen poseer suficientes recursos para contratar el servicio de cuidados formales. Es decir, las mujeres chilenas de niveles socio-económicos más bajos son las más impactadas por la demanda de cuidados existente en el país, limitando sus oportunidades de generar ingresos y contribuir al sistema previsional (Leiva et al., 2020; Villalobos Dintrans, 2019).

Estas cifras demuestran que “los hogares latinoamericanos no han avanzado significativamente en la democratización de los espacios privados debido a la modernidad” (Rossel, 2016, p. 42), situando a la mujer en una gran desventaja en lo referente a la carga de trabajo total. Así pues, si los países como Chile con un pronóstico del aumento significativo en las tasas de dependencia no desarrollan políticas públicas que introduzcan cambios sustantivos en lo referente a la demanda de cuidados de larga duración, las mujeres serían las más propensas a sufrir de la sobrecarga del trabajo remunerado y no remunerado. Por lo tanto, existe una necesidad inminente de ‘desfamiliarización’ de servicios de cuidado de larga duración en Chile, que actualmente ponen en riesgo el bienestar físico, social, psicológico y económico de las mujeres que asumen el rol de cuidadoras informales de forma inevitable por falta de recursos y de políticas públicas que perciban la responsabilidad de cuidados como una responsabilidad conjunta entre el estado, la comunidad y la familia (Fernández & Herrera, 2020).

Implicancias para las políticas públicas en Chile

La revisión de los cambios socio-demográficos que están ocurriendo en toda América Latina, y en especial en algunos países como Chile con un proceso de envejecimiento muy acelerado, pone de relieve la necesidad de hablar de la oferta y la demanda de los cuidados a largo plazo y sus implicancias para las políticas públicas. No obstante, al discutir el crecimiento de la población dependiente, muchos estudios se enfocan solamente en la demanda de los cuidados, invisibilizando de cierta forma la oferta existente. Es decir, se ha hecho poco hincapié en la falta de oferta de cuidados formales y cómo esa falta ha sido cubierta por los cuidadores informales, creando una importante desigualdad de género que impacta todos los ámbitos de bienestar de las mujeres que habitualmente asumen este rol (Rossel, 2016).

Asimismo, otro cambio socio-económico importante que está ocurriendo actualmente en países como Chile es la continua incorporación de la mujer en el mercado laboral. Este hecho, sin lugar a dudas, también reduce la disponibilidad de las mujeres para ser las cuidadoras informales, y las sociedades modernas se ven urgidas a buscar nuevas formas de organizar el cuidado. De este modo, es posible anticipar un claro desajuste entre la demanda y la oferta tanto formal como informal de cuidados (Rossel, 2016), un fenómeno que tiene que ser abordado de forma urgente por las políticas públicas del país. Dado que el sistema de cuidados informales se vuelve cada vez más insostenible, es necesario desarrollar políticas públicas que no solamente apoyen a las familias en el cuidado de la persona dependiente, sino que con el tiempo vayan sustituyendo los cuidados informales por los formales.

Así pues, se hace inevitable invertir en el crecimiento de servicios de cuidado formal en Chile. Esto incluye la creación de más servicios que alivien la carga de cuidadores informales, como por ejemplo centros de cuidado de día, o ayuda formal a domicilio. Asimismo, hacen falta más instituciones y residencias que proporcionen cuidados de larga duración a adultos mayores dependientes, a un costo accesible para las familias de bajos recursos, ya que tal y como se mencionó anteriormente, la gran mayoría de cuidadores son mujeres de quintiles de ingresos más bajos. Esto, sin lugar a dudas, tendría un impacto importante en la promoción de igualdad de género en el país, en cuanto a mayor participación de las mujeres en el mercado laboral, lo cual a la vez permitiría reducir la probabilidad de que ellas caigan en la pobreza a edades más avanzadas.

Siguiendo la misma línea argumental, dado que la gran mayoría de cuidados informales se dan en los quintiles de ingresos más bajos (Fernández & Herrera, 2020; Villalobos Dintrans, 2019), es necesario desarrollar políticas que promuevan el apoyo de servicios de cuidados de base comunitaria, según las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (2019). En ese sentido, hace falta adoptar una perspectiva que se enfoque en la evaluación de necesidades locales específicas de cada comuna. Esto incluye estimar el número de trabajadores de la salud y de asistencia social necesario a nivel comunal según los índices de dependencia, así como crear nuevas oportunidades de voluntariado o de prácticas universitarias capaces de apoyar en las comunas más necesitadas en términos de cuidados informales. En otras palabras, hace falta desarrollar e involucrar en mayor medida a los servicios comunitarios locales, fortaleciendo la perspectiva de cuidados como una responsabilidad compartida entre las familias, las comunidades y el Estado.

De igual manera, se hace cada vez más importante fortalecer el apoyo psicológico a las cuidadoras informales. El número de horas y los esfuerzos que las mujeres destinan exclusivamente al cuidado de la persona mayor dependiente y el poco apoyo familiar, comunitario y estatal que reciben actualmente, tienen un impacto en la calidad de vida y las condiciones de salud de las cuidadoras principales. Tal y como sugieren los resultados de un estudio reciente llevado a cabo en Chile, es necesario aumentar las redes de apoyo de los cuidadores informales, fortaleciendo los mecanismos de afrontamiento enfocados en lo emocional, lo que mostró tener un impacto positivo en el bienestar de los cuidadores informales (León-Campos, Chonchol, & Miranda-Castillo, 2018). Por lo tanto, es necesario fortalecer los servicios de salud mental para las cuidadoras informales con el fin de aliviar su carga emocional. La mejora en las condiciones de salud de las cuidadoras principales a la vez tendría un impacto positivo en la calidad de cuidados proporcionados a personas mayores dependientes (Villalobos Dintrans, 2019).

Por último, con el fin de hacer frente a las nuevas tendencias socio-demográficas, un aspecto fundamental es aplazar la situación de dependencia en adulto mayor mediante el desarrollo de políticas de envejecimiento activo. En un país como Chile que está envejeciendo a un ritmo muy acelerado, “prevenir y revertir la dependencia debe ser prioritario en la agenda pública” (Leiva et al., 2020, p. 801). Las políticas deberían considerar la promoción de la participación de los adultos mayores en diferentes ámbitos socio-culturales, económicos y de salud, incluyendo la participación en el mercado laboral de acuerdo a las necesidades del adulto mayor, participación en diferentes iniciativas sociales (por ejemplo, voluntariado, transmisión de conocimientos a generaciones más jóvenes), accesibilidad y usabilidad de las nuevas tecnologías para facilitar las tareas cotidianas, fomento de la actividad física, promoción de la atención preventiva de la salud, entre otros. El envejecimiento activo se refiere a un concepto multidimensional, por lo tanto, las políticas públicas han de optimizar las oportunidades del bienestar del adulto mayor en diferentes ámbitos de forma íntegra para que más personas puedan llegar a edades avanzadas siendo autovalentes.

Conclusiones

El acelerado envejecimiento de la población en varios países latinoamericanos como Chile, así como los cambios en la estructura y dinámicas familiares tales como la continua incorporación de la mujer en la fuerza laboral, ponen de relieve la importancia decisiva de abordar la problemática del desajuste entre la demanda y la oferta de cuidados de

personas mayores dependientes. Frente a este nuevo panorama socio-demográfico, es inaceptable que los cuidados informales no remunerados, asumidos en su gran mayoría por las mujeres de estratos socio-económicos más bajos, sea la principal respuesta al insostenible incremento de la demanda de cuidados de larga duración. Como consecuencia de la falta de políticas adecuadas, se produce una importante brecha de género en diferentes ámbitos, desfavoreciendo a la mujer en la participación de actividades remuneradas, su acumulación de ahorros a largo plazo, sobrecarga diaria, y su estado de salud física y mental.

La falta de responsabilidad compartida de los cuidados informales en los hogares de las familias chilenas incide en el deterioro de la salud física y mental de las cuidadoras informales, impactando negativamente en su calidad de vida. En ese sentido, al desarrollar nuevas políticas públicas que aborden el tema de cuidados, es imprescindible considerar el bienestar no solamente del adulto mayor dependiente sino también de su cuidador principal. En particular, son muy necesarias las políticas que faciliten el apoyo comunitario a los cuidadores informales, con especial énfasis en servicios de salud mental para aliviar su carga emocional. Eso tiene que ir en paralelo al desarrollo de más servicios de cuidado formales que sean accesibles a familias de todos los niveles socio-económicos. Del mismo modo, las tendencias regionales sugieren adoptar una visión preventiva, situando la promoción del envejecimiento activo en la vanguardia de la agenda de políticas públicas, con el fin de reducir y de aplazar el declive funcional de los adultos mayores.

Este escenario también ofrece una oportunidad para las futuras investigaciones en el campo de cuidados informales. Son varias las líneas de investigación que deberían ser abordadas en mayor profundidad para poder contribuir al complicado *trade-off* entre la demanda y la oferta de cuidados en Chile. Entre ellas, evaluar los efectos de los niveles de estrés sobre la salud de los cuidadores informales, desde un enfoque de género, y en comparación con la población global. Asimismo, es importante investigar qué tipo de apoyo social (por ejemplo, emocional, cognitivo, instrumental, material) incide de forma más positiva en el bienestar de los cuidadores informales para poder orientar las políticas públicas en la región.

Referencias bibliográficas

- Biggs, A., Brough, P. & Drummond, S. (2017). Lazarus and Folkman's psychological stress and coping theory. *The handbook of stress and health: A guide to research and practice*, 351-364.
- Bom, J., Bakx, P., Schut, F. & van Doorslaer, E. (2019). The impact of informal caregiving for older adults on the health of various types of caregivers: A systematic review. *The Gerontologist*, 59(5), e629-e642.
- Bruhn, J. G., & Rebach, H. M. (2014). *The sociology of caregiving*. Springer.
- CASEN (Caracterización Socioeconómica Nacional) (2013). Presentación Resultados Encuesta Casen 2013.
- CELADE (Centro Latinoamericano & de Demografía) (2002). Los adultos mayores en América Latina y el Caribe. Datos e indicadores. Santiago de Chile: CEPAL/CELADE.
- _____ (2009). El envejecimiento y las personas de edad: indicadores sociodemográficos para América Latina y el Caribe. Santiago de Chile: CEPAL/UNFPA.
- Del Río Lozano, M., del Mar García-Calvente, M., Calle-Romero, J., Machón-Sobrado, M. & Larrañaga-Padilla, I. (2017). Health-related quality of life in Spanish informal caregivers: gender differences and support received. *Quality of Life Research*, 26(12), 3227-3238.
- Departamento de Salud y Servicios Humanos y Departamento de Trabajo de EE.UU. (2003). *The future supply of long-term care workers in relation to the aging baby boom generation: Report to Congress*. Washington, DC: Office of the Assistant Secretary for Planning and Evaluation.
- Elder Jr, G. H. (1977). Family history and the life course. *Journal of Family History*, 2(4), 279-304.
- Elder, G. H., Johnson, M. K. & Crosnoe, R. (2003). The emergence and development of life course theory. In *Handbook of the life course* (pp. 3-19). Springer, Boston, MA.
- ENUT (Encuesta Nacional sobre Uso del Tiempo) (2015). Santiago, Chile.
- Fernández, M. B., & Herrera, M. S. (2020). El efecto del cuidado informal en la salud de los cuidadores familiares de personas mayores dependientes en Chile. *Revista Médica de Chile*, 148(1), 30-36.
- Figueiredo D. (2017) Caregiving and Carer Stress. In: Pachana N.A. (Eds.), *Encyclopedia of Geropsychology*. Springer, Singapore. https://doi.org/10.1007/978-981-287-082-7_351
- Folkman, S., & Lazarus, R. S. (1984). *Stress, appraisal, and coping* (p. 460). New York: Springer Publishing Company.
- Folkman, S. (2008). The case for positive emotions in the stress process. *Anxiety, stress, and coping*, 21(1), 3-14.
- Gangan, N. V. (2019). Testing a modified model of stress process for understanding quality of life among informal caregivers and assessing their formal service use.
- Hirata, H., Kergoat, D., del Conicet, P. & Zykbergberg-Hocquard, M. H. (1997). *La división sexual del trabajo: permanencia y cambio*. Asociación Trabajo y Sociedad.
- Larrañaga, I., Martín, U., Bacigalupe, A., Begiristáin, J. M., Valderrama, M. J. & Arregi, B. (2008). Impacto del cuidado informal en la salud y la calidad de vida de las personas cuidadoras: análisis de las desigualdades de género. *Gaceta sanitaria*, 22(5), 443-450.

- Lee, Y., Tang, F., Kim, K. H. & Albert, S. M. (2015). The vicious cycle of parental caregiving and financial well-being: A longitudinal study of women. *Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 70(3), 425-431.
- Leiva, A. M., Troncoso-Pantoja, C., Martínez-Sanguinetti, M. A., Nazar, G., Concha-Cisternas, Y., Martorell, M., ... & Celis-Morales, C. (2020). Personas mayores en Chile: el nuevo desafío social, económico y sanitario del Siglo XXI. *Revista médica de Chile*, 148(6), 799-809.
- León-Campos, M. O., Chonchol, A. S. & Miranda-Castillo, C. (2018). Afrontamiento, apoyo social y depresión en cuidadores informales y su relación con necesidades no cubiertas de personas con demencia. *Ansiedad y Estrés*, 24(2-3), 73-80.
- Lilly, M. B., Laporte, A. & Coyte, P. C. (2007). Labor market work and home care's unpaid caregivers: a systematic review of labor force participation rates, predictors of labor market withdrawal, and hours of work. *The Milbank Quarterly*, 85(4), 641-690.
- Lin, I. F., Fee, H. R. & Wu, H. S. (2012). Negative and positive caregiving experiences: A closer look at the intersection of gender and relationship. *Family relations*, 61(2), 343-358.
- Mortimer, J. T. & Shanahan, M. J. (Eds.). (2007). *Handbook of the life course*. Springer Science & Business Media.
- Naciones Unidas (2019). *World population prospects 2019: Highlights*. New York (US): United Nations Department for Economic and Social Affairs.
- Navaie-Waliser, M., Spriggs, A. & Feldman, P. H. (2002). Informal caregiving: differential experiences by gender. *Medical care*, 1249-1259.
- Nieto Rojas, I., Alarcón Escalonilla, A. I., Almenara Rescalvo, C., Mota Santana, R., Valiente Maresca, P. & Orueta Sánchez, R. (2018). Declive funcional: incidencia y valor de varias reglas de predicción en ancianos que viven en la comunidad. *Revista Clínica de Medicina de Familia*, 11(3), 137-143.
- Organización Mundial de la Salud (2019). *Integrated care for older people (ICOPE) implementation framework: guidance for systems and services*. Geneva.
- _____ (2020). *Decade of healthy ageing: baseline report*.
- Reyes, J. (2018). *The second half of the gender revolution: individual and national determinants of couples' division of domestic labour. The case of Chilean couples and International Comparisons* (doctoral thesis). Pontifical Catholic University of Chile, Santiago de Chile, Chile.
- Rossel, C. (2016). *Desafíos demográficos para la organización social del cuidado y las políticas públicas*. Serie Asuntos de Género N° 135. Naciones Unidas, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).
- SENAMA (2009). *Estudio Nacional de la Dependencia en las Personas Mayores*. Santiago, Chile.
- Shiba, K., Kondo, N. & Kondo, K. (2016). Informal and formal social support and caregiver burden: The AGES caregiver survey. *Journal of epidemiology*, 26(12), 622-628.
- Verbakel, E., Metzeltin, S. F. & Kempen, G. I. (2018). Caregiving to older adults: Determinants of informal caregivers' subjective well-being and formal and informal support as alleviating conditions. *The Journals of Gerontology: Series B*, 73(6), 1099-1111.
- Verbeek-Oudijk, D., Woittiez, I. B., Eggink, E. & Putman, L. S. (2014). *Who cares in Europe?: A comparison of long-term care for the over-50s in sixteen European countries*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.

- Villalobos Dintrans, P. (2019). Informal caregivers in Chile: the equity dimension of an invisible burden. *Health policy and planning*, 34(10), 792-799.
- Vitaliano, P. P., Zhang, J. & Scanlan, J. M. (2003). Is Caregiving Hazardous to One's Physical Health? A Meta-Analysis. *Psychological Bulletin*, 129(6), 946-972.
- Vives, A., Gray, N., González, F. & Molina, A. (2018). Gender and Ageing at Work in Chile: Employment, Working Conditions, Work-Life Balance and Health of Men and Women in an Ageing Workforce. *Annals of work exposures and health*, 62(4), 475-489.
- Willert, B. & Minnotte, K. L. (2019). Informal caregiving and strains: Exploring the impacts of gender, race, and income. *Applied Research in Quality of Life*, 1-22.
- Worts, D., Corna, L., Sacker, A., McMunn, A. & McDonough, P. (2016). Understanding older adults' labour market trajectories: A comparative gendered life course perspective. *Longitudinal and Life Course Studies*, 7(4), 347-367.
- Yee, J. L. & Schulz, R. (2000). Gender differences in psychiatric morbidity among family caregivers: A review and analysis. *The Gerontologist*, 40(2), 147-164.

PARTE 4.

PROBLEMAS DE SALUD PÚBLICA

CAPÍTULO 10.

SOBRE LA IMPORTANCIA DE NOMBRAR: EL CONCEPTO DE VIOLENCIA OBSTÉTRICA Y SUS IMPLICANCIAS

Michelle Sadler

Si bien durante las últimas décadas se ha avanzado en la visibilización de múltiples formas de violencia de género, hay una que ha presentado particular resistencia a ser nombrada y reconocida. Se trata de la violencia obstétrica, que se ejerce principalmente al interior de los establecimientos de salud, y que constituye un grave problema de salud pública y de violación a los derechos sexuales, reproductivos, y humanos de las mujeres. A diferencia de otros tipos de violencia en que es (más) fácil apuntar a victimarios, en este caso la responsabilidad se sitúa en niveles estructurales de la sociedad: en ideologías de género que despojan a las mujeres de la capacidad de decisión sobre sus propios procesos vitales; y en las bases paradigmáticas del sistema biomédico, un sistema androcéntrico y reduccionista que ha propiciado una visión fragmentada y patológica de los procesos reproductivos femeninos. En las siguientes páginas presento los debates que llevaron a visibilizar este tipo de violencia en el mundo y en Chile, los conceptos en uso para referirse a ella, y describo algunos indicadores de atención del parto en el país que ilustran el escenario actual de este problema. Espero con ello mostrar la urgencia de abordar la calidad de la atención obstétrica como problema de salud pública, y contribuir a la reflexión y puesta en práctica de formas de cuidado integral.

Nombrando el problema

Los aportes de la biomedicina han contribuido a grandes mejoras en la calidad de vida de la población a nivel mundial durante los últimos siglos. No obstante lo anterior, en diversos ámbitos de la existencia humana, la biomedicina ha excedido los límites “médicos” para colonizar dimensiones que no siempre necesitan de sus intervenciones. Esta “medicalización” de la vida —que era alertada por científicos sociales como Foucault (1963) e Illich (1975) desde los años 60—, se ha entendido como un conjunto de

prácticas, ideologías y saberes médicos, mediante las cuales se extienden las funciones curativas y preventivas hacia funciones de control y normatización de la población (Menéndez, 2003). De entre la gran gama de dimensiones de la vida que han vivido un proceso de medicalización, la atención médica del ciclo reproductivo femenino –y en particular del parto– ha sido un ejemplo paradigmático, tanto en un sentido de dominio profesional como de expansión de la jurisdicción médica (Conrad, 2005; Lock y Nguyen, 2010). Ello, pues a pesar de que se trata de un proceso normal del ciclo vital femenino, que en la mayoría de los casos podría ocurrir sin intervenciones médicas, ha llegado a estar dominado por una serie de prácticas obstétricas de rutina (que se practican aunque no se presenten complicaciones que lo ameriten); que se aplican junto con la desautorización de las mujeres sobre sus propios procesos reproductivos y sus sentires encarnados con respecto a sí mismas.

Este problema comenzó a ser tópicos de investigación de académicas feministas desde la década del '70, quienes denunciaban la apropiación médica del parto, amparada en una ideología de género que define a los cuerpos femeninos como patológicos por naturaleza y en constante necesidad de intervención médica, y a las mujeres como incapaces de lidiar con sus procesos reproductivos por su supuesta debilidad psíquica y física (Davis-Floyd, 1992; Martin, 1987; Rothman, 1982)¹. En Latinoamérica, desde la década de los '80 y desde un enfoque explícito de género, diversos grupos de estudio y organizaciones de mujeres comenzaron a denunciar los abusos cometidos por el sistema de salud durante el parto como manifestaciones de violencia reproductiva y de violencia de género (CLADEM y CRLP, 1998; Diniz y D'Oliveira, 1998; D'Oliveira, Diniz y Schraiber, 2002; Castro y Erviti, 2003). Ello impulsó el movimiento latinoamericano por la “humanización” del nacimiento, en un intento por comprometer a las partes involucradas en la mejora de la calidad de la atención, desde un lenguaje que no generase reacciones hostiles desde el sector salud (Diniz, Rattner, d'Oliveira, de Aguiar y Niy, 2018). No obstante lo anterior, y en parte debido a la lentitud de los cambios que iban sucediendo en los años siguientes, el tono del debate fue escalando hasta nombrar el problema explícitamente como uno de violencia y de violación de derechos reproductivos y humanos. De dicho proceso emana el concepto de violencia obstétrica, acuñado en el año 2007 en la *Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia*

¹ Temática que se desarrolla con mayor profundidad en el capítulo “De la ciencia androcéntrica hacia la construcción de un modelo sanitario con enfoque de género” de este mismo volumen, de las autoras Alexandra Obach y Alejandra Carreño.

de Venezuela, como una de las 19 formas punibles de violencia contra la mujer. En el Artículo 15 de la Ley se encuentra su definición:

“Se entiende por violencia obstétrica la apropiación del cuerpo y procesos reproductivos de las mujeres por personal de salud, que se expresa en un trato deshumanizador, en un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, trayendo consigo pérdida de autonomía y capacidad de decidir libremente sobre sus cuerpos y sexualidad, impactando negativamente en la calidad de vida de las mujeres” (República Bolivariana de Venezuela, 2007).

Se trata de una violencia de género perpetuada y ejercida por el sistema biomédico en ciertos contextos de atención; una de las manifestaciones de lo que Gabriela Arguedas denomina como “poder obstétrico”, definido como “una forma de poder disciplinario fusionado con la jerarquía masculinista del género, que naturaliza funciones socialmente construidas, con respecto a la gestación, el parto y la maternidad” (2020, p. 87). El término violencia obstétrica releva la necesidad de analizar las estructuras de poder en las que la atención obstétrica se inserta y que causan daños prevenibles en la salud integral de la población (Sadler et al., 2016).

En los años siguientes, mientras en Latinoamérica se iba extendiendo el uso del concepto de violencia obstétrica, en el mundo de la salud pública internacional el tópico iba también cobrando mayor relevancia y visibilidad, en torno a los conceptos de abuso y falta de respeto (*abuse and disrespect*), y de maltrato (*mistreatment*) en la atención institucional del parto. A una primera síntesis de investigación sobre el problema, de Bowser y Hill en 2010, la siguió la revisión sistemática de Bohren et al. (2015), en la cual se propusieron siete categorías de abuso en la atención del parto: abuso físico, abuso sexual, abuso verbal, incumplimiento de los estándares profesionales de atención (por ejemplo, falta de consentimiento informado y confidencialidad, realización de exámenes y procedimientos dolorosos, negligencia y abandono), relación deficiente entre usuarias y personal de salud, y condiciones y limitaciones de los sistemas de salud. Estos estudios fueron insumo para la Declaración emitida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 2014 para la *Prevención y Erradicación de la Falta de Respeto y el Maltrato durante la Atención del Parto en Centros de Salud*. En este documento se reconoce que muchas mujeres alrededor del mundo sufren un trato irrespetuoso, negligente y ofensivo durante el parto, y que esta situación no solo viola el derecho a un trato respetuoso y digno, sino que pone en riesgo el derecho a la vida, la salud, la integridad física y la no discriminación (OMS, 2014). Este tipo de maltrato va en muchos contextos de la mano con un uso

excesivo e innecesario de tecnología obstétrica, en especial en países de ingresos medios y altos en los que el parto es atendido en instituciones de salud. Este problema era alertado por la OMS desde el año 1985 en sus *Recomendaciones para la Apropiaada Tecnología del Nacimiento*, en las cuales se recomendaba utilizar la tecnología obstétrica con cautela y solo para aquellos casos necesarios por motivos médicos, considerar e incluir los factores psicosociales en el cuidado; y devolver a las mujeres un papel central en todos los aspectos de su atención (OMS, 1985). La cautela con el uso de la tecnología obstétrica es también eje central de las más recientes recomendaciones para la atención del nacimiento de la OMS (2018) titulado *Cuidados Intraparto para una Experiencia Positiva de Parto*, en las cuales se expresa que la excesiva medicalización del proceso de gestación, parto y nacimiento es una práctica grave que tiende a socavar la capacidad de la mujer para dar a luz y afecta de forma negativa su experiencia de parto. El exceso de intervenciones obstétricas causa daño en la salud de mujeres y bebés, así como costos excesivos para los sistemas de salud (Miller et al., 2016).

En estos últimos documentos se privilegia el uso de los conceptos de abuso, falta de respeto, y de maltrato. A pesar de que estos términos y el de violencia obstétrica se utilizan en ocasiones indistintamente, hemos argumentado que solo el último tiene el potencial de abordar las dimensiones estructurales de la violencia dentro de las múltiples formas que la falta de respeto y el abuso pueden tomar (Sadler et al., 2016). La violencia obstétrica, como ha sido conceptualizada desde América Latina, se refiere a una violencia de género, que toma formas particulares por ejercerse sobre mujeres y en un ámbito de riguroso control ideológico/valórico sobre los cuerpos femeninos como es el de la sexualidad. Paola Sesia (2020) plantea que la preferencia de los conceptos de abuso, falta de respeto y de maltrato en los círculos de salud global se relaciona “con una actitud pragmática de promover la mejora institucional de la atención materna sin antagonizar a la profesión médica, y para poder contar con el apoyo de las autoridades de salud a nivel nacional e internacional” (p. 13). Argumenta que el evitar el uso del concepto, “reduce la magnitud, extensión y profundidad de la problemática, le quita su carácter sistémico y evita cuestionar a fondo la ideología y praxis de la ginecología y la obstetricia hegemónicas” (p. 21). El concepto de violencia obstétrica, continúa la autora, contiene poder como categoría epistémica al ser capaz de englobar “un argumento convincente de que este tipo de violencia es sistémica en naturaleza, siendo una manifestación imbricada de violencia de género y al mismo tiempo de violencia institucional” (p. 4).

Alma y su dolor de alma

Con el fin de ilustrar estas discusiones, presento a continuación el relato de la experiencia de parto de una joven mujer, a quien llamaremos Alma, ocurrido en una maternidad pública de la ciudad de Santiago de Chile, en el año 2015²:

“Trataré de ser breve. El día lunes 13 de julio a las 21 hrs. rompí bolsa por lo que me ingresaron al hospital. Lo primero que hicieron fue retarme por mi vello púbico, que cómo se me ocurría ir tan peluda. Luego me acostaron en una camilla y así bien, por una hora. Hasta que llega la primera matrona y me pone suero con oxitocina. Ahí empezó la tortura. A las cinco horas ya gritaba de dolor, me dolía mucho. Me amarraron y me pusieron un gas que según ella me calmaría, pero que en realidad me sentía peor. Como si estuviera drogada. Ya a las 9 AM aprox. les dije si me podían dar algo para comer. A lo que la segunda matrona (por cambio de turno) se ríe y me dice que para qué quería comer si ya estaba gorda; le pedí agua y también me la negó. A las horas llegan las niñas practicantes que creo yo las mandó Dios. Me dieron agua. Me sacaron las amarras de los brazos y piernas. Pude caminar, me llevaron a una sala con una pelota de pilates. Me daban contención y cariño, hablaron para que mi pareja pudiera acompañarme. Aún agradezco su presencia. Como a las 5 o 6 de la tarde ellas debían irse. Y ahí nuevamente quedaron las otras matronas conmigo. Me metieron mano ellas y practicantes hombres. Un tacto que dolía mucho. Pedía llorando que me dieran anestesia y me decían que el Dr. no andaba pendiente de pendejas calientes. Pero llegó. Me pusieron 2 epidural en 2 hrs. Luego de eso nada más y me dejaron amarrada de brazos y piernas sin comer, llorando, perdieron mis cuadros y mis cosas. Cuando ya les suplicaba por favor que terminaran con mi dolor, decidieron hacerme pujar con 8 cm. de dilatación. Pero no pude. Me dejaron ahí hasta unas horas más. Me gritaban que me callara, que no era para tanto. Ya a las 22 hrs. entro a sala de parto sola. Pero le rogué que dejaran entrar a mi

² Se trata del relato N° 7950, de un total de 8696 experiencias de parto como fueron escritas por sus protagonistas en la Primera Encuesta sobre el Nacimiento en Chile, realizada por el Observatorio de Violencia Obstétrica de Chile en el año 2017. Los resultados cuantitativos de la encuesta se encuentran publicados en OVO Chile, 2018. El testimonio presentado proviene de una pregunta abierta que se incluyó en dicha encuesta (N° 71), formulada como sigue: “La invitamos a escribir comentarios, sugerencias y/o a contarnos su experiencia de parto o cesárea”. En Sadler et al., 2021 se presenta el primer análisis de las respuestas a esta pregunta.

pareja. Hasta que entró. Me hicieron pujar una vez y me cortaron la vagina dos veces porque la primera la hizo una practicante y lo hizo mal. Me dolió el alma. Comencé a pujar y sentía que me iba a morir. No veía, no escuchaba. A lo que siento una cachetada y me gritan “¡¡reacciona!!” Volví a mí. Mi hijo lleno de materia fecal. Lo limpian y me lo dejan en mi pecho. Casi sin fuerzas lo tomé y al rato se lo llevaron. Me cosieron sin anestesia. Desangrada me fui a sala de recuperación. Con un frío espantoso. Llego a puerperio sin mi hijo. Pasan las horas y me dicen que mi hijo está en neonatología por poliglobulia. No pude verlo hasta dos días después. Hasta que fui y traté de amamantarlo mientras me decían que cómo no iba a saber poner la teta, como tan tonta. Pero ya nada importaba. Estaba con mi hijo. Me fui a casa sin él. Nació un martes y lo llevé a casa un domingo. La lactancia fue un fracaso. La depresión y los ataques de pánico y de ansiedad estaban terminando conmigo. Gracias al apoyo de mi mamá y mi pareja me recuperé. Nunca más en mi vida quiero tener un bebé. Ni siquiera en clínica. Lamento que haya sido un relato tan largo y mal redactado. Gracias por su atención”.

La experiencia vivida por Alma nos permite avanzar en la comprensión de que el problema de salud pública al que nos estamos refiriendo tiene particularidades que justifican que se denomine como uno de violencia de género. Alma vivió múltiples agresiones verbales que la menoscabaron, humillaron y ridiculizaron: recriminación por su aspecto físico y por el ejercicio de su sexualidad, desestimación de su dolor/sufrimiento, inhabilitación de su capacidad de cuidar a su hijo. Se advierten además una serie de prácticas obstétricas no recomendadas en casos que no presentan complicaciones: aceleración oxitócica, numerosos tactos vaginales realizados por personas diferentes, inmovilización a la camilla, negación de alimento y líquido, pujo dirigido antes de la dilatación completa, negación de acompañante significativo durante el trabajo de parto, episiotomía de rutina, sutura sin anestesia. La agredieron físicamente cuando le pegaron una cachetada. A Alma le dolió el alma. Alma se sintió morir. La depresión y ataques de pánico casi terminan con Alma. Nunca más *en la vida* quiere tener un bebé.

¿Por qué se le recriminó que estuviera “peluda”, “gorda”? ¿Por qué se le dijo que era una “pendeja caliente”? ¿Por qué se desestimó su dolor? ¿Por qué se la trató de “tonta”? ¿Por qué fue amarrada de pies y manos a la camilla y dejada sola? ¿Por qué se utilizaron intervenciones que no cuentan con evidencia científica de respaldo y se le negaron las recomendadas? ¿Por qué se le pegó una cachetada?... Se trata de abusos y ejercicio de violencia que se distingue de los que ocurren en otras prestaciones de salud. Y es

que no se trata de cualquier “paciente” ni de cualquier cuerpo; se trata de mujeres y de cuerpos femeninos. Y es mediante un análisis de género que podemos comprender por qué en la atención del parto pareciera haber una particular dificultad de cambio y por qué se reproducen y perpetúan abusos de mucha crudeza. Al referirnos a la biología/fisiología femenina, además de la escisión moderna entre cuerpo y mente (Descartes, 2005; Le Breton, 2004), se suma la oposición simbólica entre lo masculino como más cercano a la mente, a lo racional, a lo objetivo; y lo femenino a la existencia corpórea/biológica, a lo emocional, a lo subjetivo (Harding, 1996; Ortner, 1979, Sheperd, 1993). Como planteara la filósofa Elizabeth Grosz (1994), las mujeres somos de alguna forma más biológicas, más corpóreas, y más naturales que los hombres. Y en ese sentido, nuestros órganos y hormonas actuarían en nosotras de forma tal de alejarnos de los atributos de racionalidad en la forma en que los hombres pueden acceder a ellos. Es desde nuestra constitución biológica y sexual de “mujeres” que somos definidas como pasivas, patológicas y defectuosas, versión desequilibrada y desviada del cuerpo-norma masculino (Martin, 1987, 1991; Sánchez, 1999; Villarme, 2021).

Además de cuerpos femeninos, se trata de cuerpos femeninos en procesos sexuales y reproductivos, momentos del ciclo vital en que nos encontramos más cerca de aquello que justamente nos haría más “naturales”. Más aún, se trata de un proceso sexual-reproductivo específico que nos “convierte” en madres. Es decir, corresponde a un momento del ciclo vital en el cual se pone en escena la vida sexo-afectiva en el lienzo del cuerpo biológico. Fue un acto de naturaleza sexual que llevó a la gestación de un nuevo ser humano y a esa mujer a buscar atención de salud. El mismo acto de dar a luz es un acto sexual. Y si bien en toda interacción médica se ponen en juego estereotipos de personas y de “buenos” y “malos” pacientes; en el campo de la salud sexual y reproductiva y, en especial, sobre el cuerpo de las mujeres, se despliegan valores culturales con especial intensidad y se ponen en juego estereotipos de “buenas” y “malas” mujeres, de “buenas” y “malas” madres. Todo lo anterior permite que en el parto se ejerza una particular forma de violencia que reduce la agencia de las mujeres y refuerza las relaciones de poder sociales y de género que las sitúan en desventaja; silenciando y reprimiendo sistemáticamente su conocimiento encarnado y privándolas del estatus de conocedoras creíbles (Chadwick, 2020; Cohen Shabot, 2016).

La violencia obstétrica se constituye así en una grave forma de violencia de género y de violación a los derechos humanos, lo cual ha sido reconocido en el *Informe de la Relatora Especial de Naciones Unidas sobre la violencia contra la mujer, sus causas y consecuencias*, Dubravka Šimonović (2019):

“El maltrato y la violencia contra las mujeres en los servicios de salud reproductiva y durante la atención del parto se examinan en el informe como parte de una forma continuada de las violaciones que se producen en el contexto más amplio de la desigualdad estructural, la discriminación y el patriarcado, y también son consecuencia de una falta de educación y formación y de la falta de respeto a la igual condición de la mujer y a sus derechos humanos” (Šimonović, 2019, p. 6).

El debate sobre la atención obstétrica en Chile

En Chile, las discusiones en torno a la necesidad de revisar el modelo de atención del parto se remontan a los inicios del actual milenio. En el año 2000 se realizó el “Primer Seminario sobre Humanización del Proceso Reproductivo”, en el cual especialistas se reunieron por primera vez a debatir sobre la temática, recogiendo las reflexiones e inquietudes de profesionales de la salud de distintas instituciones del país (Muñoz, Kaempffer, Castro y Valenzuela, 2001). También en el año 2000, en Brasil, tuvo lugar la “Primera Conferencia Internacional sobre Humanización del Parto y Nacimiento”, que se constituyó en un hito en la región para instalar una agenda en torno a un modelo de nacimiento “humanizado” (Rattner, 2008; Wagner, 2001). En dicho encuentro se fundó la RELACAHUPAN, Red Latinoamericana y del Caribe para la Humanización del Parto y Nacimiento, con representaciones nacionales de la misma en diversos países. A dicho encuentro asistieron alrededor de 60 profesionales de la salud y autoridades sanitarias chilenas, quienes en los años siguientes participaron activamente en el debate por la mejora de la calidad de atención, y sentaron las bases para la fundación de una diversidad de organizaciones profesionales y de la sociedad civil vinculadas a los derechos durante la gestación, parto, postparto y crianza. Catorce de estas agrupaciones se organizaron en 2016 en la figura de la Coordinadora Nacional por los Derechos en el Nacimiento, que ha estado activa desde entonces. Fue al alero de este movimiento, que desde el 2012 se comenzó a utilizar el concepto de violencia obstétrica en encuentros y campañas de organizaciones de la sociedad civil; concepto cuyo uso y reconocimiento se ha ido extendiendo desde entonces. Y si bien hasta la actualidad hay círculos de profesionales de la salud resistentes a su uso, el debate ha propiciado una importante reflexión sobre la calidad de la atención de salud sexual y reproductiva.

A nivel gubernamental, la necesidad de mejorar la calidad de la atención obstétrica dio lugar a la implementación, a partir del año 2007, de políticas y programas de salud tendientes a instalar un modelo de atención de

nacimiento “personalizado”: el Sistema Integral de Protección a la Infancia Chile Crece Contigo (Ley N° 20.379, 2009), y el *Manual de Atención Personalizada en el Proceso Reproductivo* (MINSAL, 2008). Estas iniciativas buscaron reducir el intervencionismo obstétrico excesivo e innecesario, relevar las dimensiones psicosociales del cuidado, y entregar herramientas a las mujeres y sus familias para ser partícipes del proceso en una relación más horizontal con el personal de salud (MINSAL, 2008). Pero estas intenciones no se han traducido en cambios significativos en el panorama de la atención obstétrica nacional, y el modelo personalizado de atención del parto no ha logrado implementarse como se esperaba en el país (Binfa et al., 2016; OVO Chile, 2018). Revisemos los resultados de algunos estudios que así lo ilustran.

En 2016, Binfa y colegas publicaron los hallazgos de un estudio descriptivo mixto realizado en 9 maternidades públicas de Chile, cuyo objetivo fue el de evaluar la implementación del modelo de parto personalizado propuesto por el Ministerio de Salud (2008). La muestra del componente cuantitativo del estudio fue de 1882 mujeres con gestaciones fisiológicas que ingresaron a las maternidades en fase activa e iniciaron su trabajo de parto de forma espontánea. En esta muestra se evaluó el bienestar materno tras el parto, que incluye la sensación de las mujeres de haber sido bien tratadas, valoradas como personas y de haber recibido un cuidado respetuoso. Solo un tercio reportó dicha sensación de bienestar tras el parto, mientras un tercio la calificó como baja (Binfa et al., 2016). El componente cualitativo del estudio, en el cual se desarrollaron 9 grupos focales con mujeres de diversas regiones, mostró un panorama más desalentador. Si bien las mujeres realizaron una buena evaluación de las capacidades técnicas del personal de salud, expresaron descontento con el trato recibido, planteando que durante la atención no se sintieron escuchadas, no recibieron información, y no fueron consideradas en la toma de decisiones respecto a los procesos e intervenciones ocurridas. Más aún, algunas sintieron que fueron tratadas como objeto. Al contrario de la opinión de las mujeres, las matronas y obstetras entrevistados declararon entregar una atención respetuosa y tratar bien a todas las mujeres. Las autoras plantean que las(os) profesionales de atención, por ende, no muestran reflexividad ni autocrítica sobre el desempeño de su rol profesional, y no cuestionan la ética de su práctica (Binfa et al., 2016).

De forma similar, la *Primera Encuesta Nacional del Nacimiento*, aplicada en 2017 por el Observatorio de Violencia Obstétrica de Chile, profundizó en diversas dimensiones del trato durante la atención del parto (OVO Chile, 2018). Se trató de un estudio descriptivo observacional de corte transversal a nivel poblacional, en el cual se incluyó a mujeres que dieron

a luz entre los años 1970 y 2017. El cuestionario fue aplicado vía online, y la participación fue voluntaria y anónima. La unidad de muestreo fueron las experiencias de parto o cesárea de mujeres ocurridas en aquel periodo, y el número de encuestas respondidas en forma completa fue de 11.357. Analizando los casos entre 2014 y 2017, un 43% de mujeres en salud pública y un 20% en privada declaró que el personal de salud no respondió sus dudas, que se sintieron omitidas, desatendidas o acalladas; un 43% y 17% respectivamente reportó haber vivido críticas o represiones al expresar sus emociones o dolor durante el trabajo de parto; un 18% y 5% declaró haber vivido algún tipo de abuso físico –como manotazos, zamarreos, empujones– (OVO Chile, 2018).

Si bien estas cifras son preocupantes, es importante mencionar que han ido en constante mejora a lo largo de las últimas décadas. La misma encuesta recogió experiencias desde la década de 1970 en adelante, y muestra una mejora gradual en los tratos a lo largo del tiempo. Por ejemplo, las experiencias en las cuales el personal de salud no respondió dudas, desatendió o acalló a las mujeres disminuyeron en salud pública desde un 66% en el periodo anterior a 2009 a un 43% en el periodo 2014-2017; y en salud privada de un 27% a un 20% en los mismos periodos (OVO Chile, 2018). La misma tendencia a la baja se observa al analizar malos tratos tales como la represión de expresión de dolor o de emociones; el uso de lenguaje sarcástico, grosero, sexual; y amenazas; pero que, sin embargo, siguen siendo hasta cuatro veces más elevadas en salud pública que privada (OVO Chile, 2018).

En cuanto a las intervenciones obstétricas de rutina, el panorama es más desalentador. Tanto el *Manual de Atención Personalizada en el Proceso Reproductivo* (MINSAL, 2008), como *La Guía Perinatal* (MINSAL, 2015), son claros en recomendar que las intervenciones obstétricas no se deben realizar en forma rutinaria, sino solo cuando estén médicamente justificadas. A pesar de estas recomendaciones, los datos disponibles muestran la persistencia de un uso excesivo de dichas intervenciones. Los resultados de la encuesta OVO Chile (2018) muestran que, en salud pública, tanto la monitorización fetal continua como la administración de oxitocina artificial han ido en aumento progresivo desde la década del '70, para llegar a un 85% y 52% (respectivamente) de reporte en el periodo 2014-2017; mientras en salud privada, estas dos intervenciones se mantienen sin grandes cambios a lo largo de los periodos estudiados. La maniobra de Kristeller, que se encuentra proscrita y debería haber experimentado una gran baja; no lo ha hecho y es declarada en un 27% de partos en salud pública y 32% en privada para los años 2014-2017. Y la posición litotómica tampoco ha experimentado grandes cambios y

se reporta en un 77% y 79% de los partos en salud pública y privada en el mismo periodo. Al comparar los sectores de salud privada con pública en el periodo 2014-2017 de la encuesta OVO Chile (2018), apreciamos que el acompañamiento, libertad de movimiento e ingesta de líquidos/ alimentos durante el trabajo de parto, son practicados en mayor forma en el primero que en el segundo. La mayor brecha entre los subsistemas de salud se da en cuanto al acompañamiento: en hospitales públicos en 3 de cada 5 experiencias de parto las mujeres no contaron con un acompañante significativo en algún/ningún momento, mientras que en clínicas privadas esto ocurrió en 1 de cada 5 experiencias. Los resultados del estudio de Binfa et al. (2016) mostraron también una baja adherencia a las recomendaciones del Ministerio de Salud (2008) con respecto a las intervenciones obstétricas en salud pública, con la mayoría de las mujeres en trabajo de parto recibiendo hidratación intravenosa (y siendo negadas hidratación oral), con monitoreo fetal continuo, inducción y/o aceleración artificial del trabajo de parto, episiotomías, y posición litotómica de parto. Estos resultados muestran que se siguen practicando en números alarmantemente elevados aquellas intervenciones obstétricas que más enfáticamente se recomienda disminuir, y además aquellas que más se asocian con el exceso de cesáreas (monitorización fetal continua, oxitocina artificial, posición litotómica), que ronda la mitad de los nacimientos del país (INDH, 2016).

Si bien este panorama suena alarmante, hay una serie de avances recientes que presagian cambios positivos en el modelo de atención del nacimiento, que presento a continuación.

Avances recientes y desafíos pendientes

El gran desafío de la obstetricia del siglo XX fue el descenso de la mortalidad materna y neonatal, que en Chile se logró con éxito, llegando a presentar algunos de los mejores indicadores de la región. Pero los desafíos van mucho más allá, como se plantea en el *Manual de Atención Personalizada en el Proceso Reproductivo* (MINSAL, 2008), llamando a recuperar:

“[L]os aspectos psicológicos y sociales de la gestación y el nacimiento, ofreciendo una atención basada en la evidencia científica, personalizada y respetuosa de los derechos, valores, creencias y actitudes de la mujer y, cuando ella lo decida, de su pareja y familia” (MINSAL, 2008, p. 7).

Los avances en esta materia han sido lentos y no han logrado cambios sustantivos en el modelo de atención del parto. Pero hay buenas noticias

que hablan de la posibilidad de cambios a niveles más estructurales. A nivel legislativo, desde el año 2015 se han presentado en el país tres proyectos de ley en torno a la atención durante el parto. En agosto de 2021, la Comisión de Mujer de la Cámara de Diputadas y Diputados, aprobó en general la idea de legislar el último de estos proyectos, conocido como Ley Adriana, tras lo cual pasó a la discusión en particular en la misma Comisión. Se trata del proyecto de Ley de parto respetado y fin a la violencia gineco-obstétrica, presentado en octubre de 2018 que “Establece derechos en el ámbito de la gestación, preparto, parto, postparto, aborto, salud ginecológica y sexual, y sanciona la violencia ginecobstétrica”³, que fue resultado de la mesa de trabajo a la que convocó la diputada Claudia Mix. El objetivo del Proyecto de Ley se plantea como “regular, garantizar y promover los derechos de la mujer, del recién nacido y la pareja, en el ámbito de la gestación, preparto, parto, postparto y aborto en las causales establecidas por la ley, así como también en torno a su salud ginecológica y sexual”.

En el mismo mes se convocó, desde el Programa Nacional de Salud de la Mujer del Ministerio de Salud, a una mesa técnica para la elaboración de orientaciones técnicas para la atención integral del parto, documento ministerial que actualizará y profundizará las recomendaciones emitidas en el año 2008. Además, el 31 de agosto se publicó en el Diario Oficial la “Norma general técnica y administrativa N° 2016 para el monitoreo y vigilancia de la indicación de cesárea”, cuya puesta en práctica busca aportar al descenso de dicha intervención en el país. Se suman a estas noticias la creación desde el 2020 de agrupaciones profesionales alineadas con la agenda de derechos sexuales y reproductivos de las mujeres, y que trabajan desde un explícito enfoque de género: la Asociación Nacional de Matronas y Matrones de Chile (ASOMAT), la Asociación de Matronas independientes de Parto Respetado (AMIPAR), la Agrupación Ginecólogas de Chile, y la Sociedad Chilena de Parto y Nacimiento (SOCHIPAR).

Estas buenas noticias son el resultado de un proceso de dos décadas de visibilización de la necesidad de mejorar la calidad de la atención durante el parto y de denuncia del ejercicio de violencia obstétrica. Quedan desafíos pendientes, con miras a cambiar la estructura del cuidado obstétrico, que menciono brevemente a modo de cierre. Con respecto a los territorios de parto, la pandemia de COVID-19 está acelerando una discusión

³ Proyecto iniciado en moción de las diputadas Claudia Mix, Maya Fernández, Karin Luck, Erika Olivera, Camila Rojas, Marisela Santibáñez y Gael Yeomans, y de los diputados Miguel Crispi, Patricio Rosas y Daniel Verdessi, Boletín N° 12148-11. Recuperado de https://www.camara.cl/pley/pley_detalle.aspx?prmID=12670&prmBoletin=12148-11

que ya venía escalando, sobre la necesidad de expandir las opciones disponibles. Si bien en nuestro país ha primado un enfoque de riesgo y una negativa a legalizar territorios de parto fuera de los hospitalarios, se cuenta con cuantiosa evidencia para respaldar la seguridad del parto en casa y centros de parto de baja complejidad para mujeres de bajo riesgo, con atención profesional (Dahlen, 2019). Durante la pandemia, el parto en casa ha experimentado un notorio aumento, tanto en el mundo como en Chile, impulsado por el temor al contagio y a la vulneración de los derechos en el parto dentro de las instituciones (Barata, Morgado y Santos, 2020; Davis-Floyd, Gutschow y Schwartz, 2020; De la Maza, 2020; Semaan et al., 2020). Maternas Chile, asociación de matronas que acompañan partos en casa, había registrado hasta noviembre de 2020 un aumento del 23% de los partos en domicilio durante dicho año (Freixas, 2020). Este escenario está llevando a considerar la importancia de contar con sistemas extrahospitalarios financiados y regulados que permitan ampliar el rango de opciones disponibles para la población y alivianar la carga asistencial de las instituciones.

Por otra parte, si planteamos que la violencia obstétrica es una violencia estructural y de género, es de gran relevancia apuntar a una educación con enfoque de género y de derechos tanto para la población en general, como para los y las profesionales de salud. Ello, fortaleciendo estos contenidos en la educación escolar, en los talleres prenatales que ofrece el Estado para familias gestantes, y en las carreras universitarias que se vinculan con la atención de salud sexual y reproductiva. En estas últimas, se hace urgente avanzar en revisar y actualizar los currículos educativos explícitos y ocultos, con mallas curriculares que den mayor énfasis a los aspectos psico-sociales del cuidado, a los derechos sexuales y reproductivos, y que problematicen el modelo intervencionista de atención. Con respecto a la participación de mujeres y familias usuarias del sistema de salud, se requiere avanzar en generar espacios para su participación en los procesos de auditoría de la calidad de la atención, y crear mecanismos de denuncia efectivos y a su alcance, como lo proponen las organizaciones internacionales de atención de nacimiento en la reciente *Iniciativa Internacional del Parto* (Lalonde et al., 2019).

Todo lo anterior nos permitirá acercarnos a cumplir con la responsabilidad colectiva de entregar un ambiente de cuidado y respeto a las mujeres que dan a luz, sus bebés, y sus familias. Se trata de la responsabilidad de que nunca más a una mujer le duela el alma por la forma en que fue tratada durante el parto.

Referencias bibliográficas

- Arguedas, G. (2020). Poder obstétrico, aborto terapéutico, derechos humanos y femicidio de Estado: una reflexión situada en América Latina. En P. Quattrocchi y N. Magnine (Comps.), *Violencia obstétrica en América Latina: Conceptualización, experiencias, medición y estrategias* (pp. 77-99). Instituto de Salud Colectiva, Colección Cuadernos del ISCo, EDUNLa. doi: 10.18294/9789874937506.
- Barata, C., Morgado Neves, D. y Santos, M. (2020). COVID-19 Containment Measures, Perinatal Experiences, and the Fight for Childbirth Rights in Portugal. *Medical Anthropology Quarterly Rapid Response Blog Series*.
- Binfa, L., Pantoja, L., Ortiz, J., Gurovich, M., Cavada, G. y Foster, J. (2016). Assessment of the implementation of the model of integrated and humanised midwifery health services in Chile. *Midwifery*, 35, 53-61. doi:10.1016/j.midw.2016.01.018
- Bohren, M. A., Vogel, J. P., Hunter, E. C., Lutsiv, O., Makh, S. K., Souza, J. P.,... Gülmezoglu, A. M. (2015). The mistreatment of women during childbirth in health facilities globally: A mixed-methods systematic review. *PLoS Medicine*, 12(6), 1–32. doi:10.1371/journal.pmed.1001847
- Bowser, D., y Hill, K. (2010). Exploring Evidence for Disrespect and Abuse in Facility-Based Childbirth. Report of a Landscape Analysis. *Harvard: Harvard School of Public Health University Research Co.*
- Castro, R. y Erviti, J. (2003). La violación de derechos reproductivos durante la atención institucional del parto: un estudio introductorio. En Rico, López y Espinoza (Eds.), *Hacia una política de salud con enfoque de género* (pp. 245-263). México: SSA-UNIFEM.
- Chadwick, R. (2020). Practices of silencing: Birth, marginality and epistemic violence. En C. Pickles, y J. Herring (Eds.), *Childbirth, vulnerability and law: exploring issues of violence and control* (pp. 30-48). Routledge.
- CLADEM y CRLP, Comité de América Latina y el Caribe para la Defensa de los Derechos de la Mujer, y Centro Legal para Derechos Reproductivos y Políticas Públicas (1998). *Silencio y complicidad: Violencia contra las mujeres en los servicios públicos de salud en el Perú*. Lima, Perú: CLADEM/CRLP.
- Cohen Shabot, S. (2016). Making Loud Bodies “Feminine”: A Feminist-Phenomenological Analysis of Obstetric Violence. *Human Studies*, 39, 231-47. doi: 10.1007/s10746-015-9369-x
- Conrad, P. (2005). The shifting engines of medicalization. *Journal of Health and Social Behavior*, 46(1), 3-14. doi: 10.1177/002214650504600102
- Dahlen, H. G. (2019). Is it time to ask whether facility based birth is safer for low risk women and their babies? *Eclinical Medicine*, 14, 9-10. doi: 10.1016/j.eclinm.2019.08.003
- Davis-Floyd, R. (1992). *Birth as an American Rite of Passage*. University of California Press.
- Davis-Floyd, R., Gutschow, K. y Schwartz, D.A. (2020). Pregnancy, birth and the COVID-19 pandemic in the United States. *Med Anthropol*, 39(5), 413-427. doi: 10.1080/01459740.2020.1761804.
- De la Maza, F. I. (24 de julio, 2020). ¿Parto respetado en medio de la pandemia?: Jaque a la autonomía de las mujeres. Radio JGM, Escuela de Periodismo de la Universidad de Chile. Recuperado de <https://radiojgm.uchile.cl/la-autonomia-en-jaque-a-la-hora-de-acceder-a-un-parto-respetado-en-medio-de-la-pandemia/>

- Descartes, R. (2005). *Meditaciones metafísicas*. Madrid, España: Alianza Editorial.
- Diniz, S. G. y d'Oliveira, A. F. (1998). Gender violence and reproductive health. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 63(1), S33-S42. doi: 10.1016/S0020-7292(98)00182-9
- Diniz, S. G., Rattner, D., Lucas d'Oliveira, A. F. P., de Aguiar, J. M. y Niy, D. Y. (2018). Disrespect and abuse in childbirth in Brazil: social activism, public policies and providers' training. *Reproductive Health Matters*, 26(53), 19-35. doi: 10.1080/09688080.2018.1502019
- D'Oliveira, A. F., Diniz, S. G. y Schraiber, L. B. (2002). Violence against women in health-care institutions: an emerging problem. *Lancet*, 359(9318), 1681-1685. doi: 10.1016/S0140-6736(02)08592-6.
- Foucault, M. (1963). *Naissance de la clinique; une archéologie du regard médical*. Paris: Presses Universitaires de France.
- Freixas, M. (25 de noviembre, 2020). Parir en casa: Reparando las heridas de la violencia obstétrica. *El Desconcierto*. Recuperado de <https://www.eldesconcierto.cl/nacional/2020/11/25/25n-parir-en-casa-para-reparar-las-heridas-de-la-violencia-obstetrica.html#:~:text=La%20organizaci%C3%B3n%20Maternas%20Chile%2C%20formada,de%20los%20partos%20en%20domicilio>.
- Grosz, E. (1994). *Volatile Bodies: Towards a corporeal feminism*. London: Routledge.
- Harding, S. (1996). *Ciencia y feminismo*. Madrid: Morata.
- Illich, I. (1975). *Némesis médica. La expropiación de la salud*. Barcelona: Barral Editores.
- INDH (Instituto Nacional de Derechos Humanos Chile) (2016). *Situación de los derechos humanos en Chile: Informe Anual 2016*. Santiago, Chile: INDH.
- Lalonde, A., Herschderfer, K., Pascali-Bonaro, D., Hanson, C., Fuchtner, C. y Visser, G. H. (2019). The International Childbirth Initiative: 12 steps to safe and respectful MotherBaby-Family maternity care. *Int J Gynecol Obstet*, 146, 65-73. doi:10.1002/ijgo.12844
- Le Breton, D. (2004). *Antropología del cuerpo y modernidad*. Buenos Aires, Argentina: Nueva Visión.
- Ley N° 20.379 (2009). *Crea el Sistema Intersectorial de Protección Social e institucionaliza el Subsistema de Protección Integral a la Infancia "Chile Crece Contigo"*. Diario Oficial de la República de Chile, 12 de septiembre de 2009.
- Lock, M. y Nguyen V. K. (2010). *An anthropology of biomedicine*. Wiley-Blackwell.
- Martin, E. (1987). *The Woman in the Body*. Boston: Beacon Press.
- Martin, E. (1991). The egg and the sperm: how science has constructed a romance based on stereotypical male-female roles. *Signs, Journal of Women in Culture and Society*, 16(31), 485-501. doi: 10.4324/9781315094106-22
- Menéndez, E. (2003). Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. *Ciencia & Saúde Coectiva*, 8(1), 185-207.
- Miller, S., Abalos, E., Chamillard, M., Ciapponi, A., Colaci, D., Comandé, D.,... Althabe, F. (2016). Beyond too little, too late and too much, too soon: a pathway towards evidence-based, respectful maternity care worldwide. *Lancet*, 388(10056), 2176-2192. doi: 10.1016/S0140-6736(16)31472-6
- MINSAL (Ministerio de Salud), Gobierno de Chile (2008). *Manual de atención personalizada en el proceso reproductivo*. Departamento Ciclo Vital, División Prevención y Control de Enfermedades, Subsecretaría de Salud Pública, MINSAL.

- _____. (2015). *Guía perinatal*. Programa Nacional Salud de la Mujer, Subsecretaría de Salud Pública, MINSAL.
- Muñoz, H., Kaempffer, A., Castro, R. y Valenzuela, S. (Eds.). (2001). *Nacer en Chile en el s. XXI, de vuelta a lo humano*. Santiago, Chile: MINSAL-Universidad de Chile.
- OMS (Organización Mundial de la Salud) (1985). Recomendaciones para la apropiada tecnología del nacimiento. *Lancet*, 2, 436-437.
- _____. (2014). *Declaración para la prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en centros de salud*. Ginebra: OMS. Recuperado de https://www.who.int/reproductivehealth/topics/maternal_perinatal/statement-childbirth/es/
- _____. (2018). *Recomendaciones de la OMS Para los cuidados durante el parto, para una experiencia de parto positiva*. Resumen de orientación (español). Recuperado de <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/intrapartum-care-guidelines/es/>
- Ortner, S. (1979). ¿Es la Mujer con respecto al Hombre lo que la Naturaleza con respecto a la Cultura? En O. Harris y K. Young (Comps), *Antropología y Feminismo*. Barcelona: Anagrama.
- OVO Chile (Observatorio de Violencia Obstétrica Chile) (2018). *Resultados primera encuesta sobre el nacimiento en Chile*. Santiago de Chile.
- Rattner, D. (2008). Humanizing childbirth care: brief theoretical framework. *Interface*, 13(1), 385-392.
- República Bolivariana de Venezuela (2007). *Ley Orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia*. GORBV, Sept. 1738.668. Recuperada de <http://virtual.urbe.edu/gacetitas/38770.pdf>
- Rothman, B. K. (1982). *In Labour: Women and Power in the Birthplace*. New York: W. W. Norton.
- Sadler M., Santos M., Ruiz-Berdún D., Leiva Rojas G., Skoko E., Gillen P. y Clausen J. (2016). Moving beyond disrespect and abuse: addressing the structural dimensions of obstetric violence. *Reproductive Health Matters*, 24(47), 47-55. doi: 10.1016/j.rhm.2016.04.002.
- Sadler, M., Vezzani, F., Watkins, L., Navarrete, J. y López, A. (2021). El cuidado en la atención del nacimiento: de la responsabilidad individual a la colectiva. *Revista Chilena de Antropología*, 43, 233-246. doi: 10.5354/0719-1472.2021.64442
- Sánchez, D. (1999). Androcentrismo en la ciencia. Una perspectiva desde el análisis crítico del discurso. En M. J. Barral, C. Magallón, C. Miqueo y M. D. Sánchez (Eds.), *Interacciones ciencia y género. Discursos y prácticas científicas de mujeres* (pp. 161-184). Barcelona: Icaria, Colección Antrazyt.
- Semaan, A., Audet, C., Huysmans, E., Afolabi, B., Assarag, B., Banke-Thomas, A.,...Benova, L. (2020). Voices from the frontline: findings from a thematic analysis of a rapid online global survey of maternal and newborn health professionals facing the COVID-19 pandemic. *BMJ Global Health*, 5(6), e002967. doi:10.1136/bmjgh-2020-002967
- Sesia, P. (2020). Violencia obstétrica en México: La consolidación disputada de un nuevo paradigma. En N. Quattrocchi y N. Magnone (Comps.), *Violencia obstétrica en América Latina: Conceptualización, experiencias, medición y estrategias* (pp. 3-29). Instituto de Salud Colectiva. Colección Cuadernos del ISCo, EDUNLa. doi: 10.18294/9789874937506.

- Sheperd, L. J. (1993). *Lifting the Veil: The Feminine Face of Science*. Boston: Shambala Publications.
- Šimonović, D. (2019). *Informe de la Relatora Especial de Naciones Unidas sobre la violencia contra la mujer, sus causas y consecuencias. Enfoque basado en los derechos humanos del maltrato y la violencia contra la mujer en los servicios de salud reproductiva, con especial hincapié en la atención del parto y la violencia obstétrica* (Doc. N° A/74/137). Recuperado de <https://digitallibrary.un.org/record/3823698?ln=en>
- Villarme, S. (2021). Reasoning from the uterus: Casanova, women's agency, and the philosophy of birth. *Hypatia*, 36(1), 22-41. doi:10.1017/hyp.2020.45
- Wagner, M. (2001). Fish can't see the water. The need to humanize birth. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 75, s25-37. doi: 10.1016/S0020-7292(01)00519-7

CAPÍTULO 11.

LA MIGRACIÓN Y LA RESPUESTA DEL SISTEMA DE SALUD EN CHILE: APRENDIZAJES Y DESAFÍOS¹

Báltica Cabieses

Introducción

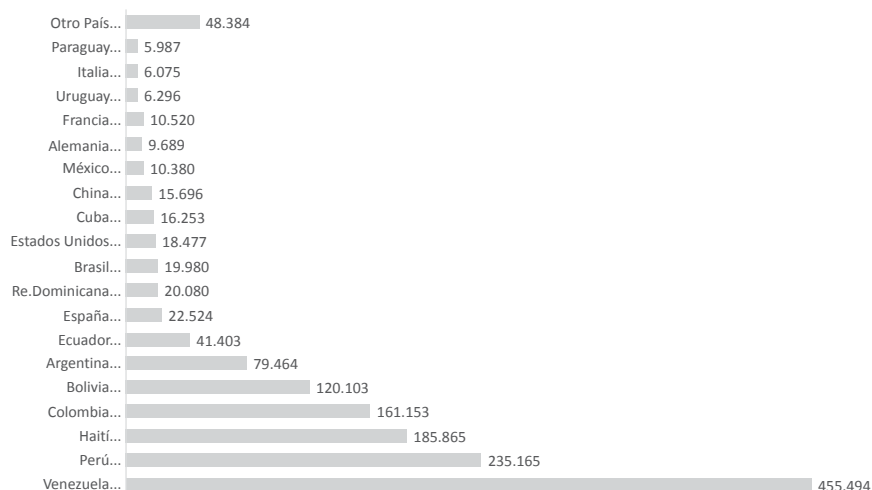
El desplazamiento humano es parte de la existencia y evolución de nuestra especie en este planeta. Es un fenómeno tan antiguo como el hombre/mujer y es en la actualidad un fenómeno de creciente importancia en materia de salud pública. Las Naciones Unidas hacen referencia a la movilidad humana como concepto amplio y general referido al desplazamiento de personas, familias y comunidades en algún territorio, por diversas razones y variados tiempos (OIM, 2019a). Con ello, este marco conceptual incluye múltiples categorías de persona migrante que no son necesariamente excluyentes, pero dan profundidad en las causas y posibles experiencias y riesgos asociados al proceso migratorio. Una de estas categorías es la de migrante internacional, que se caracteriza por cruzar frontera política entre países y con intención de asentamiento en el país receptor temporal o permanente (Segal, 2019). En la literatura internacional se identifican también migrantes generales, llamados a veces como sinónimos de migrantes económicos, con amplio debate sobre la voluntariedad de esas experiencias migratorias, así como de la necesidad de trabajo como una causa “natural” y no forzada de la migración. También de interés para la salud pública, están los migrantes refugiados o asilados, que habitualmente enfrentan conflicto, persecución y violencia en el país de origen, el tránsito y el destino. Una proporción importante de quienes se autodefinen como refugiados o asilados documentan experiencias de trauma y abuso, estimados en hasta un 50% en algunos países. Otra categoría relevante de análisis para la salud es el de estatus migratorio, sea este regular o irregular. La irregularidad (no tener papeles administrativos vigentes en el país receptor por cualquier razón) se asocia a menor acceso y uso efectivo de

¹ Financiamiento: Fondecyt Regular 1201461 ANID, Gobierno de Chile; FONIS SA19I0066 ANID, Gobierno de Chile.

servicios de salud, a mayores barreras de acceso y a mayor reporte de experiencias de discriminación por parte de trabajadores de salud. Con todo, la migración es un proceso –no una categoría estática– que cumple con las etapas mínimas pre-migratoria, tránsito, llegada, asentamiento y retorno o desplazamiento a un nuevo lugar. La migración a estaca poblacional es excepcionalmente dinámica, compleja, difícil de predecir y de gran importancia en salud global y salud poblacional.

Se estimaba el 2017 que el número de migrantes internacionales en el mundo superaba los 258 millones (aproximadamente un 3,5% de la población mundial), lo que representa un aumento del 49% con respecto al año 2000. La mayoría de ellos en América del norte, Asia, Europa y Oceanía. Ese mismo año se estimó que el 65% de los migrantes internacionales estaban en solo 5 países del planeta, siendo Estados Unidos el primer país. Latinoamérica proyecta menos de 10 millones de migrantes internacionales en la escala global, con patrones migratorios que han ido variando a lo largo del tiempo. Por otro lado, el mundo está presenciando también los niveles más elevados de desplazamientos forzados de las últimas décadas, debido a la inseguridad y los conflictos. El número mundial de refugiados superaba a finales de 2015 los 21 millones y el de solicitantes de asilo, los 3 millones (ACNUR, 2016). En Chile, se estima cerca de un millón y medio de migrantes internacionales, de acuerdo con estimaciones del Instituto Nacional de Estadísticas a través de su más reciente Censo abreviado. La Figura 1 describe los principales países de origen de dicha población en nuestro país, con un marcado aumento de población venezolana en los últimos 5 años.

Figura 1.
Estimación de población migrante internacional en Chile 2019 por país de origen.
INE 2020 (n=1.492.522)



A nivel mundial se ha reconocido a la migración internacional como un determinante social de la salud (Cabieses, Bernaldes & McIntyre, 2016). Sobre la perspectiva de determinantes sociales de la salud y su relación con la migración internacional se acepta, por una parte, que la decisión de migrar es resultado de los determinantes sociales a los cuales se ve expuesto el individuo en su fase pre-migración. Y por otra parte, la migración representa en sí misma un determinante social de salud (Castañeda et al., 2015). En este sentido, si bien la migración puede incidir en los resultados de salud, esta no implica un riesgo para la salud (Davies, Basten & Frattini, 2009). Son las circunstancias en las cuales la migración internacional tiene lugar, en particular experiencias de riesgos y vulneraciones sociales y de salud, las que pueden influenciar en forma negativa la salud (Davies et al., 2009). Se ha propuesto, por ejemplo, que algunos grupos de migrantes internacionales experimentan vulnerabilidad estructural al limitarse su acceso a la atención de salud cuando es requerido, tanto en el tránsito como en la llegada al país receptor. Esto es especialmente frecuente en el caso de migrantes internacionales en situación irregular, refugiados y aquellos migrantes en situación de pobreza (Thomas, 2016). La vulnerabilidad puede agravarse en mujeres, minorías étnicas, diversidades sexuales, personas con condiciones crónicas o enfermedades infecciosas, entre otros.

Sobre lo anterior, existe abundante evidencia que permite afirmar que el proceso migratorio se relaciona con condiciones que pueden dejar a grupos de la población que migra en una situación de mayor concentración de vulnerabilidad social e impactar en su salud. La salud de las personas migrantes internacionales está determinada por las diversas experiencias que enfrentan durante las diversas etapas del proceso migratorio, es decir, en el lugar de origen, en el tránsito, en el lugar de destino y en el retorno (OIM, 2007). En específico, las personas migrantes internacionales se ven expuestas a factores de riesgo para su salud y enfrentan situaciones tales como dificultades en el acceso a vivienda, alimentación y agua, condiciones climáticas y geográficas riesgosas, amenazas de redes de trata y tráfico de personas, ausencia de políticas integradoras, discriminación y carencia de redes de apoyo, todo lo cual terminan por impactar tanto en su bienestar físico, mental y social (OIM, 2016). Es por esto, que la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha presentado un Plan de promoción de la salud de migrantes y refugiados para los años 2019-2023, con el objetivo de generar una respuesta internacional coordinada e integral a las necesidades de salud de migrantes y refugiados (OMS, 2017).

De acuerdo con el más reciente informe de la Organización Internacional para las Migraciones (OIM, 2019b), en las últimas décadas las migraciones

internacionales en la región *“han sufrido variaciones respecto de la dirección, intensidad y composición de los flujos migratorios, así como del papel que asumen algunos países en el sistema migratorio internacional”*. En este marco, las migraciones internacionales contemporáneas que involucran a las poblaciones de sudamericanos adoptan dos patrones claramente definidos: intrarregionales y extrarregionales. Entre los primeros figuran los movimientos que se orientan desde países de la región hacia otros países comprendidos por la misma, en tanto que las migraciones extrarregionales son las que se producen entre los países de la región y los países de fuera de la misma, ya sea en sentido hacia Sudamérica o hacia otras regiones del mundo. En la actualidad, la OIM y otros expertos internacionales declaran que las migraciones en la región muestran un aumento de los movimientos intrarregionales, facilitados por la difusión de las tecnologías de comunicación, abaratamiento de los costos de transporte y, esencialmente, por las condiciones políticas que rigen en la región, a partir de la implementación y puesta en funcionamiento de los mecanismos de integración regionales (la Comunidad de Estados Latinoamericanos y Caribeños, la Unión de Naciones Suramericanas, la Comunidad Andina y el Mercado Común del Sur). A su vez, los países de destino tradicionales de las migraciones desde América del Sur, particularmente los más desarrollados, levantan crecientes barreras impidiendo los flujos de entrada y salida, así como la residencia, en los mismos (OIM, 2019b). Estos movimientos intrarregionales tienen por destino, principalmente, los países del Cono Sur. Entre estos, Argentina, Chile y Brasil son los que atraen a los números más significativos de migrantes de la región, procedentes la mayoría de estos de los países andinos y Paraguay. Las disparidades en las oportunidades económicas y laborales continúan siendo los factores que motorizan estos procesos migratorios. Sumado a esto, los desafíos de la reciente y aún vigente pandemia por SARS-CoV-2 y la enfermedad aguda de COVID-19 han propiciado el cierre masivo de fronteras en casi todos los países del mundo, generando nuevos y profundos desafíos para el cruce formal e informal entre fronteras.

Con todo, existe creciente interés mundial, regional y nacional por comprender la compleja relación entre migración y salud pública. Los primeros estudios en esta temática datan principalmente de la década del 2000 en adelante, con un desarrollo exponencial en la última década. Este desarrollo ha dado la oportunidad, por un lado, de describir y avanzar en la comprensión de esta temática en el país, y por otro, de visibilizar tensiones, controversias y desafíos pendientes en materia de salud poblacional con foco en migrantes en Chile.

El objetivo de este capítulo es describir la relación entre migración y salud pública en Chile, visibilizando aprendizajes, tensiones y desafíos pendientes, desde una perspectiva general del sistema de salud. Para ello, el capítulo se estructura de la siguiente manera: (i) descripción general del sistema de salud chileno, (ii) avances en materia de salud de migrantes desde la autoridad sanitaria en Chile, (iii) evidencia de acceso y uso efectivo del sistema de salud chileno por parte de migrantes internacionales, y (iv) avances y tensiones desde la actual crisis socio-sanitaria del SARS-CoV-2.

Descripción general del sistema de salud chileno

El Sistema de Salud de Chile es un sistema segmentado y fragmentado con participación público y privada. Es segmentado porque coexisten subsistemas con distintas modalidades de financiamiento y provisión, especializados en distintos segmentos poblacionales, usualmente definidos a partir de su ingreso, capacidad de pago o posición social. Por otro lado, el sistema es fragmentado debido a que la red de provisión de servicios no está integrada. Esto ocurre tanto en el sector público como privado, donde los establecimientos (por ejemplo, centros de atención primaria y hospitales) no están coordinados entre ellos. Es decir, es el paciente quien navega entre la atención primaria y hospital, y no el sistema el que conduce al paciente. Esto alarga el manejo del paciente, duplica servicios, genera competencia entre los centros y hace ineficiente el uso de recursos, entre otros.

En términos generales se reconoce un sector público que accede a servicios de salud fundamentalmente en centros de atención primaria y hospitales públicos (que cubre en torno al 75% de la población, especialmente a los más añosos, enfermos y pobres); un sector privado que accede a clínicas privadas (que cubre alrededor del 20% de la población, en especial la más joven y sana); el sistema de las fuerzas armadas que tiene sus propios hospitales y centros de salud (cubre alrededor del 5% de la población); y por último el seguro laboral de salud que también tiene sus propios hospitales y centros de salud y cubre a una proporción menor de la población.

La rectoría la ejerce el Ministerio de Salud, que a su vez divide su labor en dos subsecretarías, la de salud pública y la de redes asistenciales. La primera subsecretaría realiza labores de planificación sanitaria y generación de políticas de salud, mientras que la segunda subsecretaría cumple un rol fundamental en la gobernanza y coordinación de la red de prestadores públicos del país. Adicionalmente, el rector delega algunas de sus funciones reguladoras a otras instituciones. La superintendencia

de salud, institución autónoma encargada de regular y fiscalizar el desempeño de aseguradores y prestadores públicos y privados. El Instituto de Salud Pública, que ejerce la función de referente técnico (laboratorio de referencia, salud ocupacional y ambiental) y de agencia reguladora de medicamentos y dispositivos médicos. Finalmente, las Secretarías Regionales Ministeriales, que asumen varias labores regulatorias de la autoridad sanitaria en las respectivas regiones.

El financiamiento en el subsector general público está centralizado en un único pagador, el Fondo Nacional de Salud (FONASA), que se financia a partir de la recaudación de impuestos generales (aproximadamente un 65%), y por contribuciones obligatoria de los trabajadores afiliados (aproximadamente un 35%). A pesar de que categoriza afiliados según su nivel de ingresos (categorías A, B, C y D), opera con un único fondo mancomunado que asegura transferencias entre sujetos con mayores y menores ingresos. En este sentido, es un fondo nacional de salud pública solidario. La prestación de servicios en este subsector, está a cargo del Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS), el cual está conformado por la red de centros de atención primaria de salud (Centros de Salud Familiar, Centros de Salud, Centros Comunitarios de Salud Familiar, Servicios de atención primaria de urgencia, Servicios de Alta Resolutividad, Consultorios de Salud Mental y Centros de Rehabilitación Comunal), los Centros de Referencia Secundaria (CRS) (nivel secundario) y los establecimientos hospitalarios (nivel terciario), que además de área de atención hospitalaria tienen un área ambulatoria denominados Centros de Atención terciaria o Centros de Diagnóstico Terapéutico (CDT). Cabe destacar que la atención primaria depende en su mayoría de la administración municipal, mientras que el resto del SNSS depende, en último término, de la Subsecretaría de Redes Asistenciales.

En el subsector privado existen múltiples aseguradores, llamados Instituciones de Salud Previsional (ISAPRES), lo cuales tienen acceso a administrar las cotizaciones obligatorias de aquellos individuos que, cumpliendo ciertas condiciones como capacidad de pago y buena salud, decidan afiliarse a este sistema. Esta afiliación se hace mediante la compra de planes de salud que son ofertados por cada asegurador a precios que ellos mismos fijan libremente. En la práctica, las ISAPRES recaudan por las cotizaciones obligatorias y por aportes voluntarios que realizan las personas para optar a mejores planes. En términos de mancomunación cada ISAPRE opera con su propio fondo independiente, con la excepción de un fondo de compensación de riesgos para las coberturas asociadas al Régimen de Garantías Explícitas (GES). El subsector de las FF.AA. está financiado por impuestos generales vía partida presupuestaria al Ministerio de Defensa,

operando como un fondo único, pero separado para cada rama matriz. Cada rama matriz tiene entre uno y cuatro hospitales, donde habitualmente uno o dos son de referencia, dotados de todas las especialidades. Por su parte, el subsistema de salud laboral es un administrador del Seguro Social contra Riesgos de Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales, tarea que es delegada a instituciones privadas sin fines de lucro llamadas mutualidades y por el Instituto de Seguridad Laboral (ISL). Desde la última reforma del sistema de salud chileno, cuya implementación se inició el año 2003, se ha reconocido que este requiere otra reforma más profunda que logre solucionar problemas estructurales y que datan de su génesis el año 1979. Probablemente el principal problema del sistema chileno actual es que, de manera reconocida, no es un modelo de sistema de salud solidario para su población (Bastías et al., 2019; Cid, Torche, Bastías, Herrera & Barrios, 2013).

Normativa general de salud a migrantes internacionales en Chile

Respecto de las oportunidades de acceso al sistema de salud chileno por parte de migrantes internacionales, el Ministerio de Salud de Chile comienza a tomar medidas de protección especial sobre esta población a partir del 2003, referidas específicamente a la atención de salud de mujeres embarazadas. Progresivamente se ha ido avanzando en mejorar el acceso a los servicios de salud de manera equitativa de acuerdo con la legislación y las prácticas nacionales, tal como exhorta la OMS en la 61ª Asamblea Mundial de Salud, Resolución WHA61.17 de 2008 y recientemente la OPS en el 55º Consejo Directivo de la Organización y a los distintos instrumentos internacionales de derechos humanos ratificados por Chile. El proceso de adecuación normativa ha significado la ampliación gradual de derechos de la población migrante en el sistema de salud en los ámbitos de seguridad social y laboral, acceso y atención materno-infantil, inmunizaciones, urgencia, refugiados, víctima de trata de personas y tráfico ilícito de migrantes, entre otros.

En conciencia de estos procesos globales de flujos migratorios relevantes para Chile, el más reciente Plan Nacional de Salud para los Objetivos Sanitarios al 2020 y su Estrategia Nacional de Salud 2011-2020 manifiesta la importancia de considerar de manera explícita metas de salud para poblaciones migrantes internacionales, tal y como se define en el Eje Estratégico N°5 de Equidad y Salud en todas las Políticas, englobando Salud Intercultural, Equidad de Género, Salud para Inmigrantes y Salud para Personas Privadas de Libertad. Con este antecedente, el año 2015 se inicia el diseño e implementación de un Plan Piloto de Salud de personas Migrantes Internacionales que se ejecutó el 2016 y 2017, para luego ser

evaluado y dar paso a la redacción de la Política de Salud de personas Migrantes Internacionales lanzado en octubre del 2017 y que hasta el día de hoy se encuentra redactando su Plan de Acción. Solo cuando este plan se materialice, con metas e indicadores de resultado concretos y horizonte real de tiempo, entonces la política podrá implementarse y evaluarse en su verdadera extensión y profundidad para la salud de migrantes en Chile.

La Política de Salud de Migrantes en Chile tiene ocho objetivos específicos, a saber:

1. Promover la participación de las personas migrantes internacionales en el desarrollo, seguimiento y evaluación de las políticas y programas sanitarios que los involucren.
2. Garantizar el acceso equitativo a la promoción, la prevención y la atención de salud a las personas migrantes internacionales.
3. Caracterizar la situación de salud y sus tendencias, incluyendo el acceso a la atención de salud de personas migrantes internacionales.
4. Favorecer el enfoque intersectorial en la promoción de la salud de las personas migrantes internacionales desde el concepto de “Salud en Todas las Políticas”, con la finalidad de buscar soluciones conjuntas que respondan a la complejidad de la migración.
5. Desarrollar acciones que busquen reducir desigualdades en salud que afectan a las personas migrantes internacionales.
6. Promover acciones específicas para reducir la discriminación, xenofobia y estigmatización de las personas migrantes internacionales.
7. Desarrollar estrategias de salud pertinentes que respondan a las necesidades de salud y particularidades culturales, lingüísticas, de género y ciclo de vida de las personas migrantes internacionales.
8. Promover estrategias de salud que permitan el diálogo intercultural entre comunidades diversas con la finalidad de favorecer la cohesión social.

La Tabla 1 da cuenta de los esfuerzos de la autoridad sanitaria, en orden cronológico, para responder a las necesidades de salud de migrantes internacionales de cualquier categoría y país de origen en Chile. Esta tabla describe la amplitud de respuestas generales desarrolladas, y su fuerte avance en especial en las últimas décadas. Se destaca de manera especial la Política de Salud de Migrantes Internacionales desarrollada el 2017 y lanzada oficialmente el 2018, cuyo foco está en acortar brechas de acceso y uso efectivo de servicios entre migrantes internacionales y nacionales en el país.

Tabla 1.
Normativas desarrolladas en Chile para responder a las necesidades de salud de poblaciones migrantes internacionales.

Año	Normativa
1953	DFL N°69: Crea el departamento de inmigración y establece normas sobre la materia.
1953	DTO 521: Decreto Aprueba el reglamento para la aplicación del DFL1 N°69, de mayo de 1953, que creo el departamento de inmigración.
1975	DL 1.094: Establece normas sobre extranjeros en Chile.
2003	Oficio Circular N°1179: Informa sobre la suscripción de acuerdos tendientes a resolver situaciones migratorias de ciudadanos extranjeros.
2003	MININT Oficio N°6232: Precisa sentido y alcance de circular N°1179.
2005	MINREL Decreto N°84: Promulga la Convención internacional sobre la protección de los derechos de todos los trabajadores migratorios y de sus familiares.
2008	Resolución Exenta N°1914: Aprueba convenio de colaboración celebrado entre los Ministerios de salud y del Interior.
2008	MINSAL Oficio Ordinario A14 N°3229: Convenio de colaboración Ministerio del Interior y Ministerio de Salud
2008	Instructivo Presidencial N°9: Imparte instrucciones sobre la “Política nacional migratoria”.
2008	MINSAL Resolución Exenta N°542: Constituye grupo de trabajo.
2010	Ley 20.430: Establece disposiciones sobre protección de refugiados.
2011	Ley 20.507: Tipifica los delitos de tráfico ilícito de migrantes y trata de personas y establece normas para su prevención y más efectiva persecución criminal.
2013	Mesa Intersectorial sobre Trata de Personas.
2014	Decreto Exento 6410: Aprueba convenio de colaboración entre el Ministerio del interior y seguridad pública y el Fondo nacional de salud.
2015	MINSAL Circular A15 N°6: Atención de salud de personas inmigrantes.
2015	Instructivo Presidencial N°5: Lineamientos e Instrucciones para la Política Nacional Migratoria.
2015	Equipo Asesor Sectorial: Orientaciones Técnicas del Piloto de Salud de Inmigrantes.
2016	Decreto Supremo N° 67: Modifica Decreto N°110 de 2004, del Ministerio de Salud, que fija circunstancias y mecanismos para acreditar a las personas como carentes de recursos o indigentes.
2016	MINSAL Circular A15 N°04: Imparte instrucciones para la aplicación de la circunstancia N°4 del Decreto Supremo N°110, de 2004, agregada por el Decreto Supremo N°67, de 2015, ambos del Ministerio de Salud.
2018	Política de Salud de Migrantes Internacionales.

Fuente: Elaboración propia.

A continuación, se describen una a una las principales normativas, decretos y acciones de acercamiento del sistema de salud chileno a poblaciones migrantes internacionales en Chile, de acuerdo con un ordenamiento temático y cronológico general:

Atención a mujeres embarazadas: Circular N°1179 de 2003. Inscripción de las mujeres embarazadas migrantes en situación irregular en atención primaria para facilitar su acceso a atención, control y seguimiento de sus embarazos. Dichas mujeres tienen derecho a una visa de residencia temporaria.

Atención de urgencia: Decreto N°84 del Ministerio de Relaciones Exteriores de 2005. Los trabajadores migratorios y sus familiares tienen derecho a recibir atención de urgencia en igualdad de condiciones que los nacionales, la cual no puede ser denegada por razones de situación irregular de permanencia o empleo.

Igualdad de trato: Decreto N°84 del Ministerio de Relaciones Exteriores de 2005. Los trabajadores migratorios y sus familiares gozan de igualdad de trato respecto de los nacionales en relación al acceso a servicios sociales y de salud.

Atención a niños, niñas y adolescentes: Resolución Exenta N°1914. Niños, niñas y adolescentes menores de 18 años que no siendo chilenos residen en el país junto a sus representantes legales, tienen asegurada igualdad de condiciones relacionada a la atención brindada por el Estado.

Bienes públicos en salud: Oficio Ordinario A 14 N°3229 de 2008. Migrantes en situación irregular tienen derecho a bienes públicos en salud, lo que se refiere a acciones de promoción y protección de la salud, como la educación para la salud, las inmunizaciones y el control nutricional.

Atención de refugiados: Ley 20.430 de 2010. Los refugiados tienen derecho a acceder a la salud en igualdad de condiciones que los demás extranjeros

Atención a víctimas de tráfico y trata: Protocolo Intersectorial de Atención a Víctimas de Trata de Personas. Se debe brindar acceso a todas las prestaciones generales de salud a las víctimas. En caso de que la persona se encuentre en proceso de regularización de su situación migratoria, se facilita un mecanismo para permitir su acceso a atención en un centro de atención primaria.

Atención desligada de tramitación de permiso de residencia: Circular A15 N°6 de 2015. Se debe brindar atención a las personas migrantes, sin ser requisito la tramitación de un permiso de residencia.

Atención primaria en salud: Orientaciones Técnicas Piloto de Salud de Inmigrantes 2015. En el contexto del Programa de Atención de Salud de Inmigrantes se debe implementar estrategias que permitan superar las barreras de acceso a la atención, promoción y prevención de la salud, especialmente a la población en situación irregular; ampliar información sobre derechos y deberes en salud de la población migrante; mejorar el acceso y la calidad de la atención, con pertinencia y énfasis en grupos vulnerables; y adecuar servicios, modelos de atención y protocolos de forma de mejorar su acceso, calidad y efectividad.

Atención Hospitalaria: Orientaciones Técnicas Piloto de Salud de Inmigrantes 2015. En el contexto del Programa de Atención de Salud de Inmigrantes se debe implementar estrategias que faciliten el acceso a la atención de salud en servicios de urgencia, atención de especialidad, hospitalización y unidades de apoyo, mejorando el impacto sanitario y la satisfacción usuaria; desarrollar acciones para transversalizar programas ministeriales (por ejemplo, hospital amigo, chile crece contigo, asistencia espiritual, salud de la mujer, salud del niño y niña, salud mental, entre otros); y fortalecer la atención en recepción y acogida, trato e información, impactando en la satisfacción usuaria.

Continuidad de la atención: Orientaciones Técnicas Piloto de Salud de Inmigrantes 2015. Los servicios de salud deben velar por el cumplimiento de las acciones implementadas en la red asistencial; articular componentes de la red asistencial, resguardar la implementación de los procesos clínicos-asistenciales, estratégicos y de soporte de la red asistencial, gestionar eficientemente los recursos generando alianzas con actores relevantes.

Acciones intersectoriales: Orientaciones Técnicas Piloto de Salud de Inmigrantes 2015. Las secretarías regionales ministeriales deben liderar la articulación intersectorial desde un enfoque de derechos humanos, determinantes sociales de la salud, participación social y salud en todas las políticas; convocar y organizar la participación social de personas, organizaciones e instituciones; y entregar lineamientos y acompañamiento técnico de acuerdo con los programas de salud.

Régimen de prestaciones de FONASA: Orientaciones Técnicas Piloto de Salud de Inmigrantes 2015. Inmigrantes que han solicitado refugio o un permiso de residencia pueden acceder al régimen de prestaciones

de prestaciones de FONASA en calidad de beneficiarios en igualdad de condiciones. FONASA debe colaborar en actividades de difusión y capacitación de funcionarios de atención primaria de salud (APS), e informar a migrantes acerca de la forma de incorporarse.

Acceso a la inscripción formal a salud pública, aun estando en situación irregular: Decreto Supremo N°67 de 2016. Las personas inmigrantes carentes de documentos o permiso de residencia que suscribe un documento declarando su carencia de recursos puede acreditarse como persona carente de recursos o indigente, lo que les permite ser consideradas como beneficiarias del régimen de prestaciones de salud.

Promoción de la salud: Política de salud de migrantes internacionales 2018. Se debe garantizar el acceso a la promoción de la salud de las personas migrantes internacionales.

Prevención de la enfermedad: Política de salud de migrantes internacionales 2018. Se debe garantizar el acceso a la prevención de la enfermedad a las personas migrantes internacionales.

Acciones que reduzcan la discriminación, xenofobia y estigmatización: Política de salud de migrantes internacionales 2018. Se debe promover acciones específicas para reducir la discriminación, xenofobia y estigmatización de las personas migrantes internacionales.

Acciones facilitadoras del diálogo intercultural: Política de salud de migrantes internacionales 2018. Se debe promover estrategias de salud que permitan el diálogo intercultural entre comunidades diversas para favorecer la cohesión social.

Educación en derechos y salud: Política de salud de migrantes internacionales 2018. Acciones de difusión de derechos y educación para la salud, participación social y comunitaria. Información acerca del funcionamiento del sistema, lo que incluye horarios de atención, requisitos, trámites, tipo de atenciones, programas y prestaciones.

Servicios interculturalmente competentes: Política de salud de migrantes internacionales 2018. Contar con funcionarios de la salud formados en materia de derechos humanos, interculturalidad, salud y migración, junto con las competencias culturales necesarias. Para esto los funcionarios de los distintos niveles y organismos deben ser capacitados y sensibilizados. Junto con esto, se debe disponer de servicios de facilitación lingüística y mediación intercultural.

Diagnósticos de situación de salud: Política de salud de migrantes internacionales 2018. Las comunidades migrantes podrán participar en diagnósticos participativos, con el fin de identificar brechas, identificar y evaluar intervenciones y buenas prácticas sanitarias.

Prevención de riesgos laborales: Política de salud de migrantes internacionales 2018. Acceso a prestaciones que otorga el Seguro Social contra Riesgos de Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales.

Evidencia de acceso y uso efectivo del sistema de salud chileno por parte de migrantes internacionales

Pese a estos importantes esfuerzos, existe evidencia de encuestas poblacionales y de datos del Ministerio de Salud de Chile que indican que las personas migrantes internacionales y sus familias acceden y utilizan menos los servicios formales de salud del país que la población local. Un buen ejemplo de esto corresponde al auto-reporte de tipo de previsión de salud entre inmigrantes y chilenos. De acuerdo con un análisis de la encuesta poblacional de Caracterización Socioeconómica Nacional (CASEN), queda de manifiesto no solo que los inmigrantes tendrían menor acceso al sistema de salud chileno que los locales, sino que además esta brecha estaría aumentando en el tiempo, con un casi 9% de migrantes internacionales que no saben / no tienen previsión de salud el 2013, versus un 18,6% en igual situación el 2017. Una reducción de este porcentaje se observa en la CASEN 2020 abreviada, en la que se observa un 12% de migrantes que no saben o no tienen previsión de salud versus un 4% en población nacional (Tabla 2). Estas desventajas, en la inscripción formal al sistema de salud chileno de personas migrantes es especialmente llamativo en menores de 18 años, en quienes para el año 2017 el 20% no tendría ningún tipo de previsión de salud (por reporte del jefe de hogar). Algo similar observamos en una revisión sistemática en la cual se concluye que se observa una sub-utilización de la mayoría de las prestaciones de salud disponibles en dichos países para infancia por parte de niños migrantes, que contrasta con una sobre-utilización de atención de urgencia en esta población comparado con los niños nacidos en dichos países (B. Cabieses et al., 2017; Markkula et al., 2018).

Tabla 2.

Caracterización de tipo de previsión de salud de personas migrantes internacionales y locales en Chile (autoreporte) según la encuesta CASEN 2020. Intervalos de confianza al 95% por ajuste de factores de expansión.

Año	Población local (95%IC)		Población inmigrante (95%IC)	
No sabe/no tiene	4,86%	(4,7% - 5,1%)	12,21%	(10,9% - 13,7%)
Público (Fonasa)	76,74%	(75,9% - 77,5%)	74,52%	(71,9% - 77,0%)
Privado (Isapre)	15,74%	(15,0% - 16,5%)	11,86%	(10,1% - 13,9%)
Otro y FFAA	2,66%	(2,5% - 2,8%)	1,41%	(1,1% - 1,8%)

Fuente: Elaboración propia basado en CASEN 2020.

Uso de prestaciones de salud disponibles en población migrante versus local en Chile: el caso de migrantes venezolanos

Respecto del uso de prestaciones de salud para problemas de salud de corto plazo y barreras de acceso asociadas, a partir de análisis secundario de la encuesta CASEN 2015 y 2017 se observa un aumento de la proporción de migrantes venezolanos consultantes por alguna enfermedad aguda o accidente en los últimos tres meses entre los años 2015 y 2017, de un 67% a un 86%. El año 2015, un tercio de los migrantes de origen venezolano señalaron no haber usado el sistema de salud chileno frente a una enfermedad o accidente reciente (33%), porcentaje que disminuyó para el 2017 a alrededor de la mitad, con un 13%. Para aquellos que tuvieron algún problema de salud de este tipo y que no consultaron, la mayoría, para el 2015 y el 2017, no lo hizo por voluntad propia en el caso de venezolanos en Chile, con un 78% y 79%, respectivamente. La no consulta involuntaria (representando posibles barreras de acceso y uso efectivo de servicios) disminuyó para venezolanos entre estos años (22% el 2015 y 19% el 2017), mientras que para el resto de migrantes de otros países de origen aumentó a casi el doble (de 12% el 2015 a 22% el 2017).

Respecto del reporte de barreras para llegar a la consulta, los venezolanos en Chile señalan presentar bajas proporciones de barreras de este tipo, de 0% el 2015 a 3% el 2017. El resto de los migrantes de otros países de origen reportan esta barrera con mayor frecuencia, equivalente a 4,8% el 2015 y 4,2% el 2017. Respecto de barreras para conseguir cita u hora de atención para problemas de salud de corto plazo, como son accidentes o enfermedades en los últimos 3 meses, migrantes venezolanos reportan un aumento de barreras de este tipo en el tiempo, de 2% el 2015 a 11% el 2017. En el resto de los migrantes la tendencia no fue así, manteniéndose relativamente similar entre estos años (% 2015 y % 2017).

Migrantes venezolanos casi duplicaron la proporción de personas que reportan problemas para ser atendido en el establecimiento de salud, de 7% el 2015 a 12% el 2017, cosa que no se observa en migrantes de otras nacionalidades. También aumentaron los problemas para pagar por la atención, de 0% el 2015 a 5% el 2017. Por último, sobre barreras para la entrega de medicamentos, se observa un aumento en el tiempo de este tipo de barrera en venezolanos, de 0% el 2015 a 7% el 2017. La Tabla 3 a continuación detalla resultados del análisis descriptivo de la encuesta CASEN 2015 y 2017 respecto del uso efectivo y barreras de acceso para problema de salud de corto plazo (enfermedad o accidente en los últimos tres meses) en migrantes internacionales de origen venezolano, migrantes de otros países, nacionales y la población total.

Para problemas de largo plazo, medidas como cobertura de patologías AUGE-GES en Chile, se observa un aumento de la cobertura de estas patologías de mayor carga de enfermedad en el país en población migrante venezolana entre el 2015 y el 2017 (30% y 40%, respectivamente). Complementariamente, disminuyó la proporción de personas migrantes de origen venezolano que no tenían cobertura de patologías AUGE/GES entre estos años, de un 69% el 2015 a un 52% el 2017.

No obstante, las causas involuntarias de no poder acceder a este beneficio universal de salud en Chile, aumentó también entre estos años, de 26% a 50% entre el 2015 y 2017. Se entienden como causas involuntarias aquellas que no surgen del lado del usuario o de la “demanda” en salud, sino que son causas ajenas al individuo y que habitualmente recaen en oportunidades de acceso efectivo en salud desde el lado de la “oferta”, vale decir, desde el lado del sistema de salud. Las causas voluntarias, que dan cuenta de decisiones de parte de la demanda de salud, es decir, de la misma población venezolana, disminuyeron entre estos años, de 70% el 2015 a 1,2% el 2017.

Por su parte, la base de datos de egresos hospitalarios del país corresponde a un censo de egresos de todo un año calendario, incluyendo egresos de hospitales públicos y de clínicas privadas. La forma habitual de análisis de esta fuente de información corresponde a la descripción de causas de egresos hospitalarios conforme a los 21 capítulos del CIE-10. Siguiendo este análisis, se observa un aumento progresivo del número de casos totales de migrantes venezolanos egresados hospitalariamente entre el 2015 y el 2019. El 2015 se reportaron 237 egresos de venezolanos, el 2016 un total de 441, el 2017 un total 908, el 2018 un total de 3.358 y el 2019 un total de casos de 7.234 egresos en migrantes venezolanos.

Para el 2015, las tres principales causas de egresos hospitalarios en migrantes de origen venezolano fueron: (i) Embarazo, parto y puerperio (38,4%), (ii) Enfermedades del sistema digestivo (7,6%), y (iii) Enfermedades del aparato respiratorio. Para el resto de migrantes de otras nacionalidades las tres principales causas para dicho año fueron: (i) Embarazo, parto y puerperio (52,7%), (ii) Enfermedades del sistema digestivo (7,9%), y (iii) Traumatismos, envenenamientos y otras causas externas (6,6%). Para nacidos en Chile las causas de egreso hospitalario el año 2015 fueron como las tres principales: (i) Embarazo, parto y puerperio (18,8%), (ii) Enfermedades del sistema digestivo (13,9%), y (iii) Enfermedades del sistema respiratorio (9,5%).

Cinco años más tarde, el 2019, las tres principales causas de egresos hospitalarios en migrantes de origen venezolano fueron: (i) Embarazo, parto y puerperio (54,4%), (ii) Traumatismos, envenenamientos y causas externas (8,7%) y (iii) Enfermedades del sistema digestivo (7,2%). Para el resto de migrantes de otras nacionalidades las tres principales causas para dicho año fueron: (i) Embarazo, parto y puerperio (53,6%), (ii) Enfermedades del aparato digestivo (7,8%) y (iii) Traumatismos, envenenamientos y causas externas (7,4%). Para nacidos en Chile las causas de egreso hospitalario el año 2019 fueron como las tres principales: (i) Embarazo, parto y puerperio (15,1%), (ii) Enfermedades del sistema digestivo (13,7%), y (iii) Enfermedades del sistema respiratorio (9,8%).

Tabla 3. Uso efectivo y barreras de acceso para problema de salud de corto plazo (enfermedad o accidente en los últimos tres meses) en migrantes internacionales de origen venezolano, migrantes de otros países, nacionales y la población total. Encuesta CASEN 2015 y 2017 [Intervalos de confianza al 95% por ajuste de factores de expansión].

	AÑO 2017				AÑO 2015				TOTAL
	NACIDOS EN CHILE	INMIGRANTES (OTROS)	VENEZOLANOS	TOTAL	NACIDOS EN CHILE	INMIGRANTES (OTROS)	VENEZOLANOS	TOTAL	
	16843471	589515	187892	17807414	16970061	444503	20816	17552505	
	94,6%	3,3%	1,1%		96,7%	2,5%	0,1%		
CONSULTA ANTE ENFERMEDAD O ACCIDENTE									
sí	92,6%	90,4%	86,4%	92,5%	92,1%	88,1%	66,9%	91,9%	
	[0.92,0.93]	[0.87,0.92]	[0.72,0.93]	[0.91,0.92]	[0.91,0.92]	[0.83,0.91]	[0.30,0.90]	[0.91,0.92]	
no	6,1%	8,0%	13,1%	6,2%	6,7%	10,9%	33,1%	6,8%	
	[0.05,0.06]	[0.06,0.10]	[0.05,0.27]	[0.05,0.06]	[0.06,0.07]	[0.07,0.15]	[0.09,0.69]	[0.06,0.07]	
no sabe	1,4%	1,6%	0,5%	1,4%	1,3%	1,0%	0,0%	1,3%	
	[0.01,0.01]	[0.00,0.03]	[0.00,0.03]	[0.01,0.01]	[0.01,0.01]	[0.00,0.02]		[0.01,0.01]	
MOTIVO DE NO CONSULTA									
voluntaria	76,4%	67,5%	79,2%	76,0%	78,6%	70,5%	77,9%	78,3%	
	[0.73,0.79]	[0.49,0.81]	[0.35,0.96]	[0.73,0.78]	[0.76,0.80]	[0.50,0.84]	[0.23,0.97]	[0.76,0.80]	
involuntaria	13,0%	22,0%	19,9%	13,6%	14,3%	12,6%	22,1%	14,3%	
	[0.10,0.15]	[0.11,0.39]	[0.03,0.64]	[0.11,0.16]	[0.12,0.16]	[0.04,0.31]	[0.02,0.76]	[0.12,0.16]	
no sabe	10,6%	10,5%	0,9%	10,4%	7,1%	16,9%	0,0%	7,4%	
	[0.08,0.12]	[0.03,0.29]	[0.00,0.06]	[0.08,0.12]	[0.05,0.08]	[0.07,0.35]		[0.06,0.08]	
PROBLEMAS PARA LLEGAR A LA CONSULTA									
sí	7,0%	4,2%	3,0%	6,9%	7,9%	4,8%	0,0%	7,9%	
	[0.06,0.07]	[0.02,0.06]	[0.00,0.13]	[0.06,0.07]	[0.07,0.08]	[0.02,0.07]		[0.07,0.08]	
no	91,2%	94,5%	94,3%	91,3%	91,5%	94,7%	100,0%	91,5%	
	[0.9,0.91]	[0.91,0.96]	[0.84,0.98]	[0.90,0.91]	[0.90,0.91]	[0.91,0.96]		[0.91,0.91]	
no sabe	1,8%	1,3%	2,7%	1,8%	0,6%	0,5%	0,0%	0,6%	
	[0.01,0.02]	[0.00,0.02]	[0.00,0.10]	[0.01,0.02]	[0.00,0.00]	[0.00,0.01]		[0.00,0.00]	

PROBLEMAS PARA CONSEGUIR CITA O ATENCIÓN										
si	12,6% [0.11,0.13]	15,1% [0.07,0.29]	11,0% [0.04,0.23]	12,6% [0.11,0.13]	18,5% [0.17,0.19]	17,8% [0.10,0.29]	2,4% [0.00,0.18]	18,5% [0.17,0.19]		
no	85,6% [0.84,0.86]	83,4% [0.69,0.91]	86,3% [0.71,0.93]	85,5% [0.84,0.86]	80,8% [0.80,0.81]	82,0% [0.70,0.89]	97,6% [0.81,0.99]	80,8% [0.80,0.81]		
no sabe	1,9% [0.01,0.02]	1,5% [0.00,0.02]	2,7% [0.00,0.10]	1,9% [0.01,0.02]	0,7% [0.00,0.00]	0,2% [0.00,0.00]	0,0% [0.00,0.88]	0,7% [0.00,0.88]		
PROBLEMA PARA SER ATENDIDO EN EL ESTABLECIMIENTO										
si	16,1% [0.15,0.17]	12,8% [0.09,0.17]	12,2% [0.03,0.34]	16,0% [0.15,0.16]	20,5% [0.19,0.21]	20,4% [0.11,0.32]	7,6% [0.01,0.33]	20,5% [0.19,0.21]		
no	82,0% [0.81,0.82]	85,2% [0.80,0.88]	85,1% [0.63,0.94]	82,2% [0.81,0.83]	78,8% [0.77,0.79]	79,4% [0.67,0.87]	92,4% [0.66,0.98]	78,8% [0.77,0.79]		
no sabe	1,8% [0.01,0.02]	1,9% [0.01,0.03]	2,7% [0.00677,0.10040]	1,9% [0.01,0.02]	0,7% [0.00,0.00]	0,2% [0.00,0.00]	0,0% [0.00,0.00]	0,7% [0.00,0.00]		
PROBLEMAS PARA PAGAR POR LA ATENCIÓN DEBIDO AL COSTO										
si	5,5% [0.05,0.06]	3,6% [0.02,0.05]	11,3% [0.05,0.22]	5,5% [0.04,0.06]	6,1% [0.05,0.06]	7,0% [0.03,0.12]	0,0% [0.00,0.00]	6,1% [0.05,0.06]		
no	92,6% [0.91,0.93]	94,9% [0.92,0.96]	86,0% [0.73,0.93]	92,7% [0.92,0.93]	93,1% [0.92,0.93]	92,8% [0.87,0.95]	100% [0.92,0.93]	93,1% [0.92,0.93]		
no sabe	1,9% [0.01,0.02]	1,6% [0.00,0.03]	2,7% [0.00,0.10]	1,9% [0.01,0.02]	0,7% [0.00,0.09]	0,2% [0.00,0.00]	0,0% [0.00,0.00]	0,7% [0.00,0.00]		
PROBLEMAS PARA LA ENTREGA DE MEDICAMENTOS										
si	7,3% [0.06,0.07]	7,0% [0.04,0.10]	7,4% [0.02,0.19]	7,3% [0.06,0.07]	9,0% [0.08,0.09]	11,9% [0.05,0.25]	0,0% [0.00,0.00]	9,0% [0.08,0.09]		
no	90,8% [0.90,0.91]	91,4% [0.88,0.93]	89,9% [0.77,0.95]	90,8% [0.90,0.91]	90,2% [0.89,0.90]	87,4% [0.73,0.94]	100% [0.92,0.93]	90,1% [0.89,0.90]		
no sabe	1,9% [0.01,0.02]	1,5% [0.00,0.02]	2,7% [0.00,0.10]	1,9% [0.016,0.02]	0,8% [0.00,0.00]	0,7% [0.00,0.02]	0,0% [0.00,0.00]	0,8% [0.00,0.00]		

Fuente: Cabieses & Larenas, 2021.

Avances y tensiones desde la actual crisis socio-sanitaria del SARS-CoV-2

Hasta el 21 de febrero del año 2021 (semana epidemiológica (SE), número 7 del 2021), del total de casos confirmados ($n=917.444$) el 6,7% ($n=61.826$) de los casos, correspondieron a personas migrantes internacionales (personas con pasaporte extranjero). El máximo de casos para esta población se observó durante la semana epidemiológica (SE) No. 20 ($n=3.974$), con una segunda alza registrada en la SE 1 del 2021. Todas las regiones del país presentaron casos en personas migrantes, siendo aquellas con mayor proporción con relación al total de casos reportados localmente Tarapacá (17,8%; 5.175/29.021), Antofagasta (15,7%; 5.116/38.802) y Metropolitana (9,3%; 38.148/409.760) (Tabla 2) (MINSAL, 2021a). La mediana de edad de los casos en personas migrantes fue de 33 años (RIQ= 27-42 años; rango mínimo 0 días y rango máximo 96 años) con 32.376 (52,4%) hombres y 26.105 (47,5%) mujeres. Según previsión de salud, se reportó un 73,9% (43.498/58.795) de personas migrantes adscritas a FONASA. Los casos con registro del nivel de instrucción ($n=12.903$) en su mayoría reportaron nivel educacional medio (45,1%; 5.827/12.903), seguido del nivel universitario con un 20,3% y un 10,7% no responde. Un 65,5% (40.548/61.826) reportó al menos una comorbilidad, siendo la más frecuente la HTA (6,8%; 2.785/40.548). Del total de mujeres entre 1.528 son gestantes (MINSAL, 2021a). Respecto a la presentación clínica, signos y síntomas más frecuentes fueron cefalea, mialgia y tos. Se identificaron 95 países de origen, principalmente de la región de las Américas (98,6%; 60.962/61.826), además de casos con país de origen en Europa (0,34%; 209/61.826) y Asia (0,27%; 169/61.826). En los casos de América, el 62,31% correspondieron a casos de nacionalidad venezolana y peruana (38,25% y 24,06% respectivamente). Según gravedad, un 9,8% (2.948/29.958) de los casos COVID-19 en personas migrantes se hospitalizaron. A la fecha de este informe (21 de febrero del 2021), se habían notificado 306 fallecidos, principalmente en las regiones Metropolitana ($n=224$), Tarapacá ($n=28$) y Antofagasta ($n=26$). La mediana de edad fue de 56 años (RIQ=45-67 años; rango 0-96 años) y 201 fallecidos eran de sexo masculino (MINSAL, 2021a).

En abril del 2020 se desarrolló un estudio descriptivo, exploratorio y de corte transversal para conocer el grado de conocimiento de poblaciones migrantes internacionales residentes en Chile sobre COVID-19 y sus medidas de prevención. De los resultados destacó que el 84,5% de participantes reconoce que la transmisión es por vía aérea. Destacan como principales dimensiones de desconocimiento las dos siguientes:

que se puede transmitir por vía sexual (38,3% de respuestas incorrectas) y que se puede propagar por el viento a grandes distancias (19,4% de respuestas incorrectas). Uno de cada cuatro (25%) participantes considera no estar recibiendo información suficiente y un 30% considera que no es comprensible. Sobre la percepción de participantes sobre sentirse preparados para enfrentar el COVID-19, llama la atención que el 61% declara no sentirse preparado y un 34% declara no saber dónde consultar (Cabieses, 2020).

Entre septiembre 2020 y junio 2021 se llevó a cabo un estudio multi-métodos cuyo objetivo fue conocer vulnerabilidades psicosociales y socioeconómicas de la población migrante en Chile, así como sus recursos y capitales sociales durante la pandemia. Entre los encuestados el 78% indicó haberse atendido alguna vez en el sistema de salud, de ellos el 26,5% presentó alguna barrera o dificultad para la atención, siendo la más frecuente (40%) la barrera de aceptabilidad de la atención durante la pandemia, pues fueron atendidos, pero sintieron que no fueron tratados con respeto. Con respecto al enfrentamiento de la pandemia, el 11,62% de los encuestados informaron haber sido diagnosticados con COVID-19 durante el año y 19,1% reportó haber tenido alguien de su núcleo familiar con la enfermedad. El total de la muestra estuvo en algún momento en cuarentena, sin embargo, el 31,2% afirmó no haber cumplido con las recomendaciones de cuarentena, en su mayoría por haber salido a trabajar (91%). Aunque los participantes declararon adherencia al uso de mascarilla, distanciamiento físico, limitación de participación en reuniones sociales y comprensión de la información recibida, hubo menor cumplimiento del distanciamiento en el trabajo (Cabieses, Obach, Blukakz, et al., 2021).

Un tercer estudio en población migrante durante la pandemia como propósito explorar las experiencias en torno a residencias sanitarias dispuestas en el marco de la pandemia COVID-19 en Chile desde la perspectiva de migrantes internacionales, equipos de salud, autoridades y administradores de residencias sanitarias. Como principales resultados, destaca que la percepción de migrantes sobre el sistema de salud es que ha realizado una buena labor en la detección y aislamiento de las personas. Se menciona que aún se experimentan situaciones de discriminación hacia migrantes internacionales en el sistema de salud. Entrevistados sostienen que migrantes internacionales no se han acercado al sistema de salud en pandemia por miedo a ser deportados, ya que han sufrido en el país discriminación y responsabilización por contagios masivos de COVID-19, casos que fueron altamente divulgados por los medios de comunicación, exponiendo a migrantes internacionales a nivel nacional. Otros actores entrevistados dan cuenta de la situación de vulnerabilidad en que muchos

migrantes internacionales vivieron sus experiencias de contagio, ya fuera porque no tenían alimentos ni medicamentos a la hora de empezar sus cuarentenas, o bien porque sintieron el hostigamiento por parte de terceros, vecinos y otras personas cercanas. Se da cuenta de la falta de redes entre migrantes internacionales, situación que los dejó aún en mayor vulnerabilidad en situaciones de enfermedad por COVID-19 en nuestro país. Migrantes que han accedido a las residencias sanitarias sostienen que la experiencia en general fue positiva. Se reportan malas experiencias referidas a separaciones de familias en el ingreso a residencias sanitarias, lo que tiene diversas consecuencias negativas para esas personas. Los distintos actores sociales entrevistados dan cuenta de una falta de atención permanente de salud mental en residencias sanitarias, ámbito que debe ser integrado dadas las condiciones de vulnerabilidad en que muchas personas migrantes ingresan. Este estudio destaca la importancia de diseñar, implementar y monitorizar cuidado ético en residencias sanitarias durante crisis socio-sanitarias en Chile como la actual pandemia hacia poblaciones diversas, incluyendo migrantes internacionales.

En el contexto de pandemia por SARS-CoV-2, en Chile se han implementado una variedad de respuestas dirigidas a la población migrante internacional, en el marco del decreto N° 1 del 07 de enero del 2021 del Ministerio de Salud que prorroga la vigencia de la alerta sanitaria (MINSAL, 2021d) y el decreto N° 12 (MINSAL, 2021b) que modifica las facultades del gobierno para la emergencia. La Tabla X detalla dichas iniciativas. De estas destacan los esfuerzos por asegurar protección en salud en migrantes de parte de algunos actores clave, que se friccionan en presencia de otras perspectivas paralelas menos inclusivas o tolerantes. Esto impacta en experiencias cotidianas de discriminación y xenofobia en personas migrantes, que de acuerdo con estudios recientes también se han podido observar en escenarios de salud. En este sentido, los esfuerzos sostenidos y valientes de miles de trabajadores de salud por sobrellevar la pandemia se desconectan de la experiencia de acceso y trato de personas y familias migrantes en contextos de vulnerabilidad socioeconómica, quienes han visto profundizadas sus desventajas en contexto de pandemia (RECHISAM, 2021a, 2021b).

En línea con lo anterior, un estudio publicado por el Centro Nacional de Estudios Migratorios de la Universidad de Talca (marzo 2021) cuyo objetivo fue analizar la situación laboral y los accesos a los beneficios sociales del Estado de los Inmigrantes en Chile durante la pandemia reveló los desafíos que han enfrentado los migrantes al respecto. El 62% de los encuestados declara haber tenido problema para acceder a beneficios principalmente por no cumplir los requisitos para postular, falta de cédula de ciudadanía o registro social de hogares. Además, el 40,5% declara no haber recibido

ningún beneficio, aun cuando el 80,7% reportó reducciones en sus ingresos durante la pandemia. La Asociación de Municipalidades de Chile (AMUCH) mediante una encuesta en contexto COVID-19 (abril 2020) a Municipalidades que cuentan con el sello migrante (reconocimiento del DEM por promover la inclusión de población migrante) reveló un nivel de dificultad alta en garantizar el acceso a servicios a la población migrante; ya sea por desconocimiento de acceso, saturación de los servicios, déficit de información, tempo a deportación, brecha idiomática y/o cultural. Además, el personal destaca la urgencia de subsidio de alimentación, agilizar procesos para otorgar cédula, y creación de albergues, entre otras medidas urgentes (AMUCH, 2020).

Tabla 4.
Principales iniciativas desarrolladas por la autoridad sanitaria y pública en Chile en respuesta a la pandemia por SARS-CoV-2 en poblaciones migrantes en Chile.

Subsecretaría de Redes Asistenciales del Ministerio de Salud	Recomendaciones generales para atención en atención primaria de salud en contexto de pandemia SARS-CoV-2 insta a identificar las poblaciones vulnerables, que podrían enfrentar barreras de acceso incluyendo a migrantes internacionales (MINSAL, 2020b).
Circular N°14 el 18 de junio de 2020	Certificado de Antecedentes Penales del País de origen en forma digital sin apostillado por el periodo de 120 días corridos desde el 1 de junio, facilitando la postulación a visas (MININTERIOR, 2020).
Departamento de Extranjería y migración (DEM) del Ministerio del Interior y Seguridad Pública	El en el marco de la digitalización de trámites, habilitó el estampado electrónico no presencial (DEM, 2020).
Resolución N°395 exenta promulgada el 2 de febrero de 2021	Se mantiene la vigencia de dichos documentos hasta abril de 2023. Esto permite que los migrantes venezolanos con permiso de residencia transiten y realicen trámites como prórrogas de visa, estampado, solicitud de certificado de permanencia (MININTERIOR, 2021b).
Ministerio de Justicia y Derechos Humanos el día 3 de febrero de 2021	Actualizó el decreto N° 34 que extiende la vigencia de cédula de identidad para extranjeros hasta el 28 de febrero de 2022 (MINJUSTICIA, 2021).
Mesa social COVID-19	Se expuso su preocupación por la crisis humanitaria relacionada a las expulsiones administrativas que contrastan con las políticas que promueven la integración de los migrantes. (Mesasocial-COVID, 2021). En 2020 la mesa social de discutió el impacto de la pandemia en la salud mental destacando el riesgo de la población migrante internacional (Mesasocial-COVID, 2020).

Ordinario Nº 873 promulgado el 24 de marzo del 2021	Habilita la contratación y ejercicio de médicos extranjeros cuyo título no esté revalidado en Chile (MINSAL, 2021c).
Resolución exenta Nº1138 de 24 de diciembre de 2020	Establece la vacunación para las personas que hagan parte de los grupos objetivo que vivan en Chile (MINSAL, 2020c).
Resolución exenta Nº136 del 10 de febrero de 2020	Acceso a la vacuna los migrantes en situación irregular que acreditaran domicilio y desearan permanecer en el país (MINSAL, 2021e). El marco regulatorio más reciente que establece la cobertura de vacunación del COVID-19 en migrantes internacionales tanto en situación administrativa regular como irregular es el Ordinario Nº 118 del 26 de marzo de 2021 del Ministerio de Salud, que recalca la complementariedad de las demás disposiciones mencionadas.
Decreto Nº82 del Ministerio del Interior y Seguridad Pública	Cierre temporal de fronteras. Sin embargo, se habilitó la salida por motivos de carácter humanitario y la entrada para migrantes con visa de residencia (MININTERIOR, 2021a).
Ministerio de Salud de Chile	Se habilitó residencias sanitarias con servicio de hospedaje, alimentación y monitoreo médico. Dirigidos a personas que no cuenten con condiciones para el aislamiento domiciliario y sean definidas como caso confirmado, probable o sospechoso. Los migrantes son beneficiarios independiente de su situación migratoria (MINSAL, 2020a). Adicionalmente el Ministerio de Desarrollo Social dispuso albergues en la región Metropolitana a los cuales pueden acceder migrantes internacionales que se encuentren en situación de calle (Migración en Chile, 2020).
Presidencia del senado	Diseño de la agenda de género COVID-19 donde se contemplaron las mujeres migrantes. En esta iniciativa destacaron las siguientes recomendaciones: (i) una renta básica de emergencia de amplia cobertura, (ii) regularización migratoria para el acceso a apoyos y servicios, (iii) condonación de multas por irregularidad migratoria, (iv) establecer cédula provisoria para acceder a salud pública y a sistema de protección social (SENADO, 2020).
Plataforma del gobierno chileno "ChileAtiende"	Área de información específica denominada "Coronavirus (COVID-19)" dirigida a migrantes internacionales en Chile (Chile Atiende, 2020).
Estado Chileno	Beneficios sociales (bono familiar, subsidios, ingreso familiar de emergencia, ley protección empleo) para la ciudadanía general y a los cuales –potencialmente– pueden acceder los migrantes internacionales (CENEM, 2021).

Fuente: Elaboración propia.

Comentarios finales y propuestas

El objetivo de este capítulo fue describir la relación entre migración y salud pública en Chile, visibilizando aprendizajes, tensiones y desafíos pendientes, desde una perspectiva general del sistema de salud. Para ello, se presentó una descripción general del sistema de salud chileno, se describieron avances en materia de salud de migrantes desde la autoridad sanitaria en Chile, se evidenciaron estimaciones de acceso y uso efectivo del sistema de salud chileno por parte de migrantes internacionales versus locales, con desarrollo de migración venezolana como estudio de caso, y se presentaron avances y tensiones desde la actual crisis socio-sanitaria del SARS-CoV-2. Con ello, el capítulo busca dar cuenta de la complejidad de la relación entre migración y salud, así como los profundos desafíos y tensiones que emanan en la renovación de enfoques relevantes en esta materia, como son derecho universal a la salud, interculturalidad, participación, territorio, ética del cuidado, cuidado transnacional en salud, género y migración, e inequidades sociales en salud. El caso específico de la evidencia disponible en torno a la crisis socio-sanitaria mundial de SARS-CoV-2 refleja cómo un sistema de salud debe integrarse en una mirada amplia de salud pública, intersectorial y de protección, que promueva agencia y al mismo tiempo cobije a los que van quedando atrás, para una verdadera hoja de ruta hacia la cobertura universal en salud.

En línea con el reciente reporte situacional de COVID-19 en migrantes internacionales en Chile y publicado en la Web oficial de Lancet Migration (Cabieses, Rada, Vicuña & Araos, 2020), se proponen las siguientes propuestas de promoción de la salud de migrantes en Chile:

R1: Reducir barreras que limiten el acceso efectivo a los servicios de salud, promoviendo el reconocimiento de derechos en salud:

- Los y las migrantes internacionales, independiente de su situación migratoria, deben estar informados/as acerca de cómo acceder al sistema de salud en Chile y sus servicios disponibles, con material dispuesto en diversos idiomas. Para ello, se requiere la difusión intencionada de esta información en espacios sociales amplios (ej. medios de comunicación masivos) que no dependan únicamente de profesionales de salud y organizaciones civiles interesadas en la temática. De especial importancia es que la comunicación de los derechos de los y las niños, niñas y adolescentes (NNA) sean una prioridad ante la obligación legal y ética que implica el aseguramiento de su salud (Báltica Cabieses et al., 2017).

- Bajo el lineamiento estratégico de *aceptabilidad* de la política de migrantes (MINSAL, 2018), el cual hace referencia a la obligación del Estado de entregar servicios de salud culturalmente apropiados y de calidad, se sugiere reforzar las actividades de capacitación a los profesionales de la salud sobre normativas relacionadas a migración y salud (Bernaes, Cabieses, McIntyre & Chepo, 2017). Es importante sensibilizar y entrenar a los equipos de salud acerca de cómo llevar a cabo una atención de salud que propicie un encuentro intercultural efectivo (Cabieses, 2019).
- Incorporar mediadores interculturales en territorios y centros de salud donde el idioma sea una barrera de comunicación, para facilitar diagnósticos oportunos y acuerdos terapéuticos sensibles a cada persona conforme a su cosmovisión particular, así como informar y educar acerca de nuestro sistema de salud a poblaciones migrantes (Sepúlveda & Cabieses, 2019).
- Reforzar actividades de educación sobre el COVID-19 con pertinencia intercultural y enfoque de género, adaptadas a los diferentes colectivos migrantes según sus creencias, costumbres, percepción del autocuidado, disponibilidad de recursos en su entorno, entre otros. Este desafío implica el trabajo en conjunto con migrantes internacionales que guíen la construcción del material educativo y mensajes que generen confianza y adherencia a las recomendaciones, desde el acuerdo mutuo de valores y creencias compartidas en salud.
- Implementar mejoras para el acceso y uso efectivo del sistema de salud relacionadas a la regulación de costos de las prestaciones, tiempos de espera y evaluar la necesidad de cambios estructurales en el modelo de salud. Es necesario diseñar protocolos de atención a la salud de migrantes internacionales en situación de emergencia sanitaria y crisis social, desde el enfoque de derechos humanos, cuidado ético y pertinencia intercultural (Cabieses, Obach, Blukacz et al., 2021). La existencia de estos protocolos es particularmente relevante para la actualización y perfeccionamiento de la estrategia de residencias sanitarias; profundizando en: (i) la incorporación del enfoque de interculturalidad, (ii) acceso a información y educación en salud, (iii) autocuidado, (iv) y resguardo a principio de justicia y no maleficencia hacia la población migrante internacional (Cabieses, Obach, Blukacz et al., 2021).

R2: Colaboración intersectorial para proveer beneficios de protección social y laboral accesibles a la población migrante internacional que reside en Chile:

- Existe una proporción importante de población migrante internacional en cada país, incluido Chile, que se caracteriza por su vulnerabilidad

socioeconómica, reflejada en mayor concentración de pobreza, hacinamiento, trabajo informal, desempleo, entre otros. Dicha vulnerabilidad está agudizada en tiempos de pandemia por la pérdida de trabajo e incapacidad para costear necesidades básicas como la comida y la vivienda. Para mejorar estas condiciones de vida, se recomienda incluir a los migrantes en las medidas dispuestas por el gobierno de Chile o implementar ayudas específicas basadas en derechos. Estas medidas deben ser independientes de la situación migratoria y no requerir acreditar vulnerabilidad a través de plataformas que exigen cédula vigente.

- Aspectos laborales como la reinserción, reducción de contratación informal, supervisión y medidas restrictivas a la contratación ilegal, y exposición a riesgos laborales durante la pandemia deben ser abordadas de forma integral. Las medidas de ampliación de plazo para presentar nuevo empleador ante la pérdida de trabajo, debe acompañarse de estrategias formales de acompañamiento para la búsqueda y mantención de trabajo, así como medidas sociales amplias por el tiempo que dure la pandemia (Urzúa & Cabieses, 2018).
- Se debe trabajar con el intersector público del Estado, pero siempre de la mano de las organizaciones civiles que conocen y vigilan las necesidades, capacidades y oportunidades de ayuda y apoyo a poblaciones migrantes internacionales en nuestro país.

R3: Realizar diagnósticos participativos, incluyendo la instalación de sistemas de información para vigilancia y monitoreo durante y posterior a la pandemia, en la población migrante internacional:

- Para fortalecer el abordaje futuro de esta población, es relevante conocer su nueva realidad relacionado a la pandemia, necesidades percibidas y problemáticas que surgieron por el COVID-19 y sus efectos sociales. La evidencia generada podrá ser un insumo útil en los procesos de recuperación y rehabilitación de los migrantes contagiados; así como en la integración del colectivo migrante a la sociedad ante una “nueva normalidad” y construcción de redes de apoyo que favorezcan la cohesión social.
- Fomentar el registro de variables específicas de los migrantes internacionales y sus determinantes sociales (Cabieses, 2016) en los sistemas de información (registros administrativos, vigilancia epidemiológica, encuestas) y la implementación de auditorías a establecimientos de salud para verificar su cumplimiento como respaldo para la planificación sanitaria.

R4: Rechazar toda práctica discriminatorias y estigma sobre la población migrante internacional:

- A la luz de la política de salud de migrantes internacionales se recomienda la implementación de acciones dirigidas a erradicar prácticas discriminatorias, basadas en estereotipos negativos, y que influyen negativamente en la salud de los migrantes en todo el mundo (MINSAL, 2018). Los migrantes han sido responsabilizados por el impacto de diversas enfermedades infecciosas, por tal motivo es necesario regular los discursos en autoridades y medios de comunicación que promuevan posturas negativas hacia migrantes (Cabiéses, Libuy & Dabanch, 2019).

Referencias bibliográficas

- ACNUR (2016). *Declaración de Nueva York sobre Refugiados y Migrantes*. Retrieved from https://www.acnur.org/declaracion-de-nueva-york-sobre-refugiados-y-migrantes.html?gclid=CjwKCAiAINf-BRB_EiwA2osbxScdQkj0FVgRfdIBSXDTFWCA69sHKVJOXFdfiz6UWHswyyiOWRIYxoCq8YQAvD_BwE
- AMUCH (2020). *Encuesta de Caracterización de la Población migrante y sus problemáticas en el contexto de la crisis sanitaria derivada del COVID-19*. Retrieved from <https://www.amuch.cl/wp-content/uploads/2020/04/Encuesta-Characterizacion-de-la-poblacion-migrante-y-sus-problematicas.pdf>
- Bastías, G., Bedregal, P., Elgueta, P., Espinoza, M., Poblete, F. & Traferril, A. (2019). *Reforma al sistema privado de salud*. Retrieved from Santiago, Chile.
- Bernales, M., Cabieses, B., McIntyre, A. M. & Chepo, M. (2017). Challenges in primary health care for international migrants: The case of Chile. *Atencion Primaria*, 49(6), 370-371.
- Cabieses, B. (2016). *Research on migration and health in Chile: pushing forward*. *Revista Médica de Chile*, 144: 1093-1094.
- _____ (2019). Health of migrants: simple questions can improve care. *The Lancet*, 393(10188), 2297-2298.
- _____ (2020). *Encuesta sobre COVID-19 a poblaciones migrantes internacionales en Chile: informe de resultados completo*. En Instituto de Ciencias e Innovación en Medicina (ICIM).
- Cabieses, B., Bernales, M. & McIntyre, A. (2016). Introducción y conceptos esenciales. En B. Cabieses, Bernales, M., McIntyre, A. (Ed.), *La migración internacional como determinante social de la salud en Chile: evidencia y propuestas para políticas públicas*. *Universidad del Desarrollo* (pp. 15-26). Santiago, Chile: Universidad del Desarrollo.
- Cabieses, B., Chepo, M., Oyarte, M., Markkula, N., Bustos, P., Pedrero, V. & Delgado, I. (2017). Health inequality gap in immigrant versus local children in Chile. *Revista Chilena de Pediatría*, 88(6), 707-716.
- Cabieses, B., Chepo, M., Oyarte, M., Markkula, N., Bustos, P., Pedrero, V. & Delgado, I. (2017). [Health inequality gap in immigrant versus local children in Chile]. *Rev Chil*

- Pediatr*, 88(6), 707-716. doi:10.4067/S0370-41062017000600707
- Cabiéses, B., Libuy, M. & Dabanch, J. (2019). *Hacia una comprensión integral de la relación entre migración internacional y enfermedades infecciosas. De la creencia a la evidencia para la acción sanitaria en Chile*.
- Cabieses, B., Obach, A., Blukacz, A., Carreño, A., Larenas, D. & Mompoin, E. (2021). *Migrantes internacionales en residencias sanitarias en Chile durante la pandemia COVID-19: Hacia una respuesta ética en emergencias sanitarias. Informe final*.
- Cabieses, B., Obach, A., Blukacz, A., Vicuña, J. T., Carreño, A., Stefoni, C., . . . Rada, I. (2021). *Vulnerabilidades y recursos de comunidades migrantes internacionales en Chile para enfrentar la pandemia SARS-CoV-2: Construyendo estrategias diferenciadas desde la interculturalidad. Informe de resultados generales y recomendaciones para la política sanitaria*.
- Cabieses, B., Rada, I., Vicuña, J. T. & Araos, R. (2020). *Reporte situacional: el caso de migrantes internacionales en Chile durante la pandemia de COVID-19*. Retrieved from https://1bec58c3-8dcb-46b0-bb2a-fd4addf0b29a.filesusr.com/ugd/188e74_79df2e8d45294daea5f8d23d2c49fbad.pdf?index=true
- Cabieses B. & Larenas, D. (2021). *Proyecto de Sistematización de la Respuesta Sanitaria de los Países Andinos ante la Migración Venezolana: El caso de Chile*. Proyecto andino liderado por Juan Arroyo de la Universidad Cayetano Heredia del Perú. Santiago, Chile, UDD.
- Castañeda, H., Holmes, S. M., Madrigal, D. S., Young, M.-E. D., Beyeler, N. & Quesada, J. (2015). Immigration as a social determinant of health. *Annual review of public health*, 36, 375-392.
- CENEM (2021). *Situación laboral y acceso a beneficios sociales de los inmigrantes*. Retrieved from <http://www.cenem.utralca.cl/docs/pdf/Estudio%20Situacion%20Laboral%20y%20acceso%20a%20beneficios%20sociales%20de%20los%20inmigrantes%20en%20Chile.pdf>
- ChileAtiende (2020). *Coronavirus (COVID-19) / Migrantes en Chile*. Retrieved from <https://www.chileatiende.gob.cl/coronavirus/migrante-en-chile>
- Cid, C., Torche, A., Bastias, G., Herrera, C. & Barrios, X. (2013). *Bases para una reforma necesaria al seguro social de salud chileno*. Santiago, Chile.
- Davies, A. A., Basten, A. & Frattini, C. (2009). Migration: a social determinant of the health of migrants. *Eurohealth*, 16(1), 10-12.
- DEM (2020). Extranjería anuncia Estampado Electrónico desde el 23 de septiembre. Retrieved from <https://www.extranjeria.gob.cl/noticias/extranjeria-anuncia-estampado-electronico-desde-el-23-de-septiembre/>
- Markkula, N., Cabieses, B., Lehti, V., Uphoff, E., Astorga, S. & Stutzin, F. (2018). Use of health services among international migrant children - a systematic review. *Global Health*, 14(1), 52. doi:10.1186/s12992-018-0370-9
- Mesasocial-COVID (2020). *Salud mental en situación de pandemia*. Retrieved from https://cdn.digital.gob.cl/public_files/Campa%C3%B1as/Mesa-Covid19/documentos/salud-mental.pdf
- _____ (2021). *Minuta Mesa Social 16 febrero 2021*. Retrieved from <http://www.colegiomedico.cl/wp-content/uploads/2021/02/Minuta-Mesa-Social-16-Febrero-2021.pdf>
- Migración en Chile (2020). Más de dos mil migrantes se encuentran acogidos en albergues en la Región Metropolitana. Retrieved from <https://www.migracionenchile.cl/>

mas-de-dos-mil-migrantes-se-encuentran-acogidos-en-albergues-en-la-region-metropolitana/

MININTERIOR (2020). Circular N°14. Retrieved from <https://www.extranjeria.gob.cl/media/2020/06/Circular-N%C2%B0-14.pdf>

_____ (2021a). Modifica el decreto supremo N°102, de 2020, del ministerio del interior y seguridad pública, que dispone el cierre temporal de lugares habilitados para el ingreso y egreso de extranjeros, por emergencia de salud pública de importancia internacional (espil) por brote del nuevo coronavirus (2019-ncov), y extiende su vigencia. Retrieved from <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=1157765&idParte=&idVersion=>

_____ (2021b). Resolución N°395 exenta modifica resolución N°2.087 del 2019, del Ministerio del Interior y Secretaría Pública por los motivos que Indica. Retrieved from <https://www.diariooficial.interior.gob.cl/publicaciones/2021/02/03/42871/01/1891079.pdf>

MINJUSTICIA (2021). Extiende vigencia de cédula de identidad para extranjeros, conforme se indica. Retrieved from <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=1143967>

MINSAL (2018). Política de Salud de Migrantes Internacionales. Retrieved from <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2015/09/2018.01.22.POLITICA-DE-SALUD-DE-MIGRANTES.pdf>

_____ (2020a). *ORD B1/Nº 2838 Recomendaciones para la implementación de estrategia en Residencias Sanitarias en el marco de plan de acción del Coronavirus COVID-19.*

_____ (2020b). Recomendaciones generales para la organización de la atención en establecimientos de atención primaria de salud en contexto de pandemia sars-cov-2. Retrieved from <https://diprece.minsal.cl/wp-content/uploads/2020/03/RECOMENDACIONES-GENERALES-ESTABLECIMIENTOS-APS-V.6.pdf>

_____ (2020c). Resolución exenta N°1138 Aprueba Lineamientos técnico operativos vacunación SARS-COV-2. Retrieved from <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2020/12/RE-N%C2%BA-1138-Lineamientos-SARS-CoV-2.pdf>

_____ (2021a). Informe Epidemiológico Caracterización de casos por COVID-19 en población migrante internacional (Semana epidemiológica (SE)10, año 2020, hasta la SE 7, año 2021). Retrieved from http://epi.minsal.cl/wp-content/uploads/2021/03/MIG_COVID_SE_7_2021.pdf

_____ (2021b). Modifica decreto N°4, de 2020, del Ministerio de Salud, que decreta alerta sanitaria por el período que se señala y otorga facultades extraordinarias que indica por emergencia de salud pública de importancia internacional (espil) por brote del nuevo coronavirus (2019-ncov). Retrieved from <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=1158008>

_____ (2021c). Ordinario. C31/N°873. Retrieved from <https://hsdgp.com/wp-content/uploads/2021/04/ORD-873-24MAR2021-1.pdf>

_____ (2021d). Prorroga vigencia del decreto N°4, de 2020, del Ministerio de Salud, que decreta alerta sanitaria por el período que se señala y otorga facultades extraordinarias que indica por emergencia de salud pública de importancia internacional (espil) por brote del nuevo coronavirus (2019-ncov). Retrieved from <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=1154617>

_____ (2021e). Resolución exenta N°136 Complementa resolución exenta N°1138 de 2020 del Ministerio de Salud que aprueba lineamientos técnico operativos vacunación SARS-COV-2. Retrieved from https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2021/02/RES.-EXENTA-N-136_.pdf

- OIM (2007). *Social Determinants of Migrant Health*. Retrieved from <https://www.iom.int/social-determinants-migrant-health>
- _____ (2016). *Informe Regional sobre Determinantes de la Salud de las Personas Migrantes Retornadas o en Tránsito y sus Familias en Centroamérica*. Retrieved from https://www.saludymigracion.org/es/system/files/repositorio/informe_regional_sobre_determinantes_de_la_salud_de_las_personas_migrantes_retornadas_o_en_transito_y_sus_familias_en_centroamerica_0.pdf
- _____ (2019a). *IOM's Global Migration Data Analysis Centre*.
- _____ (2019b). *Tendencias Migratorias en América del Sur*. Retrieved from https://robuenosaires.iom.int/sites/default/files/Informes/Tendencias_Migratorias_en_America_del_Sur_Marzo.pdf
- OMS (2017). *Promoción de la salud de los refugiados y los migrantes*. Retrieved from Geneva: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/274830/A70_24-sp.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- RECHISAM (2021a). *Acerca de la crisis humanitaria y de salud que viven miles de migrantes en contexto de Pandemia en la zona norte de Chile*. Retrieved from <https://www.lemondiplomatique.cl/sobre-los-migrantes-en-el-norte-de-chile-por-rechisam.html>
- _____ (2021b). *Acerca de la vacunación nacional contra COVID-19 en poblaciones migrantes en Chile*. Retrieved from https://www.elmostrador.cl/media/2021/02/DOCUMENTO-DE-POSICIA%CC%83_N-1-Vacunacion-contra-COVID-19-CONFIRMAS.docx
- Segal, U. (2019). Globalization, migration, and ethnicity. *Public health*, 172, 135-142.
- SENADO (2020). Presentan agenda de género COVID-19 con propuestas en áreas de trabajo, educación y territorio. Retrieved from <https://www.senado.cl/presentan-agenda-de-genero-covid-19-con-propuestas-en-areas-de-trabajo/senado/2020-06-23/134514.html>
- Sepúlveda, C. & Cabieses, B. (2019). Role of the intercultural facilitator for international migrants in Chilean health centres: perspectives from four groups of key actors. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 36(4), 592-600.
- Thomas, F. (2016). *Handbook of migration and health*. Edward Elgar Publishing.
- Urzúa, A. & Cabieses, B. (2018). Salud y Bienestar en población migrante en Chile: el aporte de los proyectos FONDECYT a la evidencia internacional. *Cuadernos Médico Sociales*, 58(4).

AUTORAS Y AUTORES

Cecilia Albala

Médico-cirujano. Licenciada en Salud Pública, Profesora titular del INTA de la Universidad de Chile. Directora del Magister en Envejecimiento y Calidad de Vida del INTA. Estudios de postgrado en epidemiología geriátrica en la Universidad de Padua y epidemiología de enfermedades crónicas y epidemiología genética en la Universidad Erasmus de Rotterdam. Sus investigaciones clínicas y epidemiológicas en enfermedades crónicas asociadas a nutrición, obesidad, envejecimiento y epidemiología genética se traducen en libros, capítulos de libros y más de 160 artículos en revistas científicas. Premio A. Stekel 2004 por sus aportes fundamentales a la nutrición en Chile, premio de Investigación Academia de Medicina 2010, Premios Mujer siglo XXI 2004 y Amanda Labarca 2018 de la Universidad de Chile. Miembro de número de la Academia de Medicina del Instituto de Chile.

Soledad Barría Iroumé

Médica especialista en medicina interna y con formación en gestión. Desarrollo profesional en temas de políticas sociales, gestión de sistemas de salud, especialmente basados en atención primaria, de gestión hospitalaria y en desarrollo de recursos humanos. Conducción de equipos en niveles locales y directivos del Ministerio de Salud de Chile, en gestión, recursos humanos y como Ministra de Salud del 2006-2008 y formulación de políticas públicas en salud, sociales y género. Experiencia en consultorías de gestión de redes, sistemas de salud y de recursos humanos para la salud en América Latina. Miembro de la Comisión asesora presidencial para un nuevo régimen jurídico para el sistema de salud privado 2014, integrante del Consejo FONIS 2016-2018. Actualmente Profesora de la Universidad de Chile, Facultad de Medicina, Departamento de Atención Primaria y Salud Familiar desde 2014 y como Directora del mismo desde septiembre 2019. Tiene

publicaciones en los ámbitos de recursos humanos, sistemas de salud y su financiamiento, género y sobre formación del personal en salud.

Báltica Cabieses

Enfermera-matrona (2002, PUC Chile), diplomada en docencia universitaria (2004, PUC Chile), Magíster en Epidemiología (2008, PUC Chile) y PhD en Ciencias de la Salud (mención epidemiología social) de la Universidad de York Inglaterra (2011). Profesora titular y directora del Programa de Estudios Sociales en Salud, de la Facultad de Medicina Clínica Alemana, Universidad del Desarrollo y Profesora visitante del Departamento de Ciencias de la Salud de la Universidad de York. Actualmente es co-líder de Lancet Migration para América Latina, coordinadora de la red chilena de investigación en salud y migración RECHISAM y miembro de la red andina de salud y migración SAMI. Parte de la iniciativa conjunta salud y migración INCOSAMI, miembro de la red de infancia y desigualdad global INRICH y de la red global de salud y migración de OIM MAHDRI. Fue Vice-Presidenta de la Sociedad Chilena de Epidemiología entre los años 2014-2017. Ha sido asesora de OPS, del Ministerio de Salud y del Ministerio de Desarrollo Social de Chile, y de diversas instituciones públicas y privadas. Ganadora de Premio Nacional de Investigación Santander El Mercurio 2017 categoría investigador joven en salud de personas migrantes internacionales. Líneas de investigación: inequidades sociales en salud (2005 a la fecha), salud de personas migrantes internacionales (2008 a la fecha) y participación de pacientes en toma de decisiones sobre cobertura en salud (2016 a la fecha). Cuenta con varios libros y reportes editados, ha participado en más de 40 proyectos de investigación en Chile y el extranjero y cuenta con más de 130 publicaciones científicas.

Alejandra Carreño Calderón

Antropóloga Social de la Universidad de Chile, Magíster en Etnopsiquiatría de la Universidad de Génova y Doctora en Antropología Cultural por la Universidad de Siena. Actualmente es docente e Investigadora del Programa de Estudios Sociales en Salud, de la Universidad del Desarrollo. Ha impartido cátedras en las carreras de antropología, obstetricia, enfermería y terapia ocupacional. Recientemente ha liderado investigaciones sobre Salud Mental de refugiados y salud de mujeres migrantes. Participa de dos proyectos de investigación sobre salud sexual y reproductiva de jóvenes indígenas y migrantes. Sus temas de investigación abordan los campos de la salud, migraciones, género, infancia, violencia y psiquiatría. Es parte de la Red Chilena de Antropología de la Salud y la Red Chilena de investigación en salud y migraciones. Sus estudios se han situado en Chile, México, en la frontera Perú, Bolivia, en República Dominicana, Haití e Italia.

Yuri Carvajal

Médico cirujano, Doctor en salud pública, editor de Cuadernos Médico Sociales y Jefe de la Unidad de Epidemiología del Hospital van Buren. Ha sido profesor de la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Chile, Director de Servicio Salud Llanquihue Chiloé Palena, Director del Hospital Puerto Montt, Director Consultorio La Feria, editor de la Revista Chilena de Salud Pública, coeditor de los Nuevos Folios de Bioética. Ha publicado tres libros sobre salud pública, ha participado de varios libros colectivos y es además editor del sitio antropoceno-zc.

Nydia Contardo Guerra

Ingeniera Comercial de la PUCV y que ha desarrollado su carrera profesional en salud, en cargos de gestión en hospitales de las regiones de Valparaíso y Metropolitana y también en APS en esta última. Se desempeñó en el Ministerio de Salud de Chile vinculada a temas de gestión y desarrollo e implementación de políticas públicas. Entre 2014 y 2018 fue Intendente de Fondos y Seguros previsionales en la Superintendencia de Salud. Vasta experiencia como consultora en diversos temas y países de América Latina y participación en publicaciones en temas de género y de recursos humanos en salud.

Didier Fassin

Antropólogo y Sociólogo. Formado inicialmente como médico en la Universidad de París Pierre et Marie Curie, ejerció la medicina interna y enseñó salud pública en el Hospital de La Pitié Salpêtrière, antes de dedicarse a las ciencias sociales. Después de haber completado una maestría en La Sorbonne y un doctorado en EHESS, la École des Hautes Études en Sciences Sociales, se convirtió en profesor en la Universidad de París Norte y más tarde en Director de Estudios en EHESS, cargo que aún ocupa. En el Centre National de la Recherche Scientifique (CNRS), fue el director fundador de el Instituto de Investigación Interdisciplinaria en Ciencias Sociales (IRIS). En 2009, fue designado en el Instituto de Estudios Avanzados como profesor James D. Wolfensohn. En 2019, fue elegido presidente anual de salud pública en el Collège de France.

Miguel A. V. Ferreira

Profesor Titular de Sociología en la Universidad Complutense de Madrid (UCM). Director del grupo de investigación Grupo de Estudios Sociales sobre Discapacidad (GESODIS, UCM 970607). Socio fundador de la Asociación Española de Sociología de la Discapacidad (ASESDIS), y presidente de la misma los años 2011 a 2015. Director de la revista Intersticios. Su trayectoria académica se inicia en 2001 como Profesor Asociado en el Departamento e Teoría Sociológica de la

UCM; posteriormente fue profesor en el Departamento de Sociología y Políticas Sociales de la Universidad de Murcia para, finalmente, obtener su plaza de Titular en el Departamento de Cambio Social de la UCM, actualmente, Departamento de Sociología Aplicada. Líneas de investigación: Sociología de la Discapacidad, Sociología de la Ciencia, Teoría Sociológica, Sociología Económica. Investigador Principal del grupo español integrado en el proyecto europeo Quali-TYDES (European Science Foundation) y actualmente, junto con Mario Toboso, co-Investigador Principal del proyecto Capacitismo: haciendo evidente el último prejuicio. Su influencia en el cumplimiento en España de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (Plan Nacional I+D+i). Es autor de numerosas publicaciones; libros, capítulos de libros y artículos en editoriales y revistas de carácter científico.

Nicolás Fuster Sánchez

Doctor en Ciencias Sociales y de la Comunicación. Profesor Titular de la Escuela de Enfermería e Investigador del CEI-TESyS de la Universidad de Valparaíso. Ha investigado y publicado diversos artículos sobre procesos de medicalización de la sociedad chilena. Es Investigador Responsable del proyecto FONDECYT titulado “El problema de la hiperfrecuentación en la atención primaria de salud en Chile. Hacia una comprensión del malestar inexplicable”. Entre sus publicaciones destacan los libros La Hoja Sanitaria. Archivo del Policlínico Obrero de la IWW (2015) y El cuerpo como máquina. La medicalización de la fuerza de trabajo en Chile (2013).

Milda Galkuté

Licenciada en Trabajo Social en la Universidad de Zaragoza (España), 2014; Magíster en Gestión de Recursos Humanos por la University of Birmingham (Inglaterra), 2016; Doctora en Sociología por la Pontificia Universidad Católica de Chile, 2021. Sus áreas de investigación se enmarcan en las siguientes líneas: Gerontología Social, Trayectorias Laborales y Familiares, Calidad de Vida y Bienestar en la Vejez, Cuidados Informales. Cuenta con varias publicaciones en revistas internacionales indexadas y ha participado en diferentes proyectos multidisciplinarios FONDECYT en el área de vejez y calidad de vida. Desempeña el rol de revisora de manuscritos en varias revistas nacionales.

Manuel Hurtado

Médico, residente unidad de paciente crítico adultos del hospital Carlos Van Buren de Valparaíso. Parte del colectivo Transalud Comunitaria, autoconvocado después de la revuelta de Octubre 2019 en Valparaíso ejerciendo acciones de promoción y autogestión de salud comunitaria en distintos sectores de la ciudad. Interesado en la regeneración

ecológica. Dentro del hospital Carlos Van Buren, parte del Comité Medioambiental y la colectiva Compost, siendo este último un grupo que se reúne periódicamente en torno a la realización de compost con residuos generados por el hospital y su comunidad, además de plantearse como un laboratorio de reflexión, regeneración ecológica de suelos erosionados en el recinto y reciclaje de desechos generados por este mismo. Colaborador de la revista Cuadernos Médico Sociales del Colegio Médico de Chile y cómplice de su editor, Yuri Carvajal Bañados, en distintos escritos, acciones de agitación y reflexión en torno a antropoceno y crisis ecológica. Actualmente interesado en el buceo por apnea de las costas de Valparaíso, el reconocimiento de las quebradas subacuáticas, flora y fauna marina. También interesado en el vagabundeo, en retomar la deriva o caminar como práctica de resiliencia ante la reducción sedentaria moderna.

Claudia Miranda Castillo

Psicóloga, Magíster en Psicología Clínica y Doctora en Envejecimiento y Salud Mental por la University College London (Reino Unido). Actualmente se desempeña como Profesora Asociada de la Facultad de Enfermería de la Universidad Andrés Bello, como Directora del Instituto Milenio para la Investigación del Cuidado (MICARE), Investigadora Asociada del Instituto Milenio para la Investigación en Depresión y Personalidad (MIDAP) y como Editora Asistente de la revista Aging and Mental Health. Tiene 18 años de experiencia en docencia en temas metodologías de la investigación y de envejecimiento. Sus líneas de investigación se enfocan en intervenciones psicosociales en personas con demencia y sus familias, evaluación de necesidades en personas mayores y salud mental en cuidadores familiares. Cuenta con diversas publicaciones en revistas indexadas en Web of Science y Scopus. Ha sido investigadora responsable de tres proyectos de investigación FONDECYT en el área de demencias y co-investigadora de varios proyectos en torno a vejez y envejecimiento.

Mario Ociel Moya

Antropólogo Social por la Universidad Bolivariana (Chile). Magíster y Doctor en Antropología por la Universidad Católica del Norte y Universidad de Tarapacá (Chile). Magíster en Envejecimiento y Calidad de Vida por la Universidad de Chile. En la actualidad se desempeña como Profesor adjunto del Instituto de Nutrición y Tecnología de los Alimentos Doctor Fernando Mönckeberg Barros (INTA) de la Universidad de Chile. Coordinador académico del Magíster en Envejecimiento y Calidad de Vida (INTA, Universidad de Chile). Miembro de la Red Transdisciplinaria sobre Envejecimiento de la Universidad de Chile. Miembro del comité científico de la Revista Sociológica de Pensamiento Crítico Intersticios

(España). Sus líneas de trabajo e investigación: Envejecimiento y vejez de la población; Antropología de la salud; Ética para el final de la vida; biopolítica y Metodologías de la investigación.

Rodolfo Morrison Jara

Doctor y Máster en Lógica y Filosofía de la Ciencia por la Universidad de Salamanca, y Licenciado en Ciencias de la Ocupación y Terapeuta Ocupacional por la Universidad Austral de Chile. Además, posee un posgrado en Ciencia, Tecnología y Sociedad por el Centro de Ciencias Humanas y Sociales del Consejo Superior de Investigaciones Científicas (CCHS-CSIC) de España. Sus líneas de investigación se han centrado en el análisis de la historia y de las corrientes epistemológicas presentes en la Terapia Ocupacional, de forma particular, en la construcción de Paradigmas en la disciplina y en la incidencia del pragmatismo clásico en la profesión. Además de analizar, desde una perspectiva feminista, la constitución de la profesión. Otros de sus ámbitos de interés, son los estudios feministas de la ciencia, los estudios sobre diversidad sexual y los usos de las técnicas corporales y la meditación como herramientas de intervención terapéuticas. Es integrante de la Sociedad Chilena de Ciencia de la Ocupación, investigador en el Comité de Estudios de Ciencia de la Ocupación; de la Red de investigación Estudios Críticos de la Diversidad; del Laboratorio Iberoamericano para el Estudio de las Sexualidades y de los grupos de investigación: Actividades Humanas e Terapia Ocupacional, de la Universidade Federal de São Carlos y de AMARU: desarrollo de conocimiento en América Latina. Actualmente se desempeña como profesor asociado en el Departamento de Terapia Ocupacional y Ciencia de la Ocupación de la Universidad de Chile.

Alexandra Obach King

Antropóloga Social de la Universidad de Chile. Magíster en Estudios de Género y Cultura de la Universidad de Chile. Doctora en Antropología Social y Cultural por la Universitat de Barcelona. Actualmente es académica del Programa de Estudios Sociales en Salud, ICIM, Facultad de Medicina Clínica Alemana, Universidad del Desarrollo. Ha participado en diversos proyectos nacionales e internacionales, liderando estudios con fondos públicos y privados. Asimismo, ha asesorado a diversos organismos públicos y privados para la generación de planes, programas y políticas públicas en sus áreas de investigación. Sus líneas de investigación se sitúan en el campo de la antropología de la salud, interculturalidad, identidades, género, salud sexual y reproductiva, salud de adolescentes y jóvenes, salud y migración. Es parte de la Red Chilena de Antropología de la Salud y la Red Chilena de investigación en salud y migraciones (RECHISAM).

Michelle Sadler

Antropóloga Social y Magíster en Estudios de Género y Cultura de la Universidad de Chile. También cuenta con un MSc en Antropología Médica, de la Universidad de Oxford, y Doctorado en Antropología y Comunicación, de la Universitat Rovira i Virgili, España. Se desempeña como investigadora adjunta de la Facultad de Artes Liberales, Universidad Adolfo Ibáñez; miembro del Medical Anthropology Research Center (MARC) de la Universitat Rovii Virgilia (España), y Directora de la Fundación Observatorio de Violencia Obstétrica Chile. Se ha desempeñado en diversas universidades chilenas, siendo actualmente investigadora adjunta de la Facultad de Artes Liberales, Universidad Adolfo Ibáñez. Ha participado en diversos proyectos en torno al nacimiento en Chile y otros países.

Hugo Sir Retamales

Doctor (c) en Ciencias Sociales (UCH-Paris8). Investigador asociado a LaPSoS (UCH) e integrante del Colectivo Vitrina Dystópica (dystopica.org). Ha enfocado parte de su investigación en comprender las relaciones entre formas de sufrimiento individual y modos de organización y dominación social, a la vez que, colectivamente, en sus formas de politización. La investigación doctoral aborda, partiendo desde el diagnóstico de TDAH, el impacto sobre la salud mental de las actuales mutaciones globales en los mercados del trabajo, y la manera en que la dimensión atencional permite (re)imaginar formas de habitar las exigencias económicas y civilizatorias contemporáneas.

Fernando Vio

Médico-cirujano de la Pontificia Universidad Católica de Chile, Master of Public Health (MPH) de la Universidad John Hopkins y Postdoctoral Associate en la División de Ciencias Nutricionales de la Universidad de Cornell. Es Profesor Titular y fue Director del Instituto de Nutrición y Tecnología de Alimentos (INTA) de la Universidad de Chile en el período 2002-2010. Fue consultor del Banco Mundial para nutrición y salud pública en América Latina (1987-2002) y es Presidente de la Corporación 5 al día Chile desde 2004. Además, es Editor Asociado del Public Health Nutrition Journal y Miembro Honorario de la Academia Chilena de Medicina. Integrante de la Comisión Superior de Evaluación Académica de la Universidad de Chile desde el 2015 en adelante, cuenta con 57 publicaciones en revistas internacionales, 64 nacionales, 22 libros como autor o co-autor y 37 capítulos de libros.

EL QUEHACER DE LA SALUD PÚBLICA

Divergencias e inequidades en salud

El problema que se aborda en este libro es la salud pública, en tanto disciplina académica y administración estatal productora de conocimientos, directrices y regímenes de verdad que orientan la toma de decisiones en torno a la salud de las poblaciones.

Si bien el éxito de la salud pública es innegable en la superación de la desnutrición, en el aumento de la esperanza de vida, entre otras dimensiones, no es menos importante considerar las inequidades en las cuales dichos logros se expresan.

¿Qué hace que la expectativa de vida sea diferente en los distintos países de la Región? La complejidad de los estados de "buena" o "mala" salud se asocian, como sabemos, con aquellas dimensiones socioculturales, condiciones económicas y políticas que, desde la década del 70, se han instalado dentro de la narrativa de las disciplinas de la salud, llamando al trabajo interdisciplinario para la superación de las inequidades en salud, la búsqueda de estrategias para un cambio hacia estilos de vida saludables u otras dimensiones en donde se entrelazan el saber en salud y disciplinas de las ciencias sociales y humanas.

Reuniendo el trabajo de diversas/os investigadoras/es en torno a temáticas que van desde las políticas públicas, la construcción del objeto en salud pública, migración y violencia obstétrica y asumiendo la premisa de la salud como un espacio desterritorializado, este libro tiene como propósito analizar diversas problemáticas que son o han sido abordadas desde el saber en salud y salud pública; como también exponer posiciones teóricas que buscan problematizar la construcción del objeto en salud.



**FLACSO
CHILE**

ISBN: 978-956-205-276-4



9 789562 105276 4